

内保連グリーンブック

内科系技術についての診療報酬評価に関する提案

ver.1

2013年



内科系学会社会保険連合

Social Insurance Union of Societies Related to Internal Medicine

特定内科診療対象疾患の定義

No.	疾患名	絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度	領域別委員会委員長 あるいは回収責任者	提案学会名
1	重症脳卒中	NIHSS 15点以上→後にJCS30以上に変更	神経関連委員会 内山 真一郎	日本神経学会 日本脳卒中学会
2	化膿性髄膜炎 (肺炎球菌性髄膜炎)	重症	神経関連委員会 内山 真一郎 感染症関連委員会 柴 孝也	日本感染症学会、日本臨床微生物学会、日本神経学会、日本神経感染症学会
3	重症筋無力症クリーゼ	人工呼吸器J045	神経関連委員会 内山 真一郎	日本神経学会
4	てんかん重積状態・ 精神運動発作重積症	静脈注射による処置を要する	神経関連委員会 内山 真一郎	日本小児神経学会 日本てんかん学会
5	気管支喘息重積状態	人工呼吸器 J045	呼吸器関連委員会 河野 茂	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 日本アレルギー学会
6	間質性肺炎(急性増悪)	人工呼吸器 J045	呼吸器関連委員会 河野 茂	日本呼吸器学会 日本病院会
7	慢性閉塞性肺疾患 (急性増悪)	人工呼吸器 J045	呼吸器関連委員会 河野 茂	日本呼吸器学会 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
8	急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)	人工呼吸器 J045	呼吸器関連委員会 河野 茂	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 日本呼吸器学会
9	急性心筋梗塞	補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600, or K602, or K603	循環器関連委員会 水野 杏一	日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心工コー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会
10	急性心不全	補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600, or K602, or K603	循環器関連委員会 水野 杏一	日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心工コー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会
11	解離性大動脈瘤 (Stanford B DeBakey III型)	Stanford B DeBakey III 手術なし 補助呼吸 J045	循環器関連委員会 水野 杏一	日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心工コー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会
12	肺塞栓症	補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600, or K602, or K603	循環器関連委員会 水野 杏一	日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心工コー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会
13	劇症肝炎	血漿交換療法 J039	消化器関連委員会 熊田 博光	日本消化器病学会
14	重症急性膵炎	血漿交換療法 J039、and/or 動注療法G002を含む集学的治療	消化器関連委員会 熊田 博光 日本消化器病学会 上村 直実	日本膵臓学会 日本消化器病学会 日本病院会
15	中枢神経ループス	中心静脈注射 G005	リハビリテーション関連委員会 吉永 勝訓 日本リウマチ学会 高崎 芳成	日本リウマチ学会
16	糖尿病性ケトアシドーシス	頻回な血糖測定、適切なインスリン投与、厳重な全身管理	糖尿病関連委員会 渥美 義仁	日本小児内分泌学会 日本糖尿病学会
17	甲状腺クリーゼ	手術なし	内分泌・代謝関連委員会 成瀬 光栄	日本内分泌学会
18	副腎クリーゼ	(適切なハイドロコルチゾン投与、厳重な全身管理)	内分泌・代謝関連委員会 成瀬 光栄	日本内分泌学会 日本小児内分泌学会
19	難治性ネフローゼ症候群	腎生検 G412	血液浄化療法関連委員会 高橋 進	日本腎臓学会 日本透析医学会
20	先天性ネフローゼ症候群	特記事項無し	小児関連委員会 清沢 伸幸	日本小児腎臓病学会
21	急速進行性糸球体腎炎	腎生検 G412	血液浄化療法関連委員会 高橋 進	日本腎臓学会 日本透析医学会
22	急性白血病 急性リンパ性白血病 急性骨髄性白血病	化学療法施行	血液関連委員会 北村 聖 黒川 峰夫	日本血液学会 日本造血細胞移植学会 日本小児血液・がん学会
23	悪性リンパ腫	ホジキン病あるいは非ホジキンリンパ腫で放射線療法あるいは化学療法施行	血液関連委員会 北村 聖 黒川 峰夫	日本血液学会
24	再生不良性貧血	特記事項無し	血液関連委員会 北村 聖 黒川 峰夫	日本小児血液・がん学会
25	脳脊髄の感染を伴う炎症 急性脳炎・急性脳症	静脈注射による処置を要する 全入院期間が2週間以上または死亡転帰	小児関連委員会 清沢 伸幸 神経関連委員会 内山 真一郎	日本神経学会 日本小児神経学会
26	頸椎頸髄損傷	リハビリテーション施行症例	リハビリテーション関連委員会 吉永 勝訓	日本リハビリテーション医学会
27	薬物中毒	吸着式血液浄化法 J041 or 血漿交換療法 J039	血液浄化療法関連委員会 高橋 進	日本アフェレシス学会
28	敗血症性ショック	吸着式血液浄化法 J041 or 持続緩徐式血液濾過 J042	血液浄化療法関連委員会 高橋 進	日本アフェレシス学会 日本急性血液浄化学会

はじめに

内科系121学会によって構成される内科系学会社会保険連合（以下、「内保連」）は、わが国の世界に誇るべき国民皆保険制度を守りつつ、医学医療の進歩に寄与すべき学術団体（学会）の責務として、二つの大きな柱のもとに活動を推進してきた。

「内保連」活動の二つの柱

「内保連」活動の柱の第一は、2年毎に見直される診療報酬改定において、主に特掲診療料の各部において保険診療に取り込まれるべき医学の進歩に対応した新たな医療技術と、修正されるべき技術評価について加盟学会の意見を取りまとめ、提案することである。

そして、第二の活動の柱は、現行の診療報酬体系のなかで評価されていない、あるいは評価不十分な内科系医師の技術評価の確立である。

内科系技術の評価

昭和33年の厚生白書には以下のように記載されている。

『点数記分の不合理な点 現行の点数単価制度のもとにおける点数の配分はきわめて不合理であって、薬剤等の「物」を使用する医療行為（投薬・注射）が中心となり、医師の専門的技術を要する診察、手術等の医療行為に対する評価が不十分となっている。すなわち「物」を使用してはじめて十分な報酬が得られるという仕組みになっており、かつ、高価な薬剤を使用すればするほど大きい報酬が得られるという点数構成となっているのである。この医療費体系の不合理については、すでに昭和二四年に厚生省に設置された臨時診療報酬調査会の答申において指摘されていた。同調査会の答申においては、「物と技術とが不可分の形をとっている診療報酬を物と技術の報酬に区分して考えることが必要であり、とくに技術料については、医師が長時間を費すものまたは高度の熟練を要するものほど高く評価することが必要である」旨が述べられている。』（第二部 各論、第一章 社会保険、第二節 医療保険、四 診療報酬問題、（一）問題の所在、原文のまま）

つまり、診療報酬の評価が物を使用する医療行為が中心になっているのは問題であり、診療報酬を物と技術の報酬に区分し、高度の熟練を要する技術は高く評価する必要がある、と指摘している。

「内保連」の内科系技術評価の取り組み

内科系技術評価のため、内保連では、例えば、茅野真男を班長とした厚労省班研究で、広範な調査と分析を行った（2003年「電算化レセプトからアウトカム評価を抽出するモデル研究」；2004年「診療報酬における医師技術評価に関する研究:時間と総合負荷の関係」；2005年「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」；2006年「診療報酬における医師技術評価に関する研究」）。その調査は、日本版RBRVSに繋がるかと期待されたが、内科系技術が診療報酬として評価されるには至らなかった。その後も「内保連」では、内科系技術をいわゆる doctor fee として診療報酬体系の中で評価されるように、継続的にいくつもの案を練って来た。しかしながら、第二の柱のこれら活動についての情報発信は、第一の柱の活動に較べてこれまで極めて少なかった。

「内保連」グリーンブック

外保連試案は、終始一貫、対象を網羅してコード化などで分類した上で算定評価を行うというアプローチを取っている。一方で内科系技術はその対象が膨大であり、ICD-10で22,224件、MEDIS v.3.10（平成25年10月1日更新）標準マスターで24,218件もの病名があり、到底すべてを調査する事は不可能であり、さらに入院患者を対象とする場合では、手術と違って時間調査が困難を極める、という問題がある。

そこで、内科系技術評価法の1つとして、内科系疾患・病態で、**入院基本料には包含が困難と考えられ、誰がみても内科治療上極めて労力を要する26の重篤な急性疾患・病態**（ただし、重症度については人工呼吸器使用など別に定義）の診療を抽出し、これを“特定内科診療”として現行診療報酬体系に位置づけることを目指した。他にも内科系技術が必要な重篤な疾患・病態は数多くあることは認識しているが、軽い病態が含まれる事をできるだけ避け、確実に重篤な疾患・病態に絞り込んだ。

内科系技術評価に関するこの取り組みを公表するにあたり、外保連試案にあわせて名称を内保連試案とすると、対象を網羅してコード化などで分類した上で算定評価を行うという**外保連試案のアプローチを連想し、誤解を招きかねない**。そこで、内保連では、**「内保連グリーンブックver.1 2013年」**として世に問うこととした。

今後、さらに多角的な視点から内科系技術を調査・分析し、内科系技術が正当に評価していただけるように努力し、版を重ねて行きたい。

内科系学会社会保険連合 代表 工藤 翔二
副代表・技術評価委員会委員長 小林 弘祐
技術評価委員会委員 荻野 美恵子 鈴木 勉
成瀬 光栄 松本 万夫

目次

はじめに	1
代表・副代表・委員会委員長氏名・学会名および委員氏名一覧	5

Part.1 特定内科診療

特定内科診療とその対象疾患	8
対象疾患の詳細	12
1. 重症脳卒中	12
2. 化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	14
3. 重症筋無力症クリーゼ	16
4. てんかん重積状態・精神運動発作重積症	18
5. 気管支喘息重積状態	20
6. 間質性肺炎(急性増悪)	21
7. 慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)	23
8. 急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	25
9. 急性心筋梗塞	27
10. 急性心不全	29
11. 解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey Ⅲ型)	31
12. 肺塞栓症	32
13. 劇症肝炎	33
14. 重症急性膵炎	34
15. 中枢神経ループス	35
16. 糖尿病性ケトアシドーシス	36
17. 甲状腺クリーゼ	38
18. 副腎クリーゼ	40
19. 難治性ネフローゼ症候群	41
20. 先天性ネフローゼ症候群	43
21. 急速進行性糸球体腎炎	44
22. 急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	46
23. 悪性リンパ腫	47
24. 再生不良性貧血	49
25. 脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	50
25-1. 急性脳炎・脳症(エンセファライチス・エンセファロパチ〈シ〉)、 詳細不明(G934) 神経内科	
25-2. 脳症(エンセファロパチ〈シ〉)、詳細不明(G934) 小児科	
26. 頸椎頸髄損傷	56
27. 薬物中毒	60
28. 敗血症性ショック	62

Part.2 特定内科診療対象疾患の調査報告

1. 目的・対象・設問構成・解析方法	66
2. 結果	67
(1) 回答者の背景	67
(2) 疾患毎の回答状況	69
(3) 特定内科診療の入院期間	70
(4) 調査結果	71
① 負荷と貢献	71
② 所要時間と介入頻度	71
③ 施設基準	71
(5) 各種指標の相関	71
① 負荷についての内部相関	71
② 貢献についての内部相関	75
③ 負荷と貢献の相関	77
(6) 各診療行為または貢献内容の寄与度	79
① 総合負荷	79
② 総合貢献	80
(7) 総合負荷・貢献度からみた疾患特性	81
資料1 調査票（記入見本）	93
資料2 疾患ごと 対象病態の詳細について	105
資料3 負荷と貢献	132
資料4 所要時間と介入頻度	134
資料5 施設基準	136
資料6 負荷度および貢献度ランキング	150

Part.3 II群病院の実績要件3に関する提案

1. はじめに	152
2. DPC病院II群の実績要件3についての問題点	152
3. II群病院の内科系実績要件として提案	153
4. DPC/PDPSでの特定内科診療DPC25疾患群の定義	153
5. DPC/PDPSでの特定内科診療DPC25疾患群の現状分析	154
6. 外科系実績要件と内科系実績要件（案）に適合するII・III群病院の予測	157
7. 他の実績要件の可能性について	160
資料1 特定内科診療DPC25疾患の定義	162
資料2 特定内科診療DPC25疾患の詳細	163
資料3 II・III群病院の予測1（旧基準予測）	178
資料4 II・III群病院の予測2（新基準予測）	192

代表・副代表・委員会委員長氏名・学会名および委員氏名一覧

代表	工藤 翔二
副代表	渥美 義仁
	伊東 春樹
	小林 弘祐
	清水 達夫
	高橋 和久
	宮澤 幸久
	安田 正
	吉永 勝訓
監事	小田原 雅人
	土器屋 卓志
名誉代表	齊藤 寿一
顧問	高橋 進

●横断的課題に関する委員会

内科系技術評価委員会	小林 弘祐	DPC委員会	工藤 翔二	在り方委員会	高橋 和久
------------	-------	--------	-------	--------	-------

●診療領域別委員会および委員長氏名

検査関連委員会	米山 彰子	血液関連委員会	北村 聖	心身医学関連委員会	石川 俊男
放射線関連委員会	土器屋 卓志	呼吸器関連委員会	河野 茂	小児関連委員会	清沢 伸幸
リハビリテーション関連委員会	石川 誠	神経関連委員会	内山 真一郎	女性診療科関連委員会	白須 和裕
消化器関連委員会	熊田 博光	膠原病・リウマチ性疾患関連委員会	高崎 芳成	内科系診療所委員会	清水 恵一郎
循環器関連委員会	川名 正敏	感染症関連委員会	柴 孝也	在宅医療関連委員会	清水 恵一郎
内分泌・代謝関連委員会	伊藤 裕	悪性腫瘍関連委員会	藤原 康弘	栄養関連委員会	
糖尿病関連委員会	渥美 義仁	精神科関連委員会	三國 雅彦		
腎・血液浄化療法関連委員会	高橋 進				

学会名および委員氏名一覧 (121学会)

日本アフェシス学会 池田 志孝／山路 健／米川 元樹	日本環境感染学会 川名 明彦／吉田 正樹	日本呼吸器学会 河野 茂／弦間 昭彦／蝶名林 直彦
日本アルコール関連問題学会 樋口 進／杠 岳文	日本肝臓学会 熊田 博光	日本呼吸器内視鏡学会 高橋 典明／中村 博幸
日本アレルギー学会 藤村 政樹／井上 壽茂	日本緩和医療学会 東口 高志	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 蝶名林 直彦／堀江 建夫
日本医学放射線学会 井上 登美夫／土器屋 卓志／蓮尾 金博	日本眼科学会 山本 修一／湯澤 美都子	日本骨粗鬆症学会 白木 正孝
日本医真菌学会 前崎 繁文	日本癌治療学会 相羽 恵介	日本産科婦人科学会 白須 和裕／齊藤 寿一郎／橋口 和生
日本胃癌学会 後藤田 卓志	日本外来小児科学会 熊谷 直樹／伊藤 純子	日本周産期・新生児医学会 猪谷 泰史／細野 茂春／中尾 秀人
日本運動器科学会 立入 克敏／田辺 秀樹	日本急性血液浄化学会 米川 元樹／池田 寿昭	日本消化管学会 貝瀬 満／藤本 一眞
日本エイズ学会 杉浦 互／湯永 博之	日本血液学会 大屋敷 一馬／小松 則夫／北村 聖	日本消化器病学会 上村 直実／熊田 博光
日本温泉気候物理医学会 大塚 吉則／前田 眞治	日本結核病学会 永井 英明／林 清二	日本消化器内視鏡学会 角谷 宏／村島 直哉
日本化学療法学会 柴 孝也／豊永 義清／戸塚 恭一	日本血栓止血学会 大森 司／矢富 裕	日本磁気共鳴医学会 井田 正博／高木 亮
日本感染症学会 吉田 正樹／草地 信也	日本高血圧学会 松浦 秀夫	日本児童青年精神医学会 松田 文雄／小平 雅基
日本核医学会 本田 憲業／伊藤 健吾	日本高次脳機能障害学会 武田 克彦／前島 伸一郎	

日本循環器学会 小川 久雄／川名 正敏
日本自律神経学会 荒木 信夫／國本 雅也
日本女性医学学会 久具 宏司
日本小児科医会 奥村 秀定／高木 英行
日本小児科学会 横谷 進／大山 昇一／清沢 伸幸
／森 伸生
日本小児アレルギー学会 望月 博之／山口 公一
日本小児栄養消化器肝臓学会 位田 忍／鍵本 聖一
日本小児感染症学会 豊永 義清／斎藤 義弘
日本小児救急医学会 岩中 督／松裏 裕行
日本小児血液・がん学会 黒岩 実／真部 淳
日本小児呼吸器学会 望月 博之／松野 正知
日本小児神経学会 岡 明／田角 勝
日本小児心身医学会 永井 章
日本小児循環器学会 三浦 大／賀藤 均
日本小児腎臓病学会 岡田 晋一／高橋 昌里
日本小児精神神経学会 米山 明
日本小児内分泌学会 位田 忍／横谷 進
日本女性心身医学会 尾林 聰／高松 潔
日本心エコー図学会 赤石 誠／本間 博
日本神経学会 内山 真一郎／中瀬 浩史／吉井 文均
／竹内 恵
日本神経治療学会 高柳 哲也／平田 幸一／荻野 美恵子
／國本 雅也
日本神経免疫学会 野村 恭一／郡山 達男／荻野 美恵子
日本心身医学会 石川 俊男／山岡 昌之
日本心臓病学会 百村 伸一／松本 万夫
／安達 秀雄
日本心臓リハビリテーション学会 上月 正博／田倉 智之／長山 雅俊
日本心血管インターベンション治療学会 中村 正人
日本心電学会 小林 洋一／杉 薫
日本心不全学会 百村 伸一
日本心療内科学会 芦原 陸／端詰 勝敬
日本腎臓学会 佐中 孜／篠田 俊雄
日本人類遺伝学会 高田 史男／福嶋 義光／小崎 健次郎

日本睡眠学会 井上 雄一／高崎 雄司
日本瞬臓学会 古瀬 純司／糸井 隆夫／五十嵐 久人
／大東 弘明
日本頭痛学会 山根 清美／五十嵐 久佳／竹島 多賀夫
日本整形外科学会 山縣 正庸／志波 直人
日本生殖医学会 齋藤 寿一郎／高松 潔
日本精神科病院協会 長瀬 輝誼／馬屋原 健／平川 淳一
日本精神神経学会 宮岡 等／三國 雅彦／清水 達夫
日本精神分析学会 白波瀬 丈一郎／岡田 暁宜
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 北住 映二／藤谷 順子
日本先天代謝異常学会 高柳 正樹
日本総合病院精神医学会 小石川 比良来／加藤 温
日本造血細胞移植学会 小寺 良尚／谷口 修一／小川 啓恭
／宮村 耕一
日本超音波医学会 松村 誠／森 秀明
日本痛風・核酸代謝学会 藤森 新／大野 岩男
日本てんかん学会 井上 有史／渡辺 雅子
日本透析医学会 高橋 進／矢内 充／川西 秀樹
／武本 佳昭
日本糖尿病学会 渥美 義仁／加来 浩平／宇都宮 一典
日本東洋医学会 喜多 敏明／和智 明彦
日本動脈硬化学会 多田 紀夫／武城 英明／吉田 雅幸
／吉田 博
日本内科学会 岡田 定／小田原 雅人
／高橋 和久／平田 幸一
日本内分泌学会 伊藤 裕／田中 正巳
日本乳癌学会 伊藤 良則／安藤 正志
日本認知症学会 山田 正仁／山口 晴保／神崎 恒一
／栗田 圭一
日本脳卒中学会 片山 泰朗／棚橋 紀夫／峰松 一夫
日本ハイパーサーミア学会 寺嶋 廣美／近藤 元治／大西 武雄
日本肺癌学会 弦間 昭彦／井上 彰
日本皮膚科学会 鳥居 秀嗣／海老原 全／五十嵐 敦之

日本肥満学会 中尾 一和／宮崎 滋
日本病院会 齊藤 寿一／原 義人
日本病院地域・精神医学会 川副 泰成／福治 康秀
日本病態栄養学会 熊坂 義裕／寺内 康夫
日本病理学会 稲山 嘉明／佐々木 毅／白石 泰三
日本不安障害学会 山根 禎一／松本 万夫
日本不整脈学会 山根 禎一／松本 万夫
日本ヘリコバクター学会 高木 敦司／松久 威史
日本腹膜透析医学会 武本 佳昭／新田 孝作
日本婦人科腫瘍学会 恩田 貴志／勝俣 範之
日本放射線腫瘍学会 中川 恵一／大西 洋
日本未熟児新生児学会 中尾 秀人／楠田 聡
日本脈管学会 磯部 光章／石丸 新
日本輸血・細胞治療学会 半田 誠／牧野 茂義
日本リウマチ学会 高崎 芳成／廣畑 俊成
日本リハビリテーション医学会 石川 誠／田中 宏太佳／赤星 和人
／小山 照幸
日本リンパ網内系学会 鈴宮 淳司／伊豆津 宏二
日本臨床栄養学会 多田 紀夫／田中 明
日本臨床検査医学会 宮澤 幸久／米山 彰子／東條 尚子
日本臨床検査専門医会 佐守 友博／佐藤 尚武
日本臨床細胞学会 稲山 嘉明
日本臨床神経生理学学会 木村 彰男／黒岩 義之
日本臨床整形外科学会 五味 潤志／松井 静／新井 貞男
／三東 武司
日本臨床生理学会 山科 章／三宅 良彦
日本臨床内科医会 安達 秀樹／猿田 享男／松本 郷
／清水 恵一郎
日本臨床腫瘍学会 安藤 正志／藤原 康弘
日本臨床微生物学会 岩田 敏
日本老年医学会 飯島 節／鳥羽 研二／岩本 俊彦

Part. 1

特定内科診療

誰がみても内科治療上極めて労力を要する
26の重篤な急性疾患・病態

まとめ

特定内科診療とは①現行の診療報酬点数表での評価が当該疾患診療における内科系技術の評価として無視できないほど欠落し、②医師の負荷や患者への貢献について出来る限り説得力のあるエビデンスが添えられる内科系疾患である。

その選定にあたっては、治療が生死を分ける急性疾患であり、極めて希有な疾患は除き、「外したことへの批判」よりは「加えたことへの疑念」を避け、軽症例が含まれないようにし、外来で治療可能な疾患を特定内科診療対象として入院加療させるなどといったモラルハザードが起きないように留意した。

特定内科診療新設と対象疾患のリストアップの結果62疾患が候補となり、選定作業と医師への調査を経て、26疾患が対象疾患として選定された。

特定内科診療

特定内科診療とその対象疾患

特定内科疾患とその対象疾患の選定過程を以下にのべる。

●一次調査（2011年3月4日） 特定内科診療新設と対象疾患のリストアップについてのお願い （斉藤内保連前代表）

内科系技術の診療報酬上の評価が、現行では著しく不合理であると考えられる疾患に絞り、総疾患数は20ないし30程度を予定する。①現行の診療報酬点数表での評価が当該疾患診療における内科系技術の評価として無視できないほど欠落していること、および②医師の負荷や患者への貢献について出来る限り説得力のあるエビデンスが添えられる疾患、の2点を重視し、各領域から3疾患まで募集した。なお、DPC/PDPSへの対応を意識し、疾患群分類や処置等で重症であることを定義できるように要望した。87疾患の応募があり、重複を除外し、62疾患が候補になった。

●精選作業（2011年3月30日）

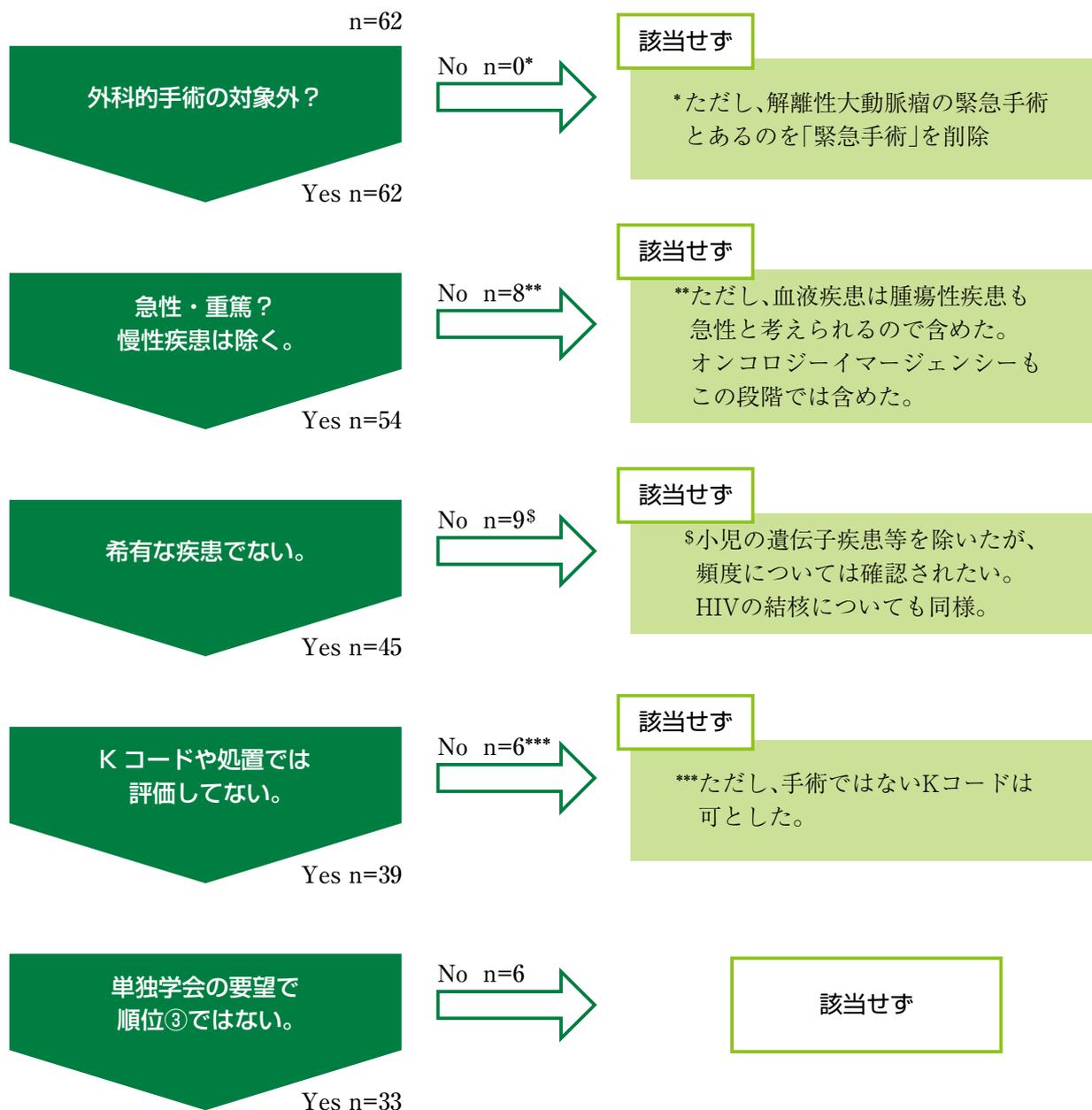
領域別委員会で、各領域の委員の合意のもと以下のポリシーに基づき特定内科診療の対象疾患を選定した。この時点での候補は26疾患である。

- 1 中医協委員や国民から見て是非とも独立して評価をすべき疾患として理解し、支持されやすい疾患を優先する。今回は「外したことへの批判」よりは「加えたことへの疑念」を避ける。
- 2 どうみても、外科的手術の対象にはならない疾患を中核として優先する。ただし、Kコードがついていても内科的手技のものは可とする。
- 3 内科学教科書で独立疾患として目次・索引に載っている疾患名を優先する。したがって希有疾患は除外。
- 4 判りやすく、疾病として放置できないと説得力を持つ病名を優先。
- 5 簡単な説明を受ければ、確かに独立した評価が重要であると理解される疾患を優先。
- 6 治療が生死を分ける疾患を優先。
- 7 救急医療の対象となる疾患を優先。
- 8 悪性腫瘍は、手術の対象にならず、急性に転帰をたどるものを重視。
- 9 四疾病五事業に関わる疾患は重視。
- 10 今回は、医師への負担が見えやすい疾患を優先。
- 11 診療で受ける患者への貢献が目に見えて大きい疾患を優先。
- 12 各領域をバランス良く代表し、偏りのない配分とする。
- 13 当該疾患の一部が手術の対象となるものは順位を下げる。
- 14 各種の加算などがすでに算定されている疾患は順位を下げる。
- 15 経過中に内視鏡処置など点数評価の大きい技術を伴うものは順位を下げる。
- 16 軽症例が含まれないように対象疾患を定義し、外来で治療可能な疾患を特定内科診療対象として入院加療するなど、モラルハザードが起きないように留意する。

●疾患別の現場の内科系医師の診療負荷の実態を検証するために二次調査を開始した（2011年4月25日）

その際に、調査票が作成されなかった1疾患（中枢神経ループス）を除く27疾患について調査票を発送し、その回答が揃い、解析を行った（第2部参照）。その結果1疾患（先天性ネフローゼ症候群）については、著しく入院期間が長く慢性疾患と考えられたため、結局、それを除いた特定内科診療26疾患を選定することとした。

絞り込みフローチャート重複整理後



神経 4 呼吸 6 循環 4 消化 2 膠原病 1 内分泌 3 腎 3 (うち小児 1) 血液 4 小児 1 その他 5
領域別委員会での領域間調整の合意により呼吸 -2 血液 -1 その他 -2 一部差し替え n=28

以上の検討により、下記の対象疾患・病態を特定内科診療として選定した。
(括弧内は、急性で重篤であり、軽症例が含まれないように追加された病態)

神経領域

- 重症脳卒中 (重症度基準: NIHSS 15点以上 → その後の議論で JCS30以上に変更)
- 化膿性髄膜炎 (肺炎球菌性髄膜炎)
- 重症筋無力症クリーゼ (人工呼吸器を要する)
- てんかん重積状態・精神運動発作重積症

呼吸器領域

気管支喘息重積状態（人工呼吸器を要する）
 間質性肺炎急性増悪（人工呼吸器を要する）
 慢性閉塞性肺疾患（急性増悪 人工呼吸器を要する）
 急性呼吸窮迫症候群（人工呼吸器を要する）

循環器領域

急性心筋梗塞（補助呼吸あるいは補助循環を要する）
 急性心不全（補助呼吸あるいは補助循環を要する）
 解離性大動脈瘤（補助呼吸を要する、Stanford Bで降圧治療を行い、手術なし）
 肺塞栓症（補助呼吸あるいは補助循環を要する）

消化器領域

劇症肝炎（血漿交換療法を要する）
 重症急性膵炎（血漿交換療法あるいは動注療法を含む集学的治療を要する）

膠原病領域

中枢神経ループス（中心静脈栄養を要する）（→実態調査が実行できず、対象から除外）

内分泌・代謝領域

糖尿病性ケトアシドーシス
 甲状腺クリーゼ
 副腎クリーゼ

腎臓領域

難治性ネフローゼ症候群（腎生検を要する）
 先天性ネフローゼ症候群（対象は小児）（→実態調査で慢性疾患と考えられ対象から除外）
 急速進行性糸球体腎炎（腎生検を要する）

血液領域

急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病
 悪性リンパ腫（ホジキン、非ホジキン）
 再生不良性貧血

神経・小児合同

脳脊髄の感染を伴う炎症 急性脳炎・急性脳症

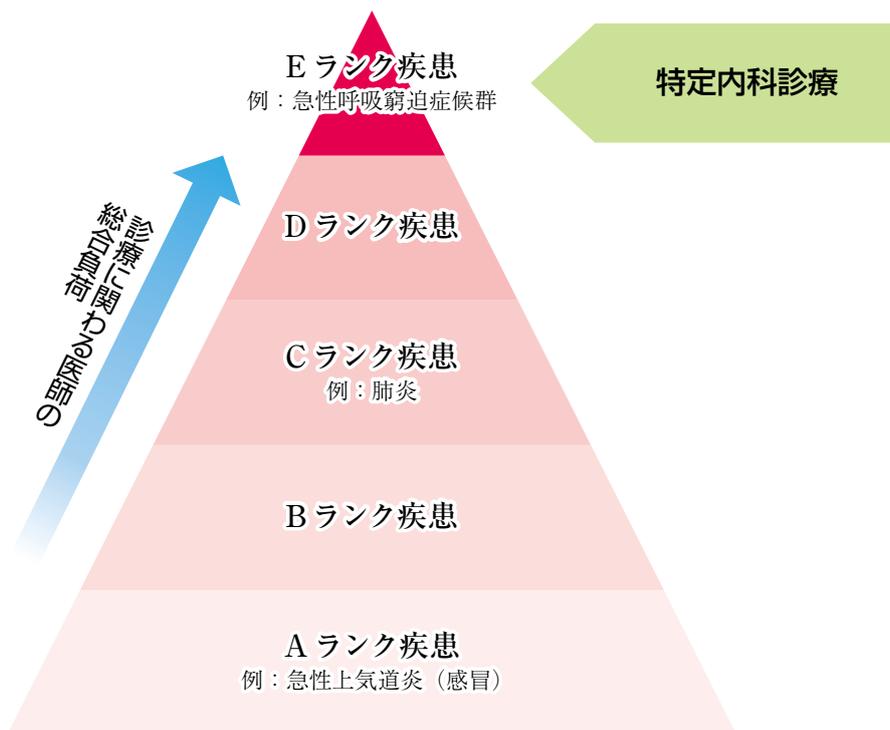
その他の領域

頸椎頸髄損傷（手術なし）
 薬物中毒（吸着式血液浄化法あるいは血漿交換療法を要する）
 敗血症性ショック（吸着式血液浄化法あるいは血漿交換療法を要する）

特定内科診療の対象疾患・病態を明確にするためにICD-10コードとの対応を行い、さらに処置等を加えて定義表を作成した。また、一部の疾患・病態についてはガイドライン等を元にその概念を明確にした。

さらに全ての対象について医師を対象に調査票を用いて実態調査を行った (Part.2)。なお、各対象疾患の領域別委員会委員長あるいは回収責任者名と提案学会も記載されている。

全体内科系疾患の技術評価の中での位置づけからみると、特定内科診療の対象疾患・病態は外保連で言うEランクに相当する疾患・病態の中に明らかに含まれる対象であると考えられることができる。



現場の内科医師の間からは対象疾患の追加についての要望も多く、今後、慎重に検討する予定であるが、その前提として、概念の正確な定義と調査票を用いた実態調査は必須である。

対象疾患の詳細

1. 重症脳卒中

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：JCS30以上

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：神経関連委員会 内山 真一郎

提案学会名：日本神経学会、日本脳卒中学会

ICD名称	ICDコード
脳内出血	I61\$
頭蓋内出血（非外傷性）、詳細不明	I629
脳アミロイド血管症	I680
脳実質外血管の動静脈奇形	Q280
脳実質外血管のその他の奇形	Q281
脳血管の動静脈奇形	Q282
脳血管のその他の奇形	Q283
一過性脳虚血発作および関連症候群	G45\$
脳血管疾患における脳の血管（性）症候群	G46\$
脳梗塞	I63\$
脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	I65\$
脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	I66\$
もやもや病（ウィリス動脈輪閉塞症）	I675
脳血管疾患、詳細不明	I679
脳梗塞の続発・後遺症	I693
循環器系のその他の処置後障害、他に分類されないもの	I978

「特定内科診療」の対象となる病態

脳卒中は、急な脳血管の破綻（出血、あるいは虚血）から生じ、脳局所徴候（視野障害、脳神経麻痺、運動神経麻痺、感覚神経麻痺、言語障害、空間失認など）を呈するが、Japan Coma Scale (JCS) ≥ 30 の脳卒中は、広範囲な脳組織障害を有し、同側もしくは対側の瞳孔散大、動眼神経麻痺、片麻痺、病的反射の出現、さらに、脳幹機能麻痺から自発呼吸の消失に至りうる重篤な病態である¹⁾。意識障害は、テント上病変では、頭蓋内圧亢進または脳ヘルニアによって²⁾、テント下病変では、視床下部と脳幹網様体の直接の障害により生じる³⁾。また、呼吸・循環・代謝障害を伴いやすく、全身的な管理を必要とする⁴⁾。

● Japan Coma Scale (JCS)

意識障害の評価として、日本において臨床現場、臨床研究でよく用いられる。覚醒度によって3段階に分け、それぞれ3段階あることから、3-3-9度方式とも呼ばれる⁵⁾。

Ⅲ. 刺激をしても覚醒しない状態（3桁の点数で表現）

(deep coma, coma, semicoma)

300. 痛み刺激に全く反応しない

200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる

100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする

II. 刺激すると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)

(stupor, lethargy, hypersomnia, somnolence, drowsiness)

30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する
20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
10. 普通の呼びかけで容易に開眼する

I. 刺激しないでも覚醒している状態 (1桁の点数で表現)

(delirium, confusion, senselessness)

3. 自分の名前、生年月日が言えない
2. 見当識障害がある
1. 意識清明とは言えない

● JCS ≥ 30となる脳卒中病型

脳梗塞では、主幹動脈の閉塞、狭窄による広範囲病変を有する脳塞栓症、アテローム血栓性梗塞であり、ラクナ梗塞では、原則的には意識障害を伴わない。小脳梗塞では、脳幹部の圧迫、中水道の閉塞による水頭症により、意識障害を呈する⁶⁾。

脳出血では、意識障害は通常、一側大脳半球の巨大出血、脳幹部（橋）出血、脳幹部を圧迫する小脳出血で見られる。脳室内出血、視床出血、小脳出血では閉塞性水頭症により意識障害を呈する⁷⁾。

くも膜下出血では、くも膜下腔への出血による急激な頭蓋内圧の亢進、脳内血腫形成、水頭症、脳血管攣縮により、意識障害を生じうる⁸⁾。

● 脳卒中一般管理

JCS ≥ 30となる脳卒中では、神経症状のほかに、呼吸・循環動態が極めて変動しやすく、継続的に全身管理、合併症対策を行うことが重要である⁴⁾。

呼吸・循環・代謝	合併症
酸素投与、気道確保や人工呼吸器、 高血圧、血糖、栄養、脳浮腫	感染症、消化管出血、発熱、 痙攣、嚥下障害

● 治療

JCS ≥ 30となる脳卒中では、急性期において迅速かつ正確に脳卒中の病態を把握し、内科的治療を行い、さらに外科的治療の適応判断が重要である^{6, 7, 9)}。

参考文献

- 1) 亀山正邦:脳血管障害と意識障害－脳病変および予後との関係－.治療 53: 1711-1715, 1971.
- 2) Ropper AH: Lateral displacement of the brain and level of consciousness in patients with an acute hemispherical mass. N Engl J Med 314: 953-958, 1986.
- 3) Fisher CM, Picard EH, Dalal P, et al: Acute hypertensive cerebellar hemorrhage: Diagnosis and surgical treatment. J Nerv Ment Dis 140: 38-57, 1965.
- 4) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 第I章:脳卒中一般の管理.2-17
- 5) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 付録341
- 6) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 第II章:脳梗塞・TIA.69-70
- 7) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 第III章:脳出血.152-158
- 8) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 第IV章:クモ膜下出血.187-192
- 9) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2009. 第IV章:クモ膜下出血.197-198

2. 化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎）

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：重症

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：神経関連委員会 内山 真一郎、感染症関連委員会 柴 孝也

提案学会名：日本感染症学会、日本臨床微生物学会、日本神経学会、日本神経感染症学会

ICD名称	ICDコード
アメーバ性脳膿瘍	A066
リステリア性髄膜炎および髄膜脳炎	A321
髄膜炎菌性髄膜炎	A390
急性灰白髄炎〈ポリオ〉	A80\$
狂犬病	A82\$
その他の蚊媒介ウイルス（性）脳炎	A838
蚊媒介ウイルス（性）脳炎、詳細不明	A839
その他の明示されたウイルス（性）脳炎	A858
中枢神経系のその他のウイルス感染症、他に分類されないもの	A88\$
中枢神経系の詳細不明のウイルス感染症	A89
ヘルペスウイルス（性）髄膜炎	B003
ヘルペスウイルス（性）脳炎	B004
ヘルペスウイルス（性）眼疾患	B005
水痘髄膜炎	B010
水痘脳炎	B011
帯状疱疹（性）脳炎	B020
帯状疱疹（性）髄膜炎	B021
麻疹、脳炎を合併するもの	B050
麻疹、髄膜炎を合併するもの	B051
風疹、神経合併症を伴うもの	B060
ムンプス髄膜炎	B261
ムンプス脳炎	B262
カンジダ性髄膜炎	B375
コクシジオイデス性髄膜炎	B384
フェオミコーシス性脳膿瘍	B431
トキソプラズマ髄膜脳炎	B582
細菌性髄膜炎、他に分類されないもの	G00\$
他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における髄膜炎	G02\$
その他および詳細不明の原因による髄膜炎	G03\$
熱帯性けい〈瘧〉性対麻痺	G041
細菌性髄膜脳炎および髄膜脊髄炎、他に分類されないもの	G042
その他の脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎	G048
脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎、詳細不明	G049
他に分類される疾患における脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎	G05\$
頭蓋内および脊椎管内の膿瘍および肉芽腫	G06\$
他に分類される疾患における頭蓋内および脊椎管内の膿瘍および肉芽腫	G07
頭蓋内および脊椎管内の静脈炎および血栓（性）静脈炎	G08
中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症	G09
その他の明示された脊髄疾患	G958

「特定内科診療」の対象となる病態

本症は急性経過で発症し頭痛・発熱を主徴とし、初期治療が患者の転帰に大きく影響するため、緊急対応を要する疾患（Neurological emergency）として位置づけられている。実際に、入院後数時間で死亡する劇症型もあり、まさに分・時間単位での適切な対応を要する。日本における本症の解析で、治療開始時に意識障害を有する患者および血小板数の低下を認める患者は重症であり、転帰が不良となることが知られている。

●化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎）の転帰影響要因

本症では、死亡率は10～30%と高く、また高度後遺症の割合も高いままである。成人例696例による転帰影響要因の多変量解析結果が報告（van de Beek D, et al. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 351:1849-1859, 2004）され、欧州のガイドライン（Chaudhuri A et al: EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurol* 15: 649-659, 2008.）にも記載されている。有意な要因として、年齢、意識障害の程度、赤沈亢進、耳炎や副鼻腔炎、頰脈、血小板減少、皮疹欠如、血培で菌検出、髄液細胞数低値が挙げられている。さらに近年、日本における市中感染による化膿性髄膜炎71例の多変量解析が報告（Ishihara M, et al. Hospital-based study of the prognostic factors in adult patients with acute community-acquired bacterial meningitis in Tokyo, Japan. *Intern Med* 48:295-300, 2009）され、治療開始時の意識障害の程度と血小板数低下が有意な要因として報告された。

●重症とは

治療開始（入院）時、意識障害を有する患者および血小板数の低下を認める患者と規定される。

参考文献

- 1) 社団法人日本神経学会・日本神経治療学会・日本神経感染症学会 細菌性髄膜炎の診療ガイドライン作成委員会 iii, 2007.
- 2) Chaudhuri A et al: EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurol* 15: 649-659, 2008.
- 3) 亀井 聡. 髄膜炎の治療ガイドライン. *日内会誌*9, 2766-2774, 2012.

3. 重症筋無力症クリーゼ

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：人工呼吸器J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：神経関連委員会 内山 真一郎

提案学会名：日本神経学会

ICD名称	ICDコード
重症筋無力症およびその他の神経筋障害	G70\$

「特定内科診療」の対象となる病態

重症筋無力症（Myasthenia Gravis：MG）患者がクリーゼに陥り、人工呼吸器管理、血液浄化療法または免疫グロブリン大量療法（IVIg）を必要とした場合。

●クリーゼとは¹⁾

全身型MG患者が嚥下障害、構音障害などの球麻痺症状や呼吸症状が急激に増悪し、全身の筋力低下・呼吸不全に至った状態をいい、緊急処置が必要となる。クリーゼには、筋無力症が悪化した筋無力症クリーゼと抗コリンエステラーゼ薬過剰によるコリン作動性クリーゼがあるが、臨床的には両者の判別は難しく、また両者が混在する場合があります。治療方針に違いはない。本邦においてMGの経過中にクリーゼを経験する症例は10.9～14.8%存在する¹⁾。

●入院による嚴重管理の基準（参考文献2より引用改変）

- ・ 嘔声の出現
- ・ 会話時の頻回な息継ぎ、顔面の著明な発汗
- ・ 水分嚥下困難
- ・ 発熱
- ・ 酸素飽和度の低下
- ・ 頻脈・頻呼吸
- ・ 肺活量 20mL/kg以下、最大吸気圧 30cmH₂O以下、最大呼気圧 40cmH₂O以下

●人工呼吸器管理、血液浄化療法またはIVIgが必要となる病態¹⁾

(1) 気道確保（気管内挿管、気管切開）：

MG のクリーゼでは呼吸筋力低下や易疲労性が急速に回復することは期待しにくく、むしろ急激に悪化することがあるため、発症早期に気管内挿管・人工呼吸器管理を施行する必要がある。気管内挿管の目安としては肺活量が体重当たり15mL/kg未満であるとされる。また、肺胞の虚脱や無気肺の発症を予防する目的で陽圧換気が推奨されている。

(2) その他の全身管理：

循環動態、栄養管理、感染症対策など。

(3) クリーゼ下では抗コリンエステラーゼ薬は分泌過多などの副作用のため全身管理を困難にする一方、治療効果を得にくいいため中止する。

(4) 誘因の除去：

感染、過労、抗コリンエステラーゼ薬増量、ステロイドの急速な減量、MG禁忌薬剤の導入（胸腺摘

除を含む)、手術ストレスなどがクリーゼを来す誘因となる。また、MG症状を悪化させうる薬剤は数多く、使用にあたっては十分な注意が必要である。

(5) クリーゼの短期的な治療：

病原性を有する自己抗体（抗AChR抗体、抗MuSK抗体など）の除去（血液浄化療法）あるいはIVIgを行うことが有用である。

参考文献

- 1) 日本神経治療学会, 日本神経免疫学会(編). MG治療ガイドライン 2003
- 2) 重症筋無力症及びクリーゼ 神経救急・集中治療ハンドブック 医学書院 228-236, 2006.

4. てんかん重積状態・精神運動発作重積症

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：静脈注射による処置を要する

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：神経関連委員会 内山 真一郎

提案学会名：日本小児神経学会、日本てんかん学会

ICD名称	ICDコード
てんかん重積(状態)	G41\$

「特定内科診療」の対象となる病態

てんかん重積状態があり、頻回の静脈注射、脳波モニタリング、または全身麻酔を必要とした場合。

●てんかん重積状態とは¹⁾

- ・てんかん重積状態は、「発作が5分から30分以上続くか、または、短い発作でも反復し、その間の意識の回復がないもの」と定義される。精神運動発作重積症を含む。
- ・治療のフローチャートを図1(19頁)に示す。
- ・難治てんかん重積状態とは、第一および第二選択薬（ジアゼパム、フェニトイン、ホスフェニトイン、フェノバルビタール、ミダゾラム）で抑制されないてんかん重積状態である。
- ・てんかん重積状態では、(1) 心因性発作など非てんかん発作との鑑別、(2) 全般発作と部分発作の鑑別、(3) 非けいれん性てんかん重積状態の診断、(4) 脳機能の判断、(5) 予後の推定のために、治療と並行して脳波を記録する。

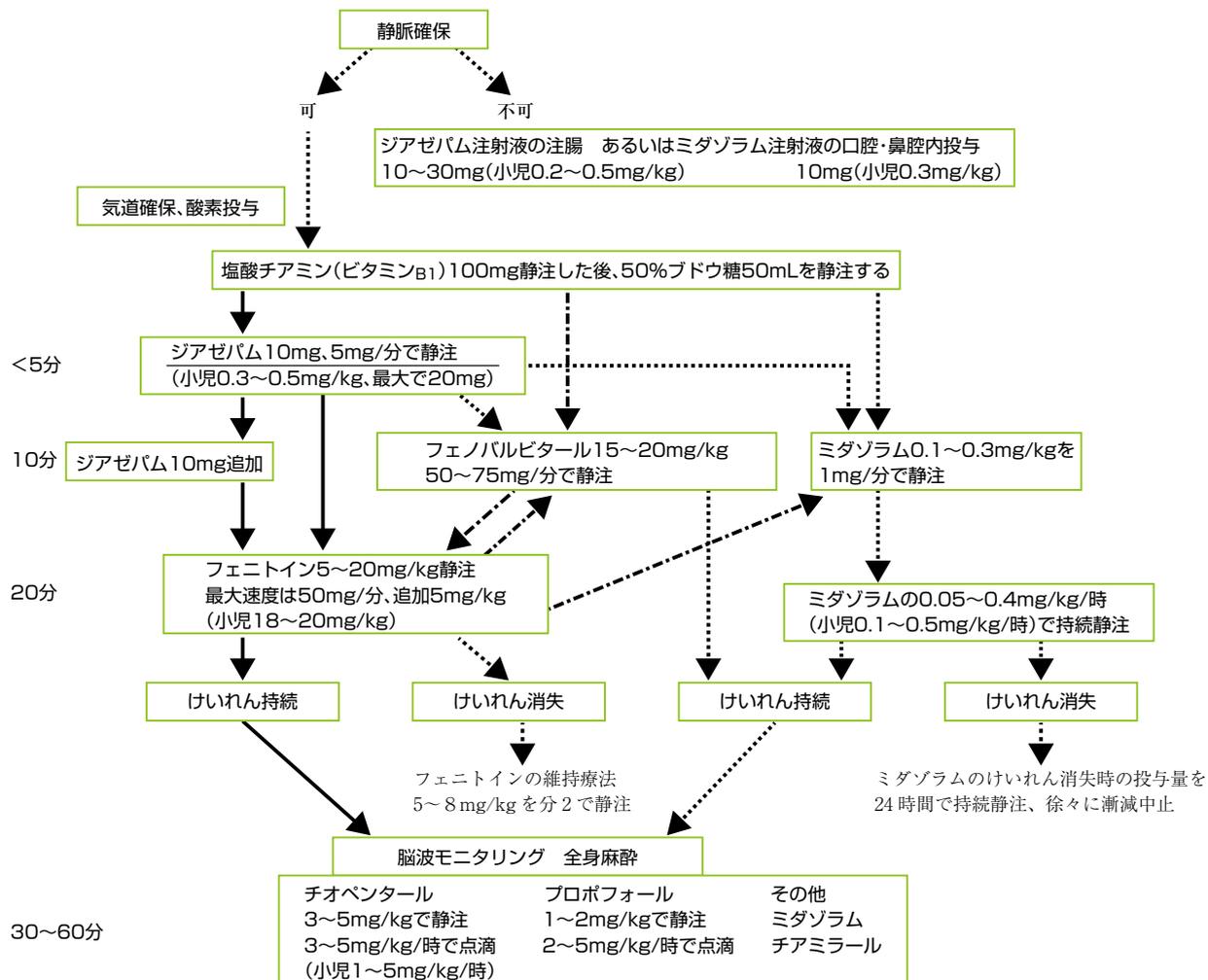
●てんかん重積状態に対する全身麻酔について¹⁾

- ・呼吸状態の悪化時だけでなく、難治てんかん重積状態にはできるだけ早く全身麻酔療法を行う。
- ・全身麻酔には、チオペンタール、チアミラール、プロポフォール、ミダゾラムを用いる。

参考文献

1) 「てんかん治療ガイドライン」作成委員会. 第8章 てんかん重積状態. てんかん治療ガイドライン2010. 医学書院, 72-85.

図 1



(参考文献1) より引用)

5. 気管支喘息重積状態

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：人工呼吸器 J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：呼吸器関連委員会 河野 茂

提案学会名：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本アレルギー学会

ICD名称	ICDコード
喘息	J45\$
喘息発作重積状態	J46

「特定内科診療」の対象となる病態

気管支喘息の急性増悪（発作）のうち、気管支喘息の高度症状（大発作）以上で人工呼吸管理を必要とした場合。

●高度症状（大発作）以上とは

喘息症状・発作強度の分類（成人）の高度症状（大発作）と重篤がこれにあたる。

発作強度	呼吸困難	動作	%PEF	SpO ₂	PaO ₂	PaCO ₂
高度（大発作）	苦しくて動けない	歩行不能、会話困難	60%未満	90%以下	60mmHg以下	45mmHg以上
重篤	呼吸減弱、チアノーゼ、呼吸停止	会話不能、体動不能、錯乱、意識障害、失禁	測定不能	90%以下	60mmHg以下	45mmHg以上

（参考文献 1）より引用改変

●人工呼吸器管理となる病態

次のような場合が気管内挿管および人工呼吸器管理をはじめとする救急医療の適応となる²⁾。

- ・ 高度の換気障害もしくは心臓停止、呼吸停止がみられる場合。
- ・ 明らかな呼吸筋疲弊がみられる場合。
- ・ 酸素を最大限投与してもPaO₂が50mmHg未満の場合。
- ・ PaCO₂が1時間5mmHg以上上昇する場合。
- ・ 急激なPaCO₂の上昇と意識障害を伴う場合。

参考文献

- 1) 「喘息予防・管理ガイドライン2012」作成委員. 1. 喘息の管理目標, 定義, 診断, 重症度. 喘息予防・管理ガイドライン1-10, 2012.
- 2) 「喘息予防・管理ガイドライン2012」作成委員. 7-2急性増悪（発作）への対応（成人）. 喘息予防・管理ガイドライン140-154, 2012.

6. 間質性肺炎（急性増悪）

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：人工呼吸器 J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：呼吸器関連委員会 河野 茂

提案学会名：日本呼吸器学会、日本病院会

ICD名称	ICDコード
炭坑夫じん〈塵〉肺（症）	J60
石綿〈アスベスト〉およびその他の無機質線維によるじん〈塵〉肺（症）	J61
珪酸を含む粉じん〈塵〉によるじん〈塵〉肺（症）	J62\$
その他の無機粉じん〈塵〉によるじん〈塵〉肺（症）	J63\$
詳細不明のじん〈塵〉肺（症）	J64
結核を伴うじん〈塵〉肺（症）	J65
特異的な有機粉じん〈塵〉による気道疾患	J66\$
有機粉じん〈塵〉による過敏性肺臓炎	J67\$
化学物質、ガス、フュームおよび蒸気の吸入による呼吸器病態	J68\$
その他の外的因子による呼吸器病態	J70\$
肺好酸球症、他に分類されないもの	J82
その他の間質性肺疾患	J84\$
リウマチ性肺疾患	J990
その他のびまん〈広汎〉性結合組織障害における呼吸器障害	J991

「特定内科診療」の対象となる病態

間質性肺炎の急性増悪による重症呼吸不全のため人工呼吸器管理を必要とした場合。

●急性増悪とは

- ・次に示す特発性肺線維症（IPF）の急性増悪の定義に準じた病態を呈する場合をいう。

IPFの急性増悪の診断基準（参考文献 1）より引用改変）

1 IPFの経過中に、1カ月以内の経過で
① 呼吸困難の増強
② HRCT所見で蜂巢肺所見＋新たに生じたスリガラス陰影・浸潤影
③ 動脈血酸素分圧の低下（同一条件下でPaO ₂ 10mmHg以上） のすべてがみられる場合を「急性増悪」とする
2 明らかな肺感染症、気胸、悪性腫瘍、肺塞栓や心不全を除外する
参考所見：(1) CRP、LDHの上昇 (2) KL-6、SP-A、SP-Dなどの上昇

●人工呼吸器管理となる病態^{2) 3)}

- ・人工呼吸器管理には非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）と侵襲的人工換気が含まれる。
- ・急速な呼吸不全の進行で、酸素療法ではPaO₂ 60mmHgを維持できない場合には人工呼吸器管理を考慮する。
- ・重症呼吸不全の目安としてはPaO₂/F_IO₂ ≤ 300が目安になる。

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会 びまん性肺疾患 診断・治療ガイドライン作成委員会. 第I章 びまん性肺疾患と特発性間質性肺炎. 特発性間質性肺炎診断と治療の手引き(改訂第2版). 1-4, 2011.
- 2) 日本呼吸器学会 びまん性肺疾患 診断・治療ガイドライン作成委員会. 第IV章 IIPs各疾患の概念と診断・治療, B 特発性肺線維症(IPF)の急性増悪. 特発性間質性肺炎診断と治療の手引き(改訂第2版). 67-73, 2011.
- 3) 日本呼吸器学会 NPPVガイドライン作成委員会. 各論 A. 急性呼吸不全, 4. 間質性肺炎. NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)ガイドライン. 46-48, 2006.

7. 慢性閉塞性肺疾患（急性増悪）

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：人工呼吸器 J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：呼吸器関連委員会 河野 茂

提案学会名：日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

ICD名称	ICDコード
肺気腫	J43\$
その他の慢性閉塞性肺疾患	J44\$

「特定内科診療」の対象となる病態

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の急性増悪による呼吸不全のため人工呼吸器管理（換気補助療法）を必要とした場合。

●慢性閉塞性肺疾患の急性増悪とは¹⁾

- ・息切れの増加、咳や喀痰の増加、胸部不快感・違和感の出現あるいは増強などを認め、安定期の治療の変更あるいは追加が必要となる状態をいう。ただし、他疾患（心不全、気胸、肺血栓塞栓症など）の先行の場合を除く。
- ・増悪の原因として多いのは呼吸器感染症と大気汚染である。

●人工呼吸器管理（換気補助療法）となる病態¹⁾

- ・人工呼吸器管理には非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）と侵襲的人工換気が含まれる。
- ・十分な薬物療法や酸素療法などを行っているにもかかわらず、呼吸状態が改善しない場合には換気補助療法の適応となる。
- ・COPDの増悪時における換気補助療法はNPPVが第一選択である。

NPPVの適応基準（2項目以上満たす場合に適応）

1. 補助呼吸筋の使用、奇異性呼吸を伴う呼吸困難
2. $\text{pH} < 7.35$ かつ $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ を満たす呼吸性アシドーシス
3. 呼吸回数 > 25 回/分

(参考文献 1) より引用)

- ・侵襲的人工換気の適応：

次に示すようなNPPVの適応外の場合もしくはNPPV不成功の場合に侵襲的人工換気が適応となる。

NPPVの除外基準

1. 呼吸停止、または極端に呼吸循環動態が不安定な患者
2. 患者の非協力
3. 気道確保が必要
4. 頭部・顔面または胃・食道の手術直後
5. 頭部・顔面の外傷または変形

(参考文献 1) より引用)

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会 COPDガイドライン第4版作成委員会. 第Ⅲ章 治療と管理, D.増悪期の管理. COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第4版. 105-114, 2013.

8. 急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：人工呼吸器 J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：呼吸器関連委員会 河野 茂

提案学会名：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸器学会

ICD名称	ICDコード
成人呼吸窮〈促〉迫症候群 (ARDS)	J80

「特定内科診療」の対象となる病態

発症原因となる種々の基礎疾患の存在を基礎として、急性の非心原性肺水腫を発症し重症呼吸不全を発症する症候群で、適切な呼吸管理、とりわけ人工呼吸器管理が救命に大きくかかわる病態である。従って、原則として人工呼吸器管理が救命のための治療として実施される。

● ARDSの診断基準

新しく提案されたARDSの診断基準 (The Berlin Definition : Acute Respiratory Distress Syndrome. JAMA 307: 2526-2542, 2012.より引用改変)

発症のタイミング	既知の臨床的障害または呼吸器症状の発症/悪化から1週間以内	
胸部画像 ^a	両側性の陰影－胸水、肺葉/肺の虚脱、もしくは結節病変では完全に説明がつかないもの	
浮腫の成因	心不全もしくは体液過剰で完全に説明がつかない呼吸不全状態 リスクファクターがない場合は静水圧性肺水腫を除外するための客観的評価 (たとえば心臓超音波検査など) が必要	
酸素化 ^b	Mild	$200\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 300\text{mmHg}$ with PEEP or CPAP $\geq 5\text{cmH}_2\text{O}^{\circ}$
	Moderate	$100\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ with PEEP $\geq 5\text{cmH}_2\text{O}$
	Severe	$\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 100\text{mmHg}$ with PEEP $\geq 5\text{cmH}_2\text{O}$

a. 胸部エックス線撮影またはCT

b. 高度が1000mを超える場合は、次のように補正計算する必要がある： $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \times (\text{大気圧}/760)$

c. Mild ARDS群では非侵襲的陽圧換気療法が実施されるかもしれない

● 発症原因となる種々の基礎疾患とは

発症原因となる基礎疾患

直接損傷	間接損傷
頻度の多いもの 肺炎、胃内容物の吸引 (誤嚥)	頻度の多いもの 敗血症、外傷、高度熱傷 (特にショックと大量輸血を伴う場合)
頻度の少ないもの 脂肪塞栓、吸入障害 (有毒ガスなど)、再灌流肺水腫 (肺移植後など)、溺水、放射線肺障害、肺挫傷	頻度の少ないもの 心肺バイパス術後、薬物中毒 (パラコート中毒など)、急性膵炎、自己免疫疾患、輸血関連急性肺障害

(参考文献 1) より引用)

●人工呼吸器管理となる病態^{2) 3)}

- ・人工呼吸器管理には非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) と侵襲的人工換気が含まれる。
- ・ARDSは重症呼吸不全であり、原則として人工呼吸器管理の適応となる。
- ・人工呼吸器管理としては侵襲的人工換気が通常開始される。
- ・酸素化の障害がMild ARDS群に分類される症例ではNPPVが開始されることもあるが、効果が乏しい場合は速やかに侵襲的人工換気での治療に移行する。

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会ARDSガイドライン作成委員会. 第3章基礎疾患, 1 基礎疾患. ALI/ARDS診断のためのガイドライン第2版. :15-17, 2010.
- 2) 日本呼吸器学会ARDSガイドライン作成委員会. 第9章治療:呼吸管理療法. ALI/ARDS診断のためのガイドライン第2版. :50-70, 2010.
- 3) 日本呼吸器学会NPPVガイドライン作成委員会. 各論A.急性呼吸不全, 9. ARDS/ALI, 重症肺炎. NPPV (非侵襲的陽圧換気療法) ガイドライン. 62-64, 2006.

9. 急性心筋梗塞

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600、or K602、or K603

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：循環器関連委員会 水野 杏一

提案学会名：日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心エコー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会

ICD名称	ICDコード
急性心筋梗塞	I21\$

「特定内科診療」の対象となる病態

急性心筋梗塞による心不全のため補助呼吸、補助循環を必要とした場合。

●急性心筋梗塞とは¹⁾

- ・冠動脈の急な血栓性閉塞などにより、急激な冠血流低下による虚血性心筋壊死を起こす病態である。不安定狭心症と合わせて急性冠症候群と呼ばれる。
- ・心筋壊死が大きいとポンプ失調を来して、肺うっ血・低心拍出量症候群など心不全徴候、場合によっては心原性ショックを呈して予後不良である。
- ・心室中隔破裂や僧帽弁腱索断裂など機械的合併症を起こすことがあり、この場合も重症心不全・心原性ショックを来しやすい。

●補助呼吸が適応となる病態¹⁾

- ・人工呼吸器管理には非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）と侵襲的人工換気が含まれる。
- ・高度の肺うっ血や肺水腫、機械的合併症により低酸素血症が高度な場合が適応になる。
- ・酸素吸入は組織低酸素状態を改善するために必要で酸素飽和度を指標に適宜投与量を増減するが、酸素化が不十分な際には、最近では気管挿管を行わずマスクを用いたNPPVが行われる。
- ・NPPVにも低酸素血症が高度な場合には、気管挿管を行い侵襲的人工換気が行われる。

●補助循環が適応となる病態¹⁾

- ・カテコラミンなどの薬物治療に抵抗性の心原性ショック例に対しては大動脈内バルーンパンピング（intra-aortic balloon pumping：IABP）を装着する。
- ・IABPは、左主幹部病変や三枝病変、経皮的冠動脈形成術PCI が不可能な病変を持った症例の緊急冠動脈バイパス手術CABG までの血行動態の維持にも使用される。
- ・難治性かつ緊急治療を要する血行動態不安定な心室頻拍や多形性心室頻拍に対してもIABPの使用が考慮される。
- ・IABP を用いても循環補助が不十分な場合、経皮的心肺補助装置（percutaneous cardiopulmonary support system：PCPS）などの補助循環を考慮する。
- ・PCPSは一週間程度の短期間しか有効ではなく、また左室の前負荷軽減作用が低いため、PCPSを用いても血行動態の改善が得られない場合には、より長期の使用が可能なLVAD（left ventricular assist device）も考慮される。

参考文献

- 1) 日本循環器学会：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2006－2007年度合同研究班報告）「急性心筋梗塞（ST上昇型）の診療に関するガイドライン Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008)」

10. 急性心不全

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600、or K602、or K603

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：循環器関連委員会 水野 杏一

提案学会名：日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心エコー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会

ICD名称	ICDコード
心不全	I50\$

「特定内科診療」の対象となる病態

急性心不全により補助呼吸、補助循環を必要とした場合。

●急性心不全とは¹⁾

・急性心不全とは、「心臓に器質的および／あるいは機能的異常が生じて急速に心ポンプ機能の代償機転が破綻し、心室拡張末期圧の上昇や主要臓器への灌流不全を来し、それに基づく症状や徴候が急性に出現、あるいは悪化した病態」をいう。急性心不全は、新規発症や慢性心不全の急性増悪により起こるが、症状や徴候は軽症のものから致死的患者まで極めて多彩である。

●補助呼吸が適応となる病態¹⁾

- ・急性心不全患者では、まず鼻カニューレ、フェイスマスクなどで2～6L/分の酸素吸入を開始する。PaO₂ 80mmHg (SpO₂ 95%) 未満、またはPaCO₂ 50mmHg以上の場合、あるいは頻呼吸、努力性呼吸、起座呼吸など臨床症状の改善がみられない、もしくは悪化する患者では、速やかにマスクや加圧バッグを用いた非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) を開始する。
- ・NPPVおよび肺うっ血に対する前述の処置にも治療抵抗性で、呼吸状態や動脈血ガスの改善が認められない患者、あるいは意識障害、咳反射や喀痰排出困難な患者に対しては、気管内挿管による人工呼吸器管理が適応となる。

●補助循環が適応となる病態¹⁾

- ・適切な薬物治療でも血行動態が安定しない場合には、心臓再同期療法や手術療法（僧帽弁形成術、左室形成術）とともに、機械的補助循環の適応を考える。
- ・機械的補助循環には大動脈バルーンパンピング (IABP)、心肺補助装置 (PCPS、V-A bypass、ECMO)、補助人工心臓 (VAD) がある。
- ・IABPは簡便な循環補助装置である。内科的治療に抵抗する急性心不全、心原性ショックでまず試みられる。
- ・PCPSは遠心ポンプと膜型人工肺を用いた閉鎖回路の人工心肺装置による心肺補助装置である。大腿静脈から挿入した脱血管を介して右房から遠心ポンプにより脱血し、人工肺で酸素化して大腿動脈に送血する。小児のように大腿動静脈が使用できない患者は、開胸により右房、上行大動脈に直接カニューレションを行う (V-A bypass)。通常1週間程度の運用であるが、数週間にわたる連続運用も可能である。また、呼吸補助として用いられる場合もある (ECMO)。
- ・急性心不全でのPCPSの適応は、心肺停止状態、ないし心原性ショック状態での心肺蘇生難治性心不全

での呼吸循環補助、薬剤抵抗性難治性不整脈、重症呼吸不全である。

- ・最大限の薬物治療を行い、かつIABPやPCPSなどの補助循環治療によっても低心拍出量状態から脱せず、臓器循環や末梢組織への十分な酸素供給が得られない患者であり、かつ除外条件に抵触しない症例では補助人工心臓の適応を考える。

参考文献

- 1) 日本循環器学会：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2010年度合同研究班報告）「急性心不全治療ガイドライン（2011年改訂版）Guidelines for Treatment of Acute Heart Failure（JCS 2011）」

11. 解離性大動脈瘤 (Stanford B DeBakey III型)

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：Stanford B DeBakey III手術なし、補助呼吸 J045

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：循環器関連委員会 水野 杏一

提案学会名：日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心エコー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会

ICD名称	ICDコード
大動脈の解離 [各部位]	I710

「特定内科診療」の対象となる病態

Stanford B型解離で保存的治療（手術なし）を行う場合、補助呼吸を必要とした場合。

● 解離性大動脈瘤とは¹⁾

・大動脈解離 (aortic dissection) とは「大動脈壁が中膜のレベルで二層に剥離し、動脈走行に沿ってある長さを持ち二腔になった状態」である。通常は「大動脈解離」と称するが、「解離性大動脈瘤 (dissecting aneurysm of the aorta)」という名称は、径が拡大して瘤形成を認めた場合にのみ使用される。

● Stanford B型解離で保存的治療（手術なし）を行う場合¹⁾

- ・急性大動脈解離は解離範囲により、上行大動脈に解離があるStanford A型と解離のないStanford B型に分類される。
- ・Stanford A型は極めて予後不良な疾患で、症状の発症から一時間当たり1～2%の致死率があると報告されている。一般に内科療法の予後は極めて不良で、外科療法すなわち緊急手術の適応であるとされる。
- ・Stanford B型と診断された場合は、破裂・治療抵抗性疼痛・下肢を含む臓器虚血等の合併症がない場合は原則的に保存的管理を行う。
- ・ただし、その場合でも積極的に降圧療法による血圧コントロールと精密な血行動態モニター、大動脈径や解離腔の広がり、臓器虚血の有無のチェックを行い、少しでも悪化傾向がみられたら適切な侵襲的治療（外科手術、TEVAR: Thoracic Endovascular Aortic Repair）が行えるように管理する必要がある。

● 補助呼吸が必要となる病態¹⁾

・急性大動脈解離における呼吸不全は胸水と臥床による無気肺等に関与すると考えられているが原因は不詳である。ある程度の呼吸不全は必発であると考え、早めの酸素投与が必要となるが、酸素吸入により酸素化が不十分な際には、非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV)、あるいは気管挿管による侵襲的人工換気が必要である。

参考文献

- 1) 日本循環器学会：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2010年度合同研究班報告）「大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン（2011年改訂版）Guidelines for Diagnosis and Treatment of Aortic Aneurysm and Aortic Dissection (JCS 2011)」

12. 肺塞栓症

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：補助呼吸 J045、and/or 補助循環 K600、or K602、or K603

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：循環器関連委員会 水野 杏一

提案学会名：日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本高血圧学会、日本心エコー図学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本老年医学会

ICD名称	ICDコード
肺塞栓症	I26\$
空気塞栓症 (外傷性)	T790
脂肪塞栓症 (外傷性)	T791

「特定内科診療」の対象となる病態

肺塞栓症による心不全・呼吸不全により、補助呼吸、補助循環を必要とした場合。

●肺塞栓症とは¹⁾

- 急性肺血栓塞栓症は、静脈、心臓内で形成された血栓が遊離して、急激に肺血管を閉塞することによって生じる疾患である。
- 急性肺塞栓症は肺動脈の機械的閉塞⇒血管収縮⇒肺高血圧を来し、低酸素血症もあいまって拍出量低下⇒ショックを来す重篤な病態である。

●補助呼吸が適応となる病態¹⁾

- 急性肺塞栓症では低炭酸ガス血症を伴う低酸素血症であり、I型呼吸不全の形を呈する。酸素吸入療法が基本であるが、これでPaO₂ 60Torr (mmHg) 以下 (SpO₂ 90%以上) を安定して維持できなければ、挿管による人工換気を開始する必要がある。

●補助循環が適応となる病態¹⁾

- 心肺停止で発症し心肺蘇生が困難な例、酸素療法や薬物療法にても低酸素血症や低血圧が進行し呼吸循環不全を安定化できない例などは内科治療の限界例である。これらの症例は速やかにPCPS（経皮的な心肺補助装置）を導入して呼吸循環不全を安定化させ、PCPSを急性肺血栓摘除術など次の治療へのブリッジとして用いる。

参考文献

- 1) 日本循環器学会：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008年度合同研究班報告）「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Pulmonary Thromboembolism and Deep Vein Thrombosis (JCS 2009)」

13. 劇症肝炎

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：血漿交換療法 J039

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：消化器関連委員会 熊田 博光

提案学会名：日本消化器病学会

ICD名称	ICDコード
急性A型肝炎、肝性昏睡を伴うもの	B150
急性A型肝炎、肝性昏睡を伴わないもの	B159
急性B型肝炎、デルタ因子（重複感染）および肝性昏睡を伴うもの	B160
急性B型肝炎、デルタ因子（重複感染）を伴い、肝性昏睡を伴わないもの	B161
急性B型肝炎、デルタ因子を伴わず、肝性昏睡を伴うもの	B162
急性B型肝炎、デルタ因子および肝性昏睡を伴わないもの	B169
B型肝炎キャリア〈病原体保有者〉の急性デルタ（重）感染症	B170
急性C型肝炎	B171
急性E型肝炎	B172
その他の明示された急性ウイルス肝炎	B178
詳細不明のウイルス肝炎	B19\$
サイトメガロウイルス（性）肝炎	B251
胆汁うっ滞を伴う中毒性肝疾患	K710
肝え〈壊〉死を伴う中毒性肝疾患	K711
急性肝炎を伴う中毒性肝疾患	K712
中毒性肝疾患、詳細不明	K719
急性および亜急性肝不全	K720
中心性出血性肝え〈壊〉死	K762
肝梗塞	K763

「特定内科診療」の対象となる病態

呼吸循環管理、血漿交換療法、血液濾過透析、抗ウイルス療法、免疫抑制療法、肝移植・重症

●病態の詳細

高度の肝機能不全と意識障害を特徴とする重症型の急性肝炎で、下記の診断基準に従って診断する。成因はHBV、HAVをはじめとするウイルス性が半数を占め、自己免疫性、薬剤性などがあり、成因不明例も約3割存在する。内科的治療による救命率は急性型で50%、亜急性型で25%程度と不良であり、成因によっても救命率は異なる。血漿交換療法などの人工肝補助を行い、腎不全、DIC、感染症、脳浮腫などの合併症の予防・治療を行う。HBVに対する抗ウイルス剤や、自己免疫性肝炎に対するステロイドなど、成因によってはそれに基づいた治療も可能である。内科的治療にて改善が見込めない場合には、肝移植の適応を検討する。成因と病型の正確かつ迅速な診断を行い、速やかに成因に対する治療を行うこと、集中治療室における全身管理のもとに、当初より肝移植の可能性を念頭に置きながら集学的な治療を行うことが重要である。

●劇症肝炎の診断基準（厚生労働省難治性肝疾患研究班）

劇症肝炎とは、肝炎のうち初発症状出現後8週以内に高度の肝機能障害に基づいて昏睡Ⅱ度以上の肝性脳症を来し、プロトロンビン時間が40%以下を示すものとする。そのうちには症状出現後10日以内に脳症が発現する急性型と、11日以降に発現する亜急性型がある。

14. 重症急性膵炎

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：血漿交換療法 J039、and/or 動注療法G002を含む集学的治療
 領域別委員会委員長あるいは回収責任者：消化器関連委員会 熊田 博光、日本消化器病学会 上村 直実
 提案学会名：日本膵臓学会、日本消化器病学会、日本病院会

ICD名称	ICDコード
急性膵炎	K85

「特定内科診療」の対象となる病態

処置・重症度：血漿交換療法and/or動注療法を含む集学的治療。

●病態の詳細

急性膵炎は胆石やアルコール多飲が原因で膵に急性の炎症を来す疾患である。

重症急性膵炎では、膵は壊死に陥り、全身性炎症反応症候群 (systemic inflammatory response syndrome)、血管透過性が亢進して体液が third space へ移行し、有効循環血漿量が減少しショック徴候を認めることが多く、呼吸不全、腎不全など多臓器障害を来す。消化管出血、腹腔内出血等の出血傾向を呈し、DIC (disseminated intravascular coagulation: 播種性血管内凝固症候群) へと移行することも多く、発症早期は多臓器不全による死亡が多い。また、膵が壊死に至ると細菌感染を合併し、感染性膵壊死となり、手術を行っても致死率はきわめて高い。

●使用する指標

急性膵炎の重症度判定基準と重症度スコア (2008改訂)

A (予後因子)：①BE \leq -3mEq/Lまたはショック (収縮期血圧 \leq 80mmHg)、②PaO₂ \leq 60mmHg (room air) または呼吸不全 (人工呼吸器管理)、③BUN \geq 40mg/dl (またはCr \geq 2mg/dlまたは乏尿、④LDH \geq 基準値上限の2倍、⑤血小板数 \leq 10万/mm³、⑥総Ca \leq 7.5mg/dl、⑦CRP \geq 15mg/dl、⑧SIRS診断基準における陽性項目数 \geq 3、⑨年齢 \geq 70歳

B (造影CT Grade)：I.炎症の膵外進展度 (前腎傍腔0点、結腸間膜根部1点、腎下極以遠2点)、II.膵の造影不良域 (膵を頭部、体部、尾部に分けて各区域に局限0点、2つの区域にかかる1点、2つの区域全体またはそれ以上2点) とし、IとIIの合計点数が1点以下をGrade 1、2点をGrade 2、3点以上をGrade 3とする。

A予後因子が3点以上、または**B**造影CT Gradeが2以上を重症急性膵炎とする。

15. 中枢神経ループス

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：中心静脈注射 G005

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：リハビリテーション関連委員会 吉永 勝訓、日本リウマチ学会 高崎 芳成

提案学会名：日本リウマチ学会

ICD名称	ICDコード
中枢神経ループス	M321

16. 糖尿病性ケトアシドーシス

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：頻回な血糖測定、適切なインスリン投与、嚴重な全身管理

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：糖尿病関連委員会 渥美 義仁

提案学会名：日本小児内分泌学会、日本糖尿病学会

ICD名称	ICDコード
インスリン依存性糖尿病 (IDDM) 昏睡を伴うもの	E100
インスリン依存性糖尿病 (IDDM) ケトアシドーシスを伴うもの	E101
インスリン非依存性糖尿病 (NIDDM) 昏睡を伴うもの	E110
インスリン非依存性糖尿病 (NIDDM) ケトアシドーシスを伴うもの	E111
その他の明示された糖尿病 昏睡を伴うもの	E130
その他の明示された糖尿病 ケトアシドーシスを伴うもの	E131
詳細不明の糖尿病 昏睡を伴うもの	E140
詳細不明の糖尿病 ケトアシドーシスを伴うもの	E141

「特定内科診療」の対象となる病態

糖尿病の急性増悪により高血糖、高ケトン血症、アシドーシスを来し、集中的な全身管理を必要とする場合。類似の高浸透圧高血糖症候群も、著明な高血糖、高度の脱水、ケトアシドーシスを来し、高齢者が多く予後不良であるため集中的な管理を要する。

- 糖尿病性ケトアシドーシスは、糖尿病の1型、2型を問わずインスリンの絶対的欠乏と相対的欠乏により、高血糖、高ケトン血症、アシドーシスなどを来し、意識障害、ショック、腎機能障害、電解質異常を来す病態である。合併する感染症などにより生命にかかわる病態である¹⁾。

●診断

臨床所見：急激な口渇、多飲、多尿、倦怠感、脱水、意識障害、体重減少、腹痛、嘔気、過呼吸、呼気のアセトン臭、低血圧

検査所見：高血糖 (>250mg/dl)、高ケトン血症 (β ヒドロキシ酪酸の増加)、アシドーシス、重炭酸塩濃度 (<18mEq/L) など¹⁾

●誘引

- ① 1型糖尿病の初発症状
- ② 感染症
- ③ インスリン治療の中断
- ④ 経口血糖降下薬の中断
- ⑤ ステロイド、アルコール多飲、サイアザイド、向精神薬などの薬剤
- ⑥ 糖を含む清涼飲料水の過剰摂取

●治療¹⁾

- ① 生理食塩水を中心とした十分な輸液と血糖、pHの1時間毎の測定
- ② 電解質の2時間毎の測定と適切な補充 (カリウム濃度の維持)

- ③ インスリンの持続的静注
- ④ 意識や腎機能のモニター
- ⑤ 感染症など誘引疾患の探索と治療

参考文献

- 1) 日本糖尿病学会：科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013. 「19 糖尿病における急性代謝失調」

17. 甲状腺クリーゼ

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：手術なし

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：内分泌・代謝関連委員会 成瀬 光栄

提案学会名：日本内分泌学会

ICD名称	ICDコード
甲状腺クリーゼまたは急性発症	E055

「特定内科診療」の対象となる病態

Basedow病の急性増悪による多臓器不全のため、集中治療を必要とした場合。

●甲状腺クリーゼとは

甲状腺中毒症の原因となる未治療ないしコントロール不良の甲状腺基礎疾患が存在し、これに何らかの強いストレスが加わった時に、甲状腺ホルモン作用の過剰に対する生体の代償機構の破綻により複数臓器が機能不全に陥った結果、生命の危機に直面し緊急治療を要する病態である。

甲状腺クリーゼの診断基準（参考文献 1）より引用改変）

必須項目：甲状腺中毒症の存在（FT3 およびFT4のいずれか一方が高値）

- 症状：1. 中枢神経症状：不穏、せん妄、精神異常、傾眠、痙攣、昏睡
 2. 発熱（38 度以上）
 3. 頻脈（130 回/分以上）
 4. 心不全症状：肺水腫、肺野の50%以上の湿性ラ音、心原性ショックなど重度な症状。New York Heart Association (NYHA) 分類 4 度または Killip 分類 III 度以上
 5. 消化器症状：嘔気・嘔吐、下痢、黄疸（血中総ビリルビン>3mg/dl）

診断

確実例：必須項目および以下を満たす。

- a. 中枢神経症状+他の症状項目1つ以上、または b.中枢神経症状以外の症状項目 3つ以上

疑い例：a. 必須項目+中枢神経症状以外の症状項目2つ、または b.必須項目を確認できないが、甲状腺疾患の既往・眼球突出・甲状腺腫の存在があつて、確実例条件の a または b を満たす場合。

●誘因

甲状腺中毒症に何らかの誘因が加わり発症する。甲状腺疾患に直接関連した誘因として、抗甲状腺剤の服用不規則や中断、甲状腺手術、甲状腺アイソトープ治療、過度の甲状腺触診や細胞診、甲状腺ホルモン剤の大量服用などがある。甲状腺に直接関連しない誘因として、感染症、甲状腺以外の臓器手術、外傷、妊娠・分娩、副腎皮質機能不全、糖尿病性ケトアシドーシス、ヨウ素系造影剤投与、脳血管障害、肺血栓塞栓症、虚血性心疾患、抜歯、強い情動ストレスや激しい運動などがある。

●治療

集学的な救急治療が要求される。疑い例でも致死率は変わらないため同様に治療する。

参考文献

- 1) 甲状腺クリーゼの診断基準（第2版） 甲状腺クリーゼの診断基準の作成と全国調査班 日本甲状腺学会ホームページ (<http://www.japanthyroid.jp/>)
- 2) Akamizu T, et al: Diagnostic criteria and clinic-epidemiological features of thyroid storm based on a nationwide study. *Thyroid* 22:661-679, 2012

18. 副腎クリーゼ

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：適切なハイドロコルチゾン投与、嚴重な全身管理

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：内分泌・代謝関連委員会 成瀬 光栄

提案学会名：日本内分泌学会、日本小児内分泌学会

ICD名称	ICDコード
アジソン〈Addison〉クリーゼ〈発症〉	E272

「特定内科診療」の対象となる病態

副腎クリーゼによる意識障害や低血圧等の全身状態悪化のため、嚴重な全身管理を必要とした場合。

●副腎クリーゼとは

血中副腎皮質ステロイドホルモンの急激な低下によって発症する。主にコルチゾールの絶対的・相対的欠乏による循環不全を中心とした急性副腎皮質機能低下症の病態である。早期の治療が開始されない場合は生命に危機が及ぶ。

●急性副腎皮質機能低下症の臨床症状・検査所見（参考文献 1）より引用改変）

- ・脱水、低血圧、ショック
- ・吐気、嘔吐、急性腹症
- ・体重減少
- ・低血糖
- ・発熱
- ・低ナトリウム血症、高カリウム血症、高カルシウム血症、好酸球増多

●誘因

- ① 慢性の副腎不全状態に感染などの急性のストレスが加わった場合。
- ② ステロイド長期投与患者でステロイドを不適切に減量ないし中断した場合。
- ③ 急激かつ広範な副腎皮質組織の破壊・壊死（副腎出血など）や下垂体卒中による場合。

●治療

可及的速やかにステロイド投与すると共に集学的な救急治療が要求される。誘因に対する治療および血圧、血糖、水・電解質の管理、補正が必須で、昇圧薬や抗菌薬などを投与する。

参考文献

- 1) Stewart PM: The adrenal cortex. In: Kronenberg HM, et al. (eds), Williams Textbook of Endocrinology, 12 ed, Saunders/Elsevier, Philadelphia, 2011.

19. 難治性ネフローゼ症候群

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：腎生検 G412

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液浄化療法関連委員会 高橋 進

提案学会名：日本腎臓学会、日本透析医学会

ICD名称	ICDコード
ネフローゼ症候群 (先天性ネフローゼ症候群は除く)	NO4\$ (NO49は除く)

1. 通常のネフローゼ症候群の診断基準と治療効果判定基準

わが国のネフローゼ症候群の診断基準は、必須条件として、①尿蛋白3.5g/日以上、②血清総蛋白6.0g/日以下（血清アルブミン値3.0g/dL以下）を満たし、参考条件として、③高脂血症:コレステロール250mg/dL以上、④浮腫がみられる、と厳格に規定され、以来広く使用されてきている¹⁾。

また、治療効果判定は、表1 (41頁) の基準により実施されている。

表1 ネフローゼ症候群の治療効果判定基準

(平成22年度厚生労働省難治性疾患対策進行性腎障害に関する調査研究班)

治療効果の判定は治療開始後1カ月、6カ月の尿蛋白量定量で行う。

- ・完全寛解：尿蛋白<0.3 g/日
- ・不完全寛解Ⅰ型：0.3 g/日≤尿蛋白<1.0 g/日
- ・不完全寛解Ⅱ型：1.0 g/日≤尿蛋白<3.5 g/日
- ・無効：尿蛋白≥3.5 g/日

注：1) ネフローゼ症候群の診断・治療効果判定は24時間蓄尿により判断すべきであるが、蓄尿ができない場合には、随時尿の尿蛋白/尿クレアチニン比 (g/gCr) を使用してもよい。

2) 6カ月の時点で完全寛解、不完全寛解Ⅰ型の判定には、原則として臨床症状および血清蛋白の改善を含める。

3) 再発は完全寛解から、尿蛋白1 g/日 (1 g/gCr) 以上、または (2+) 以上の尿蛋白が2~3回持続する場合とする。

4) 欧米においては、部分寛解 (partial remission) として尿蛋白の50%以上の減少と定義することもあるが、日本の判定基準には含めない。

2. 難治性ネフローゼ症候群の定義

ネフローゼ症候群の予後は表1 (41頁) の分類のように完全寛解に至らない限り、不良であり、腎死にいたる確率が高いことから日本腎臓学会は従来のステロイド抵抗性ネフローゼ症候群に加えて、難治性ネフローゼ症候群という疾患群の存在を認め、次のように定義づけた。

すなわち、従来からネフローゼ症候群に対する初期治療で十分量のステロイド治療により効果がみられる時期である4週目 (1カ月目) で効果がない場合にステロイド抵抗性ネフローゼ症候群と扱ってきた。同時に、実際には、この時点で、ステロイドパルス治療や免疫抑制薬の追加投与など治療方針の変更が起り、適切な診断、適切な決断時期が欠かせないことも臨床的によく知られた事実である。

このため、1カ月目の判定を重要視し、ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群に、ステロイドによる治療に加えて免疫抑制薬による治療を行った場合において、治療反応性を確認し、治療の継続または治療方針の変更、中止などを決断する時期として、猶予期間も6カ月以内として、この時点で、十分量のステロイドと免疫抑制薬を使用しても尿蛋白が減少しない場合に難治性ネフローゼ症候群と定義した (表2: 42頁)。

表2 ネフローゼ症候群の治療反応による分類

(平成22年度厚生労働省難治性疾患対策進行性腎障害に関する調査研究班)

難治性ネフローゼ症候群:

ステロイドと免疫抑制薬を含む種々の治療を6カ月行っても、完全寛解または不完全寛解I型に至らない場合とする。

ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:

十分量のステロイドのみで治療して1カ月後の判定で完全寛解または不完全寛解I型に至らない場合とする。

ステロイド依存性ネフローゼ症候群:

ステロイドを減量または中止後再発を2回以上繰り返すため、ステロイドを中止できない場合とする。

頻回再発型ネフローゼ症候群:

6カ月間に2回以上再発する場合とする。

長期治療依存型ネフローゼ症候群:

2年間以上継続してステロイド、免疫抑制薬等で治療されている場合とする。

3. 病型分類における腎生検の意義

日本腎生検レジストリー（J-RBR）によると、新規発症のネフローゼ症候群は年間3,756～4,578例と推定され、平成20年の新規発症の難治性ネフローゼ症候群は1,000～1,200例と推定されている²⁾。

J-RBR1,197例における病因分類は、原発性（一次性）糸球体疾患が61.0%と最も多く、次いで糖尿病性腎症10.7%、IgA腎症5.2%、ループス腎炎が4.5%を占めた。

ネフローゼ症候群全例の病型分類では、膜性腎症が27.1%、微小糸球体変化（微小変化型ネフローゼ症候群）24.8%、メサンギウム増殖性糸球体腎炎9.3%、巣状分節性糸球体硬化症7.6%、膜性増殖性糸球体腎炎（I型、III型）6.1%、半月体形成性壊死性糸球体腎炎2.3%であった。

さらに二次性を除いた一次性糸球体疾患732例の病型分類では、微小糸球体変化（微小変化型ネフローゼ症候群）が38.7%、膜性腎症37.8%、巣状分節性糸球体硬化症11.1%、膜性増殖性糸球体腎炎（I型、II型）6.6%、メサンギウム増殖性糸球体腎炎2.9%、半月体形成性壊死性糸球体腎炎1.4%であり、難治性ネフローゼ症候群となることが予想される病型を示すネフローゼ症候群が61.3%に及ぶことが推察された。これらの疫学的数値から、確定診断のための腎生検が臨床検査において不可欠であると判断される。

参考文献

- 1) 上田泰. 総括研究報告. 厚生省特定疾患ネフローゼ症候群調査研究班昭和48年度研究業績. 7-9, 1974.
- 2) 渡辺毅. 難治性ネフローゼ症候群の治療に関する研究. 進行性腎障害に関する調査研究平成21年度総括・分担研究報告書 (松尾清一主任研究者). 35-43, 2010.

20. 先天性ネフローゼ症候群

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：特記事項無し

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：小児関連委員会 清沢 伸幸

提案学会名：日本小児腎臓学会

ICD名称	ICDコード
先天性ネフローゼ症候群	N049

「特定内科診療」の対象となる病態

本症の85%の患者に髄膜炎、敗血症、肺炎、腹膜炎、腎盂腎炎が発症し、また血栓症も繰り返し合併する場合がある¹⁾。感染が重症化しやすい背景には低アルブミン血症による難治性の浮腫および腹水、胸水の貯留といった細菌が増殖しやすいデッドスペースが常に存在すること、また抗体の尿中への漏出による低ガンマグロブリン血症が存在することなどがある。また血栓傾向の背景には著しい低アンチトロンビン血症、低プラスミノゲン血症、血小板の増多、高脂血症の存在が挙げられる。

連日のアルブミン投与を行わなかった1987年までは3歳までの死亡率は100%であったが、アルブミン投与、ガンマグロブリン投与、抗凝固療法などを行って管理されるようになり死亡率は2~5%台に減少している。しかしながら感染が重症化した場合、あるいは血栓症が生じた場合には上記背景のために治療抵抗性であり、さらに治癒までに時間がかかり、昼夜を問わず監視を行う必要がある。

診断（診断基準や診断・治療のガイドラインは策定されていない）

生後3カ月以内に発症するネフローゼ症候群であり、生下時に胎盤重量/児体重比が25%以上の巨大胎盤を認める。胎児期から蛋白尿が出現するため羊水中の α フェトプロテインが高値を示す。梅毒やウイルス感染症などによる二次性ネフローゼ症候群および微小変化型ネフローゼ症候群が除外されたもの。

常染色体性劣性遺伝形式をとるが日本人においてはNPHP1遺伝子の異状が検出されない場合も多く、臨床的に診断されている。

参考文献

- 1) 小児腎疾患の臨床 五十嵐隆 著 生後1年以内に発症するネフローゼ症候群（先天性ネフローゼ症候群<congenital nephrotic syndrome; CNS>）改訂第2版 155-159, 2007.

21. 急速進行性糸球体腎炎

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：腎生検 G412

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液浄化療法関連委員会 高橋 進

提案学会名：日本腎臓学会、日本透析医学会

ICD名称	ICDコード
急速進行性腎炎症候群	NO1\$

1 原因病態の診断における腎生検検査の必要性

RPGNは疾患名が表すように、基本病態は腎機能の急速な悪化を来し、腎死、更には生命をも脅かすことで知られている。このような基本病態を示す疾患には半月体形成性腎炎、免疫複合体半月体形成性腎炎、Pauci-immune型半月体形成性腎炎、半月体形成を伴う膜性増殖性腎炎・膜性腎症・IgA腎症、全身性Goodpasture症候群、全身性エリテマトーデス、Wegener肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎、紫斑病性腎炎、ANCA陽性腎血管炎、抗GBM抗体陽性腎炎などがある。このため、確定診断のための腎生検は不可欠な臨床検査となる。

このような趣旨から、RPGNの診療指針では、腎疾患を専門としない実地医家向けに「早期発見のためのRPGN診断指針」（表1：44頁）および、腎疾患専門医療機関向けの「RPGN確定診断指針」（表2：44頁）を策定し、腎専門医への受診を促してきている。

表1 急速進行性腎炎症候群早期発見の為の診療指針

1) 尿所見異常（主として血尿や蛋白尿、円柱尿） ^{注1} 2) eGFR<60mL/min/1.73m ² ^{注2} 3) CRP高値や赤沈促進
上記の1～3)を認める場合、「RPGNの疑い」として、腎専門病院への受診を勧める。 ただし、腎臓超音波検査を実施可能な施設では、腎皮質の萎縮がないことを確認する。 なお、急性感染症の合併、慢性腎炎に伴う緩徐な腎機能障害が疑われる場合には、1～2週間以内に血清クレアチンを再検し、eGFRを再計算する。
注1：近年、健診などによる無症候性検尿異常を契機に発見される症例が増加している。 最近出現した検尿異常については、腎機能が正常であってもRPGNの可能性を念頭に置く必要がある。
注2：eGFRの計算は、わが国のeGFR式である下式を用いる。 $eGFR (mL/min/1.73m^2) = 194 \times Cre^{-1.094} \times Age^{-0.287}$ （女性はこれに×0.739） ただし、血清クレアチンの測定は酵素法で行うこと。

表2 急速進行性腎炎症候群確定診断指針

1) 数週から数カ月の経過で急速に腎不全が進行する。 （病歴の聴取、過去の検診、その他の腎機能データを確認する。）
2) 血尿（多くは顕微鏡的血尿、稀に肉眼的血尿）、蛋白尿、円柱尿などの腎炎性尿所見を認める。
3) 過去の検査歴などが無い場合や来院時無尿状態で尿所見が得られない場合は、臨床症候や腎臓超音波検査、CTなどにより、腎のサイズ、腎皮質の厚さ、皮髄境界、尿路閉塞などのチェックにより、慢性腎不全との鑑別を含めて、総合的に判断する。

2 治療決定における腎生検検査の必要性

現時点で保険診療が認められている治療法は下記（表3：45頁）のように限定的であるため、早期診断、早期治療は不可欠であり、そのための腎生検は必須の臨床検査となっている。

表3 急速進行性腎炎症候群の初期治療法の選択

病型		治療法	①	②	③
血管炎		重症例 ^(注1)	●	●	● ^(注3)
		最重症例	本文参照		
		軽症例	本文参照		
RPGN	RPGN臨床重症度Ⅰ、Ⅱ	非高齢、非透析	●	● ^(注2)	△ ^(注3)
	RPGN臨床重症度Ⅰ、Ⅱ	高齢、透析 ^(注4)	● ^(注2)	● ^(注2)	△ ^(注3)
	RPGN臨床重症度Ⅲ、Ⅳ	非高齢、非透析	●	● ^(注2)	● ^(注3)
	RPGN臨床重症度Ⅲ、Ⅳ	高齢、透析 ^(注4)	●	● ^(注2)	△ ^(注3)

●：施行すべき治療法、△：症例により選択する治療法

注1：重症例の大半がRPGNを合併する。RPGNを合併した場合には、RPGNの治療法を参考に投与量・投与法の調節を行うことが必要である。

注2：副腎皮質ステロイドの経口投与量として0.9mg/kg以上の初期投与を行った群で、それ以下の投与で開始した群に比較して予後不良であったという成績が進行性腎障害班アンケート調査で示されており、腎機能障害の程度など個々の症例でリスクを評価して初期投与量、投与法を設定することが必要である。

注3：腎機能障害（血清クレアチニン $\geq 1.8\text{mg/dL}$ ）時、60歳以上の患者ではIVCY、CYの投与量を75～50%に減量する。

注4：高齢者とは70歳以上をいう。透析とは維持透析療法中もしくは透析からの離脱が困難と予測される患者を指す。

参考文献

- 1) 厚生労働省特定疾患進行性腎障害に関する調査研究班報告、急速進行性腎炎症候群の診療指針第2版：日腎会誌, 53 (4) 509-555, 2011.
- 2) 日本腎臓学会(編). CKD診療ガイド. 東京:東京医学社, 2009.
- 3) 尾崎承一. MPO-ANCA関連血管炎に対する重症度別治療プロトコルの有用性を明らかにする前向きコホート調査研究. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業難治性血管炎に関する調査研究平成14～16年度総合研究報告書. 361-372, 2005.
- 4) 尾崎承一. ANCA関連血管炎のわが国における治療法の確立のための多施設共同前向き研究. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業ANCA関連血管炎のわが国における治療法の確立のための多施設共同前向き臨床研究平成21年度総括・分担研究報告書. 3-27, 2010.

22. 急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：化学療法施行

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液関連委員会 北村 聖、黒川 峰夫

提案学会名：日本血液学会、日本造血細胞移植学会、日本小児血液・がん学会

ICD名称	ICDコード
急性リンパ芽球性白血病	C910
急性骨髄性白血病	C920
細胞型不明の急性白血病	C950

「特定内科診療」の対象となる病態

急性白血病の初発、再発の状態、強力な化学療法や、造血幹細胞移植を必要とした場合。安定した寛解期を除いて、入院治療を要する状態はほとんど対象となる。

●急性白血病とは

- 急性白血病は、造血器腫瘍の一つで、白血病細胞が主として骨髄、末梢血で悪性増殖する疾患である¹⁾。
- 急性骨髄性白血病と急性リンパ性白血病に大別され、それぞれがさらに細かく分類される。また、骨髄異形成症候群や慢性骨髄性白血病の急性転化など類縁疾患がある。
- 治療は強力な抗がん剤を複数組み合わせる化学療法が行われる。一部の病型では標的治療薬が開発されている。また、条件が整えば造血幹細胞移植も積極的に行われている。

●化学療法が適応となる病態

- 原則すべての症例が、強力な化学療法の適応となる。強力な化学療法によって、高度の骨髄抑制がみられ、白血球減少・血小板減少・貧血が強度に、また長期にみられる。そのため、敗血症などの感染症、出血傾向・貧血症状などがみられる。無菌治療室に入室し、大量の抗生剤の投与など集約的治療が必要とされる。
- 支持療法として、赤血球輸血、血小板輸血、抗生剤大量投与など集約的治療が必要とされる。

●造血幹細胞移植

近年、造血幹細胞移植を併用した化学療法が行われている。白血球HLAの一致した同胞から、あるいは骨髄バンクから提供される造血幹細胞移植がなされる。

参考文献

- 1) 日本血液学会、日本リンパ網内系学会 造血器腫瘍取り扱い規約 第1版

23. 悪性リンパ腫

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：ホジキン病あるいは非ホジキンリンパ腫で放射線療法あるいは化学療法施行

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液関連委員会 北村 聖、黒川 峰夫

提案学会名：日本血液学会

ICD名称	ICDコード
ホジキン〈Hodgkin〉病 リンパ球優勢型	C810
ホジキン〈Hodgkin〉病 結節硬化型	C811
ホジキン〈Hodgkin〉病 混合細胞型	C812
ホジキン〈Hodgkin〉病 リンパ球減少型	C813
その他のホジキン〈Hodgkin〉病	C817
ホジキン〈Hodgkin〉病、詳細不明	C819
中細胞型、ろ〈濾〉胞性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫	C820
中細胞および大細胞混合型、ろ〈濾〉胞性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫	C821
大細胞型、ろ〈濾〉胞性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫	C822
ろ〈濾〉胞性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫のその他の型	C827
ろ〈濾〉胞性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫、詳細不明	C829
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 小細胞型（びまん性）	C830
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 小切れ込み核細胞型（びまん性）	C831
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 小細胞および大細胞混合型（びまん性）	C832
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 大細胞型（びまん性）	C833
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 免疫芽球型（びまん性）	C834
びまん性非ホジキン〈non-Hodgkin〉リンパ腫 リンパ芽球型（びまん性）	C835

「特定内科診療」の対象となる病態

悪性リンパ腫の初発、再発の状態、強力な化学療法や、造血幹細胞移植を必要とした場合。安定した寛解期を除いて、入院治療を要する状態はほとんど対象となる。

●悪性リンパ腫とは

- ・悪性リンパ腫は、造血器腫瘍の一つで、リンパ球が主として全身のリンパ節で悪性増殖する疾患である¹⁾。
- ・病理診断では、ホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫に大別され、それぞれがさらに細かく分類される。非ホジキンリンパ腫は進行の速さによって、アグレッシブリンパ腫、インドレントリンパ腫と大別する。
- ・病変の広がりによって、臨床病期分類をⅠ～Ⅳ期に分類し、限局期（Ⅰ、Ⅱ期）と進行期（Ⅲ、Ⅳ期）に大別する。
- ・組織型に応じてリスク分類が存在する。

●化学療法が適応となる病態

- ・組織型、臨床病期、リスクを総合的に判断して化学療法の適応を決定する。
- ・ホジキンリンパ腫やアグレッシブリンパ腫では根治を目指した強力な化学療法を行うことが多い。限局

期では放射線治療を組み合わせることもある。

- ・インドレントリンパ腫は限局期の一部では放射線治療で根治を目指すことがあるが、進行期は化学療法では根治が困難なことが多く、リンパ腫による症状が出現した場合などに化学療法を行うことが多い。
- ・ホジキンリンパ腫やアグレッシブリンパ腫が再発し化学療法が奏功する場合には自家造血幹細胞移植を行う。高リスクの場合では化学療法の地固めとして自家造血幹細胞移植を行うことがある。

●化学療法の施行

- ・複数の抗癌剤を組み合わせた強力な化学療法を行うことが多く、長期間の骨髄抑制がみられることが多い。その場合には無菌室管理が望ましい。
- ・支持療法として、骨髄抑制に対する輸血・造血因子の使用、感染症の予防・治療、嘔気対策、腫瘍崩壊症候群の治療などを行う。

参考文献

- 1) 日本血液学会、日本リンパ網内系学会 造血器腫瘍取り扱い規約 第1版

24. 再生不良性貧血

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：特記事項無し

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液関連委員会 北村 聖、黒川 峰夫

提案学会名：日本小児血液学会

ICD名称	ICDコード
慢性後天性赤芽球ろう〈癆〉	D600
一過性後天性赤芽球ろう〈癆〉	D601
後天性赤芽球ろう〈癆〉、詳細不明	D609
体質性再生不良性貧血	D610
薬物誘発性再生不良性貧血	D611
その他の外的因子による再生不良性貧血	D612
特発性再生不良性貧血	D613
無形成性貧血、詳細不明	D619

「特定内科診療」の対象となる病態

再生不良性貧血で、やや重症、重症あるいは最重症に分類され、繰り返し赤血球輸血や血小板輸血を必要とする病態。

●再生不良性貧血とは

- ・再生不良性貧血は、末梢血でのすべての血球の減少（汎血球減少）と骨髓の細胞密度の低下（低形成）を特徴とするひとつの症候群である¹⁾。腫瘍性疾患ではないが重症以上であると死亡率も高い。
- ・病理では、骨髓での造血の低下が顕著である。その原因として、免疫学的機序が推定されている。
- ・治療としては、免疫抑制療法と骨髓移植が根本治療と位置づけられる。それ以外、支持療法として、造血因子による治療、蛋白同化ステロイドホルモンの投与、輸血療法などが行われる。
- ・関連疾患として、骨髓異形成症候群と発作性夜間血色素尿症がある。

●集約的治療が適応となる病態

- ・再生不良性貧血は、軽症、中等症、やや重症、重症、最重症に分類される。
- ・やや重症以上の場合、若年でHLAの一致した血縁ドナーがいる場合には造血幹細胞移植を考慮し、高齢もしくはHLAの一致した血縁ドナーがいない場合には免疫抑制療法を行う。
- ・免疫抑制療法はシクロスポリンとATGを組み合わせた治療で、造血因子を併用する事もある。
- ・支持療法として、赤血球輸血、血小板輸血、感染症が合併した場合は抗生剤大量投与や造血因子の投与など集約的治療が必要とされる。

●造血幹細胞移植

若年のやや重症以上でHLAの一致した血縁ドナーがいる場合には造血幹細胞移植を考慮する。
やや重症以上で免疫抑制剤が無効な場合にも造血幹細胞移植が考慮される。

参考文献

- 1) 特発性造血障害班 診療の参照ガイド「再生不良性貧血」

25. 脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：静脈注射による処置を要する全入院期間が2週間以上または死亡転帰

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：小児関連委員会 清沢 伸幸、神経関連委員会 内山 真一郎

提案学会名：日本神経学会、日本小児神経学会

ICD名称	ICDコード
日本脳炎	A830
西部馬脳炎	A831
東部馬脳炎	A832
セントルイス脳炎	A833
オーストラリア脳炎	A834
カリフォルニア脳炎	A835
ロシオ〈Rocio〉ウイルス病	A836
ダニ媒介ウイルス（性）脳炎	A84\$
エンテロウイルス（性）脳炎	A850
アデノウイルス脳炎	A851
節足動物媒介ウイルス（性）脳炎、詳細不明	A852
詳細不明のウイルス（性）脳炎	A86
脳症〈エンセファロパチ〈シ〉ー〉、詳細不明	G934

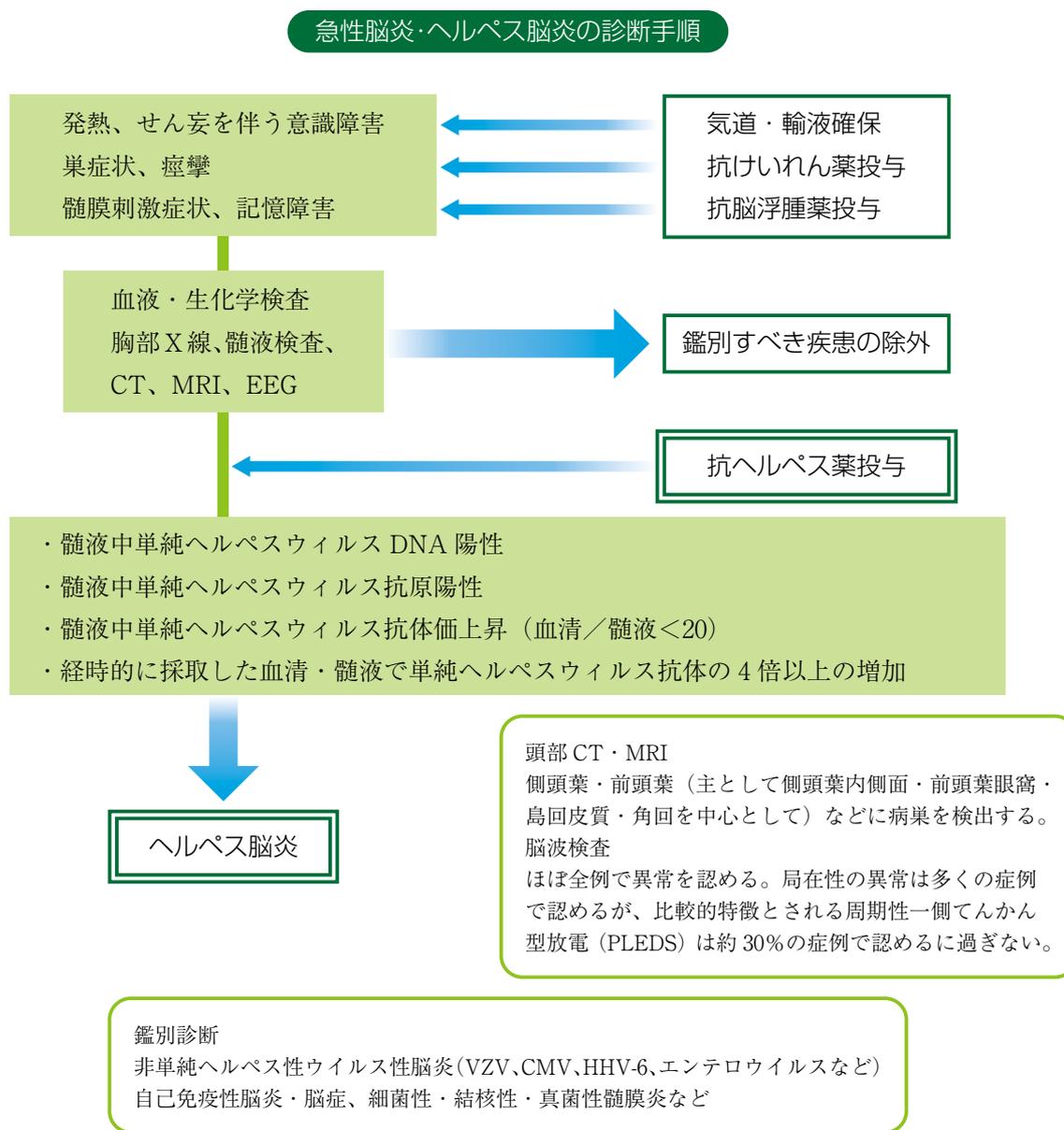
25-1. 急性脳炎・脳症〈エンセファライチス・エンセファロパチ〈シ〉ー〉、詳細不明 (G934) 神経内科

「特定内科診療」の対象となる病態

急性に脳炎症状を呈する急性脳炎・脳症としては、単純ヘルペス脳炎を初めとしたウイルス直接侵襲による脳炎のほかに傍感染性脳炎・脳症、傍腫瘍性脳炎・脳症、膠原病性脳炎・脳症などがある。その早期の対応により生命予後、機能予後が大いに異なり、重症の病型では、しばしば難治で、予後も不良である。それゆえ、早期診断と適切な治療が望まれる。

●急性脳炎・脳症の診断基準

(代表的な急性ウイルス性脳炎である単純ヘルペス脳炎の診療ガイドライン¹⁾を一部改変)



●発症原因となる種々の病態とは

急性に脳炎症状を呈する急性脳炎・脳症を病態から分類すると、①ウイルスの直接侵襲（1次性）脳炎、②傍感染性脳炎・脳症、③傍腫瘍性脳炎・脳症、④全身性膠原病合併脳炎・脳症、⑤その他・分類不能、がある。

●その発生頻度は

急性脳炎・脳症のグルタミン酸受容体自己免疫病態の解明・早期診断・治療法確立に関する研究班の調査²⁾によると日本の成人の急性脳炎・脳症罹患率は、19.0/100万人/年（年間2114例）と推計され、単純ヘルペス性20.4%、傍感染性24.8%、傍腫瘍性8.2%、膠原病性4.1%、ウイルス性（単純ヘルペス以外）2.0%、その他・分類不能40.8%であった。

●対象となる症状・病態

精神症状、意識障害、痙攣重積および治療の過程で気道閉塞や誤嚥、呼吸不全に至ることがあり、気管挿管や人工呼吸を要することが多い。全身機能評価にて気道、呼吸状態の評価を迅速に行い、気道の確保、口腔内吸引を十分に行う。特に意識障害（GCS 6点以下、JCS II-30以上）、高齢（60歳以上）、痙攣重積、画像上の広範な脳病変は、予後不良因子であり、気管挿管による気道確保を積極的に考慮し十分な酸素化を行いながら、病態に対する治療（抗ウイルス剤投与、免疫抑制療法など）を積極的に行う。

参考文献

- 1) 日本神経感染症学会編：ヘルペス脳炎、診療ガイドラインに基づく診断基準と治療方針。中山書店 2007.
- 2) Wada-Isoe K et al. Epidemiological study of acute encephalitis in Tottori Prefecture, Japan. *Eur J Neurol.* 15: 1075-9, 2008.
- 3) 急性脳炎・脳症のグルタミン酸受容体自己免疫病態の解明・早期診断・治療法確立に関する臨床研究。「急性辺縁系脳炎等の自己免疫介在性脳炎・脳症」の診断スキーム。10.17, 2010.

25-2. 脳症〈エンセファロパチ〈シ〉〉、詳細不明 (G934) 小児科

「特定内科診療」の対象となる病態

急性脳症は小児期に多く、各種のウイルス感染症を契機として急激に発症し、意識障害や痙攣を呈し、高頻度に致死的な経過や重篤な神経後遺症に至る。急性脳症の臨床像は多彩であり、重症の病型はしばしば難治で、予後も不良である。重症・難治性急性脳症の代表的病型として、急性壊死性脳症、遅発性拡散低下を伴う急性脳症の2つがある。

●急性脳症の診断基準

(代表的な急性脳症であるインフルエンザ脳症ガイドラインより引用改変)

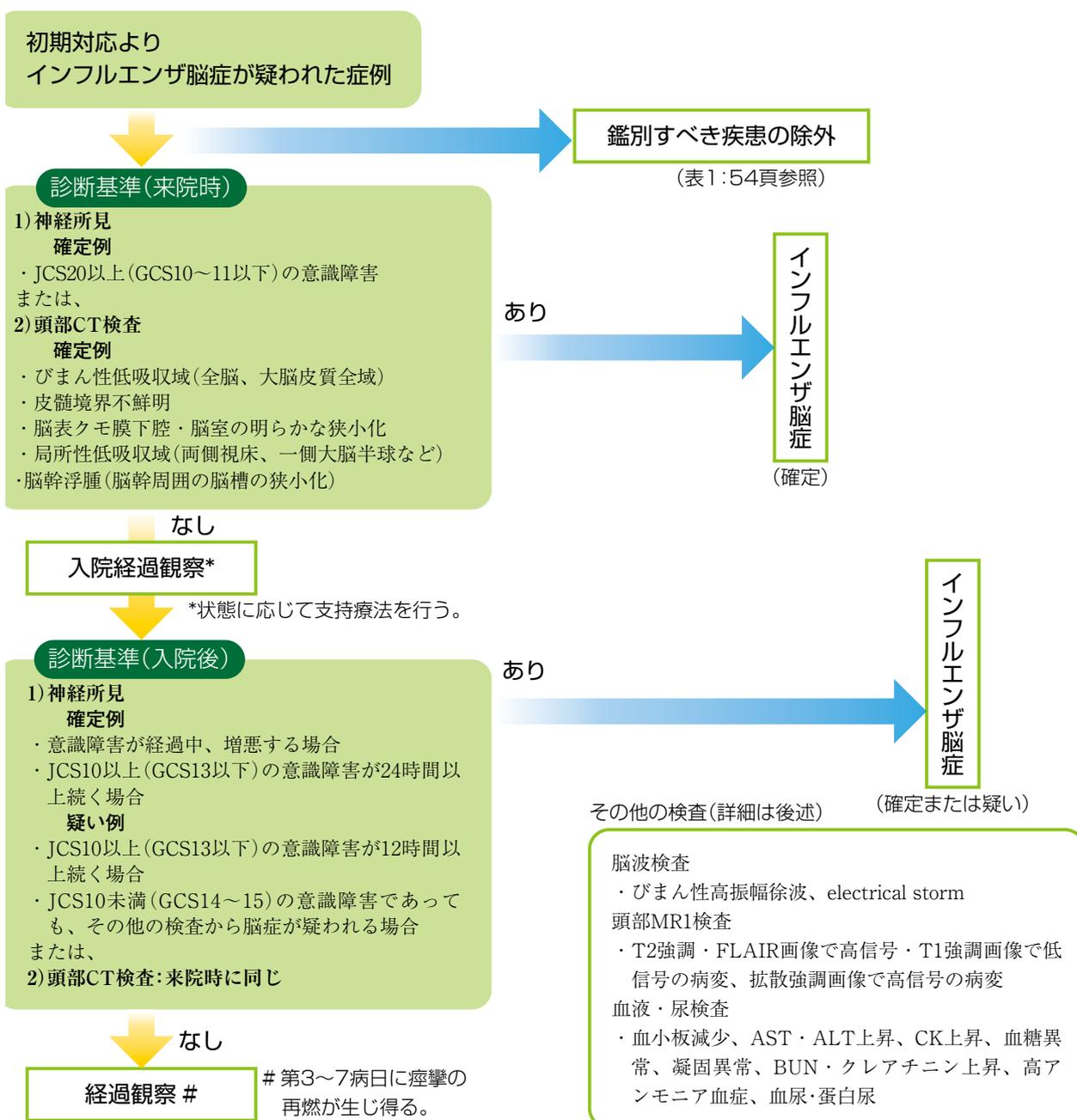


表1 インフルエンザ脳症の鑑別疾患

感染症・炎症性疾患
1. 脳炎・脳症（単純ヘルペスウイルス1型・2型、ヒトヘルペスウイルス6型・7型、水痘帯状疱疹ウイルス、Epstein-Barrウイルス、サイトメガロウイルス、麻疹ウイルス、風疹ウイルス、ムンプスウイルス、RSウイルス、ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルス（7型、ほか）、エンテロウイルス（EV71ほか）、日本脳炎ウイルス、ウエストナイルウイルス、リステリア、マイコプラズマ、サルモネラ、百日咳、その他の細菌、原虫、寄生虫など）
2. 髄膜炎 A) 化膿性髄膜炎 B) 結核性髄膜炎 C) 真菌性髄膜炎 D) ウイルス性髄膜炎
3. 脳膿瘍
4. 硬膜下膿瘍
5. 脱髄性疾患 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、多発性硬化症（MS）
6. 自己免疫疾患 全身性エリテマトーデス
頭蓋内疾患
1. 頭蓋内出血（A）硬膜下血腫 B）硬膜外血腫 C）脳内出血 D）くも膜下出血 E）Shaken baby syndrome（乳幼児虐待）
2. 血管性疾患（A）脳血管障害 B）脳動静脈奇形 C）もやもや病 D）上矢状静脈洞血栓症）
3. 脳腫瘍
代謝性疾患・内分泌疾患・中毒
1. ミトコンドリア脳筋症：MELAS
2. ビタミン欠乏症：Wernicke脳症
3. Wilson病
4. 内分泌疾患（糖尿病、汎下垂体機能低下など）
5. 薬物・毒物中毒
6. その他の代謝性疾患（有機酸・脂肪酸代謝異常、尿素回路異常症など）
臓器不全（脳症によるものを除く）
1. 肝不全
2. 腎不全
3. 呼吸不全
4. 心不全
その他
1. 熱性けいれん
2. 溶血性尿毒症症候群
3. 血球貪食症候群（遺伝性・ウイルス性）
4. 心筋炎・不整脈
5. 熱中症
6. 乳幼児突然死症候群
7. 高血圧脳症および可逆性後部白質脳症症候群

●発症原因となる種々の基礎疾患とは

発症原因となる基礎疾患としてはウイルス感染症（インフルエンザ、ヒトヘルペスウイルス6型、7型等）が契機となり、サイトカインストーム、代謝異常（ミトコンドリア等）、興奮毒性などの病態が進行し脳浮腫や機能障害が発症する。これらの病態の背景には複数の遺伝的要因が推測されており、現在研究が進められている段階である。

●人工呼吸器管理となる病態

痙攣重積や意識障害および治療の過程で気道閉塞や誤嚥、呼吸不全に至ることがあり、気管挿管や人工呼吸を要する場合が多い。全身機能評価にて気道、呼吸状態の評価を迅速に行い、気道の確保、口腔内吸引を十分に行う。特に意識障害（GCS 8点以下、JCS II-30以下）では気管挿管による気道確保を積極的に考慮し十分な酸素化を行う。

「ガイドライン作成中につき暫定版」

参考文献

- 1) 厚生労働省 インフルエンザ脳症研究班インフルエンザ脳症ガイドライン【改訂版】平成21年9月
(<http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/hourei/2009/09/dl/info0925-01.pdf>)
- 2) Mizuguchi M, et al. Acute encephalopathy associated with influenza and other viral infections. *Acta Neurol Scand* 186: 45-56, 2007.
- 3) Takanashi J, et al. Mild influenza encephalopathy with biphasic seizures and late reduced diffusion. *J Neurol Sci* 256: 86-9, 2007.
- 4) Tada H, et al. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion. *Neurology* 63: 1854-8, 2004.
- 5) Mizuguchi M. Acute necrotizing encephalopathy of childhood: a novel form of acute encephalopathy prevalent in Japan and Taiwan. *Brain Dev* 19: 81-92, 1997.

26. 頸椎頸髄損傷

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：リハビリテーション施行症例

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：リハビリテーション関連委員会 吉永 勝訓

提案学会名：日本リハビリテーション医学会

ICD名称	ICDコード
第1頸椎骨折	S120\$
第2頸椎骨折	S121\$
その他の明示された頸椎骨折	S122\$
頸椎の多発骨折	S127\$
頸部の骨折、部位不明	S129\$
頸椎椎間板の外傷性断裂	S130
頸椎の脱臼	S131
頸部のその他および部位不明の脱臼	S132
頸部の多発性脱臼	S133
頸椎の捻挫およびストレイン	S134
頸部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	S136
頸髄の振とう〈盪〉(症)および浮腫	S140
頸髄のその他および詳細不明の損傷	S141
頸椎の神経根損傷	S142
腕神経そう〈叢〉損傷	S143
頸部の末梢神経損傷	S144
頸部交感神経損傷	S145
頸部のその他および詳細不明の神経損傷	S146
腹部、下背部および骨盤部の末梢神経損傷	S346

「特定内科診療」の対象となる病態

頸椎頸髄損傷で保存的治療を主体とする場合。

●保存的治療も選択肢となる上位頸椎損傷

- ・環椎破列骨折 (Jefferson骨折)：ハローベストの装着
- ・環椎後弓骨折：カラー固定
- ・環椎前弓水平骨折：カラー固定
- ・環軸関節回旋位固定：頭蓋直達牽引
- ・歯突起骨折：ハローベスト、頸椎カラーの装着
- ・軸椎関節突起間部骨折 (ハングマン骨折)：ハローベストの装着

●保存的治療も選択肢となる中下位頸椎損傷

- ・椎体骨折 (楔状圧迫骨折、破裂骨折、鉤突起骨折)：頭蓋直達 (介達) 牽引
- ・脱臼・脱臼骨折：頭蓋直達 (介達) 牽引

●保存的治療も選択肢となる頸椎軟部組織損傷

- ・非骨傷性頸髄損傷：頸椎カラーの装着

・外傷性頸部症候群：頸椎カラーの装着

脊髄損傷患者の評価についての概略

残存感覚 (American Spinal Cord Injury Association : ASIA) を以下の部位で評価する。

感覚髄節	標準感覚点
C2	頭蓋底の後頭隆起外側1cm
C3	鎖骨上窩の頂点
C4	肩鎖関節の上方
C5	肘関節近位の前肘窩外側
C6	母指基節骨の背側
C7	中指基節骨の背側
C8	小指基節骨の背側
T1	上腕骨内顆近位の前肘窩内側

残存運動髄節 (ASIA) を以下の部位で評価する。

残存運動髄節	Key muscle
C5	C5筋髄節 (肘関節屈筋群：上腕二頭筋)
C6	C6筋髄節 (手関節伸筋群：長短橈側手根伸筋)
C7	C7筋髄節 (肘関節伸筋群：上腕三頭筋)
C8	C8筋髄節 (中指遠位指節関節の屈曲：深指屈筋)
T1	T1筋髄節 (少指外転筋群：小指外転筋)

ASIA機能障害尺度 (AIS) の階級を決める。

- (1) 障害が完全の場合、AISはA階級とし、部分的神経残存領域 (ZPP) を記録する (ZPPとして何らかの残存機能がある左右の感覚髄節または運動髄節最尾側を記録する)。
- (2) 障害が完全ではないが、運動機能障害が完全な場合、AISはB階級とする。
- (3) 運動機能障害が不全 (随意的肛門収縮または運動障害レベル以下に3髄節以上の運動機能が残存している場合) である時、神経学的レベルの少なくとも半分以上の標準筋群の筋力が3未満の場合、AISはC階級とする。
- (4) 運動機能障害が不全である時、神経学的レベルの少なくとも半分以上の標準筋群の筋力が3以上の場合、AISはD階級とする。
- (5) もし感覚と運動機能がともにすべての髄節で正常な場合、AISはE階級と評価する。

Zancolli分類 (獲得できる機能を予想するための高位分類)

分類	運動能力	残存髄節
1	肘屈曲可能群 C 5-6 上腕二頭筋 上腕筋	
1-A	腕橈骨筋機能なし	C 5A
1-B	腕橈骨筋機能あり	C 5B
2	手関節伸展可能群 C 6-7 長・短橈側手根伸筋	
2-A	手関節背屈力弱い	C 6A
2-B	手関節背屈力強い	
I	円回内筋・橈骨手根屈筋・上腕三頭筋の機能なし	C 6B I
II	円回内筋機能あり	C 6B II
III	円回内筋・橈骨手根屈筋・上腕三頭筋の機能あり	C 6B III

3	手指伸展可能群 C 7-8 総指伸筋・小指伸筋・尺側手根伸筋	
3-A	尺側指完全伸展可能	C 7A
3-B	全指伸展可能だが拇指の伸展弱い	C 7B
4	手指屈曲可能 C8-Th1 固有示指伸筋 長拇指伸筋 深指屈筋 尺側手根屈筋	
4-A	尺側指完全屈曲可能	C 8A
4-B	全指完全屈曲可能	
I	浅指屈筋機能なし	C 8B I
II	浅指屈筋機能あり	C 8B II

● 高位頸髄損傷で呼吸機能障害が重篤なものに対する内科的治療

- ・気管切開を考慮（肺活量が500mL以下の時など）
- ・呼吸不全、無気肺や肺炎の予防と治療（適切な排痰法、肺理学療法）
- ・気道の確保と人工呼吸器の使用（PaO₂が70mmHg以下の場合、PaCO₂が50mmHg以上の場合）

● 重度の頸髄損傷で予防すべき合併症に対する内科的治療

- ・頸椎の固定を行うことで脊髄の二次障害を予防する。
- ・褥瘡を予防する。
- ・低血圧を予防する。ショックの重症度の評価、酸塩基平衡の維持（神経原性ショック以外に出血などがないかを診断する）。
- ・症候性徐脈の診断と治療（早期には副交感神経優位となるので）。
- ・体温調節機能障害に対する治療。低体温に注意する。
- ・急性期に神経保護剤としてのステロイドの投与（十分なエビデンスがないので、使用する場合も、特にストレス性潰瘍の悪化などの二次障害の出現に注意する）。
- ・外傷性脳損傷の合併する頻度は少なくないので注意する。
- ・消化器障害を来す場合も多いので、必要に応じて経鼻胃管チューブを使用する。
- ・創部の痛みおよび麻痺性疼痛、異常感覚などに適切に対応する。
- ・血栓性静脈炎、深部静脈血栓症、肺塞栓を予防する。フットポンプやストッキングを使用する。ヘパリンやワーファリンの使用を検討する。
- ・神経因性膀胱に対する排尿管理を適切に行う。尿道留置カテーテルを適切に使用する。
- ・嚥下機能を評価する。
- ・難治性の便秘に対応する。
- ・可能な限り経腸栄養法を使用する。
- ・血糖を維持する。
- ・早期からリハビリテーション（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）を行う。拘縮や廃用性筋萎縮などを可及的に予防する。
- ・起立性低血圧に、昇圧剤や物理的手段を積極的に使用する。
- ・心理的なサポートを適切に行う。
- ・異所性骨化を予防する。

参考文献

- 1) Marino RJ et al: Reference Manual for the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. American Spinal Cord Injury Association, Chicago, Illinois, 2003.

- 2) Marino RJ et al: International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. American Spinal Cord Injury Association, Chicago, Illinois, revised 2002.
- 3) <http://www.asia-spinalinjury.org>
- 4) Kirshblum SC et al: International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011) . J Spinal Cord Med. Nov; 34 (6) : 535-46, 2011.
- 5) 芝啓一郎 編：脊椎脊髄損傷アドバンス. 南江堂、東京、2006.
- 6) 戸山芳昭 編集：頸椎・胸椎、最新整形外科学大系、中山書店、東京、2007.
- 7) Early Acute Management in : Adults with Spinal Cord Injury. A Clinical Practice Guideline for Health-Care Providers. Consortium for Spinal Cord Medicine, 2008, Paralyzed Veterans of America.
- 8) Hadley MN et al: Introduction to the Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Neurosurgery. Mar; 72 Suppl 2:5-16, 2013.

27. 薬物中毒

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：吸着式血液浄化法 J041 or 血漿交換療法 J039

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液浄化療法関連委員会 高橋 進

提案学会名：日本アフェレシス学会

ICD名称	ICDコード
全身性抗生物質による中毒	T36\$
その他の全身性抗感染薬および抗寄生虫薬による中毒	T37\$
ホルモン類、その合成代替薬および拮抗薬による中毒、他に分類されないもの	T38\$
非オピオイド系鎮痛薬、解熱薬および抗リウマチ薬による中毒	T39\$
麻薬および精神変容薬 [幻覚発現薬] による中毒	T40\$
麻酔薬および治療用ガス類による中毒	T41\$
抗てんかん薬、鎮静・催眠薬および抗パーキンソン病薬による中毒	T42\$
向精神薬による中毒、他に分類されないもの	T43\$
主として自律神経系に作用する薬物による中毒	T44\$
主として全身および血液に作用する薬物による中毒、他に分類されないもの	T45\$
主として心血管系に作用する薬物による中毒	T46\$
主として消化器系に作用する薬物による中毒	T47\$
主として平滑筋、骨格筋および呼吸器系に作用する薬物による中毒	T48\$
主として皮膚および粘膜に作用する局所用薬物、眼科用薬、耳鼻咽喉科用薬および歯科用薬による中毒	T49\$
利尿薬、その他および詳細不明の薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒	T50\$
アルコールの毒作用	T51\$
有機溶剤の毒作用	T52\$
脂肪族および芳香族炭化水素のハロゲン誘導体の毒作用	T53\$
腐食性物質の毒作用	T54\$
石鹼および洗剤の毒作用	T55
金属の毒作用	T56\$
その他の無機物質の毒作用	T57\$
一酸化炭素の毒作用	T58
その他の気体、フュームおよび蒸気の毒作用	T59\$
農薬の毒作用	T60\$
海産食品として摂取された有害物質の毒作用	T61\$
食物として摂取されたその他の有害物質による毒作用	T62\$
有毒動物との接触による毒作用	T63\$
アフラトキシンおよびその他の真菌毒素〈マイコトキシン〉による食物汚染物質の毒作用	T64
その他および詳細不明の物質の毒作用	T65\$
薬物および薬剤の詳細不明の有害作用	T887

「特定内科診療」の対象となる病態

急性薬物中毒で、血液浄化を必要とする下記のいずれかの病態を呈する場合¹⁾

- ・他の標準治療を含む十分な治療を行ったにもかかわらず、全身状態が進行性に悪化する場合。
- ・呼吸抑制、低体温、低血圧など、脳幹機能の低下が見られる場合。
- ・昏睡が遷延し、肺炎・敗血症など昏睡に合併した症状が見られる場合。

- ・ 起因薬剤の代謝に影響を与えるような重篤な臓器障害が存在する場合。
- ・ 中毒起因物質の代謝産物が、起因物質と同等あるいはそれ以上の毒性を持つ場合。
- ・ 起因物質が遅発性の障害を起こす可能性がある場合。

● 血液浄化療法が適応となる場合の起因物質の条件²⁾

- ・ 分布容積が小さい。
- ・ 蛋白結合率が低い。
- ・ 脂溶性が低い。
- ・ 血中濃度が危険域に達したことが推定、あるいは確認されている。
- ・ 高い血中濃度で重篤、あるいは致命的になり得る。
- ・ 十分な内因性クリアランスが期待できない。
- ・ 有効な拮抗薬や特異的な治療が存在しない。

参考文献

- 1) 日本急性血液浄化学会編：第9章. 急性中毒に対する血液浄化法. 急性血液浄化療法標準マニュアル、2013.
- 2) 日本中毒学会編：急性中毒標準診療ガイド、じほう、2008.

28. 敗血症性ショック

絞り込みに必要な場合は、該当する処置・重症度：吸着式血液浄化法 J041 or 持続緩徐式血液濾過 J042

領域別委員会委員長あるいは回収責任者：血液浄化療法関連委員会 高橋 進

提案学会名：日本アフェレシス学会、日本急性血液浄化学会

ICD名称	ICDコード
サルモネラ敗血症	A021
リステリア性敗血症	A327
ウォーターハウス・フリードリヒセン〈Waterhouse-Friderichsen〉症候群	A391
急性髄膜炎菌血症	A392
慢性髄膜炎菌血症	A393
髄膜炎菌血症、詳細不明	A394
髄膜炎菌性心疾患	A395
その他の髄膜炎菌感染症	A398
髄膜炎菌感染症、詳細不明	A399
レンサ球菌性敗血症	A40\$
その他の敗血症	A41\$
播種性ヘルペスウイルス疾患	B007
サイトメガロウイルス（性）肺臓炎	B250
サイトメガロウイルス（性）膀胱炎	B252
カンジダ性心内膜炎	B376
カンジダ性敗血症	B377
播種性コクシジオイデス症	B387
カプスラーツム播種性ヒストプラズマ症	B393
播種性ブラストミセス症	B407
播種性パラコクシジオイデス症	B417
播種性スポロトリコーシス	B427
播種性アスペルギルス症	B447
播種性ムーコル〈ムコール〉症	B464

「特定内科診療」の対象となる病態

敗血症によりショック症状を呈し、血液浄化療法を必要とする場合。

●敗血症とは¹⁾

感染によって発症した全身性炎症反応症候群（systemic inflammatory response syndrome: SIRS）、すなわちinfection-induced SIRSとする。

SIRSの定義は以下の4項目のうち2項目以上が該当する場合とする。

- 1) 体温>38℃または<36℃
- 2) 心拍数>90回/分
- 3) 呼吸数>20回/分またはPaCO₂<32Torr
- 4) 末梢血白血球数>12,000mm³または<4,000mm³、あるいは未熟型顆粒球（band）>10%

●敗血症性ショックに対する血液浄化療法と保険適応

ポリミキシンB固定化ファイバー(PMX)を用いた直接血液灌流や持続的血液濾過透析などが行われるが、保険適応は前者のみである。

●PMXを用いた直接血液灌流の保険適応

- 1) エンドトキシン血症であるもの、またはグラム陰性菌感染症が疑われるもの
- 2) 次の①～④のうち、2項目以上を同時に満たすもの
 - ①体温が38℃以上または36℃未満
 - ②心拍数が90回/分以上
 - ③呼吸数が20回/分またはPaCO₂が32Torr未満
 - ④白血球数が12,000mm³以上もしくは4,000mm³未満、または桿状核好中球が10%以上
- 3) 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重篤化したもの [総ビリルビン10mg/dL以上かつヘパラスチンテスト40%以下であるもの] を除く）

参考文献

- 1) 日本集中治療医学会 Sepsis Registry委員会. 日本版敗血症診療ガイドライン. 2013.



Part.2

特定内科診療対象疾患の調査報告

疾患別の現場の内科系医師の診療負荷の実態を検証するための調査

まとめ

「特定内科診療」に含まれる疾患名あるいは病態について、診療上で医師が担う“負荷（診療サービスを提供する過程の医師の大変さ）”と診療の“成果（医師が考える患者にもたらす貢献）”の二点を明らかにすることを目的とし、質問票を用いた調査を行った。対象医師は指導医、専門医あるいは専らその専門領域の診療経験が10年以上の医師、後期研修医（専門医を取得している場合）で、初期研修医は除き、年齢は65歳未満が望ましいとし、各疾患の診療における**負荷**について、18項目の「個別の行為の提供負荷」、5項目の「特性別の提供負荷」、単一の「総合負荷」；**貢献**について5項目の「患者への貢献（種類別貢献）」と単一の「総合貢献」；**所要総時間と介入頻度**（その行為を実施する回数）；**臨床実態**と**理想状況**での**医師像**（医師の専門性や経験と携わる人数や勤務形態（専任か兼任か））、について回答を求めた。寄せられた回答数759のうち、回答医師の専門領域について無回答であった4回答を除外した755回答で集計した。

その際、先天性ネフローゼ症候群は入院期間の平均が322日と、その他の疾患と比べ極端に長く、急性期の重篤な内科系疾患という要件に合わないため、分析から除外することとし、除外後の全体の平均入院期間は20.49日であった。

また、調査結果の分析の際に平成23年9月に全国社会保険協会連合会より報告された「診療報酬における医療技術の評価」の84疾患のデータと比較した。この報告には特定内科診療に含まれる疾患が全て含まれ、調査項目にも重複があり、より軽症な疾患も含まれており、多くの疾患と較べた位置づけを調べる事ができた。その結果、特定内科診療の対象疾患は他疾患に較べて負荷も貢献も極めて大きい疾患であることが確認できた。

総合負荷に最も寄与度が大きいのは「治療実践」で、次が「予後見通し」であった。また、総合貢献に最も寄与度が高かったのは「救命的な貢献」であった。疾患毎の特徴は個別に検討を加えた。また、所要総時間と介入頻度および「臨床実態」と「理想状況」での医師像については、タイムスタディーや実態調査は施行していないので、参考までに疾患毎に結果を記載するにとどめた。

特定内科診療対象疾患の調査報告

1. 目的・対象・設問構成・解析方法

調査報告の目的

本調査報告では、「特定内科診療」に関する内保連における一次調査と対象疾患の絞り込み結果を踏まえて行った二次調査（資料1 調査票（記入見本）：93頁～131頁）の回答を基に、「特定内科診療」に含まれる疾患名あるいは病態について、診療上で医師が担う“**負荷（診療サービスを提供する過程の医師の大変さ）**”と診療の“**成果（医師が考える患者にもたらす貢献）**”の二点を明らかにすることを目的とした。

調査対象者

本調査は、医師の専門的な技術を論じるのが目的なため、下記の医師を対象とした。

●対象医師

指導医、専門医あるいは専らその専門領域の診療経験が10年以上の医師、後期研修医（専門医を取得している場合）、（注）年齢は65歳未満が望ましい。

●除外医師

研修医（前期研修医および専門医未取得の後期研修医）

設問の構成

本調査は、**A. 総合負荷**、**B. 患者貢献**、**C. 施設基準**、**D. 算定方法**の4つの部、総計9個の設問から構成されている。

解析方法

各項目（回答者の背景、疾患毎の回答状況と入院期間）の基本統計量を求め、負荷と貢献、所要時間と介入頻度、施設基準の現状とあるべき姿（理想）をまとめた。さらに、各種指標間の相関を、負荷についての内部相関、貢献についての内部相関、負荷と貢献の相関を分析し、各診療行為または貢献内容の寄与度を調べた。最後に総合負荷・貢献度からみた疾患特性を疾患毎に示した。

なお、本調査は急性で重篤な疾患を集めたものであるため、一般的な疾患や母集団が異なる場合の状況について、全社連での調査報告*（以下 全社連調査）のデータと比較した。

*平成23年度全社連共同研究「診療報酬における医療技術の評価」報告書 平成23年9月 社団法人 全国社会保険協会連合会 共同研究「診療報酬における医療技術の評価」研究班

なお、調査票の作成は大阪大学大学院医学系研究科医療経済産業政策学の田倉智之氏に依頼し、技術評価委員会で修正を加え、集計は内保連の委託事業により株式会社イー・コミュニケーションズとメディファーム株式会社が行った。

また、全社連調査データの使用許可をいただきました全社連に深謝いたします。

2. 結果

(1) 回答者の背景

寄せられた回答数759のうち、回答医師の専門領域で無回答であった4回答を除外した755回答で集計を行った。

回答者の専門領域は多い順に、腎臓125回答（16.5%）、次いで消化器117回答（15.4%）、呼吸器115回答（15.2%）であった（表1：67頁）。

臨床従事年数は、回答者全体の平均が19.69年、標準偏差8.16、中央値19年であった（表2：67頁）。

後期研修医は8名で、全体の1.1%であった（表3、図1：68頁）。

表1 回答医師の専門領域

	回答数	%
アレルギー	5	0.7%
一般内科	4	0.5%
救急	21	2.8%
血液	37	4.9%
呼吸器	115	15.2%
循環器	96	12.6%
小児	68	9.0%
消化器	117	15.4%
神経	81	10.7%
腎臓	125	16.5%
内分泌・代謝	60	7.9%
リハビリ	26	3.4%
無回答	4	0.5%
合計	759	100.0%

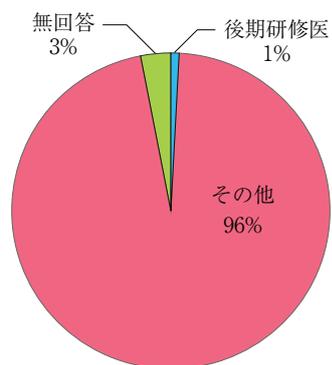
表2 回答医師の専門領域別臨床従事年数

	回答数	平均	標準偏差	中央値
アレルギー	5	29.00	6.28	30.00
一般内科	4	18.00	7.35	14.50
救急	21	18.19	6.58	19.00
血液	37	10.84	3.30	10.00
呼吸器	115	22.23	8.21	22.00
循環器	96	18.87	6.79	17.00
小児	68	24.90	8.26	26.00
消化器	117	15.66	8.13	14.00
神経	81	21.38	6.81	23.00
腎臓	125	18.62	7.50	17.00
内分泌・代謝	60	21.42	7.70	22.00
リハビリ	26	24.42	6.49	24.00
全体	755	19.69	8.16	19.00

表3 後期研修医 回答数

	回答数	%
後期研修医	8	1.1%
その他	727	96.3%
無回答	20	2.6%
合計	755	100.0%

図1 後期研修医の比率



(2) 疾患毎の回答状況

疾患毎の回答者数は11名～59名であった。最も回答数が多かったのは劇症肝炎の59回答、次いで重症急性性肺炎52回答、難治性ネフローゼ症候群47回答であった。最も回答数が少なかったのは再生不良性貧血の11回答、次いで急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病と悪性リンパ腫が各12回答であった(表4：69頁)。

表4 疾患毎の回答者数と割合

ID	疾患名	全体	
		回答数	%
1	重症脳卒中	31	4.1%
2	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	17	2.3%
3	重症筋無力症クリーゼ	21	2.8%
4	てんかん重積状態・精神運動発作重積症	19	2.5%
5	気管支喘息重積状態	24	3.2%
6	間質性肺炎(急性増悪)	30	4.0%
7	慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)	38	5.0%
8	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	31	4.1%
9	急性心筋梗塞	24	3.2%
10	急性心不全	25	3.3%
11	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey Ⅲ型)	23	3.0%
12	肺塞栓症	25	3.3%
13	劇症肝炎	59	7.8%
14	重症急性性肺炎	52	6.9%
16	糖尿病性ケトアシドーシス	18	2.4%
17	甲状腺クリーゼ	26	3.4%
18	副腎クリーゼ	19	2.5%
19	難治性ネフローゼ症候群	47	6.2%
20	先天性ネフローゼ症候群	39	5.2%
21	急速進行性糸球体腎炎	46	6.1%
22	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	12	1.6%
23	悪性リンパ腫	12	1.6%
24	再生不良性貧血	11	1.5%
25	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	19	2.5%
26	頸椎頸髄損傷	27	3.6%
27	薬物中毒	31	4.1%
28	敗血症性ショック	29	3.8%
	合計	755	100.0%

(3) 特定内科診療の入院期間

各疾患の診療における「特定内科診療の入院期間＝専門領域の内科的技術を集中的に必要とする急性期の入院期間」の回答を求め、全体の平均値と標準偏差、疾患毎の平均値を算出した（表5：70頁）。

全体の平均値は36.43（日/件）、標準偏差は74.03、95%信頼区間は[31.14, 41.83]であった。

疾患20（先天性ネフローゼ症候群）は入院期間がその他の疾患と比べ極端に長く、急性期の重篤な内科系疾患という要件に合わないため、分析から除外することとした。

疾患20除外後の全体の平均値は20.49（日/件）、標準偏差は18.87、95%信頼区間は[19.09, 21.90]であった。

表5 特定内科診療の入院期間

特定内科診療の入院期間（日/件）			
ID	疾患名	平均	SD
	全体	36.43	74.03
1	重症脳卒中	12.10	7.17
2	化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎）	23.40	16.79
3	重症筋無力症クリーゼ	18.71	11.22
4	てんかん重積状態・精神運動発作重積症	11.42	5.73
5	気管支喘息重積状態	10.96	6.37
6	間質性肺炎（急性増悪）	16.04	8.22
7	慢性閉塞性肺疾患（急性増悪）	10.27	6.37
8	急性呼吸窮迫症候群（ARDS）	16.72	13.35
9	急性心筋梗塞	8.63	3.81
10	急性心不全	11.16	10.50
11	解離性大動脈瘤（Stanford B DeBakey Ⅲ型）	15.91	10.00
12	肺塞栓症	9.84	5.39
13	劇症肝炎	13.67	6.59
14	重症急性膵炎	27.73	19.99
16	糖尿病性ケトアシドーシス	5.78	3.75
17	甲状腺クリーゼ	11.68	6.82
18	副腎クリーゼ	6.68	3.84
19	難治性ネフローゼ症候群	43.96	15.98
20	先天性ネフローゼ症候群	321.67	107.01
21	急速進行性糸球体腎炎	50.02	14.66
22	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	43.67	22.83
23	悪性リンパ腫	25.67	12.82
24	再生不良性貧血	49.45	39.13
25	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	21.12	10.69
26	頸椎頸髄損傷	31.63	30.61
27	薬物中毒	10.62	7.71
28	敗血症性ショック	14.46	15.41

(4) 調査結果

① 負荷と貢献

各疾患の診療における負荷について、18項目の「個別の行為の提供負荷」、5項目の「特性別の提供負荷」、単一の「総合負荷」の三つの観点から回答を求めた。疾患毎に18項目の「個別の行為の提供負荷」と5項目の「特性別の提供負荷」はそれぞれの平均値を算出した（表9：132～133頁）。

貢献度については5項目の「患者への貢献（種類別貢献）」と単一の「総合貢献」の二つの観点から回答を求めた。疾患毎に5項目の「患者への貢献（種類別貢献）」はそれぞれの平均値を算出した（表9：132～133頁）。

② 所要時間と介入頻度

各疾患の診療における個別の行為の実施について、標準的な医師の所要総時間と介入頻度（その行為を実施する回数）の回答を求めた。疾患毎に所要時間と介入頻度の平均値と標準偏差を算出した（表10：134～135頁）。

③ 施設基準

各疾患に関わる一連の行為全体の実施における、「臨床実態（回答者の経験に基づく臨床現場における状況）」と「理想状況」の各状況での医師像（医師の専門性や経験と携わる人数や勤務形態（専任か兼任か））について回答を求めた。

疾患毎に「臨床実態」「理想状況」の「専任」「兼任」それぞれの医師人数の平均値と中央値を算出した（表11：136頁～149頁〈A〉）。

また、経験年数をA：2年以下、B：3～5年、C：6～8年、D：9～11年、E：12年以上の5段階に分け、「臨床実態」「理想状況」の「専任」「兼任」の経験年数毎の医師人数の平均値と中央値を算出した（表11：136頁～149頁〈B〉）。

経験年数による分布でCがBとDに比べ値が小さい場合は、Cに1を足し、その他A、B、D、Eより合計1となるような、それぞれの値の割合に応じた値を減じて分布の調整を行った。その後、A～Eまでの値の比率が変わらず、合計が（表11：136頁～149頁〈A〉）の値と同じになるように値を調整した（表11：136頁～149頁〈C〉）。

(5) 各種指標の相関

① 負荷についての内部相関

18項目の「個別の行為の提供負荷」、5項目の「特性別の提供負荷」、「総合負荷」の三つの観点で回答された負荷の大きさ間の関係性を検討した。

本報告書ではスピアマンの順位相関係数を用いる。文中ではRsと表現する。

「個別の行為の提供負荷」の平均値と「特性別の提供負荷」の平均値の相関を図2-1（72頁）に示す。これらの間には高い相関関係がみられた（ $R_s=0.579$ 、 $P<0.01$ ）。

なお、平成23年9月に全国社会保険協会連合会より報告された「診療報酬における医療技術の評価」（以下、全社連調査）のグラフを上段の図2-1（72頁）に重ねたものを下段の図2-2（72頁）に示す（以下、同様）。全社連調査では84の疾患について16項目の「個別の診療行為の負荷」、5項目の「行為特性別の負荷」および単一の「総合負荷」の三つの観点から回答を求めており、今回の調査の内容と非常によく似ている。違いとしては、「個別の診療行為の負荷」に関して、今回の18項目から「カンファレンス」と「チーム医療」を除いた16項目としている点である。

図2-2（72頁）より、特定内科診療対象疾患のデータは図の右上に分布がかたまっており、そのあたりでは全社連調査のデータと重なっている。つまり、今回の調査対象の疾患は負荷の高いものばかりであると言える。

図2-1

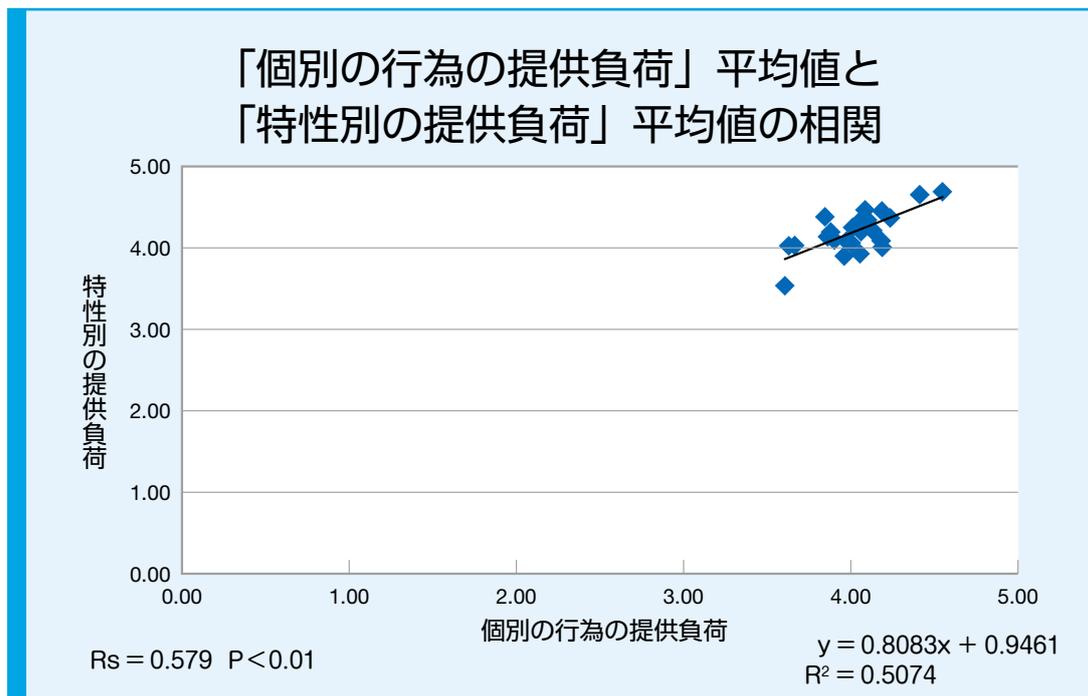
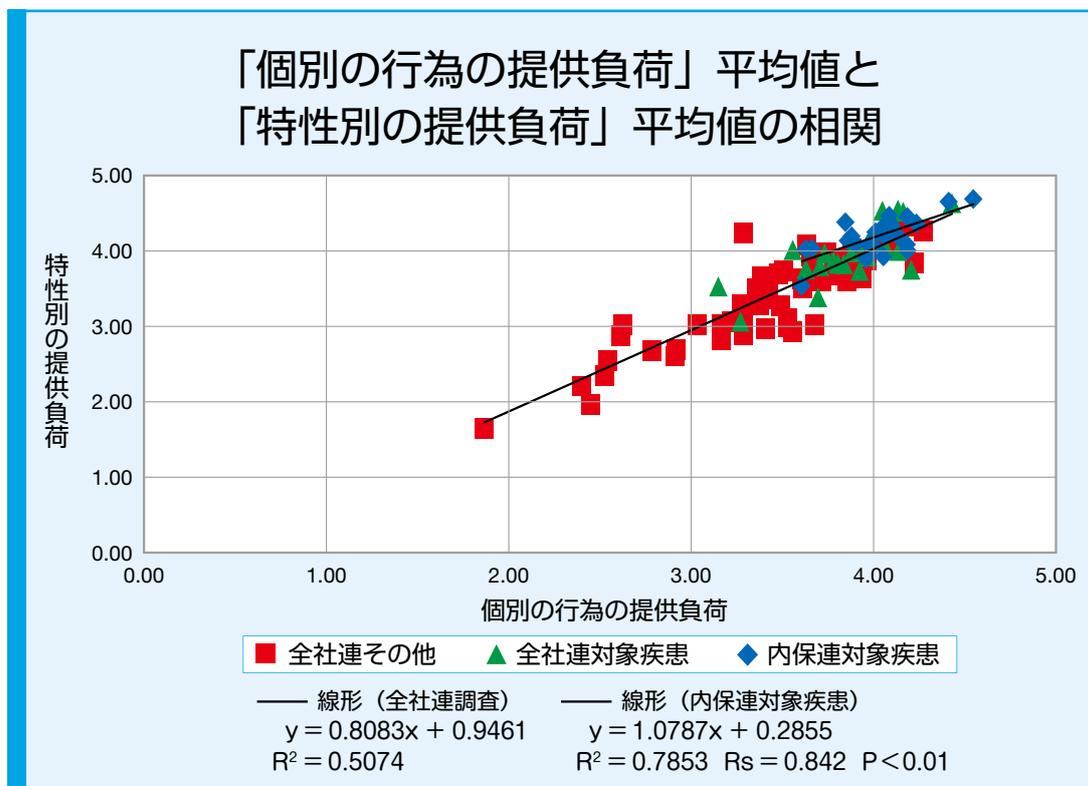


図2-2



「総合負荷」と「個別の行為の提供負荷」の平均値の相関を図3-1（73頁）に示す。これらの間にも高い相関関係がみられた（ $R_s=0.560$ 、 $P<0.01$ ）。

なお、全社連調査のグラフを重ねたものを掲載する（図3-2：73頁）。

図3-1

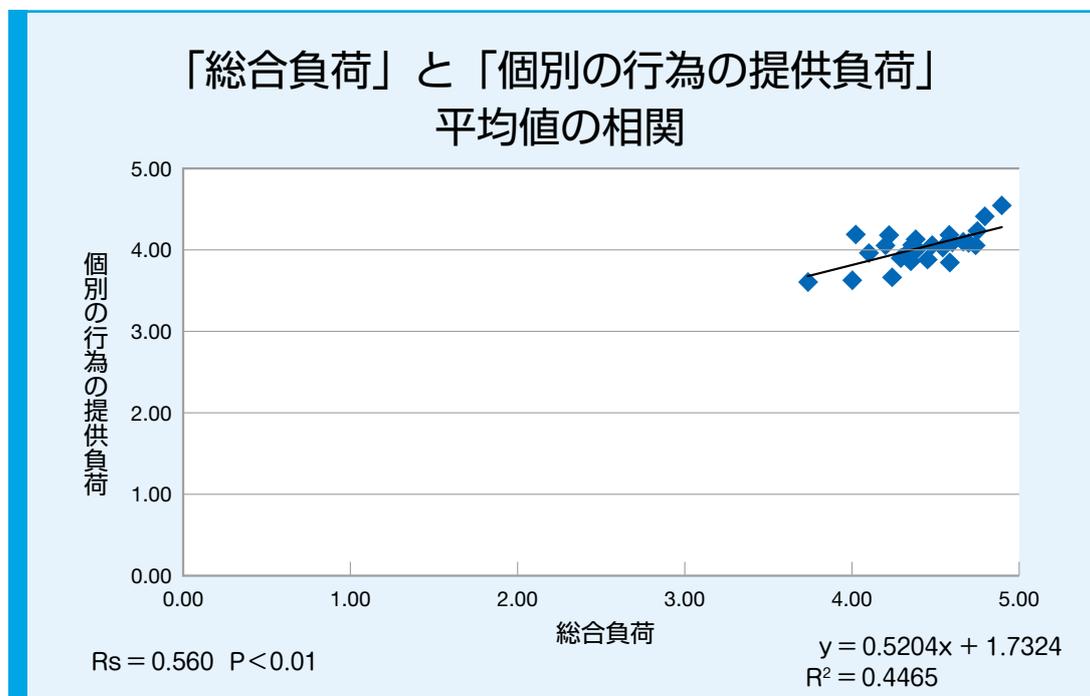
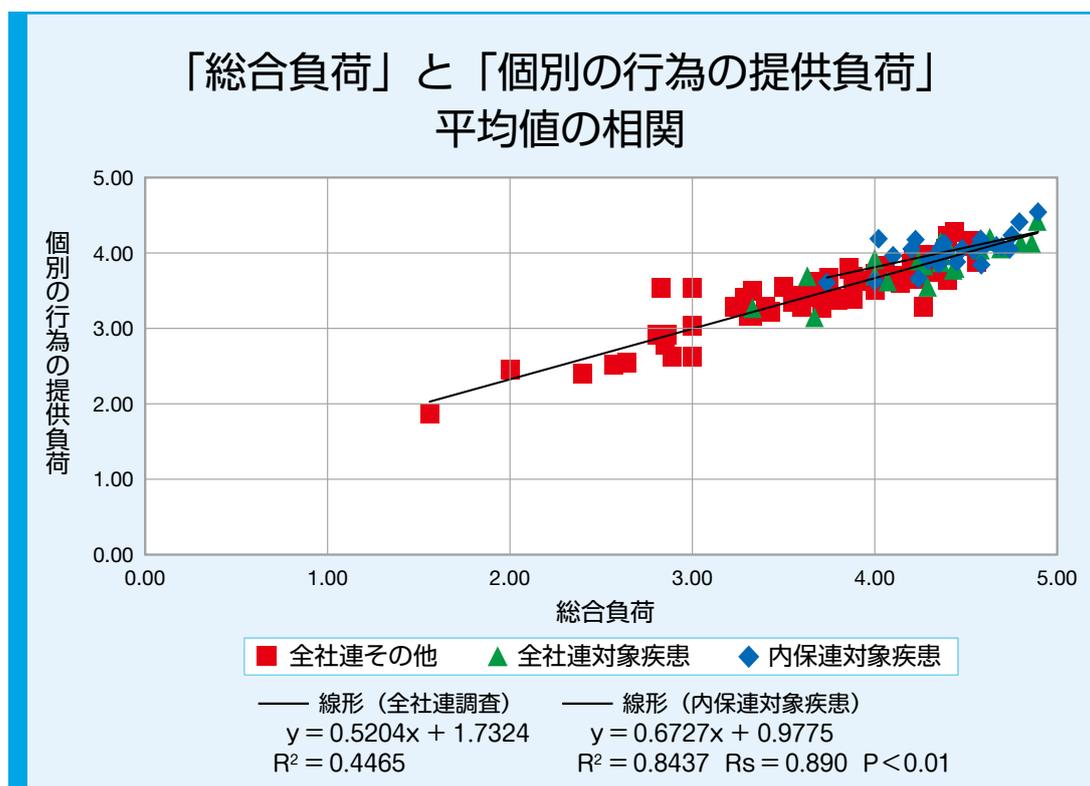


図3-2



「総合負荷」と「特性別の提供負荷」の平均値の相関を図4-1（74頁）に示す。これらの間には負荷の3つの指標間で最も高い相関関係がみられた（ $R_s=0.945$ 、 $P<0.01$ ）。なお、全社連調査のグラフを重ねたものを掲載する（図4-2：74頁）。

図4-1

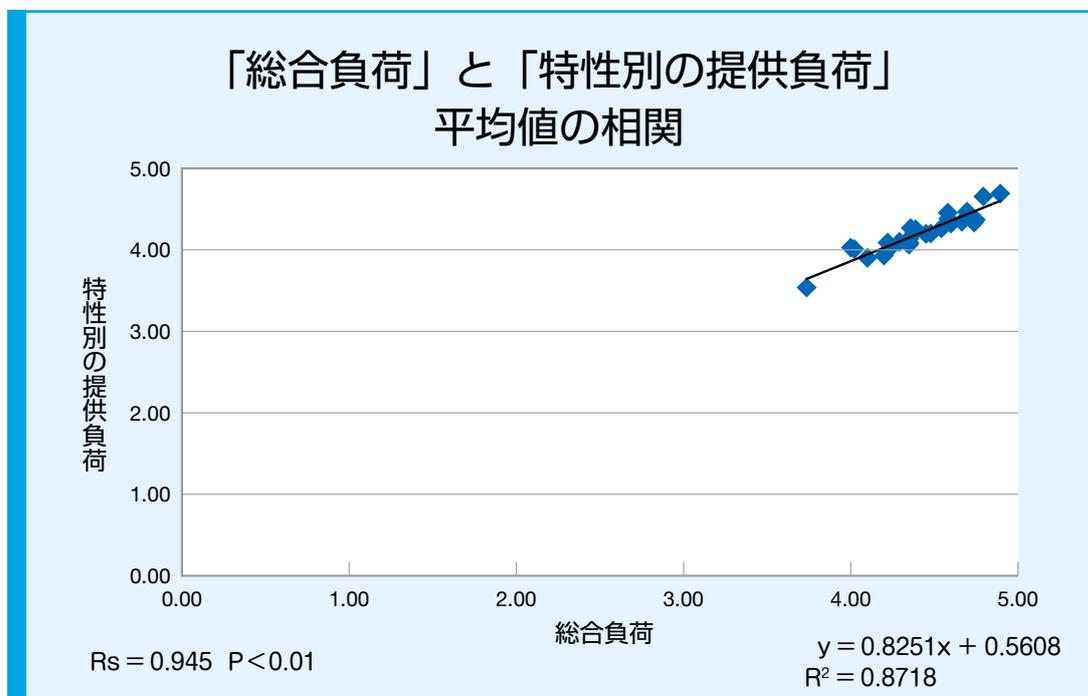
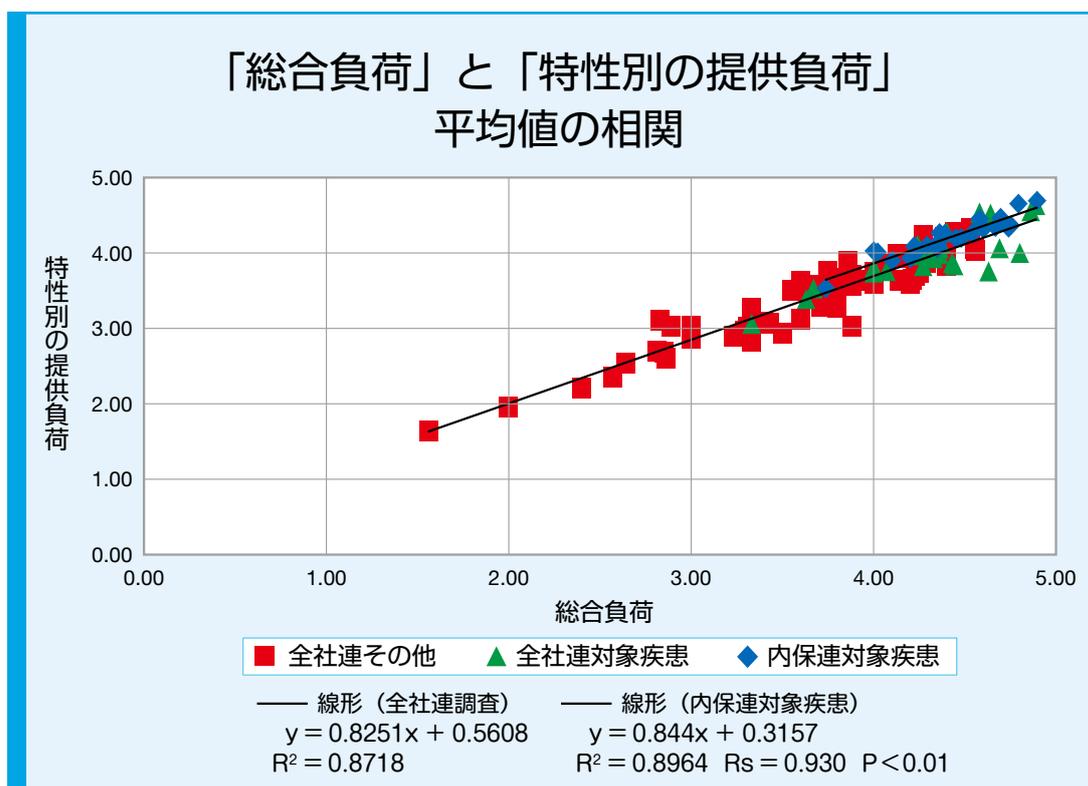


図4-2



②貢献についての内部相関

貢献度については5項目の「患者への貢献（種類別貢献）」の平均値（表6-1、2：79頁）と独立して回答を求めた「総合貢献」の相関を求めた（図5-1：76頁）。これらの間には高い相関関係がみられた（ $R_s=0.666$ 、 $P<0.01$ ）。

なお、全社連調査のグラフを重ねたものを掲載する（図5-2：76頁）。この調査では84の疾患について5項目の「患者への貢献」および単一の「総合貢献」の二つの観点から回答を求めており、今回の調査の内容と同一の内容となっている。

図5-2（76頁）より、今回の調査のデータは図の右上に分布がかたまっており、そのあたりでは全社連調査のデータと重なっている。今回の調査で用いた疾患は貢献度の高いものばかりであると言える。

図5-1

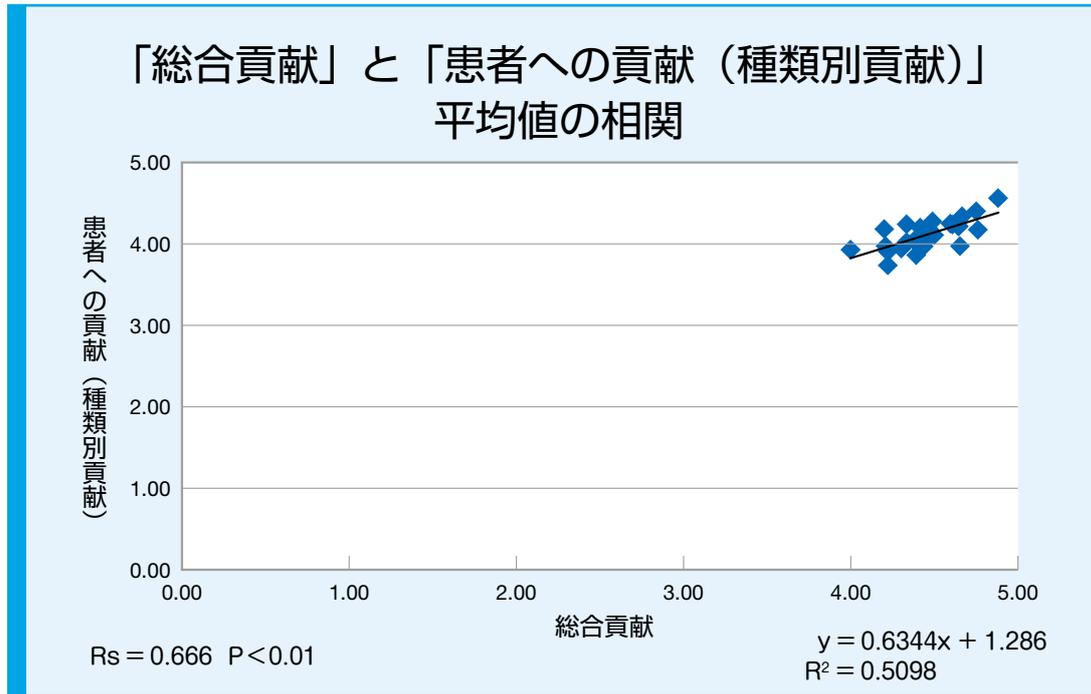
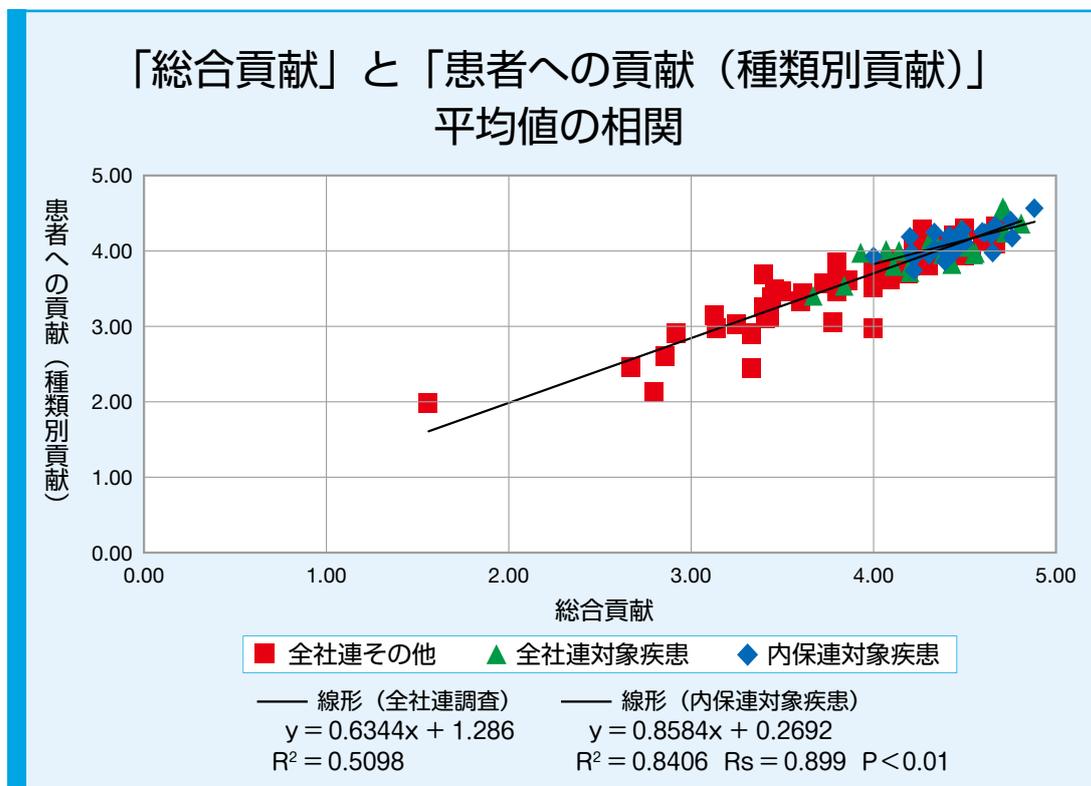


図5-2



③ 負荷と貢献の相関

診療の負荷が患者への貢献と如何なる関係にあるかを「総合負荷」と「総合貢献」の相関から検討した結果、高い相関関係がみられた（図6-1：77頁）（ $R_s=0.575$ 、 $P<0.01$ ）。なお、全社連調査のグラフを重ねたものを示す（図6-2：77頁）。

図6-1

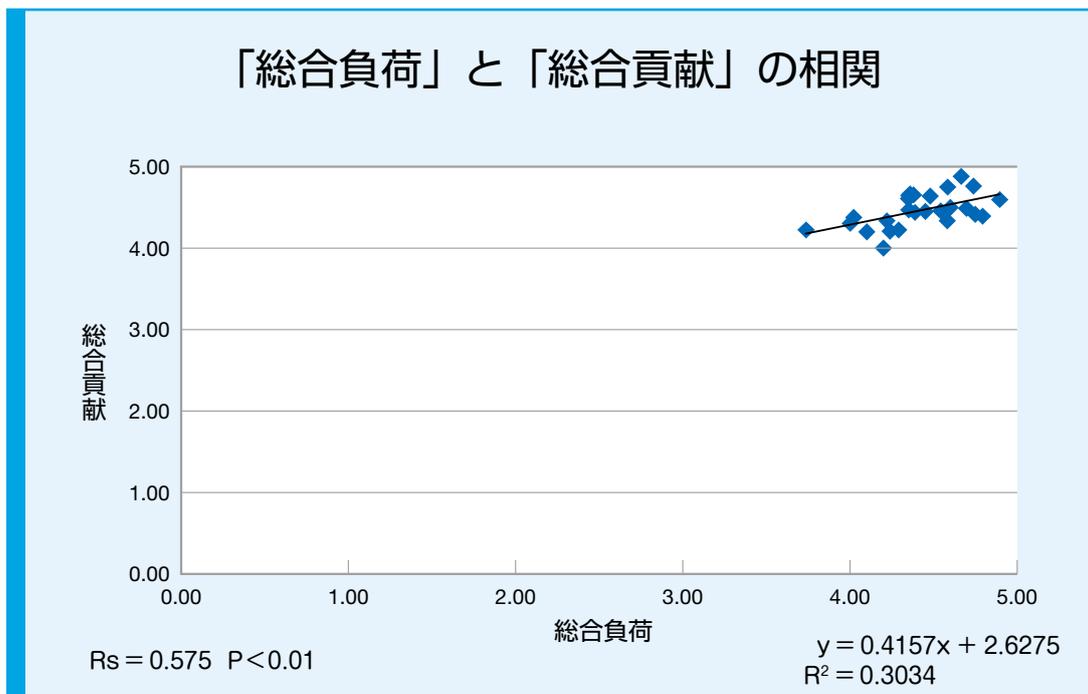
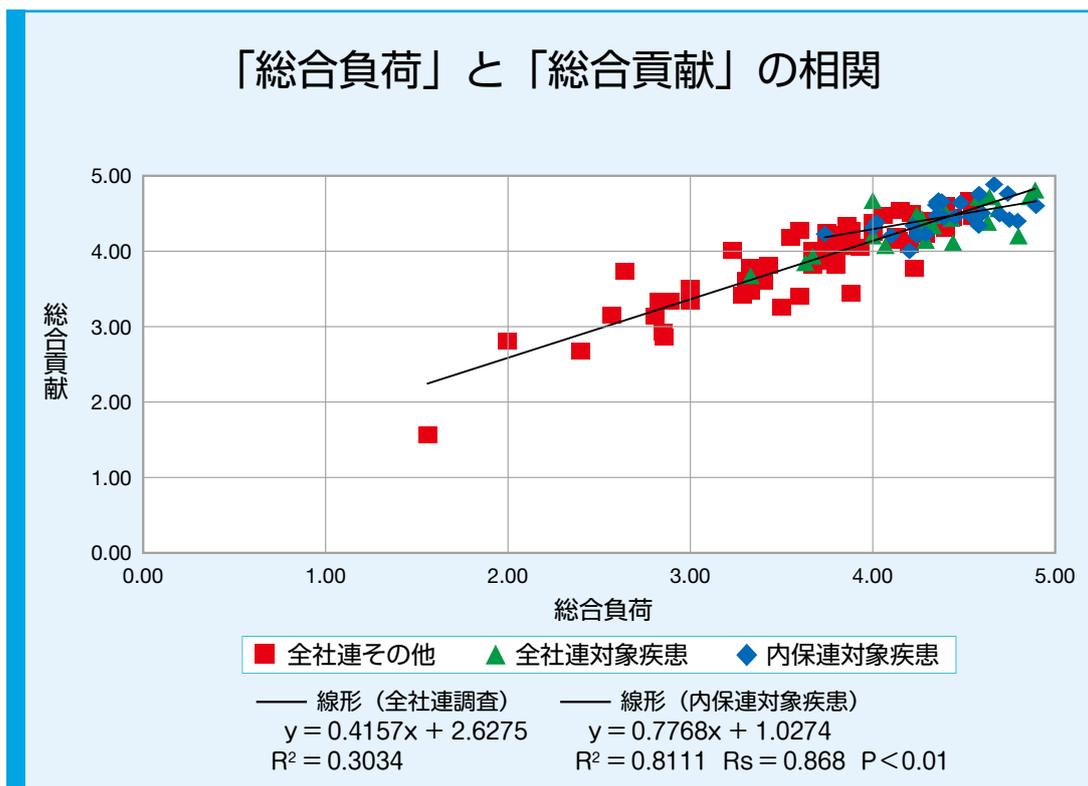


図6-2



「個別の行為の提供負荷」の平均値と「患者への貢献（種別別貢献）」の平均値の相関を検討した（図7-1：78頁）。これらの間にはそれほど高い相関関係がみられなかった（ $R_s=0.240$ 、 $P=0.237$ ）。

なお、全社連調査のグラフを重ねたものを示す（図7-2：78頁）。図7-2（78頁）では $R_s=0.727$ 、 $P<0.01$ と

図7-1

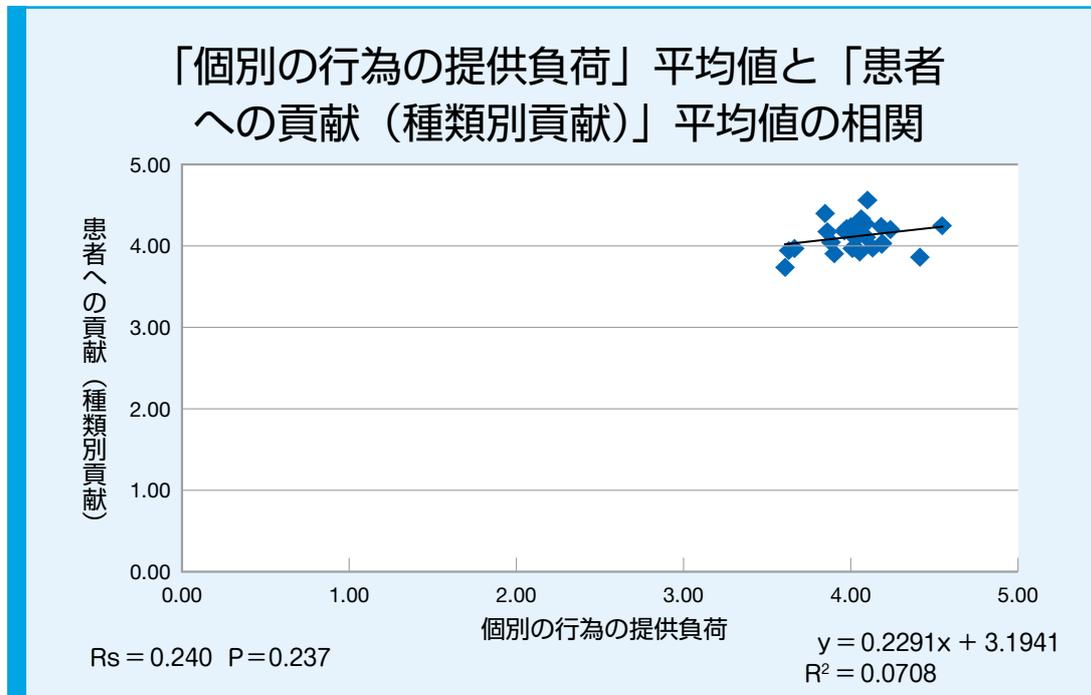
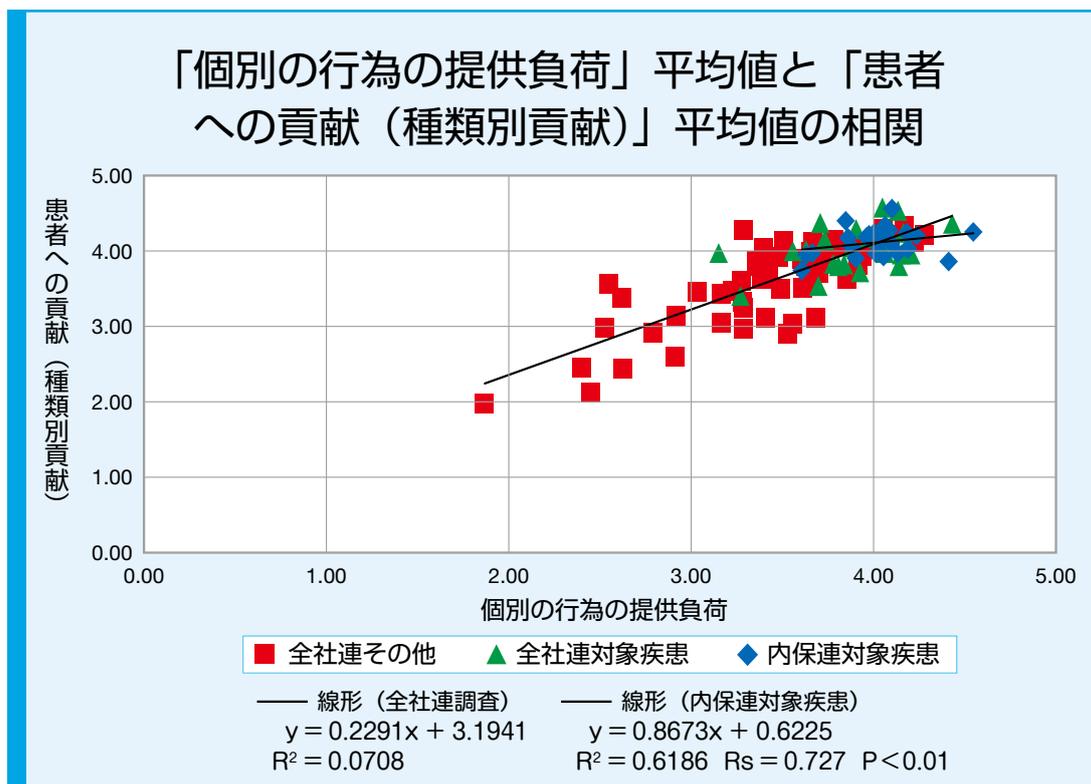


図7-2



「個別の診療行為の負荷」平均値と「患者への貢献」平均値との間に高い相関関係があった。

「総合負荷」または「個別の行為の提供負荷」平均値と「患者への貢献（種類別貢献）」の各項目との相関を表6-1、表6-2（79頁）に示す。

表6-1 「総合負荷」と各患者への貢献（種類別貢献）との相関

貢献の内容	相関係数	有意差
救命的な貢献	0.340	n.s.
疼痛等苦痛の緩和	0.344	n.s.
社会復帰の促進	0.117	n.s.
在院期間の短縮	0.251	n.s.
納得と安心の達成	0.301	n.s.

表6-2 「個別の行為の提供負荷」平均値と各患者への貢献（種類別貢献）との相関

貢献の内容	相関係数	有意差
救命的な貢献	-0.140	n.s.
疼痛等苦痛の緩和	0.203	n.s.
社会復帰の促進	0.035	n.s.
在院期間の短縮	0.083	n.s.
納得と安心の達成	0.551	**

** : $p < 0.01$

(6) 各診療行為または貢献内容の寄与度

各診療行為または貢献の内容がそれぞれ総合負荷あるいは総合貢献の形成にどの程度寄与するかをステップワイズ法による重回帰分析で検討した。

① 総合負荷

全体として診療における18項目の「個別の行為の提供負荷」のそれぞれが「総合負荷」の形成にどのように寄与しているかを重回帰分析で検討した。

18項目の「個別の行為の提供負荷」と「総合負荷」のうち、いずれかの項目に未回答であったデータは当該分析から除外した。19項目全てに回答があったのは567回答であった。

結果、寄与が大きいとして採択された上位7項目と、その回帰係数を表7-1（80頁）に示す。決定係数は0.473、自由度調整済み決定係数は0.467、 $p < 0.01$ であった。総合負荷に最も寄与度が大きいのは「治療実践」で、次が「予後見通し」であった（表7-1：80頁）。

なお、参考に全社連調査にて報告された「診療報酬における医療技術の評価」の84疾患全体として診療における16項目の「個別の診療行為の負荷」のそれぞれが「総合負荷」の形成にどのように寄与しているかをステップワイズ法による重回帰分析で検討した結果を掲載する（表7-2：80頁）。

表7-1 総合負荷に寄与する個別の診療行為の負荷：ステップワイズ法重回帰分析の回帰係数

全体 (n=567) p<0.01

診療行為	回帰係数	有意差
検査結果判断	0.140	**
治療方針決定	0.083	*
治療実践	0.264	**
経過掌握	0.142	**
予後見通し	0.196	**
同意取得	-0.057	n.s.
チーム医療	0.107	**

* : p<0.05、** : p<0.01

表7-2 総合負荷に寄与する個別の診療行為の負荷：ステップワイズ法重回帰分析の回帰係数（全社連）

全体 (n=1,169)

診療行為	回帰係数
治療実践	0.210
患者家族説明	0.196
経過掌握	0.145
予後見通し	0.102
病態理解	0.081
治療方針決定	0.073
同意取得	0.064
疾病想起	0.056
検査結果判断	0.040
診察	0.031

②総合貢献

患者貢献として挙げた5種類の項目について、どの項目が総合貢献の形成に最も大きく関与しているかを重回帰分析で検討した。

「患者貢献」の5項目と「総合貢献」のうち、いずれかの項目に未回答であったデータは当該分析から除外した。6項目全てに回答があったのは639回答であった。

結果、寄与が大きいとして採択された上位4項目と、その回帰係数を表8-1（81頁）に示す。決定係数は0.551、自由度調整済み決定係数は0.548、p<0.01であった。「救命的な貢献」が最も寄与度が大きかった（表8-1：81頁）。

なお、全社連調査にて報告された「診療報酬における医療技術の評価」の患者への貢献の5項目についてどの項目が総合貢献の形成に最も大きく関与しているかを重回帰分析で検討した結果を掲載する（表8-2：81頁）。「納得と安心の達成」が最も寄与度が大きかった。これは、対象疾患が救急で重篤な疾患のみではなく、一般的な内科系疾患も数多く含まれていたためと考えられる。

表8-1 重回帰分析を用いた総合貢献形成に寄与する貢献要素の回帰係数

全体 (n=639) p<0.01

貢献の内容	回帰係数	有意差
救命的な貢献	0.384	**
疼痛等苦痛の緩和	0.047	n.s.
社会復帰の促進	0.192	**
納得と安心の達成	0.189	**

** : p<0.01

表8-2 重回帰分析を用いた総合貢献形成に寄与する貢献要素の回帰係数 (全社連)

全体 (n=1,169)

貢献の内容	回帰係数
納得と安心の達成	0.342
救命的な貢献	0.293
社会復帰の促進	0.138
疼痛等苦痛の緩和	0.091

(7) 総合負荷・貢献度から見た疾患特性

医療技術の評価において対象となる28疾患（【15】は対象疾患なし、【20】は除外）、総合負荷度・総合貢献度・負荷に関する18診療行為・当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度等に関して、各疾患の特性の概略を示す。なお、18項目の「個別の行為の提供負荷」、5項目の「特性別の提供負荷」、単一の「総合負荷」および5項目の「患者貢献」と「総合貢献」について、負荷度および貢献度が高かった疾患のランキングを示す（表12：150頁）。

● [1] 重症脳卒中 総合負荷：4.38、総合貢献：4.65

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は87%であり、大半の回答者が総合負荷は大きいと考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療選択」の負荷度が4.57と最も高い。次いで、「治療方針決定」の4.53である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.54で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は84%である。次いで、「知識判断の負荷」で4.38であり、回答者は87%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「問診」「治療方針決定」「その他（24時間対応）」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.65であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は77%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.50と最も高く、90%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均12.23（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、14.07（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均71.61（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、3.42（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均366.61（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [2] 化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎） 総合負荷：4.35、総合貢献：4.65

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は94%である。内科特有の技術等に関する

る18個の診療行為のうち、「患者・家族説明」の負荷度が4.44と最も高く、88%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「治療方針決定」の4.31である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.41で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は88%である。次いで、「精神的な負荷」で4.24であり、回答者は88%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「治療実践」「チーム医療」「その他（検査実施）」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.65であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は90%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.88と最も高く、回答者全員がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均18.63（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、23.31（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均71.97（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、5.38（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均81.56（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [3] 重症筋無力症クリーゼ 総合負荷：4.45、総合貢献：4.45

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は95%であり、多くの回答者が負荷度を大きいと考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.48と最も高く、95%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「経過掌握」の4.40である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.60で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は90%である。次いで、「精神的な負荷」で4.38であり、回答者は90%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「患者・家族説明」「疾病想起」「治療実践」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.45であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は86%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.76と最も高く、回答者のうち94%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均38.24（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、29.62（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均112.38（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、5.57（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均120.67（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [4] てんかん重積状態・精神運動発作重積症 総合負荷：4.39、総合貢献：4.44

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は79%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.47と最も高く、95%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「経過掌握」の4.42である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.58で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は90%である。次いで、「精神的な負荷」で4.32であり、回答者は90%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「診察」「治療実践」「経過掌握」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.44であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は80%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.68と最も高く、回答者のうち95%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均62.89（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、20.05（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均97.63（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、8.63（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均63.37（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [5] 気管支喘息重積状態 総合負荷：4.00、総合貢献：4.30

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は83%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.21と最も高く、89%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「患者・家族説明」の4.04である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.33で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は83%である。次いで、「精神的な負荷」で4.13であり、回答者は75%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「治療実践」「疾病想起」「予後見通し」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.30であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は89%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.63と最も高く、回答者のうち88%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均16.42（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、19.67（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均59.13（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、5.13（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均51.30（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [6] 間質性肺炎急性増悪 総合負荷：4.79、総合貢献：4.39

総合負荷に関して、28疾患中「劇症肝炎」に次いで2番目に大きい。その総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は97%であり、回答者のほとんどが負担に考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療方針決定」の負荷度が4.73と最も高く、100%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。「治療実践」「患者・家族説明」も同等程度の負荷度である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.77で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は100%である。次いで、「精神的な負荷」で4.73であり、回答者は100%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「治療実践」「経過掌握」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.39であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は83%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.27と最も高く、回答者のうち87%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均60.81（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、32.04（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均225.33（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、9.53（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均123.57（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [7] 慢性閉塞性肺疾患急性増悪 総合負荷：4.35、総合貢献：4.47

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は92%である。内科特有の技術等に関する

る18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.58で最も高く、97%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「患者・家族説明」の4.42である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.53で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は92%である。次いで、「精神的な負荷」で4.24であり、回答者は92%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「問診」「診察」「カンファレンス」「チーム医療」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.47であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は84%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.68と最も高く、回答者のうち97%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均72.75（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、20.92（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均92.08（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、4.54（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均83.42（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [8] 急性呼吸窮迫症候群（ARDS） 総合負荷：4.58、総合貢献：4.33

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は97%であり、回答者のほとんどが負荷度が大きいと考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療選択」の負荷度が4.65と最も高く、97%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「患者・家族説明」の4.55である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.74で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は97%である。次いで、「精神的な負荷」で4.65であり、回答者は100%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「検査結果判断」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.33であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は84%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.42と最も高く、回答者のうち87%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均51.52（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、29.93（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均152.33（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、6.53（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均124.83（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [9] 急性心筋梗塞 総合負荷：4.58、総合貢献：4.75

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は92%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.58と最も高く、92%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「治療選択」「患者・家族説明」の4.21である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.71で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は100%である。次いで、「手技的な負荷」で4.54であり、回答者は92%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「患者・家族説明」「チーム医療」「その他（待機時間）」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.75であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は100%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.83と最も高く、回答者のうち100%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均25.71（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、12.13（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均68.54（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、3.75（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均50.43（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [10] 急性心不全 総合負荷：4.36、総合貢献：4.67

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は92%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」「予後見通し」の負荷度が4.48と最も高い。次いで、「経過掌握」の4.44である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.48で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は98%である。次いで、「精神的な負荷」「知識判断の負荷」で4.32である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「同意取得」「経過掌握」「治療実践」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.67であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は92%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.80と最も高く、回答者のうち96%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均31.16（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、14.00（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均94.20（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、4.44（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均60.08（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [11] 解離性大動脈瘤（Stanford B DeBakeyⅢ型） 総合負荷：4.35、総合貢献：4.61

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は78%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療方針決定」の負荷度が4.39と最も高く、83%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「病態鑑別」の4.35である。

提供負荷の特性分類では、「知識判断の負荷」が4.39で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は87%である。次いで、「精神的な負荷」で4.35であり、回答者は79%である。ランクが高い「知識判断の負荷」では、「治療方針決定」「診断確定」「検査結果判断」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.61であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は87%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.65と最も高く、回答者のうち96%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均33.83（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、23.04（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均115.43（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、4.61（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均70.26（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [12] 肺塞栓症 総合負荷：4.48、総合貢献：4.64

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は88%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.60と最も高く、98%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「治療選択」の4.52である。

提供負荷の特性分類では、「**手技的な負荷**」が4.40で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は96%である。次いで、「**時間拘束の負荷**」「**知識判断の負荷**」でそれぞれ4.20である。ランクが高い「**手技的な負荷**」では、「**治療方針決定**」「**患者・家族説明**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.64であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は96%である。種類別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.80と最も高く、回答者のうち97%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均32.32（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、15.64（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均99.60（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、5.12（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均45.42（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [13] 劇症肝炎 総合負荷：4.89、総合貢献：4.60

本疾患は総合負荷が28疾患中最大である。その総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は**97%**である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療方針決定**」の負荷度が4.76と最も高く、92%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「**予後見通し**」の4.70である。

提供負荷の特性分類では、「**時間拘束の負荷**」が4.86で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は97%である。次いで、「**精神的な負荷**」で4.75であり、回答者は95%である。ランクが高い「**時間拘束の負荷**」では、「**診察**」「**患者・家族説明**」「**治療実践**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.60であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は78%である。種類別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.51と最も高く、回答者のうち80%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均150.44（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、56.57（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均367.44（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、18.46（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均123.30（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [14] 重症急性膵炎 総合負荷：4.70、総合貢献：4.49

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は**87%**である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療実践**」「**予後見通し**」の負荷度がそれぞれ4.58と最も高い。次いで、「**患者・家族説明**」の4.42である。

提供負荷の特性分類では、「**精神的な負荷**」が4.57で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は96%である。次いで、「**時間拘束の負荷**」で4.66であり、回答者は92%である。ランクが高い「**精神的な負荷**」では、「**問診**」「**経過掌握**」「**予後見通し**」「**治療選択**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.49であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は83%である。種類別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.57と最も高く、回答者のうち82%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均41.53（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、34.71（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均173.06（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、

8.19 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均129.46 (分／当該疾患入院期間・人) である。

● [15] なし

● [16] 糖尿病性ケトアシドーシス 総合負荷：4.67、総合貢献：4.88

総合負荷でランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は100%であり、回答者全員が負荷度を大きいと考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.83と最も高く、100%の回答者がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。次いで、「チーム医療」の4.65である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.88で最も高く、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の回答者の合計は94%である。次いで、「身体的な負荷」で4.47であり、回答者は89%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「治療選択」「治療実践」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては、4.88であり、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は94%である。総合貢献では、28疾患中、最大である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が5.00と最も高く、回答者のうち100%がランク5 (極めて大きい) と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均47.17 (時間／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、30.67 (回／当該疾患入院期間・人) である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均80.00 (分／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、6.72 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均61.33 (分／当該疾患入院期間・人) である。

● [17] 甲状腺クリーゼ 総合負荷：4.54、総合貢献：4.46

総合負荷でランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は88%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「治療実践」の負荷度が4.44と最も高く、92%の回答者がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。次いで、「病態理解」の4.42である。

提供負荷の特性分類では、「知識判断の負荷」が4.62で最も高く、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の回答者の合計は96%である。次いで、「時間拘束の負荷」で4.54であり、回答者は100%である。ランクが高い「知識判断の負荷」では、「問診」「疾病想起」「検査結果判断」「鑑別診断列挙」「診断確定」「治療選択」「経過掌握」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.46であり、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は85%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.81と最も高く、回答者のうち96%がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均30.08 (時間／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、24.62 (回／当該疾患入院期間・人) である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均125.96 (分／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、5.50 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均86.96 (分／当該疾患入院期間・人) である。

● [18] 副腎クリーゼ 総合負荷：3.74、総合貢献：4.18

総合負荷でランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は63%である。内科特有の技術等に関する

る18個の診療行為のうち、「**診断確定**」「**病態理解**」の負荷度が4.00と最も高い。次いで、「**疾病想起**」「**病態鑑別**」の3.89である。

提供負荷の特性分類では、「**知識判断の負荷**」が4.21で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は84%である。次いで、「**精神的な負荷**」で3.84であり、回答者は63%である。ランクが高い「**知識判断の負荷**」では、「**病態理解**」「**疾病想起**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.18であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は84%である。種別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.47と最も高く、回答者のうち95%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均14.94（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、11.63（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均59.21（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、5.05（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均27.33（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [19] 難治性ネフローゼ症候群 総合負荷：4.02、総合貢献：4.38

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は83%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療方針決定**」の負荷度が4.83と最も高く、96%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「**患者・家族説明**」の4.66である。

提供負荷の特性分類では、「**手技的な負荷**」が4.36で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は87%である。次いで、「**精神的な負荷**」で4.30であり、回答者は94%である。ランクが高い「**手技的な負荷**」では、「**検査結果判断**」「**その他（腎生検）**」「**治療方針決定**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.38であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は74%である。種別貢献では、「**納得と安心の達成**」が4.52と最も高く、回答者のうち94%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均80.78（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、98.02（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均285.00（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、8.67（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均59.00（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [20] 先天性ネフローゼ症候群（急性期の重篤な内科系疾患という要件にあわないため分析から除外）

● [21] 急速進行性糸球体腎炎 総合負荷：4.22、総合貢献：4.33

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は87%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療方針決定**」の負荷度が4.72と最も高く、96%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「**治療選択**」の4.70である。

提供負荷の特性分類では、「**手技的な負荷**」が4.48で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は91%である。次いで、「**精神的な負荷**」「**知識判断の負荷**」で4.28である。ランクが高い「**手技的な負荷**」では、「**検査結果判断**」「**その他（腎生検）**」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.33であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は83%である。種別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.67と最も高く、回答者のうち96%がランク4（大きい）またはランク5

(極めて大きい)と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均88.36(時間/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、90.43(回/当該疾患入院期間・人)である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均251.96(分/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、6.00(回/当該疾患入院期間・人)である。またオンコール待機の所要時間は平均34.70(分/当該疾患入院期間・人)である。

● [22] 急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病 総合負荷：4.75、総合貢献：4.42

総合負荷でランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の合計は100%であり、回答者全員が負荷度が大きいと考えている。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「患者・家族説明」の負荷度が4.83と最も高く、100%の回答者がランク4(大きい)またはランク5(極めて大きい)と回答をしている。次いで、「診断確定」の4.67である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.75で最も高く、ランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の回答者の合計は100%である。次いで、「精神的な負荷」で4.67であり、回答者は100%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「経過掌握」「カンファレンス」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.42であり、ランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の合計は92%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」が4.67と最も高く、回答者のうち100%がランク4(大きい)またはランク5(極めて大きい)と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均37.08(時間/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、38.75(回/当該疾患入院期間・人)である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均142.50(分/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、7.00(回/当該疾患入院期間・人)である。またオンコール待機の所要時間は平均151.67(分/当該疾患入院期間・人)である。

● [23] 悪性リンパ腫 総合負荷：4.10、総合貢献：4.20

総合負荷でランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の合計は58%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「患者・家族説明」の負荷度が4.42と最も高く、92%の回答者がランク4(大きい)またはランク5(極めて大きい)と回答をしている。次いで、「カンファレンス」の4.25である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.17で最も高く、ランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の回答者の合計は75%である。次いで、「精神的な負荷」「知識判断の負荷」で4.00である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「カンファレンス」「治療実践」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.20であり、ランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の合計は67%である。種類別貢献では、「救命的な貢献」「社会復帰の促進」が4.33と最も高く、いずれも回答者のうち83%がランク4(大きい)またはランク5(極めて大きい)と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均26.33(時間/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、32.33(回/当該疾患入院期間・人)である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均95.00(分/当該疾患入院期間・人)であり、介入頻度は、5.25(回/当該疾患入院期間・人)である。またオンコール待機の所要時間は平均143.25(分/当該疾患入院期間・人)である。

● [24] 再生不良性貧血 総合負荷：4.20、総合貢献：4.00

総合負荷でランク4(大きい)とランク5(極めて大きい)の合計は73%である。内科特有の技術等に関する

る18個の診療行為のうち、「診断確定」「治療実践」「患者・家族説明」「カンファレンス」の負荷度がいずれも4.36と高い。次いで、「検査結果判断」の4.27である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.18で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は91%である。次いで、「知識判断の負荷」で4.09であり、回答者は73%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「経過掌握」「カンファレンス」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.00であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は64%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.27と最も高く、回答者のうち82%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均30.00（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、60.91（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均108.18（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、4.00（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均259.09（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [25] 脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症 総合負荷：4.60、総合貢献：4.50

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は79%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「予後見通し」の負荷度が4.65と最も高く、90%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「患者・家族説明」の4.56である。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」「精神的な負荷」が4.65で最も高い。次いで、「知識判断の負荷」で4.29である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「問診」「予後見通し」「患者・家族説明」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.50であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は74%である。種別貢献では、「救命的な貢献」が4.76と最も高く、回答者のうち90%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均104.00（時間／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、30.88（回／当該疾患入院期間・人）である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均224.12（分／当該疾患入院期間・人）であり、介入頻度は、8.65（回／当該疾患入院期間・人）である。またオンコール待機の所要時間は平均94.88（分／当該疾患入院期間・人）である。

● [26] 頸椎頸髄損傷 総合負荷：4.24、総合貢献：4.21

総合負荷でランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は70%である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「患者・家族説明」の負荷度が4.36と最も高く、89%の回答者がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。次いで、「チーム医療」の4.31である。その他の回答として、「コメディカルの教育」「家屋調査」「職能評価」「福祉機器」が挙げられた。

提供負荷の特性分類では、「時間拘束の負荷」が4.26で最も高く、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の回答者の合計は78%である。次いで、「精神的な負荷」で4.22であり、回答者は81%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「問診」「疾病想起」「チーム医療」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.21であり、ランク4（大きい）とランク5（極めて大きい）の合計は67%である。種別貢献では、「社会復帰の促進」が4.37と最も高く、回答者のうち93%がランク4（大きい）またはランク5（極めて大きい）と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均

493.38 (時間／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、37.73 (回／当該疾患入院期間・人) である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均164.23 (分／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、5.77 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均170.15 (分／当該疾患入院期間・人) である。

● [27] 薬物中毒 総合負荷：4.29、総合貢献：4.22

総合負荷でランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は**65%**である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療実践**」の負荷度が4.42と最も高く、87%の回答者がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。次いで、「患者・家族説明」の4.35である。その他の回答として「書類作成」の負荷度が4.00と高い。

提供負荷の特性分類では、「**時間拘束の負荷**」が4.48で最も高く、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の回答者の合計は90%である。次いで、「精神的な負荷」で4.32であり、回答者は84%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「診察」「経過掌握」「治療実践」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.22であり、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は65%である。種類別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.52と最も高く、回答者のうち81%がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均51.36 (時間／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、14.31 (回／当該疾患入院期間・人) である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均87.33 (分／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、5.33 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均66.26 (分／当該疾患入院期間・人) である。

● [28] 敗血症性ショック 総合負荷：4.74、総合貢献：4.76

総合負荷でランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は**76%**である。内科特有の技術等に関する18個の診療行為のうち、「**治療実践**」の負荷度が4.55と最も高く、97%の回答者がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。次いで、「経過掌握」「治療方針決定」の4.38である。

提供負荷の特性分類では、「**時間拘束の負荷**」が4.76で最も高く、ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の回答者の合計は93%である。次いで、「身体的な負荷」で4.38であり、回答者は83%である。ランクが高い「時間拘束の負荷」では、「問診」「経過掌握」「患者・家族説明」の項目の平均ランク値が高い。

総合貢献に関しては4.76であり、**糖尿病性ケトアシドーシスに次いで2番目に大きい**。ランク4 (大きい) とランク5 (極めて大きい) の合計は83%である。種類別貢献では、「**救命的な貢献**」が4.72と最も高く、回答者のうち93%がランク4 (大きい) またはランク5 (極めて大きい) と回答をしている。

当該疾患に関する標準的な医師の所要時間と介入頻度に関して、一連の行為に対する所要時間は平均56.89 (時間／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、15.93 (回／当該疾患入院期間・人) である。また、患者・家族説明に関する所要時間は平均115.71 (分／当該疾患入院期間・人) であり、介入頻度は、5.04 (回／当該疾患入院期間・人) である。またオンコール待機の所要時間は平均74.42 (分／当該疾患入院期間・人) である。



調査票（記入見本）

「特定内科診療」

内科医師の技術に関する調査票

平成23年4月25日

内科系学会社会保険連合

技術評価委員会

調査の概要について

1. 調査の目的

このたび内科系学会社会保険連合（以下、内保連）では内科の技術を正當に評価していただくために、これまでの診療報酬体系にはない、新たな部門として「特定内科診療（仮）」を要望することにしております。本調査は、この「特定内科診療（仮）」の新設を要望するための基礎資料を作成することを目的としております。そのため、内保連における一次調査の結果を踏まえて、「特定内科診療（仮）」に収載する疾患名あるいは病態について、診療上で医師が担う“負荷（診療サービスを提供する過程の医師の大変さ）”と診療の“成果（医師が考える患者にもたらす貢献）”の2点を明らかにし、診療報酬点数算定の根拠を明らかにする予定です。

2. 調査対象者

本調査は、医師の専門的な技術を論じるのが目的なため、下記の医師を対象とします。

○ 対象医師

指導医、専門医あるいは専らその専門領域の診療経験が10年以上の医師、後期研修医（専門医を取得している場合）、（注）年齢は65歳未満が望ましい。

○ 除外医師

研修医（前期研修医および専門医未取得の後期研修医）

3. 設問の構成

本調査は、**A. 総合負荷**、**B. 患者貢献**、**C. 施設基準**、**D. 算定方法**の4つの部、総計9個の設問から構成されております。

4. 留意事項等

本調査の回答にあたり、次の3点について留意を願います。

- (1) 医師の技術料の検討の対象として18の診療行為を例示しておりますが、行為間の区分が十二分に出来ない場合は、最も適当な行為を選択して回答願います。
- (2) 診療サービスの提供における医師が考える負荷を5つのランクで回答する方法を採っておりますので、ランク間へ回答（例：3.7など端数）がないようお願いいたします。
- (3) 施設基準や算定方法の部などでは、医師に関わる条件や所要時間・介入頻度を尋ねる設問がありますが、自身の経験に基づく標準的な診療実態および理想的な診療状況を回答願います。

回答者の属性について

- 最初に、下記の属性情報について回答願います。

（注）本調査では、回答者の属性に関わる情報は一切公開いたしません。2次的な集計結果のみを、必要に応じて公表する予定です。

- 学会名 日本〇〇学会
- 回答責任者
所属施設 〇〇大学
診療科 呼吸器内科
役職 教授 氏名 〇〇 〇〇
- 調査対象医師（記載医師）
所属施設 〇〇大学
診療科 呼吸器内科
役職 准教授 氏名 ×× ××

【基本情報】

- (1) 専門領域

呼吸器内科

- (2) 専門資格（主な指導医、専門医などの資格について）

日本呼吸器学会 呼吸器専門医

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医

日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・気管支鏡指導医

- (3) 卒後年数（臨床に従事された実際の年数について）

臨床従事年数 27 年 （後期研修医である：はい、いいえ)

対象病態について（例）

【対象病態】

一般疾患名「市中肺炎（軽中等症）」

■処置・重症度：微生物学的検索、抗菌薬投与、炎症所見評価・軽中等症

「病態の詳細」

何らかの病原微生物の肺感染で生じた急性の炎症を呈するが、「成人市中肺炎診療ガイドライン」に示す重症度分類（A-DROPシステム：下記参照）で軽症もしくは中等症に当たる病状のものである。細菌性肺炎と非定形肺炎が主たる鑑別診断となり、治療方針決定に重要であるが、適切な原因の推定と検索とそれに基づく抗菌薬投与、全身状態の把握で比較的速やかに治療が奏功し、改善すると予測される。

〈A-DROPシステム〉

使用する指標

1. 年齢：男性70歳以上、女性75歳以上
2. 脱水の有無：BUN 21mg/dL以上または脱水あり
3. 呼吸の評価：SpO₂ 90%以下（PaO₂ 60 Torr以下）
4. 意識の評価：意識障害あり
5. 循環動態の評価：血圧（収縮期）90 mmHg以下

重症度分類

軽 症：上記5つの項目のいずれも満足しないもの

中等症：上記項目の1つまたは2つを有するもの

重 症：上記項目の3つを有するもの

超重症：上記項目の4つまたは5つを有するもの

ただし、ショックがあれば1項目のみでも超重症とする

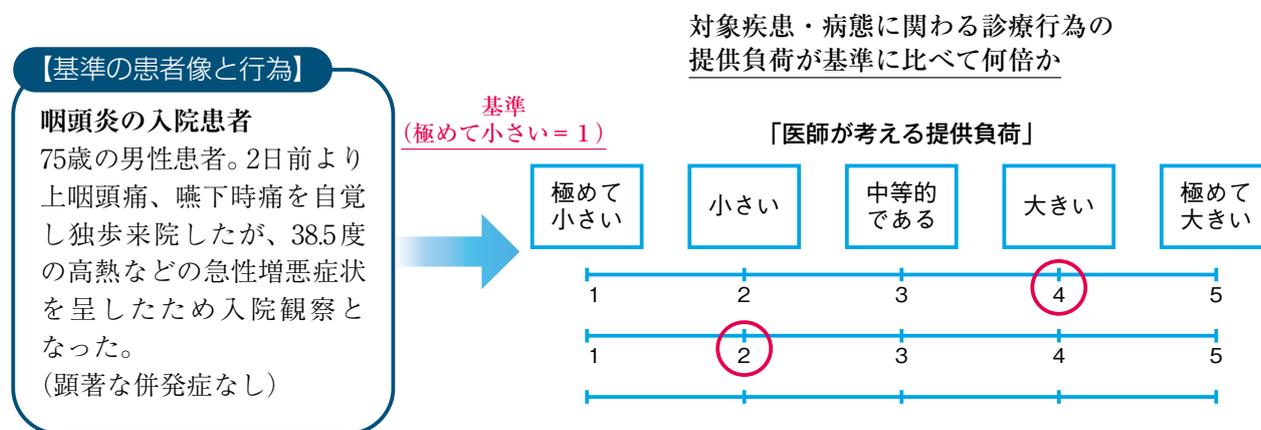
医師技術に関わる回答票（回答例）

A. 総合負荷について

設問1. 対象疾患がどれだけ負荷（この場合は内科特有の技術、手間や大変さを指します）がかかる病態であるのかを判定願います。負荷の評価方法として、**基準疾患（図1：咽頭炎による入院）を「1」としたとき、何倍の負荷がかかっているかを次頁の個別の行為（1から18）につきお答えください。**

【回答方法】

図1.

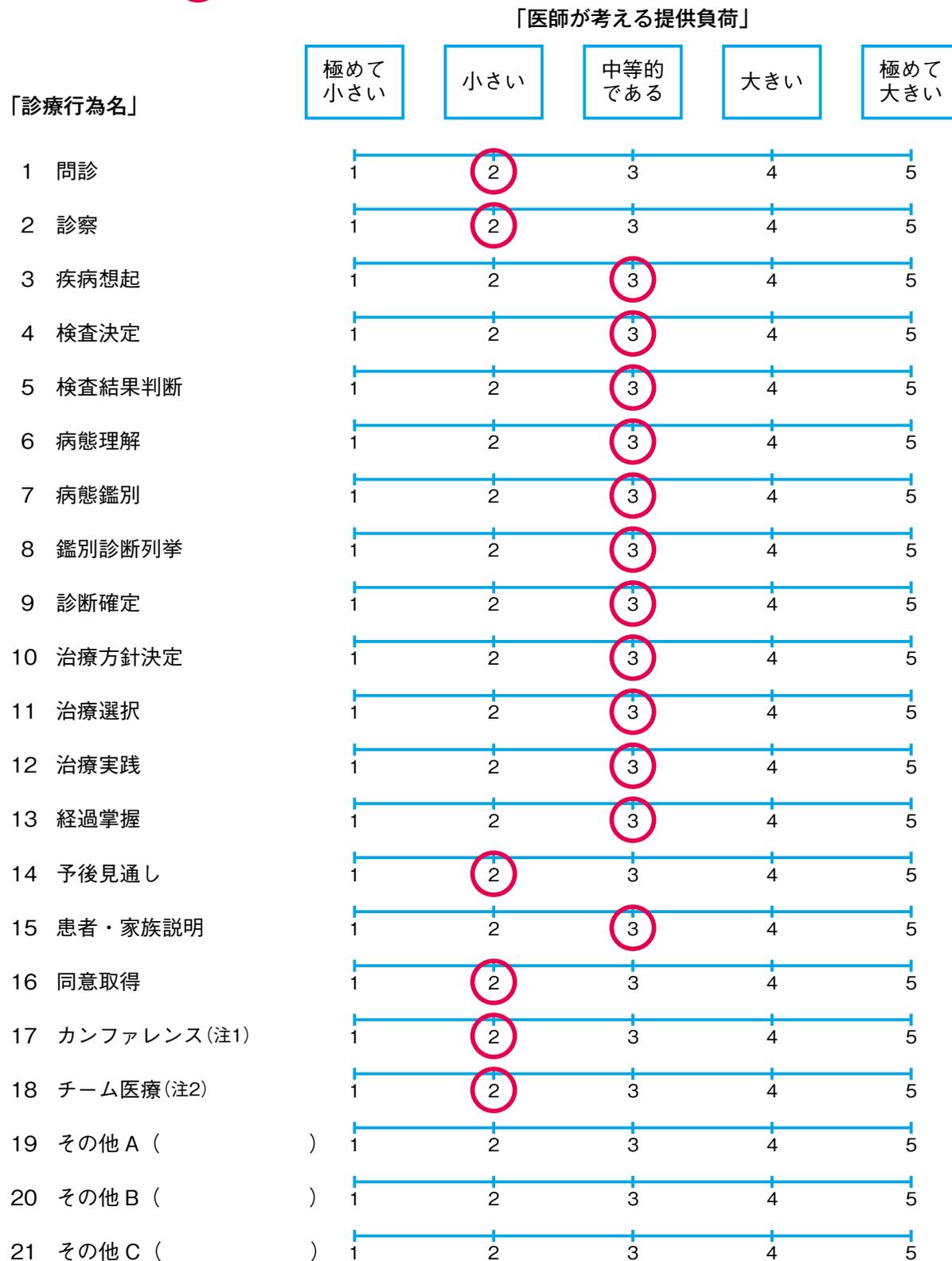


当てはまるランクに○を記入願います（ランク1：極めて小さい～ランク5：極めて大きい）。該当しない診療行為は除外し、別の診療行為があれば「その他」欄に追加願います。尚、設問については「特定内科診療の入院期間」（注）中のものとして回答願います。

（注）「特定内科診療の入院期間」とは全入院期間の中で、今回想定している特に評価が必要な“専門領域の内科的技術を集中的に必要とする急性期の入院期間”をいいます（例えば、糖尿病性ケトアシドーシスであれば第3病日までなど）。

資料1 調査票（記入見本）

ご利用下さい。→ ○

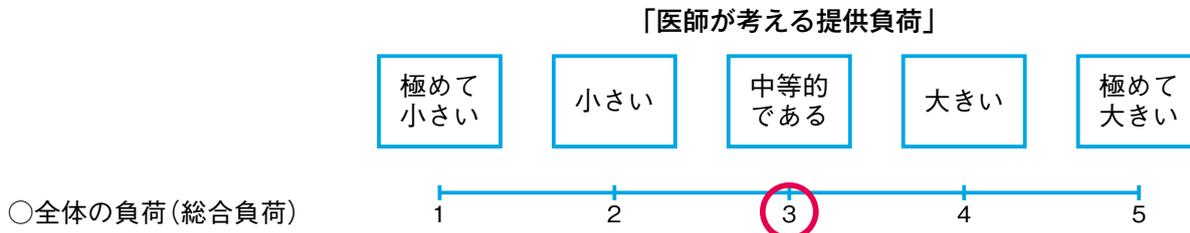


(注1) カンファレンスは、診療に際して複数の医師が検討するディスカッション的なものを含みます。

(注2) チーム医療は、マネージメント（指示、調整）などの医師に直接関わる行為が対象となります。

資料1 調査票（記入見本）

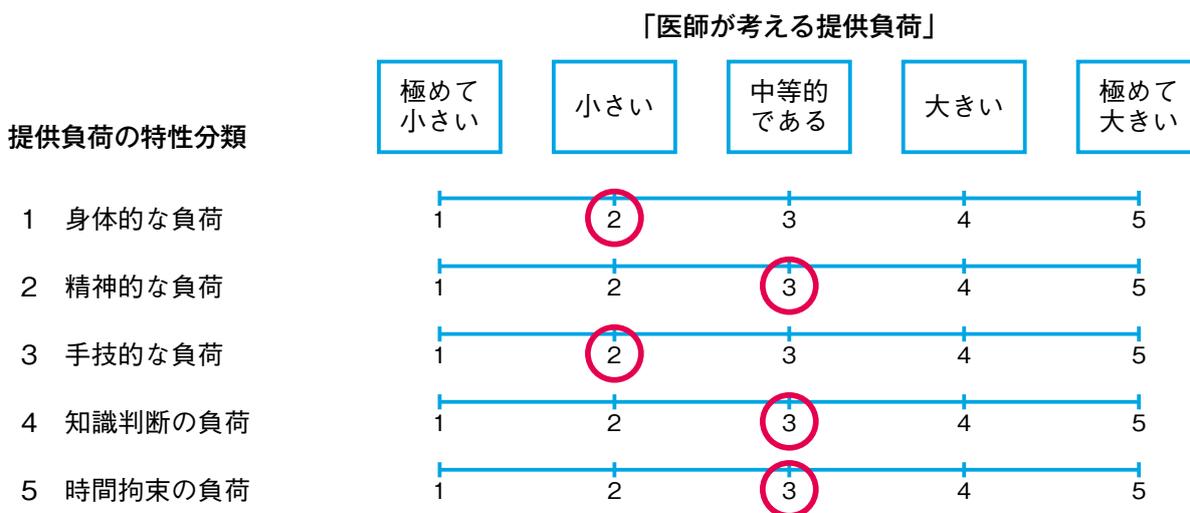
設問2. 前述の疾病に関わる一連（1～18）の行為全体の提供負荷（総合負荷）についてお尋ねします。
 当てはまるランクに○を記入願います（ランク1：極めて小さい～ランク5：極めて大きい）。
 （注）「特定内科診療の入院期間」として回答願います。



設問3. 前述の疾病に関わる一連（1～18）の行為全体について提供負荷の特性別（表1に解説）についてお尋ねします。当てはまるランクに○を記入願います（ランク1：極めて小さい～ランク5：極めて大きい）。
 （注）「特定内科診療の入院期間」として回答願います。

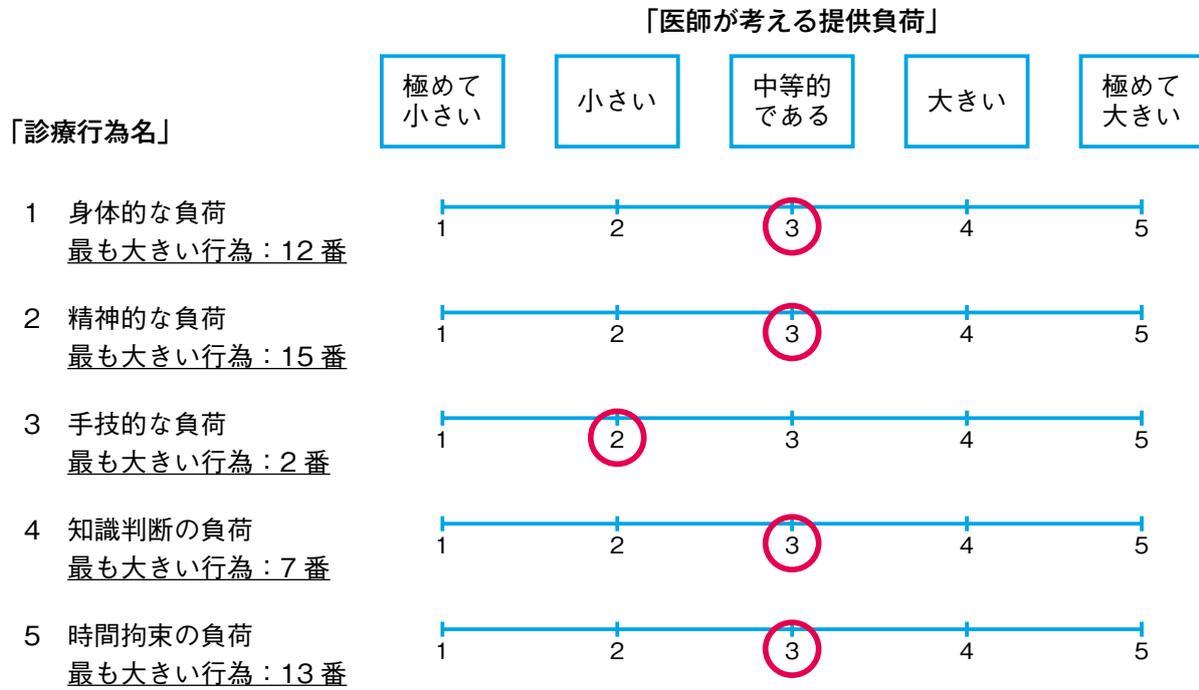
表1.

【提供負荷の特性】	
○身体的な負荷	： 医師が受ける肉体的・物理的な大きさ
○精神的な負荷	： 医師が感じるストレスなどの大きさ
○手技的な負荷	： 処置や説明に伴う技能的な大変さ
○知識判断の負荷	： 経験や見識を要する知能的な大変さ
○時間拘束の負荷	： 診療や就業の時間的な拘束の程度（オンコール待機なども含む）



資料1 調査票（記入見本）

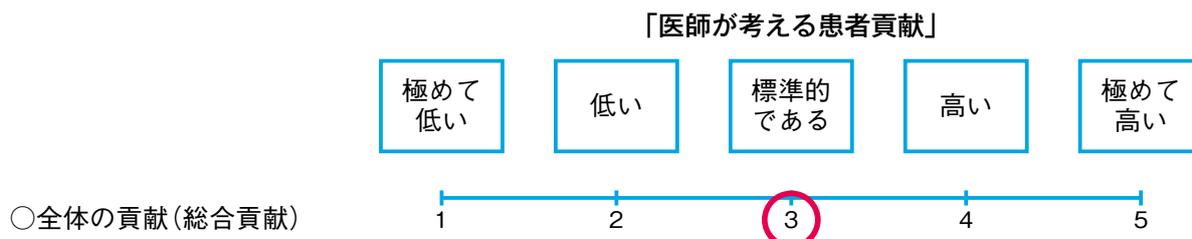
設問4. 前述の疾病に関わる個別の行為のうち、提供負荷の5つの特性別にその値が最も大きい行為の番号を設問1から選択して記入願います。また、当てはまるランクにも○を記入願います（ランク1：極めて小さい～ランク5：極めて大きい）。



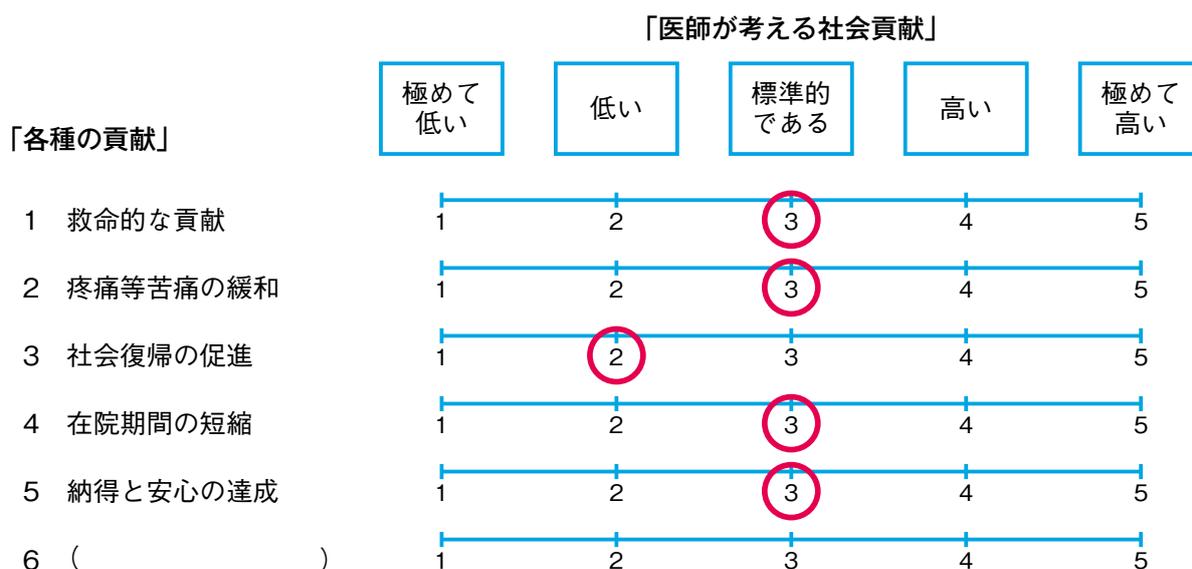
B. 患者貢献について

設問5. 前述の疾病に関わる**患者貢献**についてお尋ねします。当てはまるランクに○を記入願います（ランク1：極めて低い～ランク5：極めて高い）。

(1) 一連（98頁の行為1～18）の行為全体の患者・社会への貢献（総合貢献）



(2) 一連（98頁の行為1～18）の行為全体の患者・社会への貢献（種類別貢献）



C. 施設基準について

設問6. 前述の疾病に関わる一連（98頁の行為1～18）の行為全体の実施について、医師の専門性や経験と携わる人数や勤務形態（専任か兼任か）を記入欄に回答願います。それは98頁の各診療行為の中で最も必要とされる行為を目安に、「特定内科診療の入院期間中」の“臨床実態（回答者の経験に基づく臨床現場における状況）”の医師像および“理想状況”について回答ください。また、勤務形態の選択については、○を記入願います。

(1) 医師に関わる基準（臨床実態）

●医師像1

- ・「呼吸器内科」専門領域を担当した経験を「10」年以上有する医師
- ・上記の医師が「**専任**」または（兼任）」で「1」人程度が必要

●医師像2

- ・「内 科」専門領域を担当した経験を「3」年以上有する医師
- ・上記の医師が「**専任**」または（兼任）」で「1」人程度が必要

●医師像3

- ・「 」専門領域を担当した経験を「 」年以上有する医師
- ・上記の医師が「（専任）または（兼任）」で「 」人程度が必要

(2) 医師に関わる基準（理想状況）

●医師像1

- ・「呼吸器内科」専門領域を担当した経験を「10」年以上有する医師
- ・上記の医師が「**専任**」または（兼任）」で「1」人程度が必要

●医師像2

- ・「呼吸器内科」専門領域を担当した経験を「3」年以上有する医師
- ・上記の医師が「**専任**」または（兼任）」で「1」人程度が必要

●医師像3

- ・「内 科」専門領域を担当した経験を「2」年以上有する医師
- ・上記の医師が「**専任**」または（兼任）」で「1」人程度が必要

(3) その他の施設基準（注：他に何かあれば記入願います）

資料1 調査票（記入見本）

D. 算定方法について

設問7. 前述の疾病に関わる個別の行為の実施（設問1に記載）について、標準的な医師の所要総時間と介入頻度（その行為を実施する回数）を記入欄に回答願います。なお、回答は「特定内科診療の入院期間」中の“臨床実態（回答者の経験に基づく臨床現場における状況）”について回答ください。

(1) 一連の行為全体（注：介入回数は一連の行為の中で最も核となる行為を基準に）

●所要時間

・臨床実態：「7」（時間／特定内科診療の入院期間・人）

●介入頻度

・臨床実態：「9」（回／特定内科診療の入院期間・人）

(2) 患者・家族説明

●所要時間

・臨床実態：「30」（分／特定内科診療の入院期間・人）

●介入頻度

・臨床実態：「2」（回／特定内科診療の入院期間・人）

(3) 同意取得

●所要時間

・臨床実態：「20」（分／特定内科診療の入院期間・人）

●介入頻度

・臨床実態：「2」（回／特定内科診療の入院期間・人）

(4) カンファレンス（注：ディスカッションを含む）

●所要時間

・臨床実態：「15」（分／特定内科診療の入院期間・人）

・参加人数：医師人数「10」（人／回）

●介入頻度

・臨床実態：「2」（回／特定内科診療の入院期間・人）

(5) オンコール待機（注：院内・院外の緊急呼び出しへの対応）

●所要時間

・臨床実態：「24」（時間／特定内科診療の入院期間・人）

・うち週末の自宅待機：「8」（時間／特定内科診療の入院期間・人）

●介入頻度

・臨床実態：「2」（回／特定内科診療の入院期間・人）

資料1 調査票（記入見本）

設問8. 前述の疾病に関わる診療について、「特定内科診療の入院期間＝専門領域の内科的技術を集中的に必要とする急性期の入院期間」を記入欄に回答願います。

●特定内科診療の入院期間：「 4 」（日／件）

設問9. その他、医師の技術料についてご意見がありましたら、自由にご記入を願います。

以上、ご協力ありがとうございました。

対象病態について

【対象病態】 ID #1

一般疾患名「脳卒中」■処置・重症度：重症（NIHSS 15点以上）

「病態の詳細」

急な脳血管の破綻（出血、あるいは虚血）により、脳組織障害を生じており、脳卒中重症度評価スケールであるNIHSS（National Institute of Health Stroke Scale）が15点以上の重症例では、脳組織の障害は広範囲であり、意識障害、重度片側麻痺、重度言語障害に加え、呼吸・循環障害を伴いやすく、重篤な病態である。

脳組織障害部位には、不可逆的損傷を被った病変部位と、機能障害を来しているが不可逆的損傷に至っていない部位が存在し、この可逆性は、持続時間、呼吸循環管理に依存し、発症数時間以内に不可逆的損傷部位に移行してしまう。従って、急性期において、迅速かつ、正確に脳卒中の病態を把握し、治療へ移行することが重要であり、内科的な知識と技術が必要である。特に、近年、rt-PA血栓溶解療法や血管内外科的手法の進歩により、虚血性脳血管障害に対し、急性期血流再建が可能となったが、副作用の重症脳出血を生じることも報告されている。従って、これら適応症例を適切に選択する必要がある。また、神経症状のほかに、呼吸・循環動態が極めて変動しやすく、感染症の合併も来しやすいため、神経学的な専門知識と、循環器病学や止血血栓学などと統合し、合併症の予防や対処も行いながら継続的に全身管理を行うことが重要である。

これら、脳卒中の内科的治療には、医師を、知識および豊富な経験を備えたスタッフ（看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士、理学療法士など）がバックアップするチーム医療が重要で、医師は、それらを統括・指揮し、きめ細やかなチーム医療を実践する必要がある。

対象病態について

【対象病態】ID #2

一般疾患名「化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎）」

■処置・重症度：重症

「病態の詳細」

化膿性髄膜炎は死亡率の高い非常に重篤な疾患で、肺炎など他の感染症と異なり、入院後数時間で死亡する場合もあるNeurological Emergencyであり、時間単位での救急対応を要する。入院後4時間以内に適切な治療が開始されない場合には、有意に死亡率は高くなる。本症の死亡率は現在でも15～35%、後遺症率は10～30%と高い。中でも肺炎球菌は日本の5～50歳の症例の50～65%、50歳以上の80%を占め、最も頻度の高い起炎菌である。細菌性髄膜炎の典型的な症状といわれる発熱・項部硬直・意識障害のすべてがみられる症例は全体の2/3程度であり、注意深いかつ迅速な診察が必要となる。確定診断をするためには可及的速やかに髄液検査を行うことが必須となる。しかし、同様な症候を呈する脳膿瘍や本症に併発する脳血管障害の存在など頭蓋内病変の存在する患者では腰椎穿刺により脳ヘルニアを呈して死亡する場合もある。従って、腰椎穿刺を施行する前に頭部CTを施行すべきかどうかの非常に重要な判断が必要となる。さらに髄液検査の結果から化膿性髄膜炎と診断された場合にはその原因菌を推定するために、グラム染色が行われる。このグラム染色の所見でグラム陽性双球菌がみられれば、肺炎球菌による化膿性髄膜炎として治療を開始する。しかし、グラム染色の検出率は39%である。肺炎球菌性髄膜炎では、多剤耐性のペニシリン耐性肺炎球菌が増加し、小児の半数、成人例の3割以上と報告されており、本邦の診療ガイドラインでは耐性菌に準じた抗菌薬投与を開始するとともに抗菌薬投与直前のdexamethasone併用が必要である。化膿性髄膜炎では意識障害、けいれん発作、敗血症性ショック、頭蓋内圧亢進など様々な重篤な合併症が起りうるため、これらの合併症の有無を速やかに評価し、迅速に対応・治療することも必要である。また、小児では水頭症やてんかん、発達障害、成人でも水頭症やてんかん、脳神経麻痺や知的機能障害などの後遺症が生じることがあるため、患者本人のみならず、家族への十分な説明と精神的なサポートなどが非常に重要となる。このように肺炎球菌性髄膜炎を含めた化膿性髄膜炎には迅速な救急対応が必要な疾患であり、特に意識障害やけいれん、敗血症性ショックなどの合併症を認める症例は集中治療室、あるいは集中治療室に準じた病棟での治療が必要となる。

対象病態について

【対象病態】ID #3

一般疾患名「重症筋無力症クリーゼ」

■処置・重症度：人工呼吸器使用

「病態の詳細」

重症筋無力症のコントロールが不良、ないしは感染症を起こして、筋無力症の症状が悪化、とくに嚥下と呼吸に関する易疲労性が顕在化して、誤嚥、窒息、呼吸不全から急速に重症化し、死に至る可能性のある状態で迅速かつ的確な治療が求められる病態である。

まずは慎重に鎮静後、挿管して呼吸管理を行い、クリーゼの原因について特定を試みる。併せて非経口的栄養投与を行い、感染症に対しては抗生物質を投与する。唾液も多く、吸引や吸痰処置が頻回となりやすい。併せて原疾患に対する治療を行っていく必要があり、当初は免疫吸着か血漿交換療法、あるいはガンマグロブリン大量静注療法が推奨される。血圧の変動や体液性の性状変化を来すことが多いため、脳内白質中心に生じる脳症の発生にも注意する。全身管理を十分に行い合併症の発生をおさえ、日夜新たな状況に対する指示を出し、適宜家族などへの説明が頻回に要求される。

対象病態について

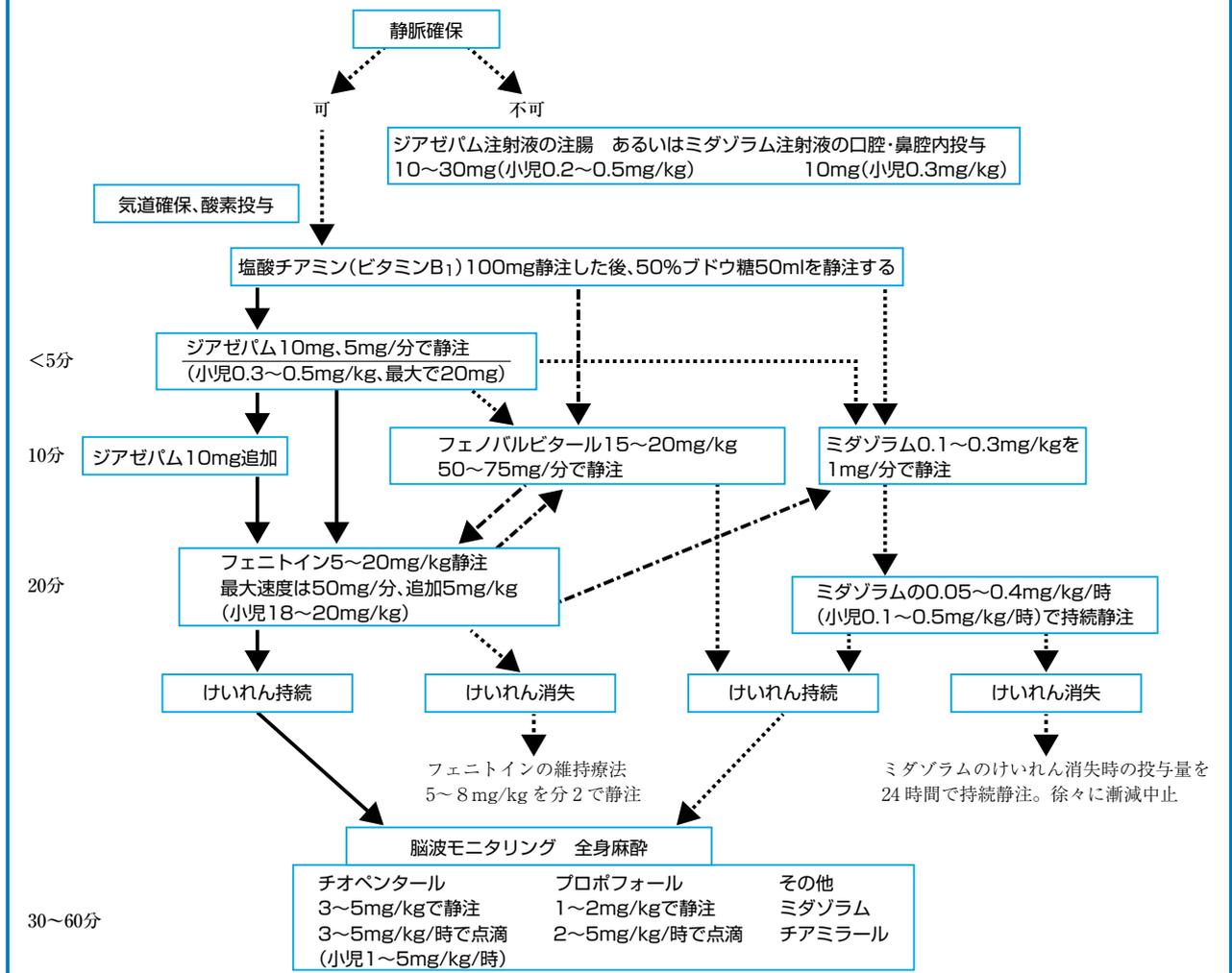
【対象病態】ID #4

一般疾患名「てんかん重積状態・精神運動発作重積症」

■処置・重症度：頻繁の静脈注射

「病態の詳細」

てんかん重積状態は、「発作が5分から30分以上続くか、または、短い発作でも反復し、その間の意識の回復がないもの」と定義される。精神運動発作重積症は、痙攣を伴わず意識減損を主徴とする複雑部分発作の重積状態である。全般性痙攣重積は、中枢神経系のみならず全身性に、血圧や脈拍の変動、著明なアシドーシスを来し、さらに肺水腫、高体温、白血球増多、横紋筋融解、腎機能障害などを惹起しうる。その予後は、不適切な治療や治療の遅れによって悪化する。「生理学的異常の評価と補正」「発作原因の特定とその治療」「発作停止のための薬剤治療」を迅速に同時並行的に進めることにより、予後の改善が見込まれる。治療は、フローチャート（日本神経学会監修、てんかん治療ガイドライン2010）に基づき、頻回の静脈注射、脳波モニタリングや全身麻酔・人工呼吸と進める。



対象病態について

【対象病態】ID #5

一般疾患名「気管支喘息重積状態」

■処置・重症度：人工呼吸器使用、病態把握、喘息発作治療薬選択・投与、換気・ガス交換能評価、全身管理・最重症（重篤）

「病態の詳細」

気道感染、ある種の薬物・食品添加物、情動ストレス、肉体的ストレスなどの増悪因子によって、(1) 気管支平滑筋の攣縮、(2) 粘液の分泌亢進（粘液栓形成）、(3) 気管支粘膜の炎症性浮腫を生じて高度の気管支内腔の狭窄と閉塞を起し、呼吸不全に陥った病態であり、「喘息予防・管理ガイドライン2009」気管内挿管が必要となる（下記参照）。生命に危険な重篤な病状のものである。増悪因子の推定と探索、刻々と変化する上記の(1)～(3)の病態の的確な推定と検索とそれに基づく薬物療法と人工呼吸管理、栄養や水分・電解質バランスなどの全身状態の把握と管理、人工呼吸管理に伴う合併症の把握と対処によって改善すると予測される。

「喘息予防・管理ガイドライン2009」気管内挿管が必要となる場合

- ・ 高度の換気障害もしくは心臓停止、呼吸停止が見られる場合
- ・ 明らかな呼吸筋疲弊が見られる場合
- ・ 酸素を最大限投与してもPaO₂が50mmHg未満の場合
- ・ PaCO₂が1時間5mmHg以上上昇する場合
- ・ 急激なPaCO₂の上昇と意識障害を伴う場合

対象病態について

【対象病態】 ID #6

一般疾患名「間質性肺炎急性増悪」

■処置・重症度：人工呼吸器使用

「病態の詳細」

間質性肺炎、特にその中でも一番頻度の多い特発性肺線維症（Idiopathic pulmonary fibrosis：IPF）は慢性かつ進行性の予後不良な疾患であるが、通常その進行は緩徐である。ただ、時に慢性の経過中に新たな肺の浸潤影が出現して急速に呼吸不全が進行する事がある。この病態は、「急性増悪」と呼ぶ。以前の報告でも初回急性増悪での死亡率は約80%，改善例でも平均6か月で死亡するとされている。この病態は、IPF以外のほかの間質性肺炎でも発現する事がわかってきた。

厚生労働省のびまん性肺疾患調査班による急性増悪の定義

（これはIPFを対象にしているが、他の慢性の間質性肺炎にも適応される動きにある）

IPFの経過中に、1カ月以内の経過で、

- ①呼吸困難の増強、
- ②HRCT所見で蜂巢肺所見＋新たに生じたすりガラス陰影・浸潤影、
- ③動脈血酸素分圧の有意な低下（同一条件下でPaO₂ 10mmHg以上）、

のすべてがみられる場合を「急性増悪」とする。

明らかな肺感染症、気胸、悪性腫瘍、肺塞栓や心不全を除外する。

参考所見：(1) CRP、LDHの上昇

- (2) KL-6、SP-A、SP-Dなどの上昇

対象病態について

【対象病態】ID #7

一般疾患名「慢性閉塞性肺疾患急性増悪」

■処置・重症度：人工呼吸器使用（NPPV・IPPV）・重症（呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のすべて、COPDガイドライン日呼吸器学会）

「病態の詳細」

今回診療報酬を提言している病態は、COPDの急性増悪のうち極めて息切れの強い低酸素血症のある重症例で人工呼吸器装着に至った症例であります。

以下に代表的患者さんの病態・経過を記載いたします。

初期対応として息切れの程度やチアノーゼ・浮腫の有無など呼吸・循環動態の変化を早急に情報収集すると共に、血液ガス・画像・細菌学的検査を含む諸種検査を迅速に行い合併疾患と重症度の把握を行う。治療として既に低酸素血症に対し**酸素療法**が開始されていなければならないが、その際CO₂蓄積があればO₂投与量に注意する。入院治療は必須であり、本人及び家族に病態の説明がなされると共にさらに悪化時にはICUなど集中治療室移行も考慮し、呼吸管理チームとの連携を取り始める。また薬物療法として**抗菌薬及びステロイド**が適時選択される。

本例の場合は継続して意識状態、自発呼吸などのバイタルサインが慎重にモニタリングされたにも関わらず、CO₂ナルコーシスが進行し、強い呼吸性アシドーシスにいたり呼吸管理目的でICUでの治療適応が迅速に決定され、家族に了解を得た。呼吸管理としては、まず**非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）**が選択され、患者には鼻口マスク装着について十分説明され開始、以降医師は翌朝まで血液ガスや各種モニターによる呼吸状態の観察を行い、看護師も終始マスクの調整や全身ケアのためベッドサイドで処置を継続した。なお、それでも全身状態悪化の際には速やかに**侵襲的陽圧換気療法（IPPV）**を開始することがあるが、本例は人工呼吸器からの離脱を最大限努力し、低酸素血症や息切れも次第に回復し、最終的には離脱できた。

急性期治療が成功しても、在宅呼吸管理や在宅酸素療法に移行しなければならないこともしばしばあり、その教育と準備を行う。もちろん増悪の再発予防のためのワクチンや禁煙指導・長期薬物療法などの教育もあわせて行われねばならない。

対象病態について

【対象病態】 ID #8

一般疾患名「急性呼吸窮迫症候群」

■処置・重症度：人工呼吸器使用

「病態の詳細」

急性肺損傷（Acute lung injury、ALI）、急性呼吸窮迫（促迫）症候群（Acute respiratory distress syndrome、ARDS）は、種々の原因や基礎傷病に続発して急性に発症した低酸素血症であり、酸素化の程度によりALIとARDSに分類される。胸部X線写真上では両側性の肺浸潤を認め、かつ心原性、静水圧性の肺水腫が否定できるものである。診断に当たっては、さらに原因や危険因子の同定、他の類似疾患、病態の除外が必要となる。

ALI／ARDSの本態は、肺泡領域を中心とした好中球主体の非特異的炎症による、透過性亢進型肺水腫である。病理学的にはびまん性肺胞傷害（diffuse alveolar damage、DAD）を伴う、広範な肺損傷がその特徴とされる。近年でも死亡率は高く、ARDSでは依然40%程度である。

予後を予測可能な重症度評価指標はないが、酸素化の指標である $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$ が有用であり、また気管挿管実施の有無も参考となる。実際、ARDS患者のほとんどが、気管挿管を実施されているが、患者・家族の希望等により行っていない場合もあり得る。

重症度分類：

標準的なものはないが、以下に試案を示す。

中等症 (ALI)： $200\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 300\text{mmHg}$

重症 (ARDS)： $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ または

ALI基準を満たし、気管挿管が行われている。

対象病態について

【対象病態】 ID #9

一般疾患名「急性心筋梗塞」

■処置・重症度：補助呼吸and/or補助循環

「病態の詳細」

冠状動脈の血栓性閉塞により、急性心不全、急性炎症、心筋壊死を呈する重篤な疾患である（平均入院死亡率6～7%）。心筋虚血の領域や程度により重症度が異なり、心原性ショックを呈すると死亡率は30%を越える。救命には、初期治療が極めて重要で、可及的早期に閉塞冠動脈の再疎通（再灌流治療）が必要である。また、急性期の重篤な不整脈や急性左心不全に対しては、不整脈の種類や血行動態に応じた適正な処置や薬物治療が行われる。重症例では（Killip分類Ⅱ～Ⅳ：下記参照）、非侵襲的陽圧呼吸や気管挿管による補助呼吸、大動脈内バルーンポンピング（IABP）などによる補助循環が必要となる。本症の救命率はこれらの集中治療により着実に改善しているが、循環器専門医の高度な技術、豊富な経験、献身的な労力を要する。

〈重症度分類の指標〉

Killip分類：

クラスⅠ（ポンプ失調なし）：肺野にラ音なく、III音を聴取しない

クラスⅡ（軽度～中等度の心不全）：肺野の50%未満の範囲でラ音聴取またはIII音聴取

クラスⅢ（重症心不全）：全肺野の50%以上の範囲でラ音を聴取

クラスⅣ（心原性ショック）：血圧90mmHg未満、尿量減少、チアノーゼ、冷たく湿った皮膚、意識障害を伴う

対象病態について

【対象病態】ID #10

一般疾患名「急性心不全」

■処置・重症度：補助呼吸and/or補助循環

「病態の詳細」

心不全患者入院者数は厚生労働省の調査によれば確実に増え続けている。急性心不全症候群（ここでは急性冠症候群は含まないものとする）患者の院内死亡率は6～7%と急性心筋梗塞とほぼ同様であるが、入院日数が平均で3週間（中央値30日）と長く、再入院率も高い。1年死亡率は20%程度と極めて高いとの報告もある。医療経済的にも大きな課題を抱えているこの疾患群の背景には、軽症・中等度の患者は院内死亡をとりあえず免れるものの、そのときの臓器傷害（心のみならず肺、腎、血管の傷害）が高い再入院率に深く関わっていると考えられている。従って、この課題を改善するためには、肺、腎、脳、血管を含む多臓器傷害を最小限に食い止めることを念頭に加療が行われなければならない。急性心不全症候群は極めて専門性の高い治療が要求される疾患群であるといえる。約7割の患者に認められる肺水腫に対しては、的確な判断のもと迅速な補助呼吸を要し、重症例、すなわち、入院時収縮期血圧100mmHg未満患者の院内死亡率は30%といわれ、急性心筋梗塞の心原性ショックに匹敵する。このような重症例に対して補助循環はなくてはならないものであり、さらに人工心臓や移植への移行も考慮しなくてはならない場合もある。刻々と変化する病態の変化を把握しながら、治療を行っていくことが要求され、循環器科的な知識・経験のみならず集中治療医学的な知識・経験も要し、病態が複雑なため極めて献身的な労力とともに、専門看護師、MEを含むチーム医療を要する。

対象病態について

【対象病態】ID #11

一般疾患名「解離性大動脈瘤 (Stanford B, DeBakey Ⅲ手術なし)」

■処置・重症度：補助循環

「病態の詳細」

本疾患の特徴は確定診断がつけにくい (= 誤診率が40~50%と高い) こと、急性期の死亡率が10%程度といまだに高いこと (急性心筋梗塞のそれは6~7%) などである。左記によって裁判となる症例の代表的疾患とも言われている。以上より循環器救急において精力を傾けるべき重要な疾患であるといえる。

急性期死亡の多くを占めるのはStanford A型 (解離が上行大動脈に及んでいるもの) であり、Stanford B型 (解離が上行大動脈に及ばない) の予後はA型に比べると比較的良好であり、またB型のうちでも合併症があり手術適応があるものは、手術適応のないものに比べると予後は良好である。

しかしながら手術適応のないB型でも、経過観察中に合併症が出現して手術が必要となることもあり、またULPが拡大して手術またはステントグラフトなどが入院中または退院後に必要となることもある。ひとたび手術が必要となれば、B型解離に対する手術は、胸部下行あるいは胸腹部の広範囲の置換術となるため、A型解離に対する上行あるいは全弓部の置換術の手術成績より一般的に不良である。

以上より、例え内科的に経過観察するB型急性解離といえども、急性期から丁寧な経過観察と、病態の正確な把握によって、手術が必要とならないようにコントロールすることが肝要である。

対象病態について

【対象病態】ID #12

一般疾患名「肺塞栓症」

■処置・重症度：補助呼吸and/or補助循環

「病態の詳細」

広範な肺血栓塞栓により急性肺性心を来した病態である。厚生労働省人口動態統計では、肺塞栓症の死亡者数は年々増加傾向にある。ショックや持続性低血圧を呈する重症例の予後は不良であり、院内死亡率は15%～30%と報告され、重症例の中でも循環虚脱型の死亡率はさらに高く50%～60%とも言われる。かかる病態には肺塞栓症への直達治療に加え補助循環が不可欠である。下記に関連した日本循環器学会ガイドラインの臨床重症度分類を示した。

また、肺塞栓症の約半数は院内発症であり、併存疾患も考慮した重症度や出血リスクの把握、それに基づく検査・治療法（血栓溶解療法、カテーテル治療、外科的治療）の選択、他部門との連携、治療効果判定など非常に高い医師技術が要求される。補助循環を含めた全身管理には極めて献身的な労力を要する。

「臨床重症度分類」

	血行動態	右心負荷
Cardiac arrest, collapse (循環虚脱型)	心停止あるいは循環虚脱	あり
Massive (広範型)	ショックあるいは低血圧	あり
Submassive (亜広範型)	安定	あり
Non-massive (非広範型)	安定	なし

対象病態について

【対象病態】ID #13

一般疾患名「劇症肝炎」

■処置・重症度：血漿交換

「病態の詳細」

高度の肝機能不全と意識障害を特徴とする重症型の急性肝炎で、下記の診断基準に従って診断する。成因はHBV、HAVをはじめとするウイルス性が半数を占め、自己免疫性、薬剤性などがあり、成因不明例も約3割存在する。内科的治療による救命率は急性型で50%、亜急性型で25%程度と不良であり、成因によっても救命率は異なる。血漿交換などの人工肝補助を行い、腎不全、DIC、感染症、脳浮腫などの合併症の予防・治療を行う。HBVに対する抗ウイルス剤や、自己免疫性肝炎に対するステロイドなど、成因によってはそれに基づいた治療も可能である。内科的治療にて改善が見込めない場合には、肝移植の適応を検討する。成因と病型の正確かつ迅速な診断を行い、速やかに成因に対する治療を行うこと、集中治療室における全身管理のもとに、当初より肝移植の可能性を念頭に置きながら集学的な治療を行うことが重要である。

劇症肝炎の診断基準（厚生労働省難治性肝疾患研究班）

劇症肝炎とは、肝炎のうち初発症状出現後8週以内に高度の肝機能障害に基づいて昏睡Ⅱ度以上の肝性脳症を来し、プロトロンビン時間が40%以下を示すものとする。そのうちには症状出現後10日以内に脳症が発現する急性型と、11日以降に発現する亜急性型がある。

対象病態について

【対象病態】ID #14

一般疾患名「重症急性膵炎」

■処置・重症度：血漿交換and/or動注療法を含む集学的治療

「病態の詳細」

重症急性膵炎では、血管透過性が亢進して体液が third space へ移行し、有効循環血漿量が減少しショック徴候を認めることが多い。消化管出血、腹腔内出血等の出血傾向を呈し、DIC (disseminated intravascular coagulation：播種性血管内凝固症候群) へと移行する。さらに、膵から逸脱したホスホリパーゼA₂ (PLA₂) により肺胞毛細血管が傷害され、ARDS (acute respiratory distress syndrome：急性呼吸促迫症候群) や呼吸不全が生じる。

対象病態について

【対象病態】 ID #16

一般疾患名「糖尿病性ケトアシドーシス」■処置・重症度：頻回な血糖測定、適切なインスリン投与、嚴重な全身管理

「病態の詳細」

高度なインスリン欠乏や作用不足によって起きるケトーシス、アシドーシスが主徴でそれに脱水が加わって起こる意識障害。

糖質代謝	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンは通常、肝では糖放出抑制に、末梢組織では糖利用促進に働く ・インスリン欠乏下では肝からの糖放出に歯止めが効かず、末梢組織での糖利用も障害され、血液中に糖が溢れる状態となる ・その結果、著しい高血糖は血漿浸透圧を亢進させ、細胞内液は細胞外に、外液は浸透圧利尿により喪失し、細胞内外の脱水を招く
蛋白質代謝	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンは通常、アミノ酸の細胞内への取り込みと細胞内での蛋白合成を促進し、蛋白分解を抑制する ・インスリン欠乏下では主に筋肉で蛋白分解の促進、蛋白合成の阻害という、いわゆる異化亢進状態となる ・筋肉より流出した特定のアミノ酸により持続的糖新生が起こり、絶食にもかかわらず血糖値は上昇する
脂質代謝	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンは通常、脂肪組織で中性脂肪の分解を強力に抑制する ・インスリン欠乏下では脂肪分解が持続的に亢進し、グリセロールや遊離脂肪酸 (FFA) が増加する ・DKAの病態においてFFAは大部分がケトン体産生の器質となる ・血中にケトン体が蓄積し (ケトーシス)、弱酸ではあるが過剰な蓄積の結果、アシドーシスを招来する

対象病態について

【対象病態】ID #17

一般疾患名「甲状腺クリーゼ」

■処置・重症度：手術なし

「病態の詳細」

甲状腺中毒症の原因となる未治療ないしコントロール不良の甲状腺基礎疾患が存在し、これに何らかの強いストレスが加わった時に、甲状腺ホルモン作用過剰に対する生体の代償機構の破綻により複数臓器が機能不全に陥った結果、生命の危機に直面した緊急治療を要する病態をいう。我が国における致死率は10～20%と推定される。

発症機序は不明であり、甲状腺機能検査では通常の甲状腺中毒症と区別できず、臨床的症状・徴候に基づいて診断される。しばしば感染、手術、ストレスなどを誘因として発症し、甲状腺ホルモンレベルが著明に高くない場合でも発症する。

主な臨床症状は、(1)全身性症候（高体温、高度の頻脈や多汗など）、(2)臓器症候（意識障害を中心とした中枢神経症状、下痢・嘔吐・黄疸などの消化器症状、心不全を中心とした循環器症状）が特徴的である。主な合併症として、多臓器不全、ショックが挙げられる。

診断は、我が国で作成された診断基準（第1版）や欧米で作成されたBurch & Wartofskyの診断基準によって行われる。

主な治療法は、(1)甲状腺ホルモン産生・分泌の減弱（バセドウ病による場合、大量の抗甲状腺剤と無機ヨードを投与）、(2)甲状腺ホルモン作用の減弱（ β ブロッカーや副腎皮質ホルモンの投与）、(3)全身管理（一般的緊急処置、十分な輸液と電解質補正、身体の冷却と解熱剤）、(4)誘因除去、が主体である。主要死亡原因として、心不全と肝不全が挙げられ、その治療には集学的加療が必要である。

対象病態について

【対象病態】 ID #18

一般疾患名「副腎クリーゼ」■**処置・重症度**：適切なハイドロコルチゾン投与、嚴重な全身管理

「病態の詳細」

副腎皮質ステロイドホルモンは生命維持に必須のホルモンであり、副腎クリーゼ（急性副腎不全）は、生体が必要とする副腎皮質ホルモンが不足・欠乏することで生じる。ショックを呈する病態の鑑別診断として重要である。多くは慢性副腎機能不全症でステロイド補充中の患者や膠原病などのためステロイド投与中の患者のステロイド減量時や中止後に起こり、何れも強いストレスに十分に対応できない場合に発症する。感染症、発熱、手術、外傷、過度の日常活動などのストレスをきっかけに悪心、嘔吐、腹痛などの消化器症状が出現し、経口摂取が不能となり、急速な体液量の減少、低血糖、低血圧、意識障害を生じ、治療されなければショックから死に至る。血液所見では、低Na血症、高K血症、低血糖、BUN・Cr高値、代謝性アシドーシスなどを認める。両側副腎そのものの病変でステロイド分泌が低下する原発性（後天性では結核や自己免疫によるアジソン病が代表、先天性では先天性副腎皮質過形成、先天性副腎低形成など）と視床下部や下垂体の病変に伴い続発的にステロイド分泌が低下する中枢性（視床下部-下垂体腫瘍、自己免疫性下垂体炎、下垂体低形成、長期の合成ステロイド補充など）に分けられる。急性期の治療法の基本は、十分量の副腎皮質ホルモン（糖質コルチコイド）を急速補充し、輸液により電解質異常・低血糖を是正することである。通常、静注用ヒドロコルチゾン（ソル・コーテフ、サクシゾンなど）を、新生児・乳児では25～50mg、幼児50～100mg、学童以上100～200mg、急速静注する。また輸液はKを含まない初期第1輸液溶液（ソリタT1など）あるいは生理食塩水にブドウ糖を加えた輸液を10～20mL/kg/hrを1～2時間急速輸液する。急性副腎不全を疑い、早期に診断・治療を開始すれば予後は通常良好であるが、診断・治療が遅れれば生命危機をまねく。

対象病態について

【対象病態】ID #19

一般疾患名「難治性ネフローゼ症候群」■処置・重症度：腎生検

「病態の詳細」

患者は42歳の女性である。28歳頃、会社の健診にて高血圧、高脂血症を指摘され、以後、某クリニックにてこれらに対して投薬治療を受けていた。2年前に、脊椎間狭窄症のため整形外科に入院した。このときの血液検査で、BUN12.4mg/dl、Cre1.21mg/dlとすでに腎機能低下が指摘されていた。2年前の9月頃から下腿浮腫が出現し、近医内科を受診、血清アルブミン2.1g/dl、総コレステロール560mg/dl、尿蛋白4.5g/日のネフローゼ症候群と診断され、プレドニゾン40mg連日で開始された。プレドニゾン開始後6週の時点でも蛋白尿は改善せず、次第に浮腫は全身性となり、Ccr36.63mL/minから24mL/minと低下し、尿蛋白8.78~12.4g/日と悪化傾向が認められるため、難治性ネフローゼ症候群として、当院へ紹介、入院となった。直ちに腎生検を行った。所見は典型的な巣状糸球体硬化症であった。血圧は180/110mmHgと上昇し、回転性めまいを訴えることがあった。透析療法に対して強い拒否反応を示している。

対象病態について

【対象病態】ID #20

一般疾患名「先天性ネフローゼ症候群」

■**処置・重症度**：臨床診断、病理診断、遺伝子診断、アルブミン補充、ガンマグロブリン補充、甲状腺ホルモン補充、抗凝固薬、利尿薬、極めて重症

「病態の詳細」

糸球体スリット膜関連蛋白の異常あるいはWT1遺伝子の変異などにより新生児期から乳児期にかけて発症する治療抵抗性のネフローゼ症候群である。新生児期から乳児期早期に発症する症例では高頻度に血栓症や重症感染症、循環不全、治療抵抗性の浮腫を合併し、腎機能低下も徐々に進行して末期腎不全に至る。そして十分な管理を行っても80%の患者はいまだに死亡する極めて重症な疾患である。また生後1年間は人間にとって心身の発達が最も顕著な時期であり十分な栄養を摂る必要がある。しかし本疾患ではその時期に尿中への蛋白漏出が非常に高度となるため、体内で合成される蛋白の喪失が著しく、それに伴って低栄養状態となる。従って低栄養による成長障害、神経発達障害などを来しやすい。さらにチロキシン結合蛋白の尿中喪失による二次性の甲状腺機能低下も発症するため成長障害を助長する事になる。高度な浮腫の管理にはアルブミンやガンマグロブリンの定期的な補充が必要であり甲状腺機能低下には甲状腺薬の投与も必要である。このように合併症の予防ならびに合併症が発症した場合の対応を行いながら、尿蛋白を減少させるためアンギオテンシン受容体拮抗薬やNSAIDsの使用、また片腎摘出や両腎摘出+CAPD導入なども考慮し導入のタイミングもはかる必要がある。その一方では半年～1年余の長期にわたって内分泌学的な検査や神経発達評価を含む成長評価や集中管理も行うことになる。本疾患はこのように長期間にわたり急性期疾患の集中管理と慢性的な成長管理を高度な集学的医療のもとに行う必要がある、まさに内科系特定診療とするに値する疾患である。

対象病態について

【対象病態】ID #21

一般疾患名「急速進行性糸球体腎炎」

■処置・重症度：腎生検

「病態の詳細」

症例は65歳の女性。

10年来の高血圧で近医受診中。昨年の外来検査では腎機能BUN 10 mg/dl、Cre 0.8 mg/dl、肝機能は正常範囲内であった。

1週間前に感冒に罹患。近医で投薬の処方を受けるも改善せず。食欲不振、咳嗽、体動困難が出現し、4月3日入院となった。入院時の身体所見からは、両下肺に湿性ラ音を聴取、下肢に紫斑を認めた。尿検査では蛋白尿3+、尿潜血3+で尿沈渣に赤血球円柱、硝子様円柱を認めた。白血球数9000、ヘモグロビン7.9g/dl、TP6.5g/dl、Alb3.5g/dl、Cre4.5mg/dl、BUN45mg/dl、CRP12.5mg/dlであった。胸部レントゲン上、両下肺野を中心に間質影を認めた。腹部超音波所見では、両腎のサイズ、皮質厚とも正常であった。尿所見異常を伴う腎機能障害のため、腎生検を施行したところ、得られた糸球体20個中12個に細胞性半月体の形成を認めた。また蛍光抗体法直接法では、糸球体に補体、免疫グロブリンの沈着を認めなかった。後日、入院時の検査から、MPO-ANCA166U/mLであることが判明した。

対象病態について

【対象病態】 ID #22

一般疾患名「急性白血病」

■処置・重症度：一般内科外来で白血病の疑いにて緊急入院した患者に対する診断、治療方針決定、化学療法。

「病態の詳細」

成人男性（60歳代）が倦怠感を主訴に一般外来を受診。血液検査で、白血球（ $23,000/\text{mm}^3$ ）、貧血（Hb 8.2g/dl）、血小板減少（ $2.3\text{万}/\text{mm}^3$ ）を認め、急性白血病の疑いで当日入院となった。

診断：急性白血病の一般的診断、FAB、WHO分類に則した診断を行う。

治療方針の決定：AML、M1であったとして、治療方針を決定し本人・家族に説明する。

治療：プロトコールにのっとり治療する。白血球減少期には発熱を認め、感染症の診断治療など標準的管理が必要である。一方、血小板、赤血球の輸血も適宜必要である。

治療は大体2クール目までを調査の対象として、寛解に導入できたと仮定する。

対象病態について

【対象病態】ID #23

一般疾患名「悪性リンパ腫」

■**処置・重症度**：頸部リンパ節と腋窩リンパ節の主徴を主訴に一般外来を受診。
リンパ腫の確定診断から、治療、寛解に至る。

「病態の詳細」

65歳の男性が、2週間前からの両側頸部、両側腋窩のリンパ節主徴を主訴に外来を受診。全身状態は概して良好であるが、症状として体重減少がある。

診断：悪性リンパ腫を疑って検査計画を立てる。生検は外科に依頼する（診療科との関係は良好）。病理部門もリンパ腫の診断には慣れているものとする。また、病理診断のために各種画像診断、骨髄検査も行う。

治療：検査の結果、NHL（B細胞びまん性大細胞型）、傍腹部大動脈リンパ節腫脹もあり、病期IV Bであった。治療方針を立て、本人家族に説明し、治療を行う。R-CHOP 2コース目までを調査対象にする。

治療に伴う合併症：化学療法14日目前後に発熱を来とし、抗生物質を投与、またG-CSFも使う。輸血は必要に応じて行う。

対象病態について

【対象病態】ID #24

一般疾患名「再生不良性貧血」

■処置・重症度：健康診断で貧血を指摘されて受診した患者。汎血球減少を認め、再生不良性貧血 重症と判断される。

「病態の詳細」

43歳の女性。健康診断で貧血を指摘され、血液疾患の専門外来を受診した。外来で汎血球減少を指摘され、精査・加療の目的で予定入院した。

検査：汎血球減少（Hb 7.8 g/dl、血小板 1.3万、白血球 2,300、好中球 800、網赤血球 1万/mm³）がある。発熱など合併症はない。この患者が再生不良性貧血かどうか診断し、さらに病期を判断する。

治療方針：各種検査から、再生不良性貧血重症と判断し、ATGとシクロスポリンによる免疫抑制療法をすることになる。この判断と、本人・家族への説明が調査対象。

治療：免疫抑制療法と輸血療法が中心となる。時々発熱を認め、随時抗生剤、抗真菌薬などによる治療が必要である。生命を脅かすような大出血はないが、紫斑と少量の下血と口腔内出血がある。

免疫抑制療法が奏効し、4カ月の入院で退院となる。それまでが調査対象となる。

対象病態について

【対象病態】ID #25

一般疾患名「脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症」

■**処置・重症度**：静脈注射による処置を要する全入院期間が2週間以上または死亡転帰（入院時あるいは経過中意識レベル；JCS二桁以上 *注）

「病態の詳細」

急性脳炎・急性脳症の原因としては、ウイルス感染によるもの、細菌を始めとした微生物によるものなど、多岐にわたる。その初期対応を誤ると急激な意識障害の悪化、血圧上昇あるいは低下、痙攣重積、呼吸不全などにより死亡の転帰をとる可能性がある。

まず、治療にあたっては、その原因が何によるものかを明らかにするため、血液検査、髄液検査、微生物検査、画像検査などを行い、同時併行で抗ウイルス薬、抗生物質、抗真菌薬などの投与を開始する。原因によっては、治療当初、副腎皮質ホルモン薬の投与も検討しなければならない。これらの治療が奏功せず意識障害の悪化、血圧の変動、痙攣重積などが生じた時は、注意深く全身管理を行いながら、抗ウイルス薬や抗生物質などの投与量や薬剤の変更などを行う。脳ヘルニアや呼吸不全に対する細心の注意も必要で、脳圧降下薬の投与や気管内挿管下人工呼吸器管理も必要となる。また、症状は、刻々と変動するため家族などへの病状説明も適切に行う必要がある。

*注：乳児においては乳児の意識レベル点数評価法（坂本）の二桁以上とする

対象病態について

【対象病態】ID #26

一般疾患名「頸椎頸髄損傷」■処置・重症度：手術なし・重症

「病態の詳細」

転倒、転落、交通事故などの外傷、あるいは急性硬膜外血腫や頸髄梗塞および頸髄出血などの非外傷性の疾患により頸髄損傷四肢麻痺となり、骨傷が乏しく脊椎に対して非手術的治療が選択される患者。脊髄損傷の重症度は、初診時にASIAまたはFrankel分類のAあるいはBの患者を対象とする。

急性期には、バイタルサインの確認、意識状態を含む神経学的診察、呼吸・循環状態の確認と対応、脊椎・脊髄の評価と対応、尿意や便意の確認と対応等が必要であり、これらは時間的経過により変化するので、それに応じた適切な専門的判断と対応が要求される。

具体的には、頸椎の安静確保の具体的指示、血圧コントロールや呼吸管理（気管切開や人工呼吸器も含む）、栄養摂取方法の検討が必要である。排尿・排便障害は重度で、導尿等の処置が必要。褥瘡予防に頻回の局所観察と体位交換が必要で、頸椎の安静を配慮して行われなければならない。患者の精神的ストレスも強く、せん妄への対処・消化器潰瘍の予防にも配慮を要する。ベッドサイド早期リハビリテーションと家族説明が実施される必要がある。

参考＜Frankel分類＞

- A：complete 損傷レベルより下位の運動・知覚の完全麻痺
- B：sensory only 損傷レベルより下位の運動は完全麻痺、知覚はいくらか残存
- C：motor useless 損傷レベルより下位の運動機能はわずかに残存、実用性なし
- D：motor useful 損傷レベルより下位の実用的な運動機能が残存
- E：recovery 運動・知覚麻痺、膀胱直腸障害などの神経学的症状を認めない

対象病態について

【対象病態】ID #27

一般疾患名「薬物中毒」

■処置・重症度：吸着式血液浄化法or血漿交換療法

「病態の詳細」

農薬中毒で意識障害、呼吸抑制、血圧低下などの重篤な症状を呈し、ICUにおいて呼吸・循環の管理を行い、胃洗浄をはじめとする薬物中毒の初期治療を行うが、改善せず全身状態が悪化するため、人工腎臓や吸着式血液浄化法を施行した。

重症度：意識障害、呼吸抑制などあり、重症

対象病態について

【対象病態】 ID #28

一般疾患名「敗血症性ショック」

■処置・重症度：吸着式血液浄化法or血漿交換療法

「病態の詳細」

穿孔性腹膜炎の診断で開腹したところ、虚血性腸炎による穿孔で腸切除を行った。術後、ICUで全身管理を行い、輸液や昇圧剤などを投与したが、循環不全は改善せずショック状態が持続するため吸着式血液浄化法を行った。

重症度：敗血症性ショックは重症

資料3

表9 負荷と貢献

NO	疾患名	回答数	個別の行為の提供負荷													
			1		2		3		4		5		6		7	
			問診	診察	疾病想起	検査決定	検査結果判断	病態理解	病態鑑別	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均
1	重症脳卒中	31	3.63	0.96	4.17	0.91	3.67	0.96	3.62	0.82	4.37	0.76	4.32	0.72	4.07	1.05
2	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	17	3.38	0.89	4.13	0.81	3.94	0.68	3.88	0.81	4.25	0.77	4.00	0.82	3.80	1.01
3	重症筋無力症クラーゼ	21	3.38	1.07	3.76	1.00	3.29	0.85	3.52	0.75	3.65	0.93	3.81	0.81	3.81	0.75
4	てんかん重積状態・精神運動発作重積症	19	3.68	0.95	3.89	0.81	3.63	1.26	3.79	1.08	4.11	0.81	4.21	0.71	4.11	0.99
5	気管支喘息重積状態	24	3.21	0.83	3.33	0.82	3.21	0.83	3.42	0.65	3.33	0.82	3.57	0.79	3.38	0.88
6	間質性肺炎(急性増悪)	30	3.70	0.99	3.63	1.07	4.07	0.83	4.03	0.81	4.43	0.73	4.57	0.68	4.63	0.56
7	慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)	38	3.32	0.84	3.58	0.89	3.29	0.77	3.32	0.84	3.71	0.80	4.05	0.90	3.71	0.87
8	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	31	3.40	0.77	3.65	0.71	3.90	0.65	3.70	0.75	4.06	0.68	4.37	0.72	4.29	0.64
9	急性心筋梗塞	24	3.29	0.86	3.63	0.88	3.33	0.82	3.67	0.82	3.79	0.83	3.63	0.92	3.75	0.94
10	急性心不全	25	3.28	0.89	3.96	0.89	3.44	0.82	3.68	0.85	4.04	0.89	4.40	0.71	4.20	0.65
11	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey Ⅲ型)	23	3.30	0.97	3.48	0.95	4.00	1.04	4.09	0.95	4.22	0.85	4.00	0.85	4.35	0.57
12	肺塞栓症	25	3.44	0.82	3.68	0.75	3.76	0.78	3.76	0.83	4.16	0.75	3.88	0.88	3.96	0.73
13	劇症肝炎	59	4.38	0.68	4.42	0.69	4.36	0.78	4.45	0.72	4.58	0.63	4.56	0.57	4.49	0.69
14	重症急性膵炎	52	3.46	0.81	3.78	0.76	3.78	0.93	3.70	0.74	4.12	0.85	3.96	0.73	3.84	0.80
16	糖尿病性ケトアシドーシス	18	3.61	0.50	3.67	0.59	3.83	0.71	3.89	0.76	4.17	0.62	4.39	0.70	3.89	0.47
17	甲状腺クラーゼ	26	3.50	0.65	3.85	0.78	4.08	0.80	3.62	0.75	4.08	0.84	4.42	0.58	4.00	0.65
18	副腎クラーゼ	19	3.63	0.83	3.37	0.83	3.89	0.74	3.47	0.96	3.74	0.81	4.00	0.67	3.89	0.66
19	難治性ネフローゼ症候群	47	3.64	0.57	3.64	0.57	3.66	0.52	4.15	0.75	4.43	0.69	4.30	0.72	4.15	0.66
21	急速進行性糸球体腎炎	46	3.76	0.57	3.76	0.57	3.93	0.72	3.93	0.75	4.22	0.87	4.11	0.60	4.07	0.65
22	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	12	3.50	0.90	3.75	0.87	3.75	1.06	4.00	0.74	4.58	0.51	4.25	0.87	4.42	0.67
23	悪性リンパ腫	12	3.73	0.65	3.67	0.89	3.67	0.89	3.75	0.87	3.92	0.90	3.92	0.79	4.00	0.85
24	再生不良性貧血	11	3.80	0.79	3.45	0.93	3.73	1.10	3.91	0.83	4.27	0.65	3.82	0.87	4.18	0.98
25	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	19	3.47	0.80	3.76	0.75	3.94	0.66	3.53	0.72	3.94	0.85	4.29	0.59	4.29	0.59
26	頸椎頸髄損傷	27	3.22	0.64	4.00	0.68	3.07	0.83	3.35	0.56	3.52	0.64	3.59	0.89	3.33	0.92
27	薬物中毒	31	3.65	1.11	3.87	1.02	3.55	0.99	3.58	0.81	3.65	0.80	3.90	1.03	3.55	0.93
28	敗血症性ショック	29	3.34	0.90	3.82	0.94	3.48	1.02	3.86	0.88	4.03	0.91	4.17	0.89	4.00	0.89

NO	疾患名	総合負荷		特異的提供負荷											
				1		2		3		4		5		平均	
				身体的な負荷	精神的な負荷	手技的な負荷	知識判断の負荷	時間拘束の負荷	平均	SD	平均	SD	平均		SD
1	重症脳卒中	4.38	0.62	4.14	0.74	4.24	0.58	3.76	1.06	4.38	0.73	4.54	0.74	4.21	0.29
2	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	4.35	0.61	4.00	0.50	4.24	0.66	3.76	0.66	4.00	0.61	4.41	0.71	4.08	0.25
3	重症筋無力症クラーゼ	4.45	0.51	4.14	0.65	4.38	0.67	3.90	0.70	3.95	0.83	4.60	0.60	4.20	0.29
4	てんかん重積状態・精神運動発作重積症	4.39	0.78	4.21	0.79	4.32	0.67	3.89	0.88	4.26	0.81	4.58	0.69	4.25	0.25
5	気管支喘息重積状態	4.00	0.83	3.96	0.95	4.13	0.90	3.96	0.91	3.75	0.79	4.33	0.76	4.03	0.22
6	間質性肺炎(急性増悪)	4.79	0.41	4.57	0.68	4.73	0.45	4.53	0.63	4.67	0.61	4.77	0.43	4.65	0.10
7	慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)	4.35	0.59	4.11	0.61	4.24	0.68	3.95	0.77	3.87	0.66	4.53	0.65	4.14	0.26
8	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	4.58	0.67	4.52	0.57	4.65	0.49	4.16	0.73	4.19	0.65	4.74	0.51	4.45	0.26
9	急性心筋梗塞	4.58	0.65	4.33	0.76	4.29	0.81	4.54	0.66	4.04	0.86	4.71	0.46	4.38	0.25
10	急性心不全	4.36	0.64	4.20	0.76	4.32	0.69	4.00	0.71	4.32	0.75	4.48	0.71	4.26	0.18
11	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey Ⅲ型)	4.35	0.83	3.61	0.89	4.35	0.83	3.65	0.83	4.39	0.72	4.30	0.76	4.06	0.39
12	肺塞栓症	4.48	0.71	4.12	0.97	4.08	0.86	4.40	0.58	4.20	0.76	4.20	0.91	4.20	0.12
13	劇症肝炎	4.89	0.31	4.65	0.52	4.75	0.47	4.53	0.60	4.67	0.48	4.86	0.35	4.69	0.12
14	重症急性膵炎	4.70	0.51	4.32	0.65	4.74	0.44	4.26	0.60	4.36	0.75	4.66	0.56	4.47	0.22
16	糖尿病性ケトアシドーシス	4.67	0.49	4.47	0.80	4.24	0.83	3.71	0.69	4.41	0.62	4.88	0.33	4.34	0.43
17	甲状腺クラーゼ	4.54	0.59	4.19	0.69	4.42	0.70	3.54	0.76	4.62	0.57	4.54	0.51	4.26	0.43
18	副腎クラーゼ	3.74	0.65	3.16	0.60	3.84	0.90	2.84	1.01	4.21	0.71	3.63	0.60	3.54	0.54
19	難治性ネフローゼ症候群	4.02	0.61	3.68	0.69	4.30	0.59	4.36	0.70	4.13	0.71	3.57	0.65	4.01	0.36
21	急速進行性糸球体腎炎	4.22	0.79	3.63	0.71	4.28	0.58	4.48	0.66	4.28	0.66	3.76	0.71	4.09	0.37
22	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	4.75	0.45	4.33	0.78	4.67	0.49	3.75	1.14	4.33	0.78	4.75	0.45	4.37	0.39
23	悪性リンパ腫	4.10	0.88	3.75	0.62	4.00	0.74	3.58	1.00	4.00	0.85	4.17	0.83	3.90	0.23
24	再生不良性貧血	4.20	0.79	3.91	0.83	4.00	0.63	3.45	0.93	4.09	0.83	4.18	0.60	3.93	0.28
25	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	4.60	0.51	4.12	0.93	4.65	0.61	3.88	0.70	4.29	0.69	4.65	0.49	4.32	0.33
26	頸椎頸髄損傷	4.24	0.83	3.89	0.80	4.22	0.75	3.67	0.83	4.11	0.80	4.26	0.81	4.03	0.25
27	薬物中毒	4.29	0.86	4.06	1.03	4.32	0.83	3.84	0.73	3.77	0.92	4.48	0.68	4.10	0.31
28	敗血症性ショック	4.74	0.54	4.38	0.78	4.14	0.95	4.31	0.76	4.07	0.80	4.76	0.58	4.33	0.27

個別の行為の提供負荷																							
8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		平均	
鑑別診断列挙	診断確定	治療方針決定	治療選択	治療実践	経過掌握	予後見通し	患者・家族説明	同意取得	カンファレンス	チーム医療											平均	SD	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
3.75	0.80	4.07	0.75	4.53	0.68	4.57	0.68	4.41	0.73	4.10	0.86	4.29	0.76	4.31	0.85	4.11	0.85	3.93	0.84	4.42	0.81	4.13	0.31
3.73	0.96	4.00	0.82	4.31	0.60	4.19	0.66	3.81	0.91	4.31	0.70	4.25	0.68	4.44	0.63	3.56	0.81	3.73	0.88	3.85	0.90	3.98	0.29
3.71	0.85	3.85	0.88	4.00	0.84	4.00	0.77	4.48	0.60	4.40	0.60	4.24	0.83	4.19	0.68	3.76	0.83	3.95	0.80	4.05	0.83	3.88	0.32
3.95	1.03	4.11	1.05	4.05	0.71	4.16	0.76	4.47	0.61	4.42	0.77	4.32	0.75	4.21	0.92	3.53	0.77	3.63	0.83	3.93	0.96	4.01	0.28
3.35	0.88	3.46	0.93	3.83	0.92	3.87	1.01	4.21	0.88	3.92	0.78	4.00	0.83	4.04	0.91	3.88	0.85	3.48	0.90	3.86	0.96	3.63	0.32
4.43	0.68	4.70	0.60	4.73	0.45	4.57	0.57	4.73	0.45	4.63	0.56	4.62	0.56	4.73	0.52	4.33	0.66	4.33	0.66	4.54	0.58	4.41	0.34
3.45	0.92	3.71	0.90	3.97	0.75	4.00	0.81	4.58	0.55	4.21	0.62	4.11	0.83	4.42	0.64	4.21	0.70	3.76	0.71	4.10	0.83	3.86	0.38
4.17	0.75	4.23	0.80	4.47	0.68	4.65	0.55	4.42	0.62	4.40	0.50	4.50	0.73	4.55	0.57	4.03	0.60	4.10	0.71	4.46	0.66	4.19	0.34
3.38	0.77	3.88	0.90	4.08	0.83	4.21	0.78	4.58	0.65	4.08	0.88	4.13	0.85	4.21	0.78	3.75	0.85	3.67	0.92	4.19	0.87	3.85	0.35
3.84	0.69	3.92	0.81	4.40	0.65	4.44	0.71	4.48	0.59	4.44	0.58	4.48	0.65	4.24	0.72	3.76	0.66	3.88	0.73	4.25	0.79	4.06	0.37
4.22	0.80	4.26	0.86	4.39	0.78	4.30	0.76	3.87	0.69	4.13	0.69	4.13	0.76	4.17	0.78	3.78	1.00	3.57	0.79	3.78	0.80	4.00	0.31
3.92	0.86	4.16	0.75	4.48	0.87	4.52	0.59	4.60	0.58	4.20	0.76	4.40	0.58	4.20	0.87	4.00	0.82	3.80	0.76	4.17	0.76	4.06	0.32
4.42	0.69	4.54	0.61	4.76	0.47	4.67	0.51	4.64	0.49	4.69	0.60	4.70	0.50	4.59	0.63	4.54	0.61	4.55	0.61	4.50	0.60	4.55	0.12
3.48	0.74	4.04	0.91	4.39	0.61	4.52	0.65	4.58	0.61	4.38	0.64	4.58	0.67	4.42	0.73	3.98	0.82	4.16	0.85	4.39	0.62	4.09	0.36
3.72	0.46	3.78	0.65	4.28	0.75	4.28	0.57	4.83	0.38	4.61	0.61	4.33	0.77	4.22	0.73	3.72	0.57	3.94	0.64	4.65	0.49	4.10	0.37
3.84	0.69	4.16	0.75	4.42	0.76	4.04	0.79	4.44	0.58	4.36	0.57	4.24	0.66	4.00	0.76	3.56	0.71	4.04	0.68	3.90	0.77	4.03	0.29
3.79	0.71	4.00	0.67	3.68	0.75	3.47	0.77	3.53	0.70	3.74	0.73	3.68	0.67	3.53	0.77	2.89	0.94	3.47	0.70	3.13	0.96	3.61	0.29
4.02	0.64	4.57	0.68	4.83	0.44	4.61	0.65	4.39	0.65	4.04	0.56	3.98	0.68	4.66	0.56	4.47	0.62	3.85	0.72	4.00	0.56	4.19	0.37
4.04	0.63	4.39	0.74	4.72	0.54	4.70	0.55	4.26	0.49	4.04	0.59	4.41	0.54	4.67	0.47	4.39	0.68	3.98	0.66	3.89	0.75	4.18	0.31
4.00	0.74	4.67	0.49	4.50	0.67	4.33	0.89	4.42	1.00	4.25	1.06	4.42	0.90	4.83	0.39	4.17	1.11	4.33	0.89	4.09	1.14	4.24	0.34
3.92	0.79	4.17	0.83	4.00	0.85	4.08	0.90	4.00	0.85	3.83	0.83	3.83	0.72	4.42	0.67	4.17	0.83	4.25	0.87	4.00	0.85	3.96	0.20
4.09	0.94	4.36	0.67	4.18	0.75	4.09	0.83	4.36	0.81	4.18	0.87	3.82	0.75	4.36	0.67	3.91	0.94	4.36	0.81	4.09	0.83	4.05	0.26
3.94	0.83	4.19	0.66	4.29	0.69	4.35	0.70	4.35	0.86	4.41	0.62	4.65	0.49	4.56	0.51	3.71	0.59	3.81	0.54	4.19	0.75	4.09	0.34
2.84	0.75	3.22	0.85	3.93	0.62	3.76	0.66	3.92	0.80	3.81	0.85	4.15	0.67	4.36	0.57	3.68	0.80	3.88	0.88	4.31	0.68	3.66	0.43
3.42	1.03	3.74	1.03	4.30	0.99	4.16	0.97	4.42	0.96	4.29	1.13	4.19	0.98	4.35	0.84	3.87	0.96	3.71	0.90	4.03	0.81	3.90	0.32
4.00	0.85	4.17	0.80	4.38	0.73	4.34	0.67	4.55	0.57	4.38	0.78	4.34	0.72	4.34	0.81	3.90	0.86	3.76	0.87	4.13	0.85	4.06	0.32

患者貢献（種類別）													総合貢献	
1		2		3		4		5		平均				
救命的な貢献	疼痛等苦痛の緩和	社会復帰の促進	在院期間の短縮	納得と安心の達成							平均	SD		
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
4.50	0.63	3.30	0.88	4.40	0.72	3.67	1.09	4.00	0.87	3.97	0.50	4.65	0.63	
4.88	0.34	3.69	0.87	4.56	0.73	3.88	1.02	4.07	0.70	4.21	0.49	4.65	0.49	
4.76	0.54	3.95	0.92	4.19	0.60	3.33	1.24	4.00	0.84	4.05	0.51	4.45	0.69	
4.68	0.58	3.79	0.85	4.16	0.69	3.42	0.77	3.79	0.85	3.97	0.48	4.44	0.63	
4.63	0.82	3.71	0.81	4.13	0.95	3.42	1.02	3.83	0.76	3.94	0.46	4.30	0.76	
4.27	1.14	3.93	0.78	3.93	0.91	3.10	1.18	4.07	0.98	3.86	0.45	4.39	0.88	
4.68	0.53	3.97	0.91	4.11	0.98	3.89	1.11	4.22	0.67	4.17	0.31	4.47	0.61	
4.42	0.81	4.03	0.71	4.03	0.95	3.52	1.26	4.10	0.87	4.02	0.32	4.33	0.71	
4.83	0.38	4.13	1.03	4.50	0.59	4.33	0.70	4.21	0.88	4.40	0.28	4.75	0.44	
4.80	0.50	4.48	0.82	4.32	0.75	3.92	0.91	4.16	0.80	4.34	0.33	4.67	0.56	
4.65	0.57	4.30	0.70	4.35	0.71	3.87	1.10	4.00	0.90	4.23	0.31	4.61	0.72	
4.80	0.50	3.84	0.94	4.48	0.71	4.00	0.93	4.00	0.87	4.22	0.40	4.64	0.57	
4.51	0.91	4.07	0.89	4.30	0.93	3.96	1.11	4.40	0.81	4.25	0.23	4.60	0.69	
4.57	0.61	4.33	0.68	4.31	0.76	4.10	0.96	4.06	0.73	4.27	0.21	4.49	0.66	
5.00	0.00	4.39	0.70	4.67	0.59	4.28	0.75	4.47	0.62	4.56	0.28	4.88	0.33	
4.81	0.49	3.77	0.76	4.35	0.85	3.46	0.86	4.08	0.81	4.09	0.52	4.46	0.66	
4.47	0.61	3.26	0.81	3.53	0.84	3.47	0.96	3.95	0.78	3.74	0.48	4.18	0.65	
4.00	0.72	3.85	0.66	4.33	0.56	3.47	0.65	4.52	0.66	4.03	0.41	4.38	0.59	
4.67	0.56	3.89	0.64	4.33	0.63	3.74	0.68	4.57	0.62	4.24	0.41	4.33	0.65	
4.67	0.49	4.08	0.79	4.08	1.24	3.75	1.14	4.42	0.90	4.20	0.35	4.42	0.67	
4.33	0.78	4.08	0.90	4.33	0.78	3.92	1.00	4.25	0.87	4.18	0.18	4.20	0.79	
4.27	0.79	3.73	0.79	4.00	0.89	3.64	0.92	4.00	0.89	3.93	0.25	4.00	0.71	
4.76	0.44	3.65	0.79	4.71	0.47	3.24	0.97	4.18	0.73	4.11	0.66	4.50	0.52	
4.04	0.90	4.04	0.76	4.37	0.84	3.48	1.05	3.93	1.00	3.97	0.32	4.21	0.83	
4.52	0.89	3.52	0.93	3.87	1.02	3.65	0.95	3.97	1.05	3.90	0.39	4.22	0.93	
4.72	0.59	3.76	1.06	4.31	0.81	3.93	0.92	4.14	0.74	4.17	0.37	4.76	0.52	

資料4

表10 所要時間と介入頻度

ID	疾患名	一連の行為全体				患者・家族説明				同意取得	
		所要時間		介入頻度		所要時間		介入頻度		所要時間	
		(時間/特定内科診療の入院期間・人)		(回/特定内科診療の入院期間・人)		(分/特定内科診療の入院期間・人)		(回/特定内科診療の入院期間・人)		(分/特定内科診療の入院期間・人)	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
	全体	116.20	486.34	69.99	160.56	372.81	1039.27	15.05	42.61	126.24	282.70
1	重症脳卒中	12.23	10.88	14.07	8.64	71.61	40.48	3.42	0.99	38.23	20.02
2	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	18.63	17.77	23.31	22.03	71.97	69.39	5.38	4.41	39.69	24.86
3	重症筋無力症クリーゼ	38.24	45.16	29.62	25.35	112.38	97.82	5.57	2.71	48.57	36.54
4	てんかん重積状態・精神運動発作重積症	62.89	129.47	20.05	26.70	97.63	83.94	8.63	13.29	39.47	21.47
5	気管支喘息重積状態	16.42	18.18	19.67	26.48	59.13	47.70	5.13	6.81	23.38	11.49
6	間質性肺炎(急性増悪)	60.81	73.70	32.04	28.22	225.33	254.38	9.53	11.98	76.67	65.14
7	慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)	72.75	139.90	20.92	15.90	92.08	59.68	4.54	1.86	56.92	45.43
8	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	51.52	63.99	29.93	26.34	152.33	118.78	6.53	4.93	76.80	75.57
9	急性心筋梗塞	25.71	67.02	12.13	8.54	68.54	60.89	3.75	1.80	28.96	18.47
10	急性心不全	31.16	35.66	14.00	5.85	94.20	77.05	4.40	2.40	59.40	63.81
11	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey Ⅲ型)	33.83	68.05	23.04	20.93	115.43	98.31	4.61	2.66	45.04	47.65
12	肺塞栓症	32.32	50.51	15.64	19.56	99.60	102.13	5.12	5.60	49.60	39.42
13	劇症肝炎	150.44	95.59	56.57	38.03	367.44	190.88	18.46	11.79	125.14	71.24
14	重症急性膵炎	41.53	41.22	34.71	39.21	173.06	143.92	8.19	5.64	68.20	55.33
16	糖尿病性ケトアシドーシス	47.17	35.00	30.67	20.78	80.00	42.43	6.72	5.14	35.28	20.25
17	甲状腺クリーゼ	30.08	20.64	24.62	18.61	125.96	91.65	5.50	2.61	42.88	24.46
18	副腎クリーゼ	14.94	13.56	11.63	9.77	59.21	53.60	5.05	6.32	25.00	16.83
19	難治性ネフローゼ症候群	80.78	30.69	98.02	43.63	285.00	106.49	8.67	11.48	109.33	43.14
20	先天性ネフローゼ症候群	836.79	322.30	653.33	306.74	4241.54	2088.05	144.46	97.59	1228.46	421.93
21	急速進行性糸球体腎炎	88.36	42.16	90.43	40.55	251.96	121.63	6.00	2.61	94.13	47.82
22	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	37.08	56.90	38.75	33.83	142.50	185.87	7.00	12.14	63.75	47.34
23	悪性リンパ腫	26.33	31.59	32.33	29.34	95.00	72.17	5.25	7.93	55.42	32.71
24	再生不良性貧血	30.00	24.58	60.91	64.67	108.18	69.97	4.00	2.86	75.91	63.83
25	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	104.00	181.06	30.88	19.68	224.12	222.18	8.65	6.78	84.71	74.26
26	頸椎頸髄損傷	493.38	2347.30	37.73	38.99	164.23	257.31	5.77	6.67	65.19	94.56
27	薬物中毒	51.36	71.97	14.31	19.71	87.33	77.87	5.33	5.30	41.33	36.43
28	敗血症性ショック	56.89	63.81	15.93	20.91	115.71	133.77	5.04	3.01	44.64	31.50

資料4

同意取得		カンファレンス (注：ディスカッションを含む)						オンコール待機 (注：院内・院外の緊急呼び出しへの対応)						特定内科診療の 入院期間	
介入頻度		所要時間		参加人数：医師人数		介入頻度		所要時間		所要時間 (週末の自宅待機)		介入頻度			
(回／特定内科診療 の入院期間・人)		(分／特定内科診療 の入院期間・人)		(人／回)		(回／特定内科診療 の入院期間・人)		(時間／特定内科診療 の入院期間・人)		(時間／特定内科診療 の入院期間・人)		(回／特定内科診療 の入院期間・人)		(日／件)	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
5.62	10.12	241.20	676.98	9.86	6.64	13.24	35.83	366.61	1358.72	140.94	493.66	22.15	75.82	36.43	74.03
2.03	0.60	38.39	26.63	11.83	7.15	4.41	3.27	64.58	69.62	25.30	28.16	3.83	3.56	12.10	7.17
2.84	1.57	48.81	69.49	7.47	5.63	7.25	7.72	81.56	77.09	25.73	24.37	6.75	7.38	23.40	16.79
3.48	2.38	65.48	69.87	9.48	8.27	5.67	3.35	120.67	153.46	54.20	61.32	6.70	6.19	18.71	11.22
4.47	6.48	65.26	65.22	6.89	4.29	5.26	3.93	63.37	82.72	33.26	47.04	7.50	11.68	11.42	5.73
2.63	1.81	35.17	31.23	8.38	7.82	4.96	6.79	51.30	83.48	15.82	20.51	3.96	3.25	10.96	6.37
3.97	2.87	116.67	155.66	8.90	5.15	7.47	8.12	123.57	155.84	45.10	48.55	6.03	4.88	16.04	8.22
2.83	1.32	72.92	58.81	5.97	4.62	4.81	3.60	83.42	114.77	39.78	44.30	4.89	5.02	10.27	6.37
4.47	5.00	110.23	119.68	6.59	5.16	6.17	4.69	124.83	149.62	51.64	58.47	6.93	6.26	16.72	13.35
2.31	1.89	67.83	140.29	8.78	3.29	4.71	3.26	50.43	43.30	24.43	17.38	4.39	3.90	8.63	3.81
3.56	4.02	65.40	57.34	9.42	4.02	6.80	7.04	60.08	75.74	33.50	40.57	4.67	4.50	11.16	10.50
3.30	3.78	52.83	52.31	9.82	3.57	5.83	4.73	70.26	90.00	26.74	29.38	5.70	5.75	15.91	10.00
2.64	1.75	70.60	105.40	8.92	5.02	5.52	4.93	45.42	47.41	23.42	23.37	3.63	3.24	9.84	5.39
7.99	5.20	357.41	234.40	16.60	7.83	13.48	7.02	123.30	86.67	44.84	28.12	7.90	4.98	13.67	6.59
4.46	2.37	79.58	68.69	9.75	6.04	7.51	5.88	129.46	204.83	53.26	54.80	8.83	12.68	27.73	19.99
1.94	0.73	109.17	100.00	10.39	7.29	15.61	41.30	61.33	73.97	33.78	20.95	6.17	4.78	5.78	3.75
2.88	1.45	118.85	139.30	7.36	3.83	4.50	1.96	86.96	107.56	38.96	42.61	5.42	7.56	11.68	6.82
3.16	6.53	41.32	22.78	11.58	7.71	2.89	1.24	27.33	23.05	10.00	7.29	2.74	1.76	6.68	3.84
4.80	2.16	117.80	74.87	10.70	5.16	6.52	6.72	59.00	159.85	26.69	75.32	3.07	2.29	43.96	15.98
32.00	27.18	2396.15	1684.53	7.05	4.69	95.79	113.92	5252.87	2998.19	1952.56	972.57	295.00	155.90	321.67	107.01
4.15	2.03	85.76	35.28	11.56	4.97	6.72	5.05	34.70	54.31	12.05	10.59	3.87	4.58	50.02	14.66
5.17	5.34	350.00	838.82	17.75	8.14	30.83	33.94	151.67	262.34	55.67	93.93	9.58	16.19	43.67	22.83
4.17	3.24	337.08	842.68	18.58	8.87	25.75	31.61	143.25	266.69	52.83	95.38	8.67	16.34	25.67	12.82
4.55	3.24	369.09	875.33	18.45	8.14	40.91	34.66	259.09	550.23	94.36	208.60	15.91	34.66	49.45	39.13
3.76	2.28	99.29	66.39	9.44	6.15	6.12	5.09	94.88	107.58	32.71	31.26	5.94	5.41	21.12	10.69
4.27	5.31	79.81	79.00	6.12	5.66	5.00	4.21	170.15	408.89	46.04	79.41	12.85	28.40	31.63	30.61
2.59	1.50	120.86	241.47	6.50	4.14	7.62	7.23	66.26	78.27	20.38	18.07	3.26	2.43	10.62	7.71
3.11	1.85	131.07	249.03	7.38	4.14	8.00	7.25	74.42	89.40	19.52	20.23	5.12	5.72	14.46	15.41

資料5

表11 施設基準

全体									
<A>	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	3.59	3.79	5.05	5.89	3	3	4	4	
	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.79	1.89	2.39	2.10	1	1	2	2
	B	2.24	3.01	2.92	3.99	2	2	2	3
	C	2.26	2.04	2.65	3.25	2	2	2	2.5
D	1.96	2.86	2.68	5.10	1	2	2	3	
E	1.28	1.67	1.64	2.66	1	1	1	2	
<C>	平均(人)								
	臨床実態		理想状況						
	専任	兼任	専任	兼任					
	A	0.67	0.56	0.88	0.67				
	B	0.84	0.89	1.08	1.28				
	C	0.85	1.01	1.50	1.46				
D	0.74	0.84	0.99	1.63					
E	0.48	0.49	0.60	0.85					
ID:1									
疾患名：重症脳卒中									
<A>	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	3.61	4.23	5.67	6.62	3	3	5	5	
	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	—	1.00	1.75	2.00	—	1	1.5	2
	B	3.13	3.00	5.00	5.56	3	2.5	5	3
	C	1.00	—	2.00	—	1	—	2	—
D	2.33	4.00	1.80	6.80	2	3	1.5	5	
E	—	—	2.00	—	—	—	2	—	
<C>	平均(人)								
	臨床実態		理想状況						
	専任	兼任	専任	兼任					
	A		0.46	0.72	0.86				
	B	1.43	1.39	2.04	2.38				
	C	1.12	0.53	1.35	0.46				
D	1.06	1.85	0.74	2.92					
E			0.82						

ID : 2

疾患名：化膿性髄膜炎（肺炎球菌性髄膜炎）

	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
〈A〉	1.90	2.33	3.71	3.55	2	2.5	3	3	
〈B〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	—	1.00	1.33	3.00	—	1	1	3
	B	1.50	2.13	2.20	2.40	1	2	1	2
	C	1.50	—	1.00	2.00	1.5	—	1	2
D	1.00	1.33	1.50	1.40	1	1	1.5	1	
E	1.00	1.00	1.00	1.50	1	1	1	1.5	
〈C〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	—	0.35	0.59	1.03	—	0.35	0.59	1.03
	B	0.57	0.74	0.97	0.83	0.57	0.74	0.97	0.83
	C	0.57	0.43	1.06	0.69	0.57	0.43	1.06	0.69
D	0.38	0.47	0.66	0.48	0.38	0.47	0.66	0.48	
E	0.38	0.35	0.44	0.52	0.38	0.35	0.44	0.52	

ID : 3

疾患名：重症筋無力症クリーゼ

	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
〈A〉	2.61	2.00	3.19	4.75	2.5	2	3	4.5	
〈B〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.25	1.00	1.33	—	1	1	1	—
	B	2.00	2.00	1.83	2.83	2	2	2	2.5
	C	1.67	1.50	1.00	8.00	1	1.5	1	8
D	1.25	2.00	1.46	4.33	1	2	1	1	
E	1.00	—	1.00	—	1	—	1	—	
〈C〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.46	0.25	0.53	—	0.46	0.25	0.53	—
	B	0.73	0.49	0.73	0.89	0.73	0.49	0.73	0.89
	C	0.61	0.77	0.96	2.51	0.61	0.77	0.96	2.51
D	0.46	0.49	0.58	1.36	0.46	0.49	0.58	1.36	
E	0.36	—	0.40	—	0.36	—	0.40	—	

ID : 4

疾患名：てんかん重積状態・精神運動発作重積症

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.60	2.13	3.60	4.00	2	2	3	3.5

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	—	2.50	—	2.00	—	2.5	—	2
B	2.33	1.80	2.25	3.46	3	1.5	2.5	3
C	1.00	1.50	1.00	—	1	1.5	1	—
D	2.50	1.14	2.00	2.60	1.5	1	1	2
E	—	—	—	—	—	—	—	—

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	—	0.77	—	0.87
B	1.14	0.55	1.18	1.50
C	1.23	0.46	1.37	0.50
D	1.22	0.35	1.05	1.13
E	—	—	—	—

ID : 5

疾患名：気管支喘息重積状態

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	2.53	2.17	4.35	5.17	3	2	3.5	4.5

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.00	4.00	1.25	6.00	1	4	1	6
B	1.80	1.43	2.63	2.25	2	1	2	1.5
C	1.00	2.33	2.00	10.00	1	1	2	10
D	1.42	1.33	2.31	2.00	1	1	1	2
E	1.00	1.00	1.00	—	1	1	1	—

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.33	0.86	0.51	1.53
B	0.59	0.31	1.07	0.57
C	0.81	0.50	1.42	2.55
D	0.47	0.29	0.94	0.51
E	0.33	0.21	0.41	—

ID : 6

疾患名：間質性肺炎（急性増悪）

	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
〈A〉	3.32	3.60	5.25	5.00	2.5	3.5	4	5.5	
〈B〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.86	1.50	2.14	1.00	1	1.5	2	1
	B	2.13	3.75	2.83	4.00	1	4.5	2	5
	C	1.33	—	3.25	—	1	—	2.5	—
D	1.60	1.00	2.50	3.60	1	1	1	2	
E	—	—	1.00	—	—	—	1	—	
〈C〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.73	0.73	0.96	0.51				
	B	0.84	1.81	1.27	2.06				
	C	1.12	0.58	1.46	0.58				
D	0.63	0.48	1.12	1.85					
E			0.45						

ID : 7

疾患名：慢性閉塞性肺疾患（急性増悪）

	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
〈A〉	4.38	3.56	5.93	6.78	3	3	4	6	
〈B〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	3.00	2.33	4.50	3.14	2.5	2	4.5	3
	B	2.56	2.95	4.33	4.63	2	3	3.5	3
	C	3.50	—	4.50	1.50	3.5	—	4.5	1.5
D	2.20	2.29	3.50	3.50	3	2	2	3	
E	2.00	1.33	2.00	1.67	2	1	2	2	
〈C〉	平均（人）				中央値（人）				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.99	0.83	1.42	1.36				
	B	0.85	1.05	1.36	2.00				
	C	1.16	0.40	1.42	1.17				
D	0.73	0.81	1.10	1.52					
E	0.66	0.47	0.63	0.72					

ID : 8

疾患名：急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.21	2.91	4.40	5.20	2.5	2	3	4

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	2.50	1.00	2.00	—	1.5	1	2	—
B	3.29	2.94	3.11	4.60	3	2	2	3
C	1.00	3.50	1.00	4.00	1	3.5	1	4
D	5.00	1.50	5.50	2.78	5	1.5	4	3
E	1.00	—	—	1.00	1	—	—	1

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.58	0.33	0.69	—
B	0.76	0.96	1.07	1.93
C	0.50	1.14	0.76	1.68
D	1.15	0.49	1.89	1.17
E	0.23	—	—	0.42

ID : 9

疾患名：急性心筋梗塞

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.52	3.20	4.73	3.00	3	3	4	2

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.33	—	1.83	—	1	—	2	—
B	2.33	2.75	2.89	2.00	2	2.5	3	2
C	5.33	—	4.00	2.00	3	—	4	2
D	1.17	5.00	2.13	5.00	1	5	2	5
E	1.00	—	1.00	—	1	—	1	—

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.42	—	0.73	—
B	0.74	0.99	1.15	0.67
C	1.68	0.41	1.59	0.67
D	0.37	1.80	0.85	1.67
E	0.32	—	0.40	—

ID : 10

疾患名：急性心不全

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	3.43	3.20	5.32	3.00	3	3.5	3.5	1	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.33	4.00	3.83	1.00	1	5	2	1
	B	2.18	2.00	2.58	2.67	1	1	2	2
	C	1.50	—	1.00	2.00	1	—	1	2
D	1.79	2.67	2.63	3.00	1	2	1.5	3	
E	—	—	1.00	—	—	—	1	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.55	1.31	1.66	0.29	0.55	1.31	1.66	0.29
	B	0.89	0.65	1.12	0.78	0.89	0.65	1.12	0.78
	C	1.26	0.37	0.96	1.04	1.26	0.37	0.96	1.04
D	0.73	0.87	1.14	0.88	0.73	0.87	1.14	0.88	
E	—	—	0.43	—	—	—	0.43	—	

ID : 11

疾患名：解離性大動脈瘤 (Stanford B DeBakey Ⅲ型)

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	2.50	2.00	3.38	3.50	2	2	3	3.5	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.20	—	1.33	—	1	—	1	—
	B	2.00	1.67	2.50	2.00	2	2	2	2
	C	1.75	—	2.20	2.00	1.5	—	2	2
D	1.13	1.50	2.14	2.67	1	1.5	2	2	
E	—	—	1.00	—	—	—	1	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.49	—	0.49	—	0.49	—	0.49	—
	B	0.82	0.72	0.92	1.05	0.82	0.72	0.92	1.05
	C	0.72	0.63	0.81	1.05	0.72	0.63	0.81	1.05
D	0.46	0.65	0.79	1.40	0.46	0.65	0.79	1.40	
E	—	—	0.37	—	—	—	0.37	—	

資料5

ID : 12

疾患名：肺塞栓症

	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
(A)	3.52	4.75	4.18	4.67	3	4	3.5	4
	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.83	—	2.33	2.67	2	—	2	2
B	1.81	2.67	2.44	2.33	1.5	3	2	2
C	1.67	—	2.20	2.00	1.5	—	2	2
D	2.18	5.50	2.92	5.50	1	5.5	2	5.5
E	—	—	—	—	—	—	—	—
	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	0.71	—	0.86	0.90	—	—	—	—
B	0.71	1.36	0.90	0.79	—	—	—	—
C	1.25	0.58	1.35	1.12	—	—	—	—
D	0.85	2.81	1.07	1.86	—	—	—	—
E	—	—	—	—	—	—	—	—

ID : 13

疾患名：劇症肝炎

	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
(A)	3.74	7.21	6.08	12.30	2	6	5	11.5
	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.00	1.00	6.00	1.67	1	1	6	1
B	2.20	7.06	2.78	8.00	1	5	2	5
C	3.00	1.33	5.00	3.00	3	1	5	3
D	2.81	5.30	3.55	12.21	2	5	3	10
E	—	2.22	4.00	3.50	—	2	4	4
	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	0.41	0.40	1.71	0.69	—	—	—	—
B	0.91	2.82	0.79	3.33	—	—	—	—
C	1.24	0.99	1.42	1.73	—	—	—	—
D	1.17	2.12	1.01	5.08	—	—	—	—
E	—	0.89	1.14	1.46	—	—	—	—

ID : 14

疾患名：重症急性膵炎

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	3.15	3.54	3.74	4.89	3.5	3	3	4	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.00	1.00	1.00	1.00	1	1	1	1
	B	2.83	1.86	2.93	2.81	3	2	3	3
	C	2.00	1.67	—	2.20	2	1	—	2
D	1.40	1.89	2.07	3.05	1	2	2	3	
E	—	1.60	—	3.18	—	1	—	2	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.44	0.37	0.52	0.36				
	B	1.23	0.69	1.52	1.01				
	C	0.87	1.18	0.62	1.28				
D	0.61	0.70	1.08	1.10					
E		0.59		1.14					

ID : 16

疾患名：糖尿病性ケトアシドーシス

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	1.83	2.46	2.89	3.20	2	3	3	3	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.00	1.00	—	1.33	1	1	—	1
	B	1.60	2.36	2.80	3.14	1	3	3	3
	C	—	2.00	2.20	3.00	—	2	2	3
D	1.00	1.00	1.00	1.50	1	1	1	1.5	
E	—	—	—	—	—	—	—	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.37	0.39		0.48				
	B	0.59	0.91	1.35	1.12				
	C	0.51	0.77	1.06	1.07				
D	0.37	0.39	0.48	0.53					
E									

ID : 17

疾患名：甲状腺クリーゼ

〈A〉	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.00	2.53	4.00	3.57	2	2	3.5	2

〈B〉	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.00	1.00	1.00	1.00	1	1	1	1
B	2.69	1.91	2.93	2.56	2	2	2	2
C	1.50	1.00	3.00	1.50	1.5	1	3	1.5
D	1.00	2.30	1.57	2.88	1	1	1	1.5
E	1.00	-	1.00	-	1	-	1	-

〈C〉	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.42	0.33	0.42	0.38
B	1.12	0.63	1.23	0.97
C	0.63	0.81	1.26	1.13
D	0.42	0.76	0.66	1.09
E	0.42	-	0.42	-

ID : 18

疾患名：副腎クリーゼ

〈A〉	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	2.54	2.88	4.31	3.57	2	3	3	4

〈B〉	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.00	5.00	1.00	1.00	1	5	1	1
B	2.00	2.00	3.09	2.86	2	2	2	2
C	2.00	-	-	-	2	-	-	-
D	1.14	1.00	1.80	1.33	1	1	1	1
E	1.00	-	2.00	-	1	-	2	-

〈C〉	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.36	1.57	0.48	0.56
B	0.71	0.63	1.47	1.59
C	0.71	0.36	0.55	0.69
D	0.41	0.31	0.86	0.74
E	0.36	-	0.95	-

ID : 19

疾患名：難治性ネフローゼ症候群

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	5.89	4.08	7.68	4.44	5	3.5	6	5	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	2.17	1.14	2.58	1.33	2	1	2	1
	B	2.12	1.43	2.92	1.75	2	1	2	1.5
	C	5.33	—	4.67	—	2	—	2	—
D	2.16	2.82	2.82	3.13	1	3	2	2.5	
E	2.00	—	1.75	—	2	—	1.5	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.93	0.71	1.34	0.80				
	B	0.91	0.88	1.52	1.05				
	C	2.28	0.76	2.43	0.72				
D	0.92	1.74	1.47	1.88					
E	0.86	—	0.91	—					

ID : 20

疾患名：先天性ネフローゼ症候群

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	4.20	5.86	4.50	7.08	5	6	4.5	7	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	—	—	—	—	—	—	—	—
	B	1.33	2.97	3.33	3.96	1	2	3	4
	C	—	2.00	—	2.00	—	2	—	2
D	3.40	3.57	4.00	3.21	4	4	3.5	2	
E	—	1.67	2.00	2.68	—	2	2	2	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.93	1.50	1.43	2.13				
	B	0.89	1.72	0.48	1.79				
	D	2.38	1.80	1.72	1.72				
E	0.84	—	0.86	1.44					

資料5

ID : 21

疾患名：急速進行性糸球体腎炎

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	6.19	5.54	8.90	6.10	6	5	8	5

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.74	2.50	2.83	3.00	2	2	2	3
B	2.15	3.00	3.32	3.80	2	2.5	3	3
C	4.50	—	5.25	9.00	4.5	—	4.5	9
D	3.00	3.50	3.76	4.80	2.5	4	3	5
E	1.00	—	1.00	—	1	—	1	—

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.87	1.37	1.56	0.89
B	1.07	1.64	1.83	1.13
C	2.25	0.62	2.89	2.67
D	1.50	1.91	2.07	1.42
E	0.50	—	0.55	—

ID : 22

疾患名：急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病

(A)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.78	6.33	4.14	7.33	2	5	3	7.5

(B)	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.50	1.00	1.00	1.50	1.5	1	1	1.5
B	2.83	5.00	3.17	9.00	2	5	3	10
C	1.67	—	1.00	—	1	—	1	—
D	3.00	8.00	2.67	4.67	2	8	1	5
E	—	—	—	—	—	—	—	—

(C)	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.54	0.42	0.45	0.68
B	1.03	2.10	1.43	4.06
C	1.12	0.45	1.06	0.48
D	1.09	3.36	1.20	2.11
E	—	—	—	—

ID : 23

疾患名：悪性リンパ腫

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	3.83	3.33	4.67	4.83	2	2.5	3.5	5	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.33	1.00	1.50	1.50	1	1	1.5	1.5
	B	2.67	2.40	3.00	3.00	1	2	2.5	2.5
	C	1.00	1.00	—	1.00	1	1	—	1
D	3.33	6.00	3.25	6.50	3	6	3	6.5	
E	—	—	—	—	—	—	—	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.53	0.29	0.79	0.55				
	B	1.06	0.69	1.57	1.10				
	C	0.92	0.64	0.60	0.81				
D	1.32	1.72	1.70	2.38					
E									

ID : 24

疾患名：再生不良性貧血

	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	3.71	2.60	4.40	4.57	2	3	3	3	
(B)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	1.33	1.00	1.00	2.00	1	1	1	2
	B	2.20	3.00	3.00	4.00	1	3.5	2.5	2
	C	1.00	—	1.00	—	1	—	1	—
D	3.00	—	3.50	4.00	2	—	3.5	4	
E	—	—	—	—	—	—	—	—	
(C)	平均(人)				中央値(人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.56	0.65	0.45	0.82				
	B	0.92	1.95	1.35	1.65				
	C	0.99	#VALUE!	1.04	0.46				
D	1.25		1.57	1.65					
E									

ID : 25

疾患名：脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症

<A>	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	3.10	3.18	3.45	4.69	2.5	2	3	5

	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.50	3.00	—	2.50	1.5	3	—	2.5
B	1.86	2.82	1.90	4.00	1	2	2	4.5
C	—	—	—	—	—	—	—	—
D	2.00	1.00	2.83	4.00	1	1	2	3
E	1.00	—	2.00	—	1	—	2	—

<C>	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.62	1.19	—	1.01
B	0.76	1.12	0.83	1.62
C	0.49	0.47	0.51	0.45
D	0.82	0.40	1.24	1.62
E	0.41	—	0.87	—

ID : 26

疾患名：頸椎頸髄損傷

<A>	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
	2.44	3.47	3.15	4.27	3	3	3	3

	平均 (人)				中央値 (人)			
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
A	1.50	3.00	—	2.00	1.5	3	—	2
B	1.70	2.50	1.90	2.80	1.5	2.5	1	2.5
C	2.00	3.00	2.33	2.00	2	3	2	2
D	1.71	2.71	3.00	4.00	1	3	3	3
E	1.00	1.00	3.00	2.00	1	1	3	2

<C>	平均 (人)			
	臨床実態		理想状況	
	専任	兼任	専任	兼任
A	0.46	0.85	—	0.60
B	0.52	0.71	0.58	0.85
C	0.62	0.85	0.72	1.00
D	0.53	0.77	0.92	1.21
E	0.31	0.28	0.92	0.60

ID : 27

疾患名：薬物中毒

	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	2.39	3.00	4.00	3.95	2.5	2	3	4	
(B)	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	2.00	2.00	5.00	3.00	2	2	5	3
	B	2.20	2.38	3.25	3.33	2	2	2.5	3
	C	1.00	3.00	1.00	4.00	1	3	1	5
D	1.40	2.71	2.64	2.13	1	1	2	2	
E	1.00	-	1.00	-	1	-	1	-	
(C)	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	0.53	0.59	1.42	0.95				
	B	0.59	0.71	0.92	1.06				
	C	0.63	0.89	0.62	1.27				
D	0.37	0.81	0.75	0.67					
E	0.27		0.28						

ID : 28

疾患名：敗血症性ショック

	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
(A)	2.33	3.45	4.06	4.17	2	3	3	4.5	
(B)	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A	-	1.00	-	-	-	1	-	-
	B	2.11	2.38	3.00	3.14	1	2	2	3
	C	1.50	3.00	1.00	5.00	1.5	3	1	5
D	1.43	3.14	2.75	3.17	1	2	1.5	2	
E	-	1.00	2.00	1.00	-	1	2	1	
(C)	平均 (人)				中央値 (人)				
	臨床実態		理想状況		臨床実態		理想状況		
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	
	A		0.33						
	B	0.98	0.78	1.21	1.06				
	C	0.69	0.98	0.93	1.69				
D	0.66	1.03	1.11	1.07					
E		0.33	0.81	0.34					

表 1 2 負荷度および貢献度ランキング

		1	2	3
個別の行為の提供負荷	問診	劇症肝炎	再生不良性貧血	急速進行性糸球体腎炎
	診察	劇症肝炎	重症脳卒中	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)
	疾病想起	劇症肝炎	甲状腺クリーゼ	間質性肺炎急性増悪
	検査決定	劇症肝炎	難治性ネフローゼ症候群	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBaKey Ⅲ型)
	検査結果判断	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	劇症肝炎	難治性ネフローゼ症候群
	病態理解	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎	甲状腺クリーゼ
	病態鑑別	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病
	鑑別診断列挙	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎	解離性大動脈瘤(Stanford B DeBaKey Ⅲ型)
	診断確定	間質性肺炎急性増悪	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	難治性ネフローゼ症候群
	治療方針決定	難治性ネフローゼ症候群	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪
	治療選択	急速進行性糸球体腎炎	劇症肝炎	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)
	治療実践	糖尿病性ケトアシドーシス	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎
	経過掌握	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪	糖尿病性ケトアシドーシス
	予後見通し	劇症肝炎	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	間質性肺炎急性増悪
	患者・家族説明	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病	間質性肺炎急性増悪	急速進行性糸球体腎炎
	同意取得	劇症肝炎	難治性ネフローゼ症候群	急速進行性糸球体腎炎
カンファレンス	劇症肝炎	再生不良性貧血	間質性肺炎急性増悪	
チーム医療	糖尿病性ケトアシドーシス	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎	
	総合負荷(全体の負荷)	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪	急性白血病、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病
特異的の提供負荷	身体的な負荷	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)
	精神的な負荷	劇症肝炎	重症急性肺炎	間質性肺炎急性増悪
	手技的な負荷	急性心筋梗塞	間質性肺炎急性増悪	劇症肝炎
	知識判断の負荷	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪	甲状腺クリーゼ
	時間拘束の負荷	糖尿病性ケトアシドーシス	劇症肝炎	間質性肺炎急性増悪
患者貢献(種類別)	救命的な貢献	糖尿病性ケトアシドーシス	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)	急性心筋梗塞
	疼痛等苦痛の緩和	急性心不全	糖尿病性ケトアシドーシス	重症急性肺炎
	社会復帰の促進	脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症	糖尿病性ケトアシドーシス	化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)
	在院期間の短縮	急性心筋梗塞	糖尿病性ケトアシドーシス	重症急性肺炎
	納得と安心の達成	急速進行性糸球体腎炎	難治性ネフローゼ症候群	糖尿病性ケトアシドーシス
	総合貢献	糖尿病性ケトアシドーシス	敗血症性ショック	急性心筋梗塞

Part.3

Ⅱ群病院の実績要件3に関する提案

内保連提案—Ⅱ群病院の実績要件3に関する提案—とは

まとめ

Ⅱ群病院の実績要件3a 3b 3c（以下3abc）には外科系の実績要件しか含まれていない問題点を是正し、高度な内科系技術を要する重篤で緊急性のある疾患の診療実績を満たす病院もⅡ群病院として加えることを内保連は希望する。

具体的には、特定内科診療26疾患を元にDPCに合わせて設定したDPC25疾患について

- 3A 月間症例数：全症例数を月数で除した値
- 3B 月間100床当たり症例数：月間症例数を平均病床数で除し100を掛けた値
- 3C 症例割合：各群の対象の症例数を総入院症例数で除した値

の基準を従来の実績要件3abcに加えた6条件とし、**6条件のうち5条件以上を満たした病院をⅡ群病院とする事を提案**したい。

なお、基準についてはⅠ群病院の最低値から二番目のレベルとする方法などが考えられる。

留意点：

特定内科診療DPC25疾患の実態調査や、Ⅱ群病院になる病院の割合に関する予測のために使用したデータベースは母集団に限界やバイアスが否定できないので、全データで検証する必要がある。

なお、以上の提案は、特定内科診療対象疾患の診療実績を入院基本料加算等やDPC/PDPSの機能係数Ⅱの評価対象とする事を排除するものではない。また、今後、定期的に特定内科診療対象疾患の客観的で合理的な見直しを行う予定である。

Ⅱ群病院の実績要件3に関する提案

1. はじめに

1.1 “特定内科診療”の現行診療報酬体系への位置づけ

「内保連」では、“特定内科診療”を現行診療報酬体系に位置づけることを目指してきた。当初は、これら特定内科診療対象疾患に該当する疾患を入院で診療した場合に、現在は一律の入院基本料で評価されているだけであるが、手術の際の診療報酬評価と同様に、入院時あるいは退院時に1度、特定内科診療に対して診療報酬で評価する事を提案できないか検討した。例えば、特掲診療料の第10部 手術と同様に第14部に特定内科診療を新設する案である。しかし、関与する医師の経験年数と手術時間を基礎にした外保連試案のようなコストベースの点数設定では、内科系疾患の診療では時間測定が困難であり、また、疾患によっては、すでに加算や管理料などでの評価も部分的にあるために、合理的な点数設定には、検討にさらなる時間がかかり、そもそも、外保連試案の方式を特定内科診療に応用する事は、真の意味のdoctor feeの評価にはつながらないのではないか、と認識されるに至った。

一方、内科技術を診療報酬で評価する別法として、DPC/PDPSにおける、①Ⅱ群病院の高度な医療技術の実績要件や②機能評価係数Ⅱで特定内科診療疾患の診療実績を評価する、などの方法もある。後者の機能評価係数Ⅱは多くのDPC/PDPS対象病院が評価される利点があるが、まだ、外科系技術の評価が含まれている訳ではなく、一方、前者のⅡ群病院の高度な医療技術の実績要件には手術しか評価していない不合理性が以前より指摘されており、①の高度な医療技術の実績要件に特定内科診療の実績要件を落とし込むのを優先すべきで、②の機能評価係数Ⅱについては継続して検討すべきである、と考えるに至った。

具体的にはⅡ群病院の外科系実績要件3a 3b 3cの3条件に特定内科診療の疾患について

3A 月間症例数：全症例数を月数で除した値

3B 月間100床当たり症例数：月間症例数を平均病床数で除し100を掛けた値

3C 症例割合：各群の対象の症例数を総入院症例数で除した値

の基準を加えた6条件とし、**6条件のうち5条件以上を満たした病院をⅡ群病院とする提案**である。

2. DPC病院Ⅱ群の実績要件3についての問題点

【実績要件3】：高度な医療技術の実施＝次の3つを全て満たす

- (3a) 手術1件当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）
- (3b) DPC 算定病床当たりの同指数（協力医師数補正後）
- (3c) 手術実施件数

「外保連手術指数（協力医師数補正後）」

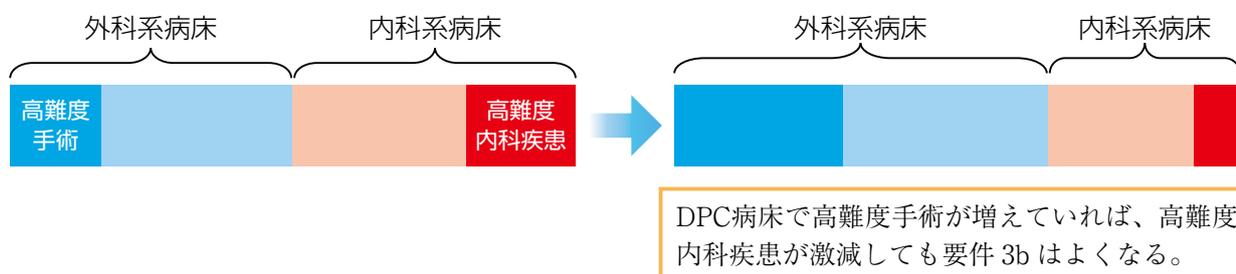
○協力医師数を加味することで、より多くの医師配置が必要な手術を高く評価（実質的な医師配置の代替）。

「DPC 算定病床当たりの同指数（補正後）(3b)」及び「手術実施件数(3c)」

○手術1件当たりの指数は当該施設の平均的な手術難易度が反映されるものの、当該施設における実施頻度の要素が反映できていない（少数の高難易度手術を実施すれば高い評価となる恐れ）。

医師配置（医師密度）の要素を補完するためにも、「病床当たり」の実施頻度を併せた要件が不可欠。（※手術内容のデータはDPC算定病床に係るものしか把握できないため、DPC算定病床当たりとする）

→**問題点1** DPC算定病床は内科系、外科系の両疾患で成り立っているものの、現行の3bの評価では、より多くの外科系手術を増やすインセンティブが働く。つまり外科系医師とその病床数を増やし、その反面、内科系医師とその病床数を減らすインセンティブが働く。



○更に、これらの医師配置に係る代替補正の反映も含めた適切な手術難易度の評価には、一定数以上の手術件数の実施が前提となる（手術件数が少ないと、一部の極端な事例が過大に反映される恐れがある）。

→**問題点2** 現行のⅡ群要件が外科系技術の優越の評価に偏っており、外科系技術が優れている病院が必ずしも内科系技術に優れているとは未だ検証されておらず、内科系技術が優越である病院の評価方法を検討することは必須である。

3. Ⅱ群病院の内科系実績要件として提案

特定内科診療の対象疾患を保険診療で評価されるために、入院基本料等加算あるいは第14部として独立評価する提案などが検討されたが、その後、2回の内保連合宿討議（第1回：2012年7月28日～29日；第2回：2013年1月19日～20日）と運営会議および例会での討議を経て、**特定内科診療疾患をDPC/PDPSのⅡ群病院の内科系実績要件として提案することとし、作業部会でのDPC/PDPS定義表への落とし込み作業を経て、特定内科診療の対象26疾患をDPC/PDPSの25疾患グループへ再構成し、Ⅱ群病院の内科系実績要件として3条件を立案し、第3回内保連合宿討議（2013年7月20日～21日）で確認した。**

なお、以上の提案は、特定内科診療対象疾患の診療実績を入院基本料加算等やDPC/PDPSの機能係数Ⅱの評価対象とする事を排除するものではない。また、今後、定期的に特定内科診療対象疾患の客観的で合理的な見直しを行う予定である。

4. DPC/PDPSでの特定内科診療DPC25疾患群の定義

特定内科診療26疾患をDPCコードに対応づけ、内容に重複がみられる2疾患（肺炎球菌性髄膜炎とウイルス性脳炎、急性脳炎、急性脳症）を統合した。また、疾患ナンバーは15と20と25が欠番（25は2に統合）で、合計DPC 25疾患群となる（資料1：162頁）。

5. DPC/PDPSでの特定内科診療DPC25疾患群の現状分析

5.1 分析対象

特定内科診療DPC25の内科要件に関する分析対象はEve[®]のデータベースを使用し、後述する現行の外科系要件を含むⅡ群病院の実績要件を満足する病院数の予想には病院ダッシュボード[®]のデータベースを使用している。

EVE[®]：病院サーバ設置型DPC分析ツール（GHC社、MDV社共同開発）

病院ダッシュボード[®]：オンライン提供型病院経営支援ツール（GHC社単独）

GHC：株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

MDV：メディカル・データ・ビジョン株式会社

なお、内保連の委託事業によりGHC社が分析を行った。

EVE[®] 598 病院

内科要件について分析可能

内科要件、現行実績要件について
分析可能な 384 病院
(I 群 11 病院、Ⅱ・Ⅲ群 373 病院)

**I 群
12 病院**

現行実績要件1、3abc、4について分析可能

病院ダッシュボード[®] Ⅱ・Ⅲ群 398病院

● 5.1.1 Eve[®]から得られるデータベースについて（内科要件分析対象）

データ期間：2012年1月～12月（2012年度での計算）（2013年4月11日現在）

データの信頼性を高めるため6カ月以上データのある病院を選択した。

群	施設数	データ月数	病床	症例数	平均床
I 群	22	196	17,996	240,366	818
Ⅱ群	51	520	28,673	548,823	562
Ⅲ群	525	4,924	169,923	2,684,350	324
全体	598	5,640	216,592	3,473,539	362

● 5.1.2 病院ダッシュボード[®]から得られるデータベースについて（外科・内科要件分析対象）

データ期間：2012年1月～12月（2012年度での計算）（2013年4月11日現在）

データの信頼性を高めるため6カ月以上データのある病院を選択した。

群	施設数	データ月数	病床	症例数	平均床
I 群	11	110	8,230	130,299	748
Ⅱ群	41	436	23,586	471,340	575
Ⅲ群	332	3,443	120,263	2,077,652	362
全体	384	3,989	152,079	2,679,291	396

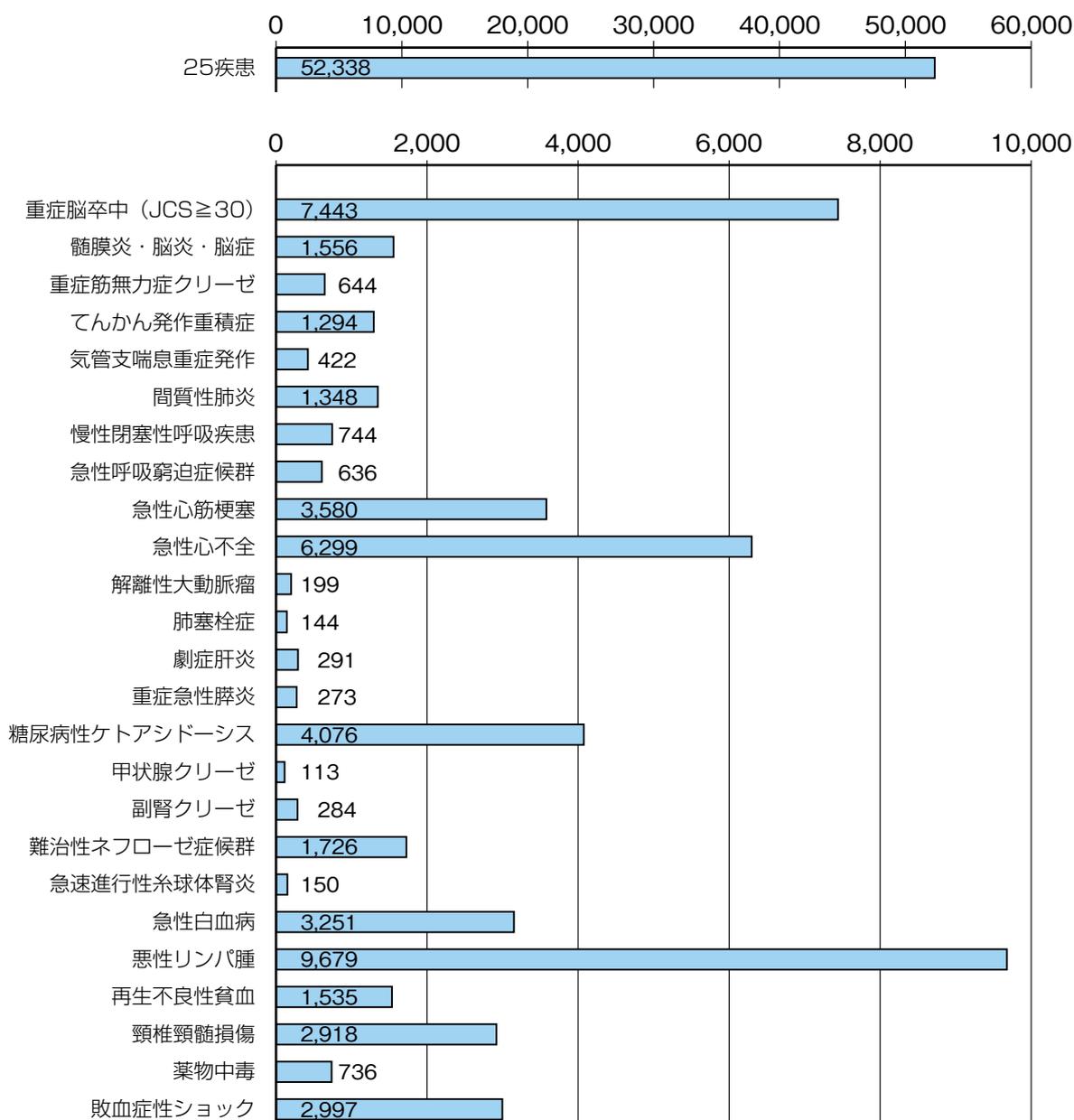
5.2 現状分析の限界について

- 1) 母集団のデータベースがDPC/PDPS参画および準備病院の全体ではないため、サンプリングエラーは否定できない。
- 2) 解析対象 I 群病院が22病院であり、基準値作成の際の平均値は大きく変わらないと思われるが、最低値から2番目の値を基準値とした場合に、実際より基準値が高くなっている可能性がある。

5.3 分析条件

「4. DPC/PDPSでの特定内科診療DPC25疾患群の定義」に基づいた。

5.4 DPC25疾患毎の症例数の内訳



なお、急性白血病および悪性リンパ腫については、繰り返し予定入院が多いため、延べ数ではなく実症例数で評価している。

5.5 II群病院の内科系実績要件(案)

- 3A 月間症例数：全症例数を月数で除した値
- 3B 月間100床当たり症例数：月間症例数を平均病床数で除し100を掛けた値
- 3C 症例割合：各群の対象の症例数を総入院症例数で除した値

まず、基準値を設けず、3内科系実績要件をI群とII・III群で比較した。

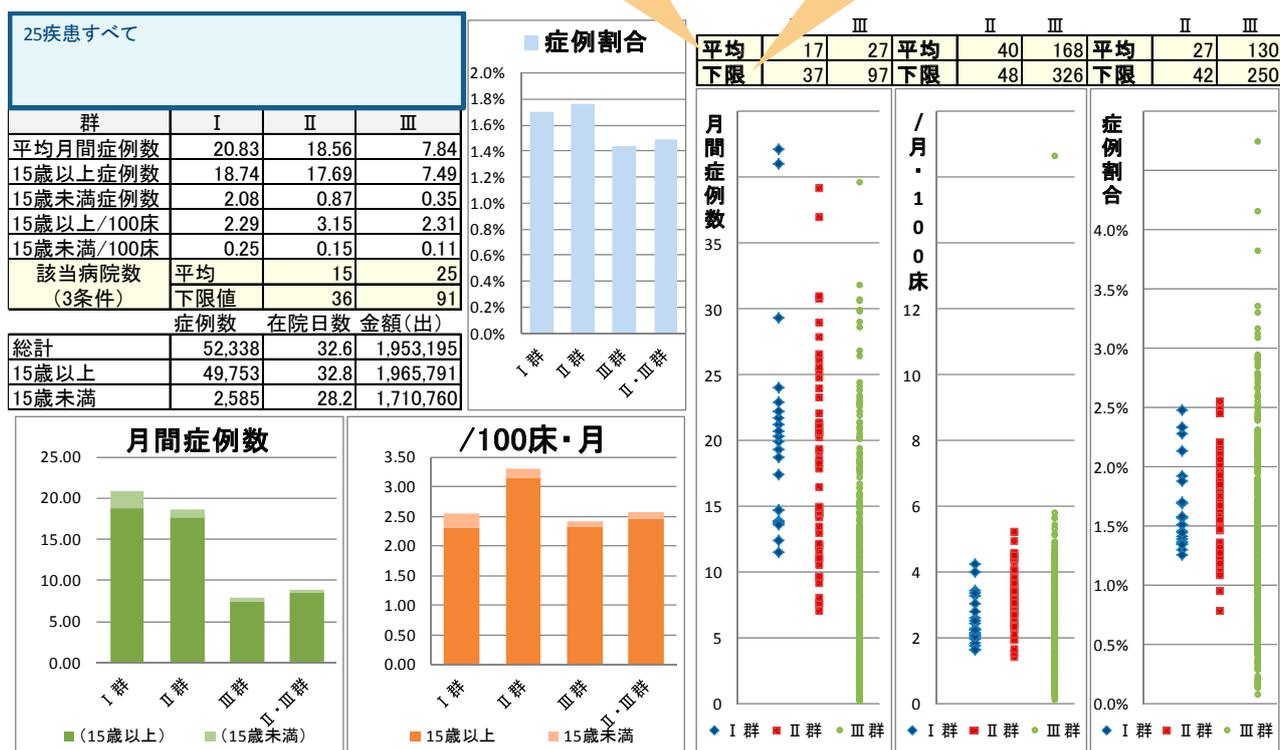
また、参考のため現II群病院とIII群病院での内科系実績要件も提示した。

基準値の参考に各要件のI群病院の平均を基準とした場合と最低から2番目の値を下限値として基準とした場合に、満足する病院数を調べた。

5.6 特定内科診療DPC25疾患の内科要件(案)の適合状況について(DPC25疾患すべて)

分析対象I群病院の平均値以上をII群実績要件にした場合の適合病院数

分析対象I群病院の最下位を除く下限以上をII群実績要件にした場合の適合病院数



下限値とはI群の最下位を除く下限(I群22病院中21番目)

I群はII・III群に比べ、3A月間症例数と3C症例割合が多く、3B月間100床当たり症例数はほぼ同じであった。しかし、I群に比べ、II・III群病院のばらつきはI群病院に比べて大きかった。(DPC25疾患毎の詳細分析については、資料2：特定内科診療DPC25疾患の詳細、163頁～177頁を参照の事)

6. 外科系実績要件と内科系実績要件(案)に適合するII・III群病院の予測

6.1 分析対象と予測における仮定について

今回提案する内科系実績要件を用いた場合のII群適合病院のI群を除いた全病院の比率を予想した。

なお、現行の実績要件3(外科系要件)についてのデータはEve[®]のデータベースからは得られず、病院ダッシュボード[®]のデータベースに限られる。また、実績要件2のデータはどちらのデータベースからも得られないので、今回、検討を加えていない。つまり、実績要件2は全ての対象病院が満たしていると仮定している。

外科系基準の適合病院について2種類の予測を行った。

予想1(旧基準予測：資料3 178頁～191頁)は、公表されている実績要件を基準に、要件3aと3cは旧基準を用い適合病院を予測した。

予想2(新基準予測：資料4 192頁～206頁)は、要件3aと3cを新基準とし、日本病院協会資料からみる要件の達成率が新基準でも同等と仮定し、要件1、3a、3b、3c、4の基準を新たに求め、適合病院を予測した。

なお、内科系基準(案)の適合病院については、以下の一律の基準を用いた。

指標値

- 3A 月間症例数：全症例数を月数で除した値
- 3B 月間100床当たり症例数：月間症例数を平均病床数で除し100を掛けた値
- 3C 症例割合：各群の対象の症例数を総入院症例数で除した値

基準値

Eve[®]のデータベースで得られたI群病院の最低から2番目の値を下限值として基準とした。

6.2 予測の限界について

- 1) 外科系実績要件3abcの解析母集団が病院ダッシュボード[®]のデータベースであるため、サンプリングエラーは否定できない。特に、病院ダッシュボード[®]を使用している病院は、DPC/PDPSの経営分析を重視している病院であるため、優良病院にやや偏っている可能性があり、達成率は高めになっている可能性がある。
- 2) 新基準の予測は、日本病院団体協議会への加盟病院と病院ダッシュボード[®]の使用病院との要件の達成率が同等と仮定しており、結果として、新基準予測による外科系要件3abcを含む各要件の達成率は日本病院団体協議会の加盟病院の達成率に近くなるため、1)の理由から外科系基準は実際よりきつくなっている可能性がある。

6.3 内科系実績要件(案)3ABCの達成割合

以下の解析での内科系要件3ABCの下限値はI群22病院の下から2番目の数値とした。

分析1 Eve[®]のデータベース(576病院)

※全体598病院(Ⅱ・Ⅲ群、576病院)
下限値はI群22病院の下位2番目

I群下限値			Ⅱ群		Ⅲ群	
月間 症例数	100床 月当たり	症例割合	病院数	割合	病院数	割合
未達成	未達成	未達成	3	5.9%	192	36.2%
未達成	未達成	達成	5	9.8%	77	14.8%
未達成	達成	未達成	0	0.0%	6	1.1%
未達成	達成	達成	6	11.8%	153	29.3%
達成	未達成	未達成	0	0.0%	1	0.2%
達成	未達成	達成	1	2.0%	5	1.0%
達成	達成	未達成	0	0.0%	0	0.0%
達成	達成	達成	36	70.6%	91	17.4%

3ABCすべて満たすのは現行Ⅱ群病院の70.6%、Ⅲ群病院の17.4%、Ⅱ・Ⅲ群全体では22.0%であった。

分析2 病院ダッシュボード[®]のデータベース(373病院。以下、現行の外科系実績基準3abcとの比較をする際に用いる)

※抽出384病院(Ⅱ・Ⅲ群、373病院)
下限値はI群22病院の下位2番目

I群下限値			Ⅱ群		Ⅲ群	
月間 症例数	100床 月当たり	症例割合	病院数	割合	病院数	割合
未達成	未達成	未達成	1	2.4%	101	30.4%
未達成	未達成	達成	2	4.9%	50	15.1%
未達成	達成	未達成	0	0.0%	1	0.3%
未達成	達成	達成	6	14.6%	98	29.5%
達成	未達成	未達成	0	0.0%	0	0.0%
達成	未達成	達成	1	2.4%	5	1.5%
達成	達成	未達成	0	0.0%	0	0.0%
達成	達成	達成	31	75.6%	77	23.2%

3ABCすべて満たすのは現行Ⅱ群病院の75.6%、Ⅲ群病院の23.2%、Ⅱ・Ⅲ群全体では29.0%で、達成率はEve[®]576病院での達成率(22.0%)とほぼ同等であったが、有意差(p<0.05)が認められたので、母集団が優良病院にやや偏っている可能性はあるかも知れない。

6.4 外科系実績要件3abcと内科系実績要件3ABCの要件3の5/6達成基準について

I群病院と同等の診療実績をⅡ群病院と定義するならば、外科系実績要件3abcと内科系実績要件3ABCを共に満足する(AND条件)病院がⅡ群病院になり、達成条件は厳しくなる。

一方、I群病院では外科系診療と内科系診療ともに高い実績を兼ね備えている必要があると考えるが、Ⅱ群病院では外科系診療と内科系診療の重点に、ある程度の自由度を持たせ、病院の特徴を出すことを許容してもいいという考えもあり、外科系実績要件3abcと内科系実績要件3ABCの6条件のうち5条件以上を達成条件とする「要件3の5/6達成基準」を提案したい。

● 6.4.1 予測1 (旧基準予測)

基準：実績要件1、4と外科系実績要件3abcの基準値は2012年4月の基礎係数基準値により、また、要件3abcについては旧方式での計算（様式1 手術1件当たりの外保連指数の平均、同じく床当たり、手術件数）による。

なお、内科系実績要件（案）3ABCの基準値はI群22病院の下から2番目の数値とした。

要件1,4達成 284病院	外科系実績要件 3条件達成病院	外科系実績要件 2条件達成病院	外科系実績要件 未達成病院	合計
内科系実績要件 3条件達成病院	51 (13.7%)	38 (10.2%)	6 (1.6%)	95 (25.5%)
内科系実績要件 2条件達成病院	17 (4.6%)	24 (6.4%)	41 (11.0%)	82 (22.0%)
内科系実績要件 未達成病院	13 (3.5%)	36 (9.7%)	58 (15.5%)	107 (28.7%)
合計	81 (21.7%)	98 (26.3%)	105 (28.2%)	284 (76.1%)

括弧内は対象373病院での要件1,4と要件2の達成割合。

AND条件つまり外科系要件（旧基準）かつ内科系要件（案）とした場合には現行の外科系要件のみの達成率が21.7%であったのが13.7%と厳しくなり、ほぼ4割減と予測される。

5/6条件とした場合には $(51+38+17)/373=28.4\%$ とやや条件が緩和され、II群病院は、ほぼ3割増しと予測される。

参考までにOR条件つまり外科系要件（旧基準）3条件達成あるいは内科系要件（案）3条件達成とした場合の達成率は33.5%とかなり緩い基準となる。

● 6.4.2 予測2 (新基準予測)

基準：要件3aと3cを新基準とし、日本病院協会資料からみる実績要件1,3abc,4の達成率が新基準でも同等と仮定し、要件1,3abc,4の基準を新たに求め、適合病院を予測した。

なお、内科系実績要件（案）3ABCの基準値はI群22病院の下から2番目の数値とした。

要件1,4達成 94病院	外科系実績要件 3条件達成病院	外科系実績要件 2条件達成病院	外科系実績要件 未達成病院	合計
内科系実績要件 3条件達成病院	21 (5.6%)	14 (3.8%)	8 (2.1%)	43 (11.5%)
内科系実績要件 2条件達成病院	2 (0.5%)	7 (1.9%)	22 (5.9%)	31 (8.3%)
内科系実績要件 未達成病院	7 (1.9%)	4 (1.1%)	9 (2.4%)	20 (5.4%)
合計	30 (8.0%)	25 (6.7%)	39 (10.5%)	94 (25.2%)

括弧内は対象373病院での要件1,4と要件2の達成割合。

AND条件つまり外科系要件（旧基準）かつ内科系要件（案）とした場合には現行の外科系要件のみの達成率が8.0%であったのが5.6%と厳しくなり、ほぼ3割減と予測される。

5/6条件とした場合には $(21+14+2)/373=9.9\%$ とやや条件が緩和され、ほぼ2割増しと予測される。

参考までにOR条件つまり外科系要件（旧基準）3条件達成あるいは内科系要件（案）3条件達成とした場合の達成率は13.9%と緩い基準となる。

6.5 II群病院実績要件1, 3abc, 4と内科系実績要件ABCとの相関について

外科系実績要件3abcと内科系実績要件との相関は要件3Cと要件3Aが強いのみで、外科系実績要件で内科系実績要件を正確には予測できないと考えられた。

同様に複雑性指数（重症DPC補正後）も内科系実績要件の代替にはならないと考えられた。

参考とした基準

r	相関
±0.7以上	強い
±0.4以上	中程度
±0.2以上	弱い
±0.2以下	相関なし

●6.5.1 予測1（旧基準予測）

R（単相関係数）	要件1	要件3a	要件3b	要件3c	要件4
3A 月間症例数	0.21	0.31	0.57	0.86	0.43
3B 100症例当たり	0.17	0.38	0.55	0.48	0.53
3C 症例割合	0.20	0.37	0.29	0.32	0.62

●6.5.2 予測2（新基準予測）

R（単相関係数）	要件1	要件3a	要件3b	要件3c	要件4
3A 月間症例数	0.21	0.37	0.54	0.86	0.43
3B 100症例当たり	0.17	0.43	0.55	0.47	0.53
3C 症例割合	0.20	0.41	0.28	0.30	0.62

6.6 まとめ

病院ダッシュボード®のデータベースの対象病院は比較的優良な病院が多いと予想され、旧基準を満足する病院の達成率は高めになっている。しかし、予測1および予測2ともに、現行のII群病院に比べ、AND条件では2～3割のII群病院数の減少が、5/6条件では2～3割の増加が予想される。

なお、詳細な分析結果は資料3（178頁～191頁）および資料4（192～206頁）を参照されたい。

7. 他の実績要件の可能性について

7.1 はじめに

特定内科疾患DPC25疾患の内訳（5.4：155頁）をみると、疾患毎の症例数にばらつきがみられ、もし、II群実績要件3に特定内科疾患の診療実績が採用されると、DPC25疾患の中の診療実績に偏りがあっても同等に評価されるという問題点もある。例えば、脳卒中、心不全、血液疾患を多く診ている専門病院が有利になる。

しかし、現行の外科系の実績要件についても、術式毎の件数のばらつきには補正を加えていないので、今回の内科系実績要件の提案としては見送った。

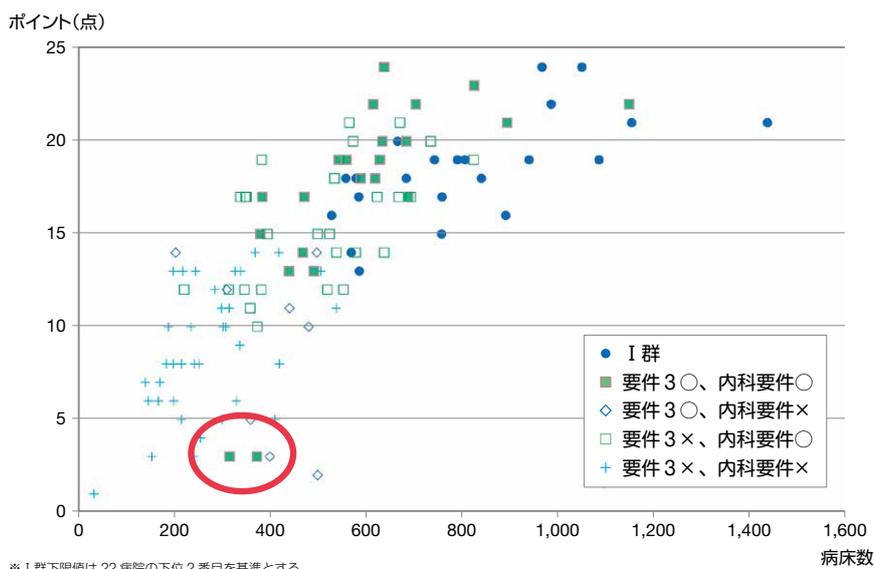
また、できるだけ多くの種類の疾患を診た実績を評価すべきか、ある程度の専門性を認めるべきかについては、議論すべき課題と思われる。

技術的には疾患毎の診療実績のばらつきに対しては以下の補正法がありうる。

7.2 ポイント制

I群病院の下限値（最低から2番目の値）を超えていたら1ポイントとし、DPC25疾患それぞれについてのポイントを足し合わせる。最高は25ポイントとなる。

病院ダッシュボード[®]の解析対象病院でII群病院の実績要件1と4を満たす病院93病院についてのポイントを算出すると、I群病院のポイントは最低でも13ポイントあるが、外科系要件3abcと内科系要件3ABCをともに満たしているII群候補の病院の中には3ポイントしかない病院もあり（図の赤丸）、特定内科診療の対象疾患がかなり偏っている事が読み取れる。

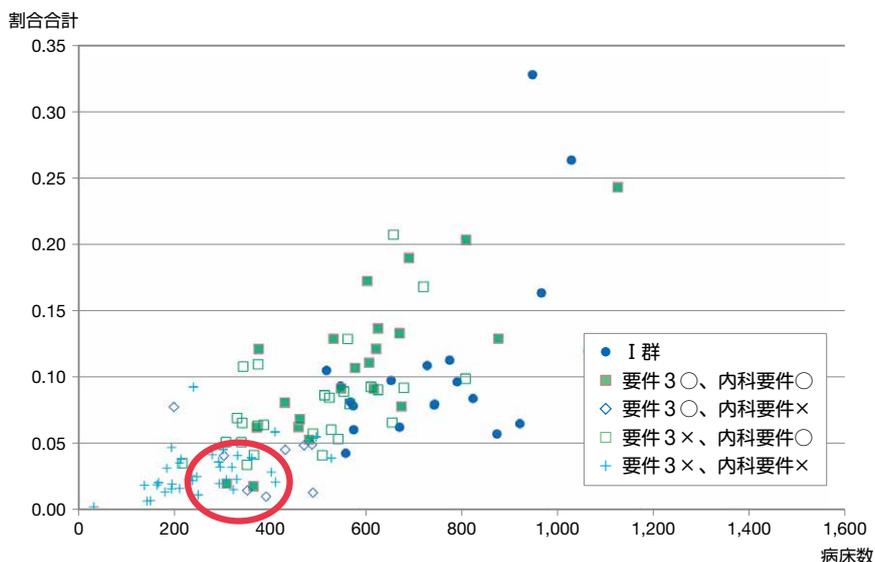


7.3 割合合計

DPC25疾患の各症例数を全病院が診たその疾患の全体の症例数で割り、疾患毎の割合を求め、その割合を全25疾患で合計する。

上限は25であるが、参加DPC病院が増えて症例数が増えると、相対的に割合は少なくなる。

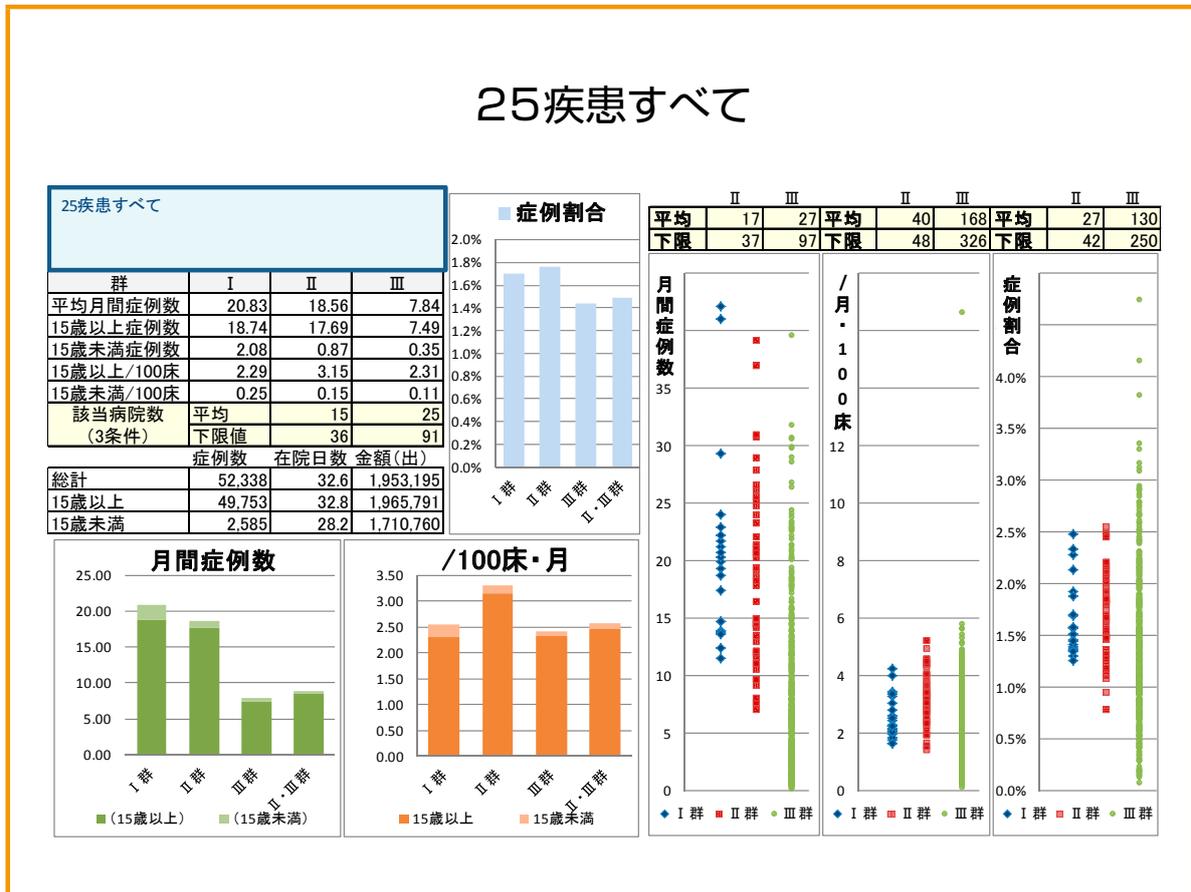
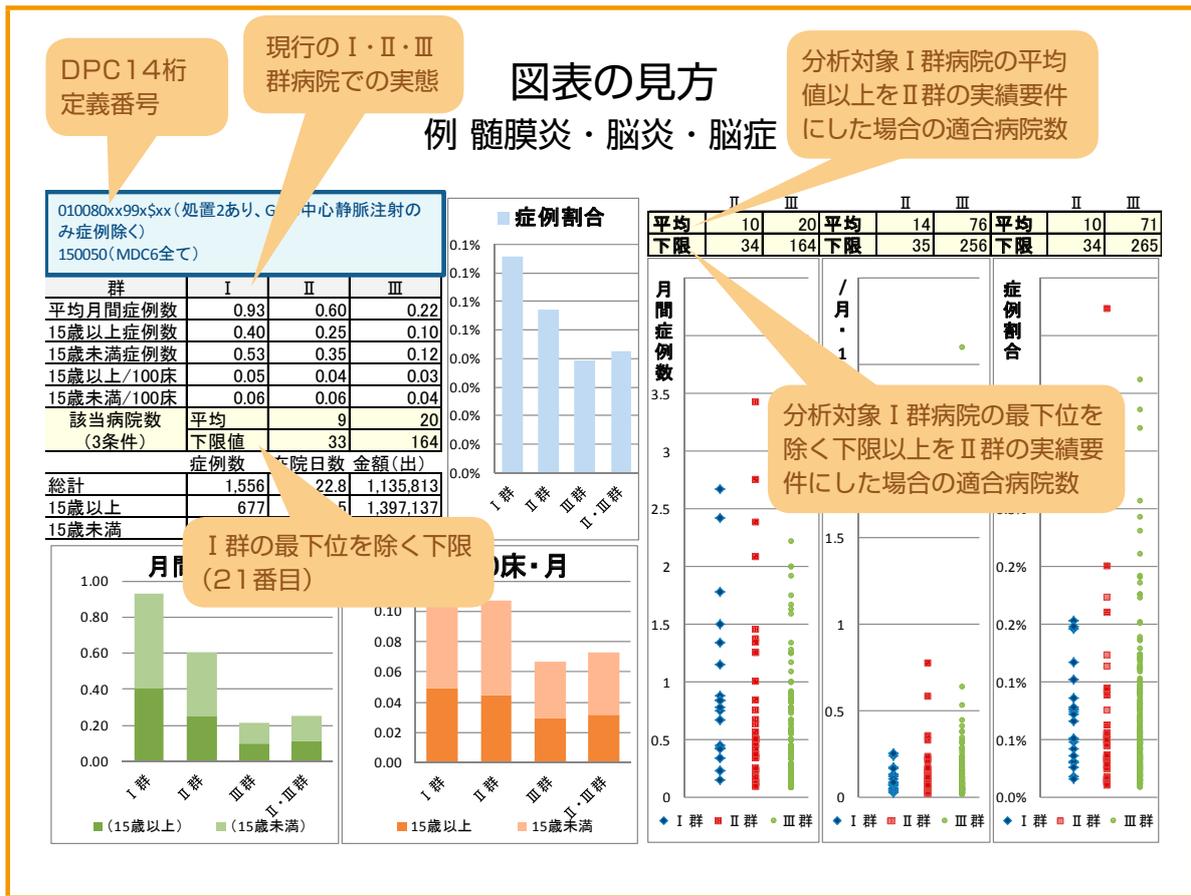
ポイント制と同じように専門病院が低い値となるが、「1か0か」でないので比較的緩やかな評価方法と言える。



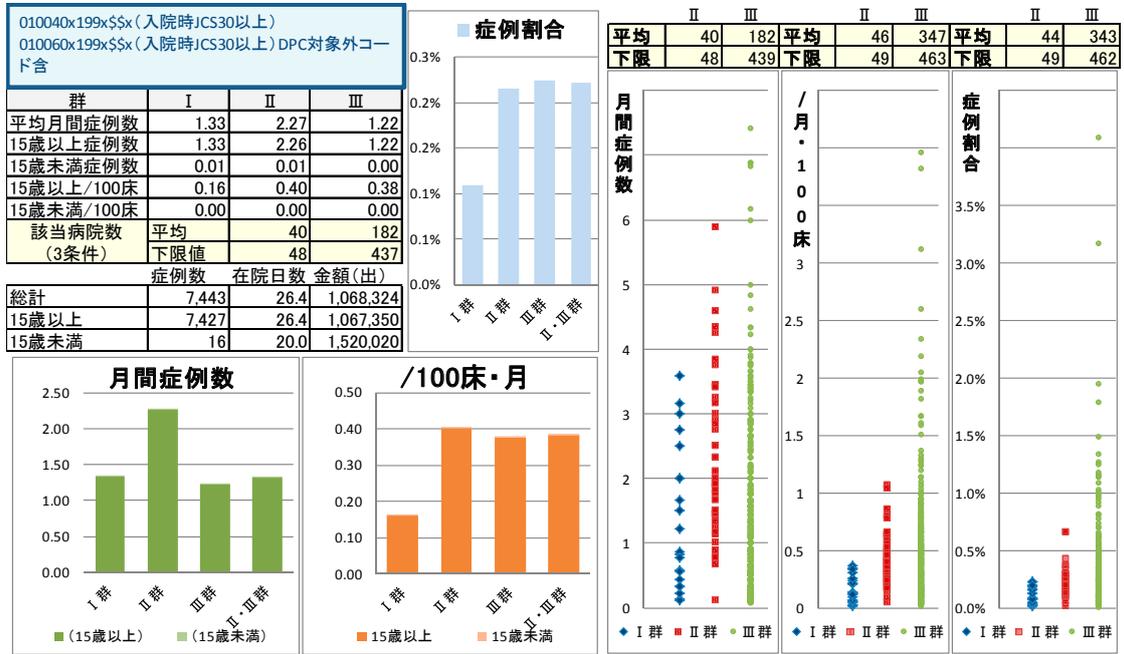
資料1 特定内科診療DPC25疾患の定義

疾患No.	疾患名	対象DPCコード	主なポイント	コメント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$\$x (入院時JCS30以上) 010060x199x\$\$x (入院時JCS30以上) DPC対象外コード含	出血と梗塞 JCS30以上	NIHSS15点以上をJCS30以上で代用
2	髄膜炎・脳炎・脳症	010080xx99x\$\$x (処置2あり、G005 中心静脈注射のみ症例除く)	処置2 (人工呼吸器・γグロブリン)	010080と150050を統合
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD G70\$のみ)	診断名	
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名	
5	気管支喘息重症発作	040100xxxx1xx (処置2 1あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	人工呼吸器導入	重症を処置 (人工呼吸器) で定義
6	間質性肺炎	040110xxxx1xx (処置2 1あり) (J045 人工呼吸) (ICD 絞りなし)	人工呼吸器導入	急性増悪を処置 (人工呼吸器) で定義
7	慢性閉塞性肺疾患	040120xx99\$1xx (処置2 1あり)	人工呼吸器導入	急性増悪を処置 (人工呼吸器) で定義
8	急性呼吸窮迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx (処置2 1あり)	人工呼吸器導入	急性増悪を処置 (人工呼吸器) で定義
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置1 5あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり	
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$x (処置2あり SPECT・ シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$\$x (処置1 5あり)	人工呼吸器導入 or 緊急透析 Kコードあり	重症を処置 (人工呼吸器等) で定義
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$\$x (処置2あり G005の み除外) (DPC外含) (ICD I71のみ)	処置2 (人工呼吸器・緊急透析)	
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) 050190xx99x1xx (処置2 1あり G005 のみ除外) (ICD I822を除く)	Kコードあり or 人工呼吸器・緊急透析	
13	劇症肝炎	060270xx9\$xx (手術あり/なし、処置2あり G005のみ除外) (ICD 絞りなし)	処置2 (人工呼吸器、PMX等) あり	
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置2あり G005のみ除外) (ICD K85のみ)	処置2 (人工呼吸器、CHDF等) あり	様式1重症度分類A≥3点、B≥2点については妥当性の検証が済んでいないので、使用せず。
16	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (MDC6全て)	診断名あればすべて	
17	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD E055のみ)	診断名あればすべて	
18	副腎クリーゼ	100202xxxxx\$xx (処置2あり/なし) (ICD E272のみ)	診断名あればすべて	
19	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検 D412必須) (ICD N04\$のみ)	診断名と腎生検	
21	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検 D412必須) (ICD N01\$のみ)	診断名と腎生検	
22	急性白血病	130010xx99x\$xx (処置2 2-7あり) 130010xx97x\$xx (処置2 2-7あり) (ICD C910、C920、C950のみ)	化学療法、実症例数	繰り返し予定入院が多いため延べ数ではなく実症例数で評価
23	悪性リンパ腫	130020xx9\$xx 130030xx99x\$\$x (処置2 3-5あり) 130030xx97x\$\$x (処置2 3-5あり) (ICD 絞りなし)	化学療法、実症例数	繰り返し予定入院が多いため延べ数ではなく実症例数で評価
24	再生不良性貧血	130080 (MDC6全体) (ICD 絞りなし)	実症例数	繰り返し予定入院が多いため延べ数ではなく実症例数で評価
26	頸椎頸髄損傷	160870 (MDC6全体) (ICD 絞りなし) (リハビリ 実施必須)	リハビリ	早期リハビリ加算算定症例に限定
27	薬物中毒	161070xxxxx\$xx (処置2あり G005のみ 除外) (ICD 絞りなし)	処置2 (人工呼吸器・PMX等) あり	
28	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置2 3あり) (ICD 絞りなし)	処置2 3 (PMX・CHDF) あり	

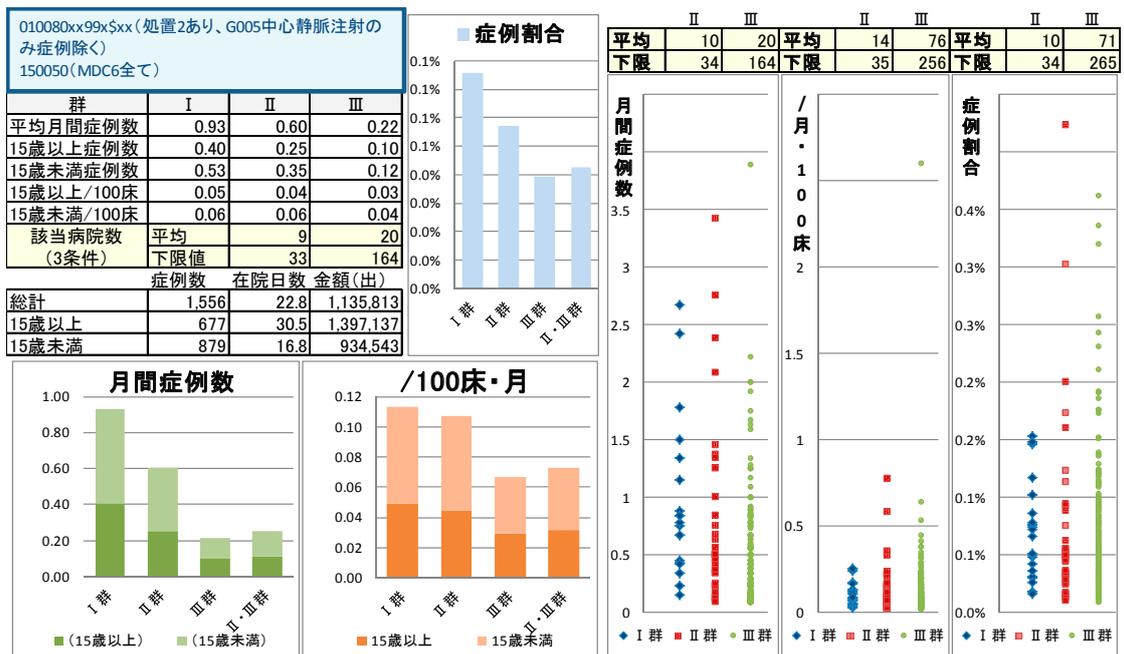
注：処置2でIVH (G005) のみの場合は重症度が確認できないので除外した。一般に人工呼吸器のみはIVHのみに比べ、入院日数が短めで医療資源投入量が多い傾向にある。



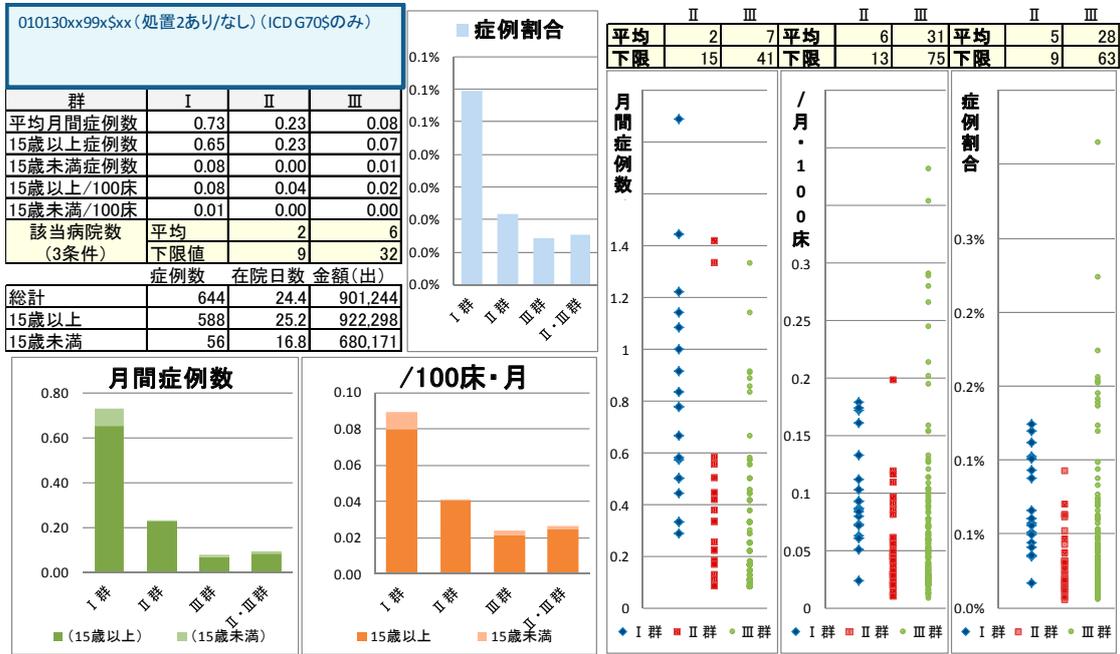
疾患No.1 重症脳卒中（出血・梗塞）JCS \geq 30



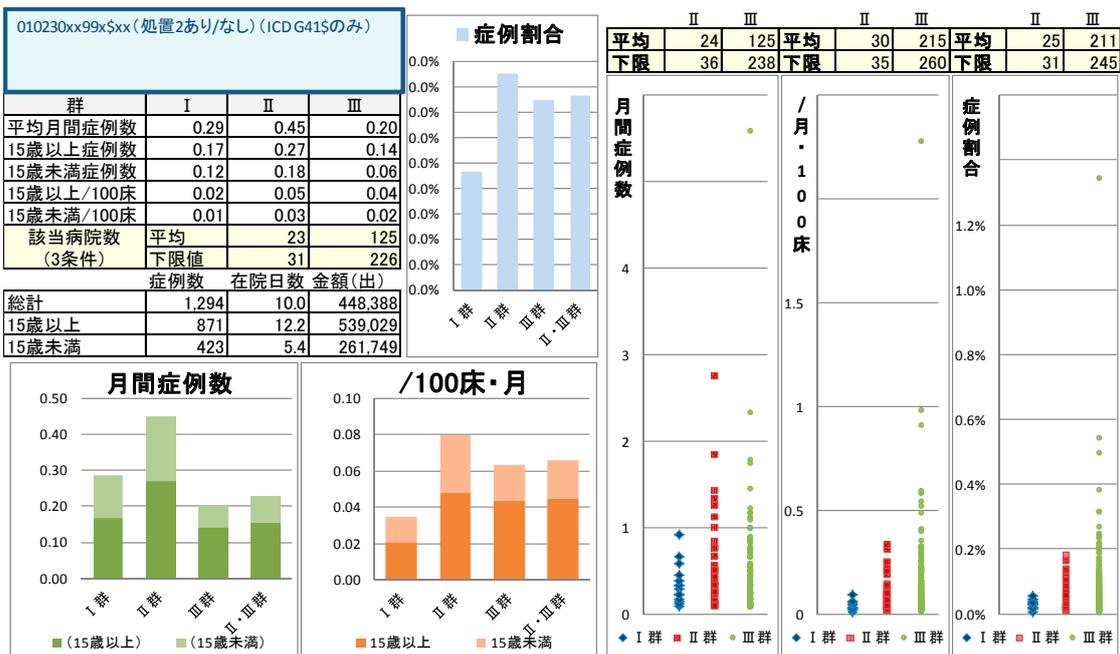
疾患No.2 髄膜炎・脳炎・脳症



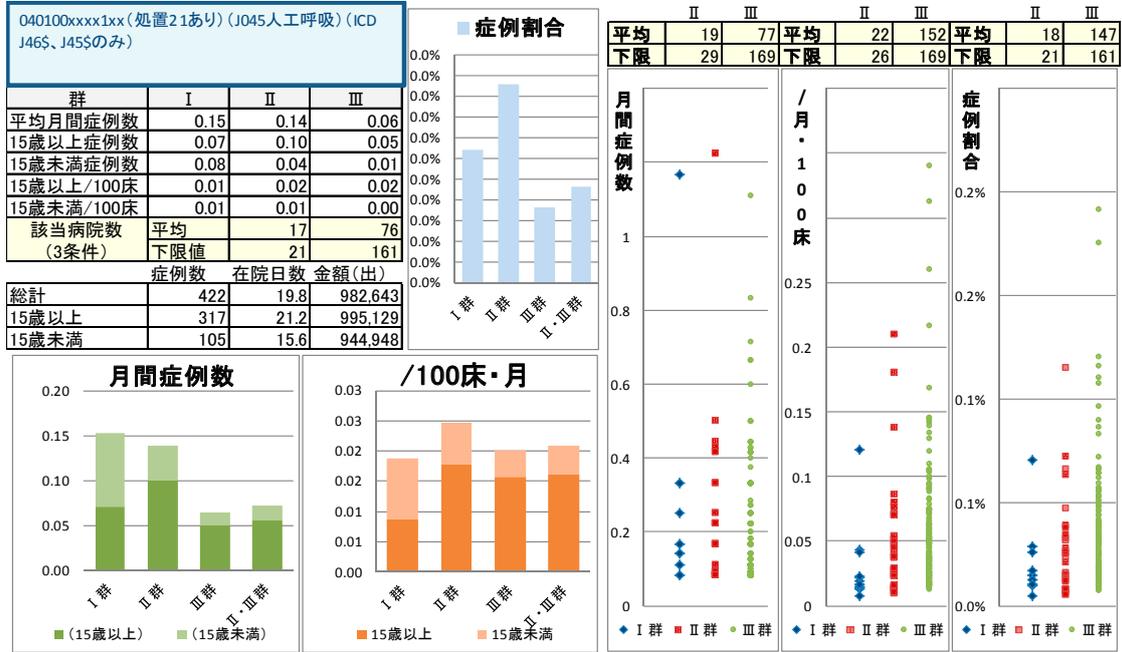
疾患No.3 重症筋無力症クリーゼ



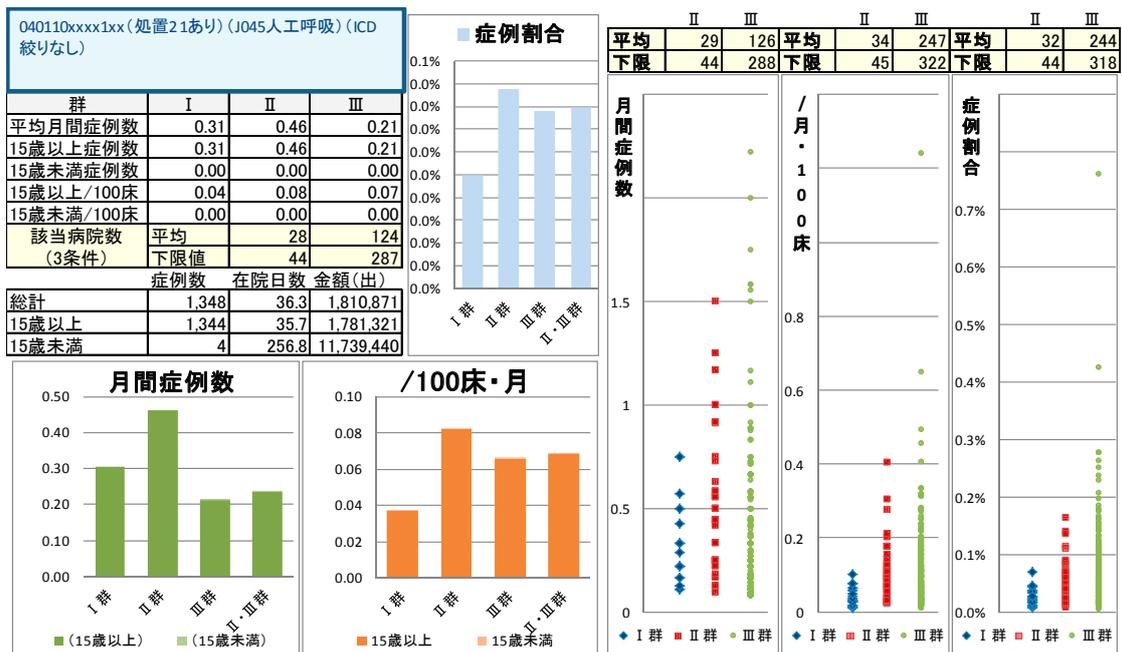
疾患No.4 てんかん重積状態



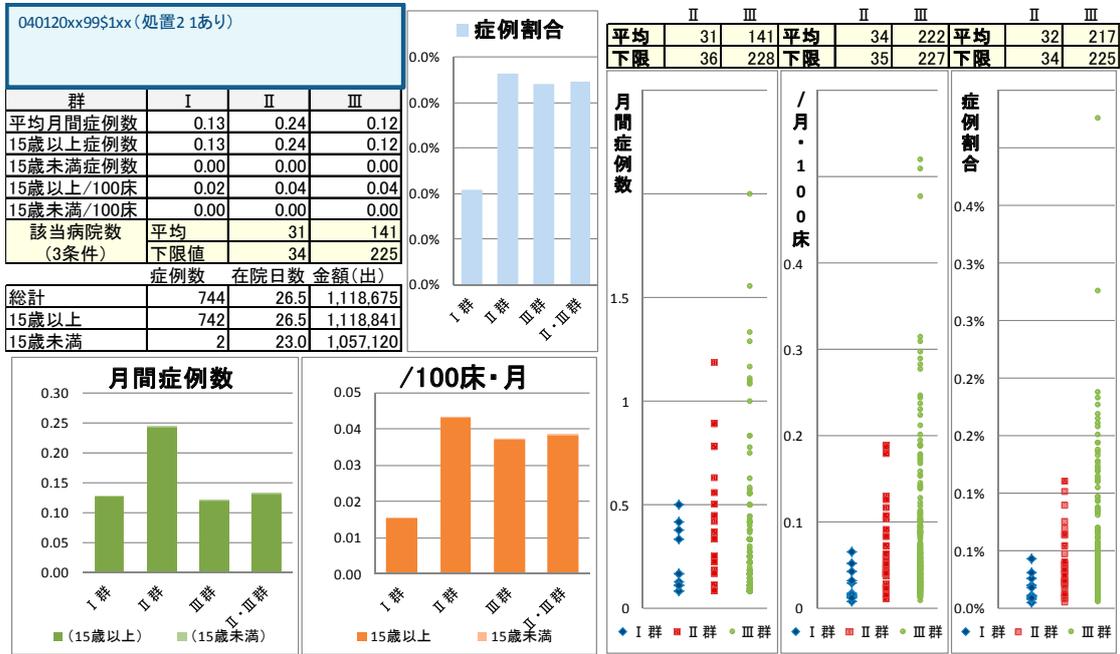
疾患No.5 気管支喘息（重症発作）



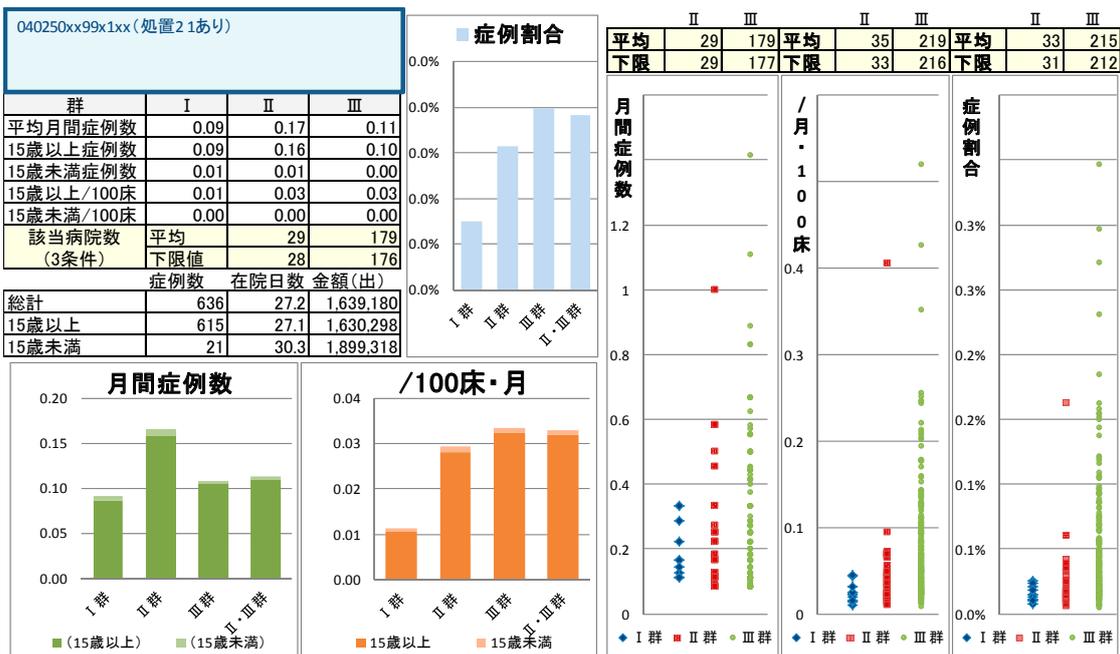
疾患No.6 間質性肺炎



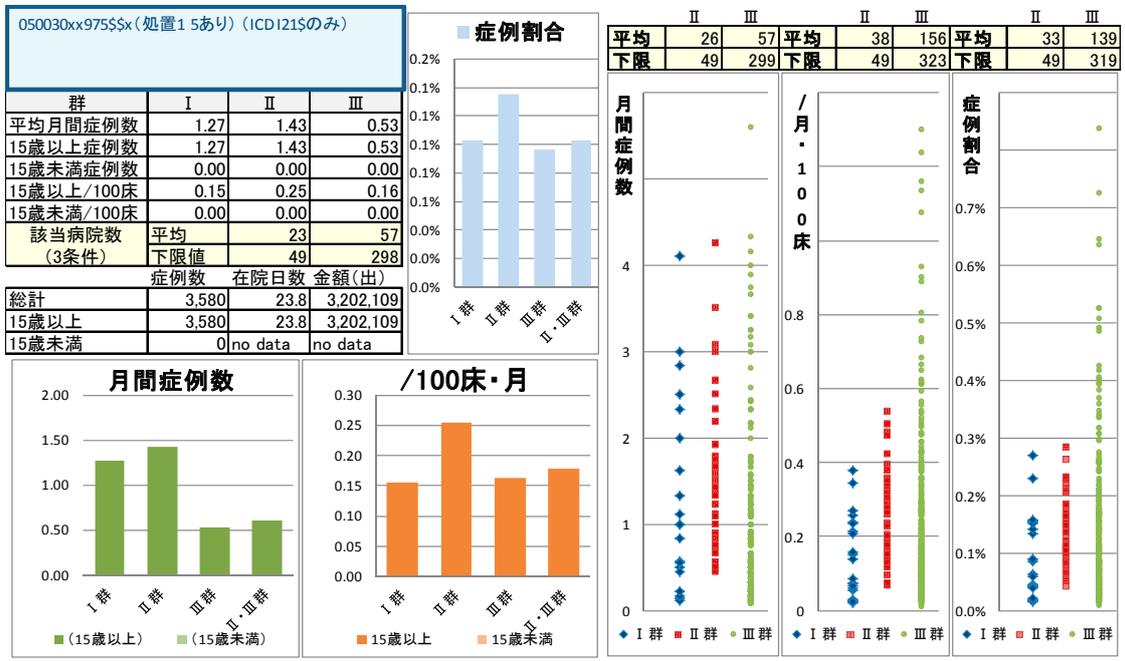
疾患No.7 慢性閉塞性肺疾患



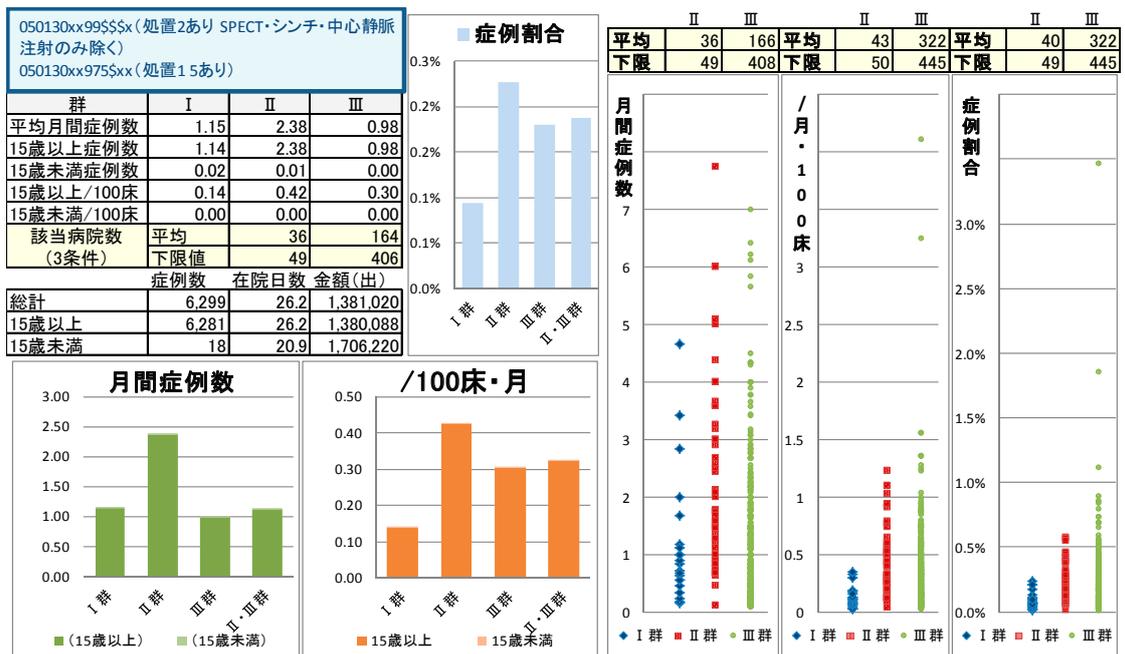
疾患No.8 急性呼吸窮迫症候群



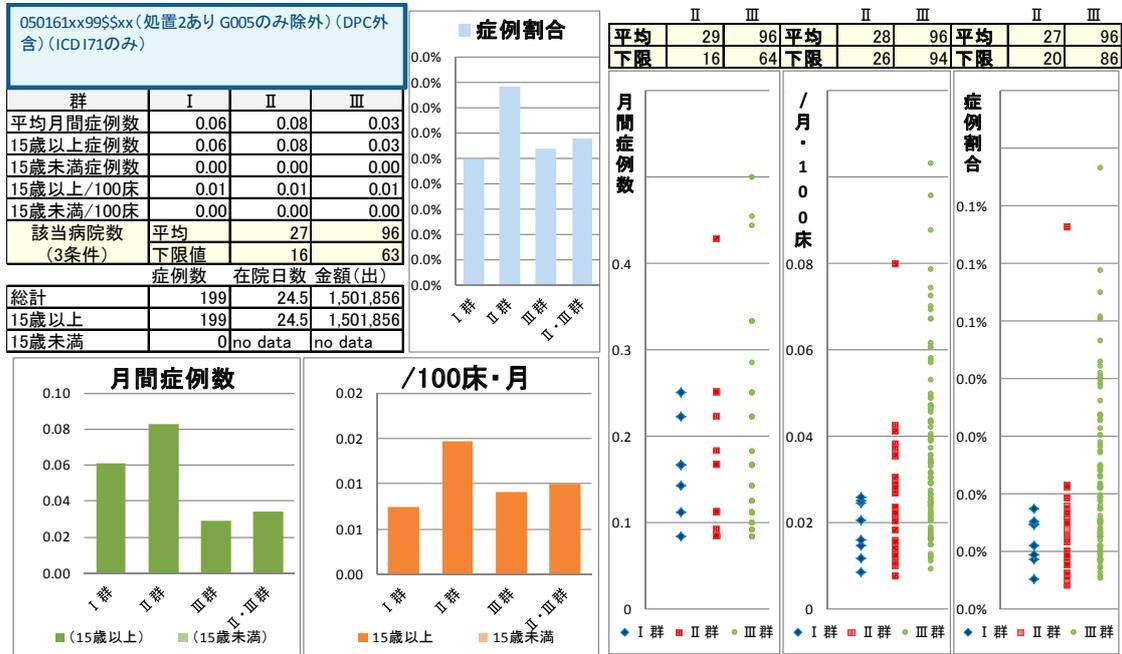
疾患No.9 急性心筋梗塞



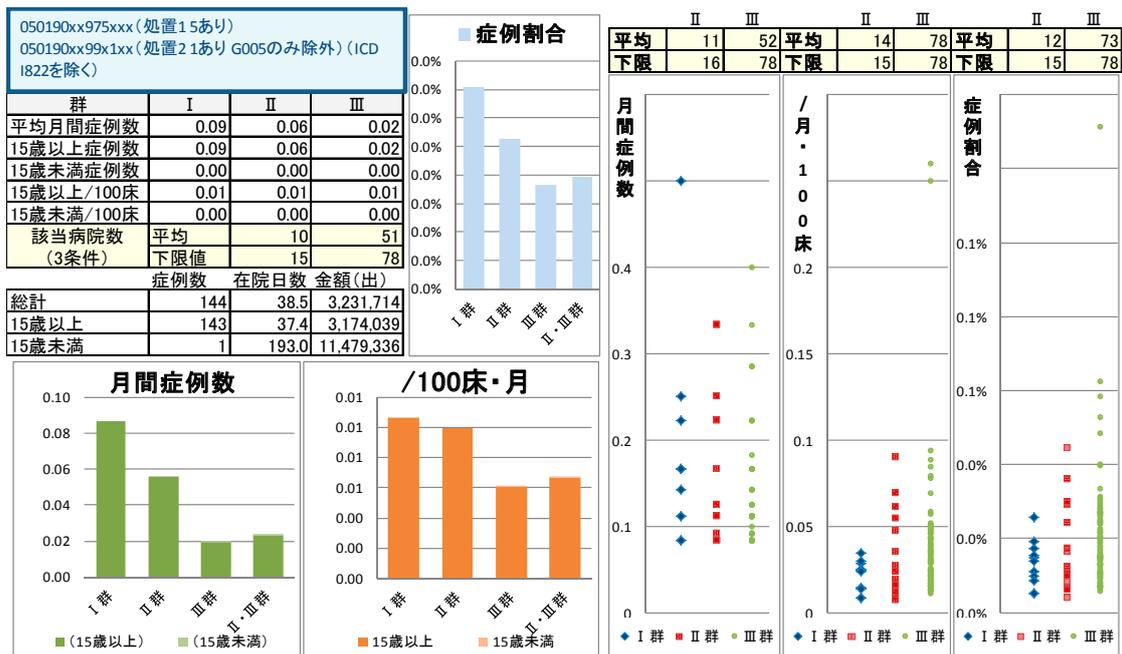
疾患No.10 急性心不全



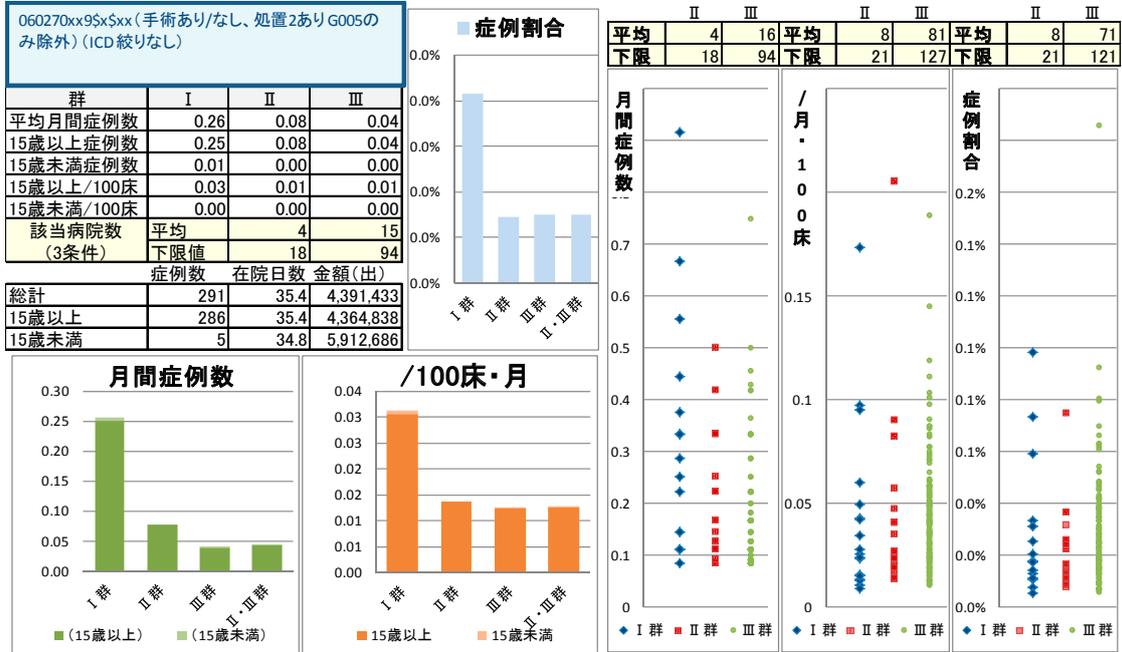
疾患No.11 解離性大動脈瘤



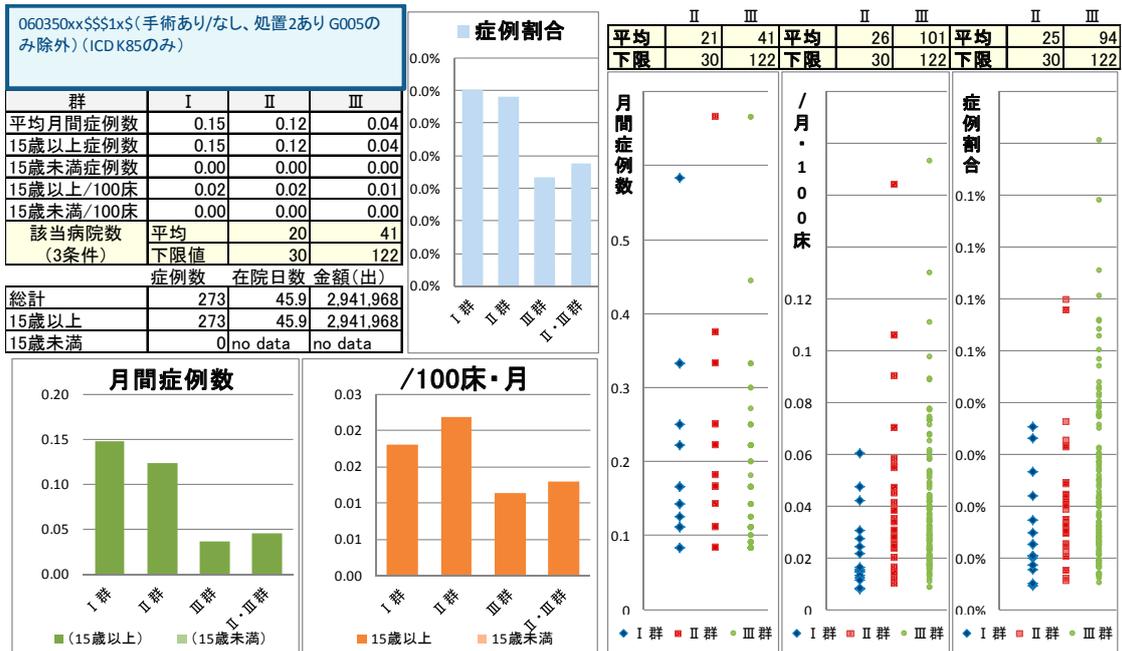
疾患No.12 肺塞栓症



疾患No.13 劇症肝炎

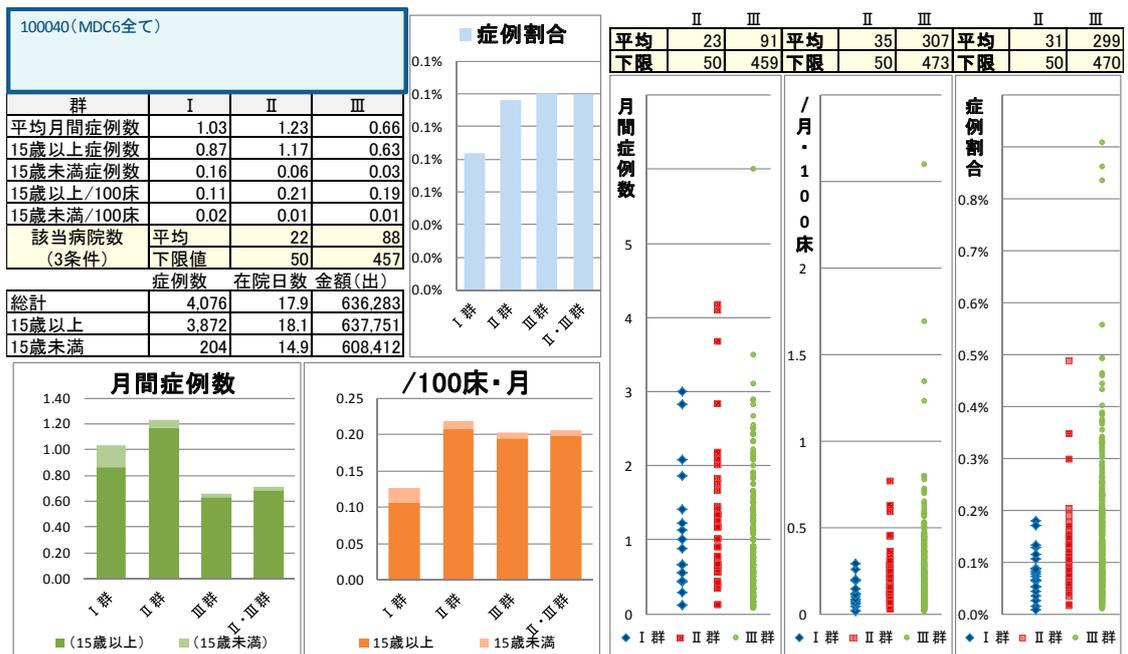


疾患No.14 重症急性膵炎

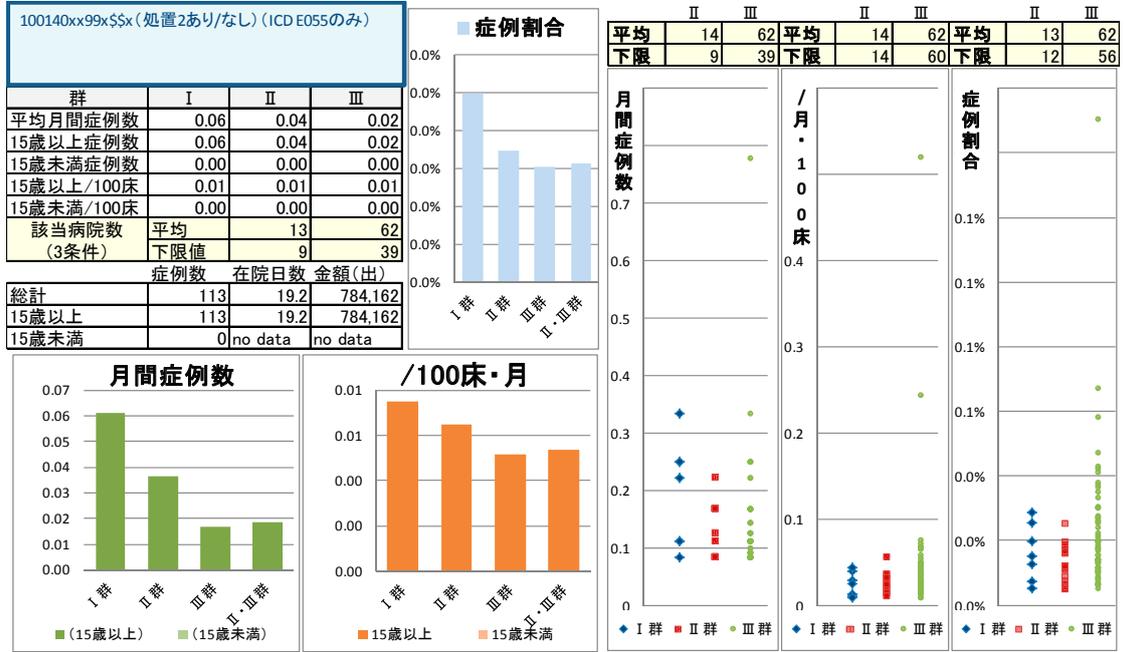


疾患No.15 中枢神経ループス (欠番)

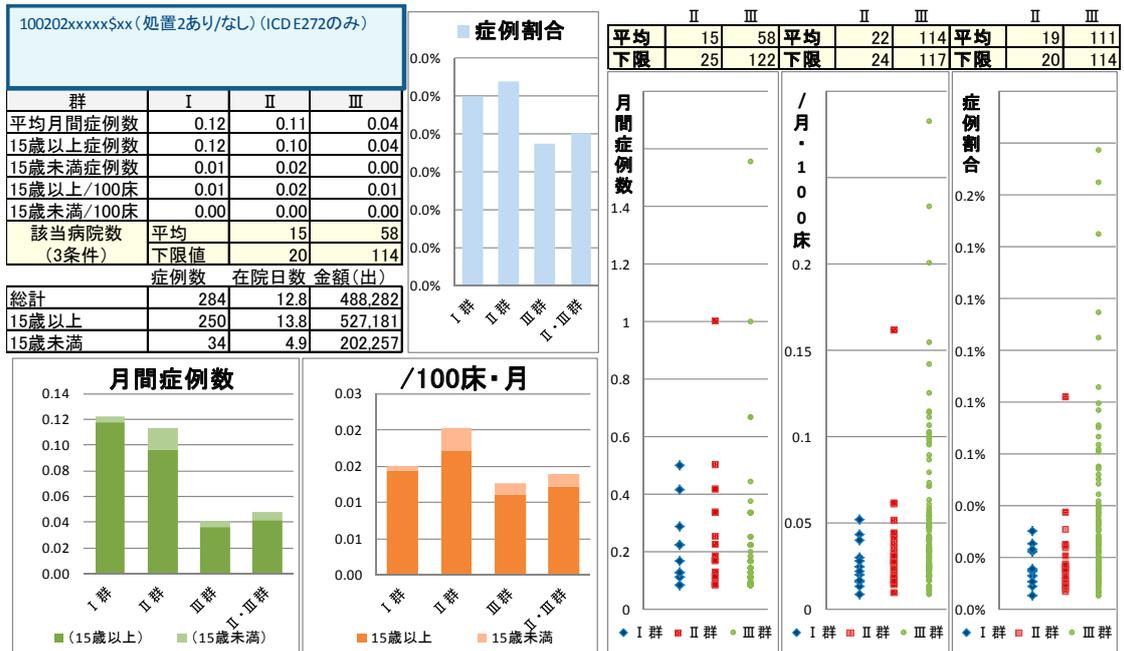
疾患No.16 糖尿病性ケトアシドーシス



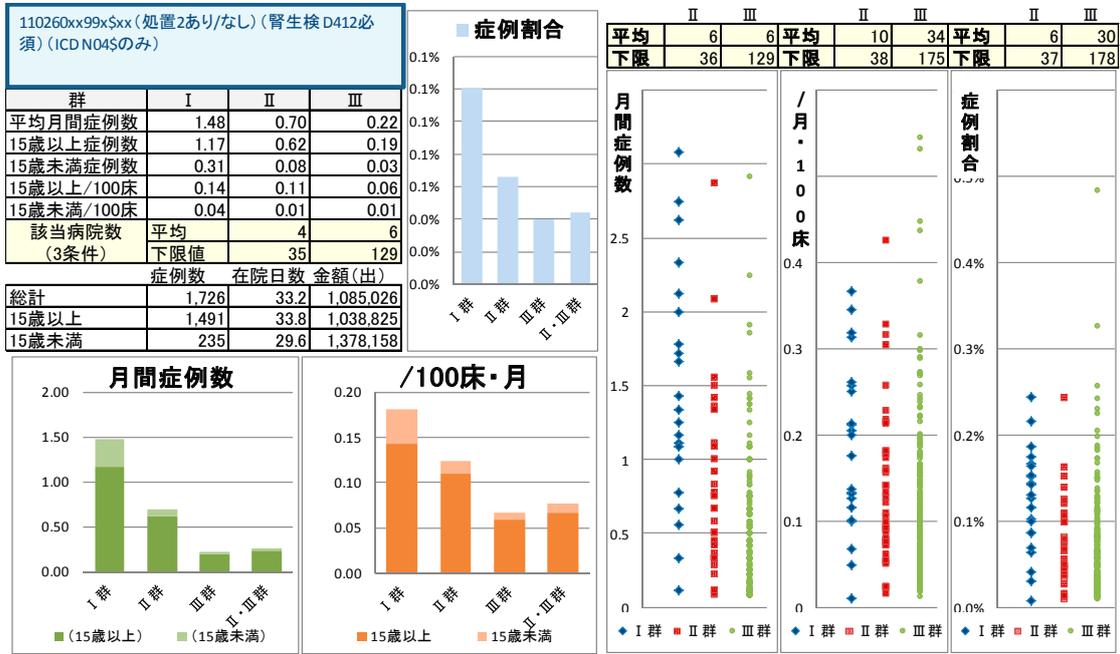
疾患No.17 甲状腺クリーゼ



疾患No.18 副腎クリーゼ

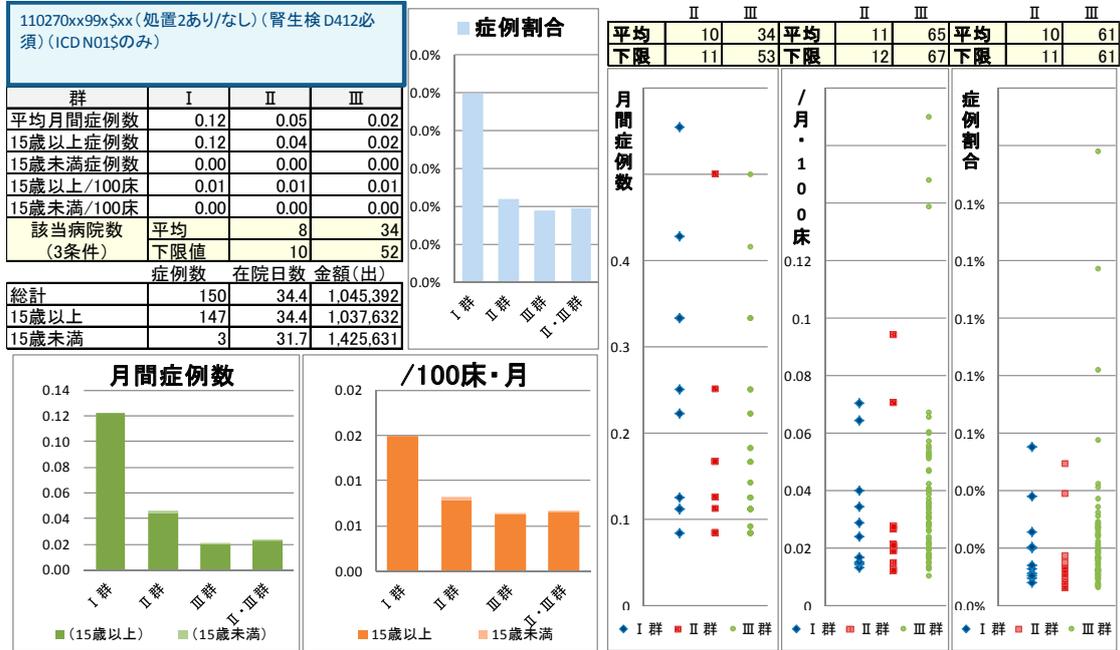


疾患No.19 難治性ネフローゼ症候群

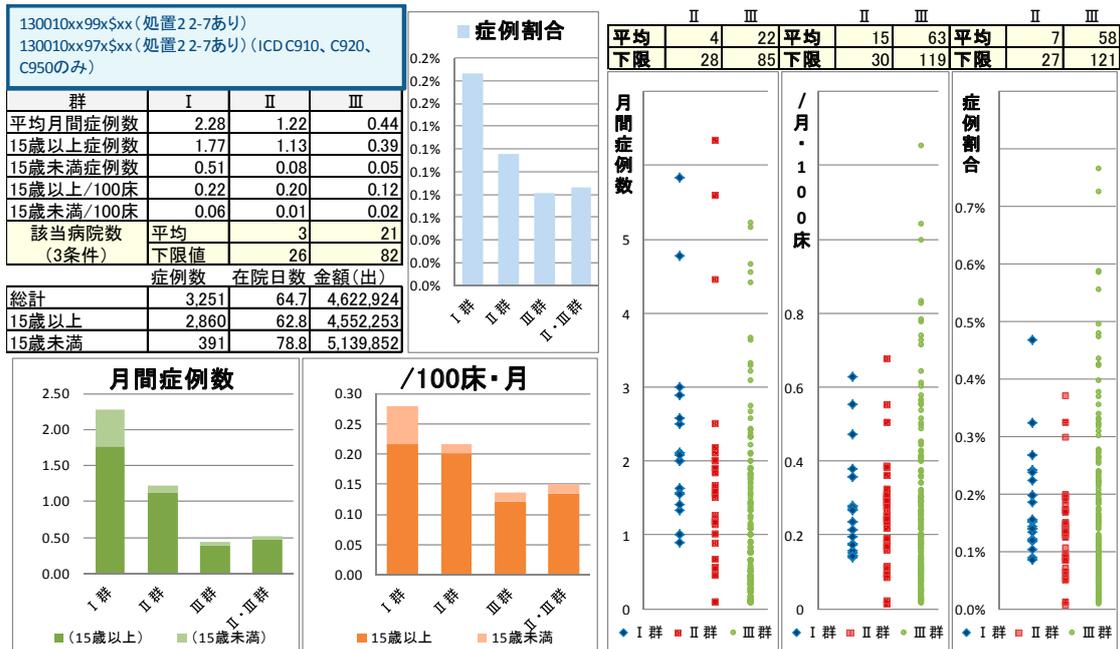


疾患No.20 先天性ネフローゼ症候群 (欠番)

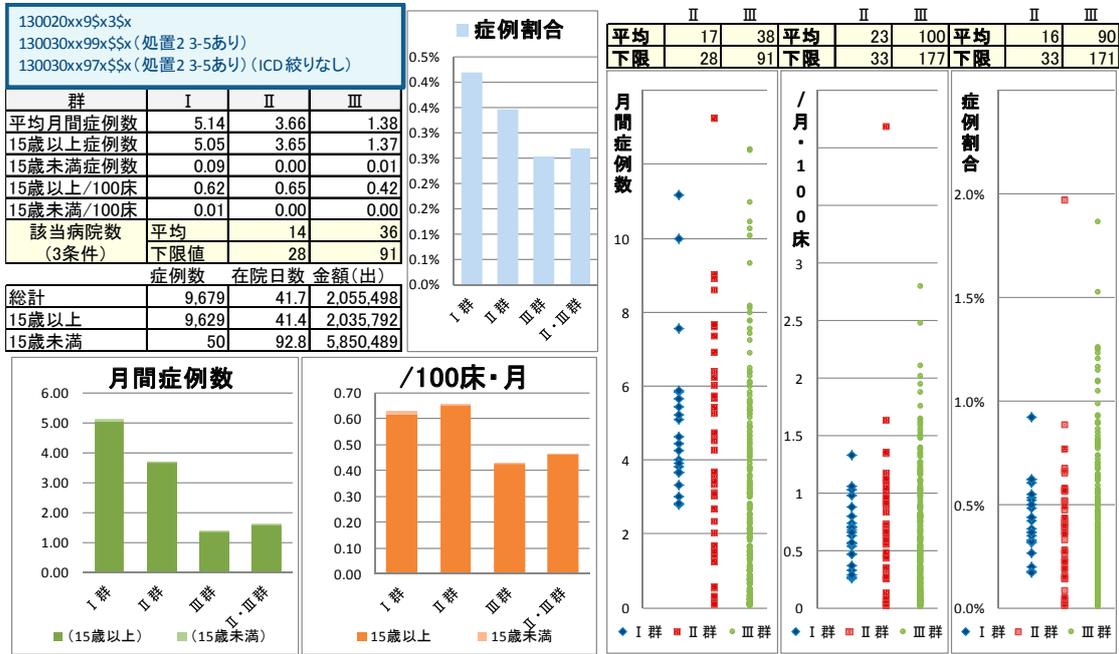
疾患No.21 急速進行性糸球体腎炎



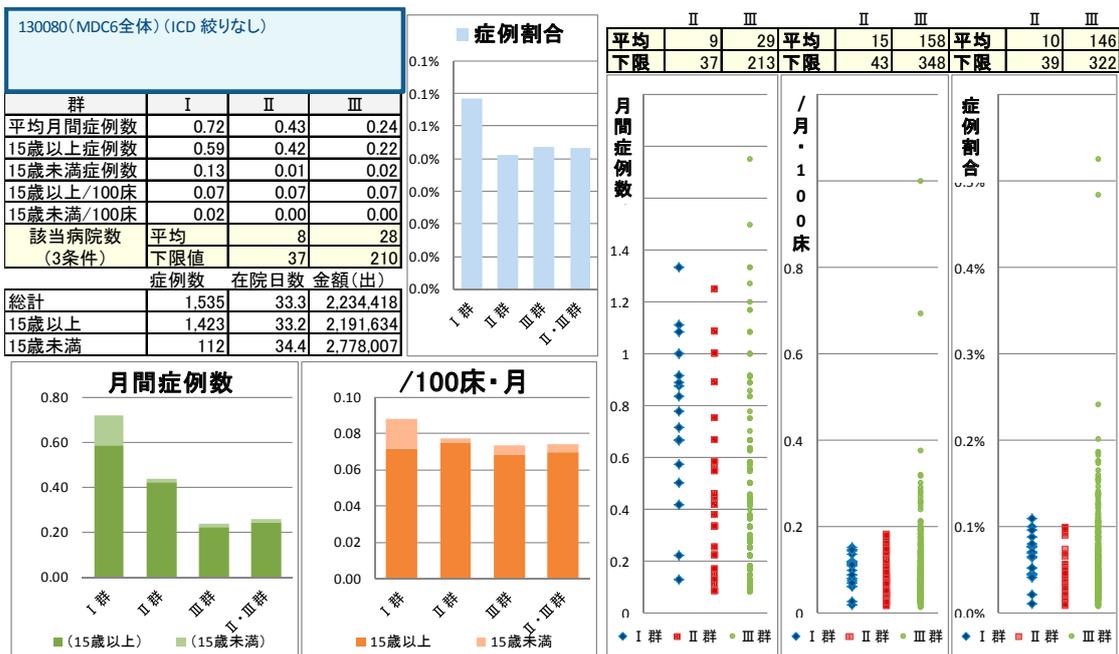
疾患No.22 急性白血病



疾患No.23 悪性リンパ腫

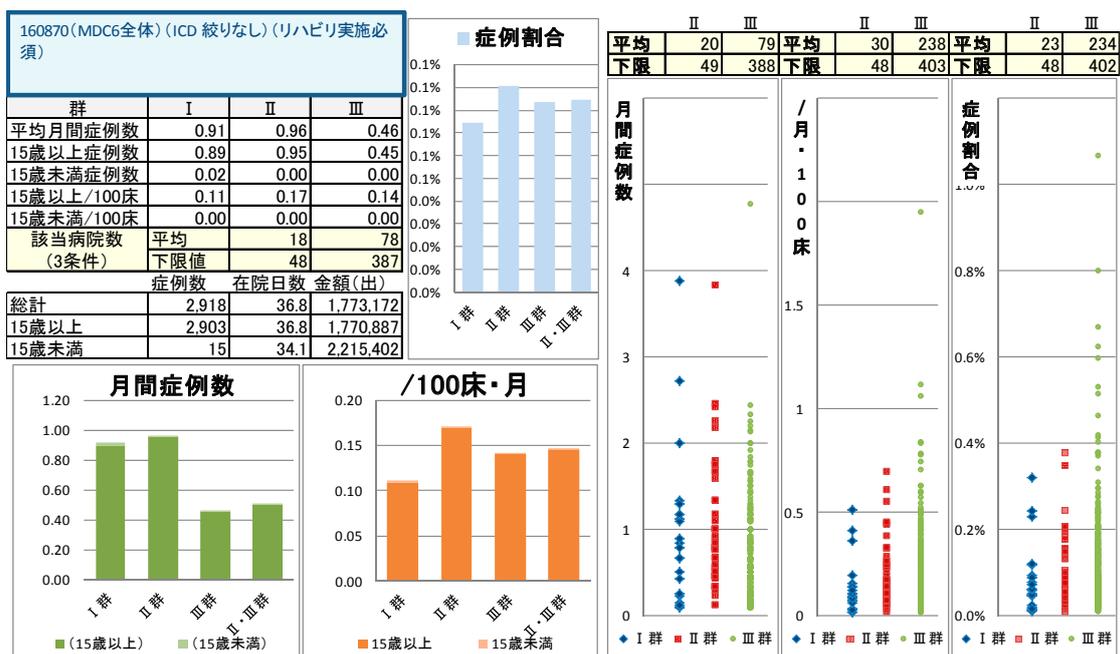


疾患No.24 再生不良性貧血

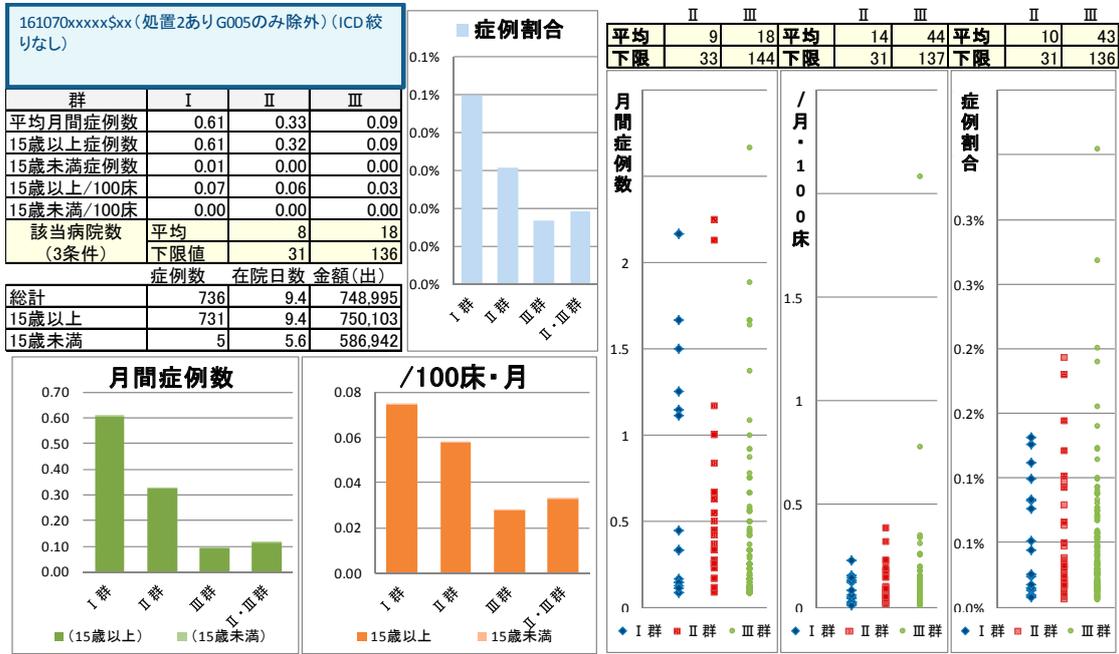


疾患No.25 脳脊髄の感染を伴う炎症、急性脳炎・急性脳症（欠番：No.2と統合）

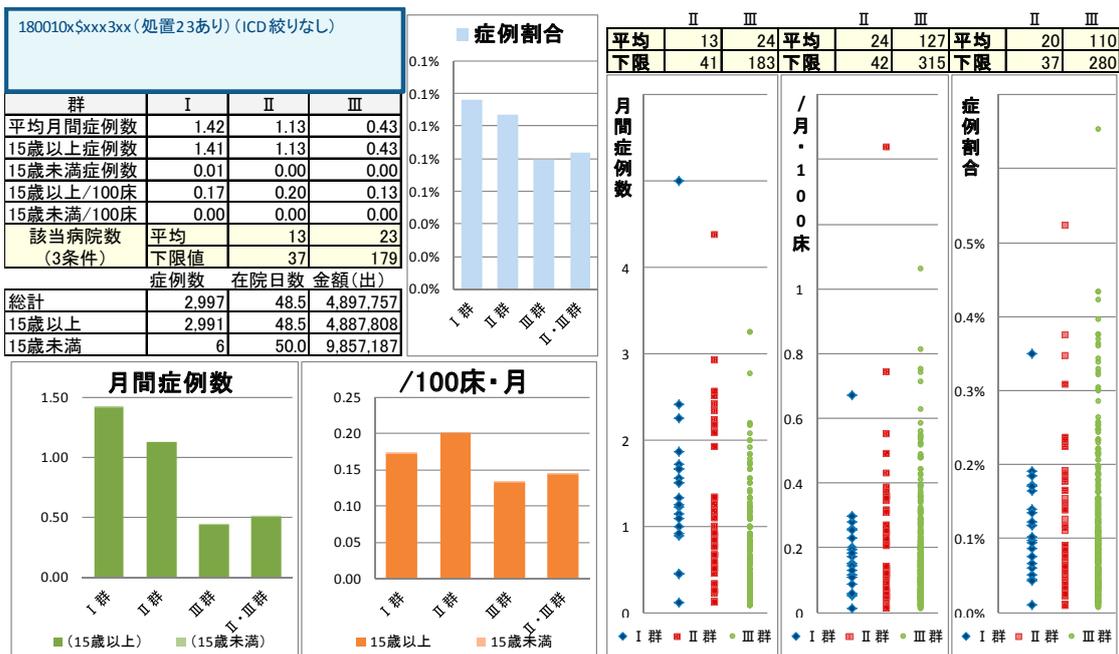
疾患No.26 頸椎頸髄損傷



疾患No.27 薬物中毒



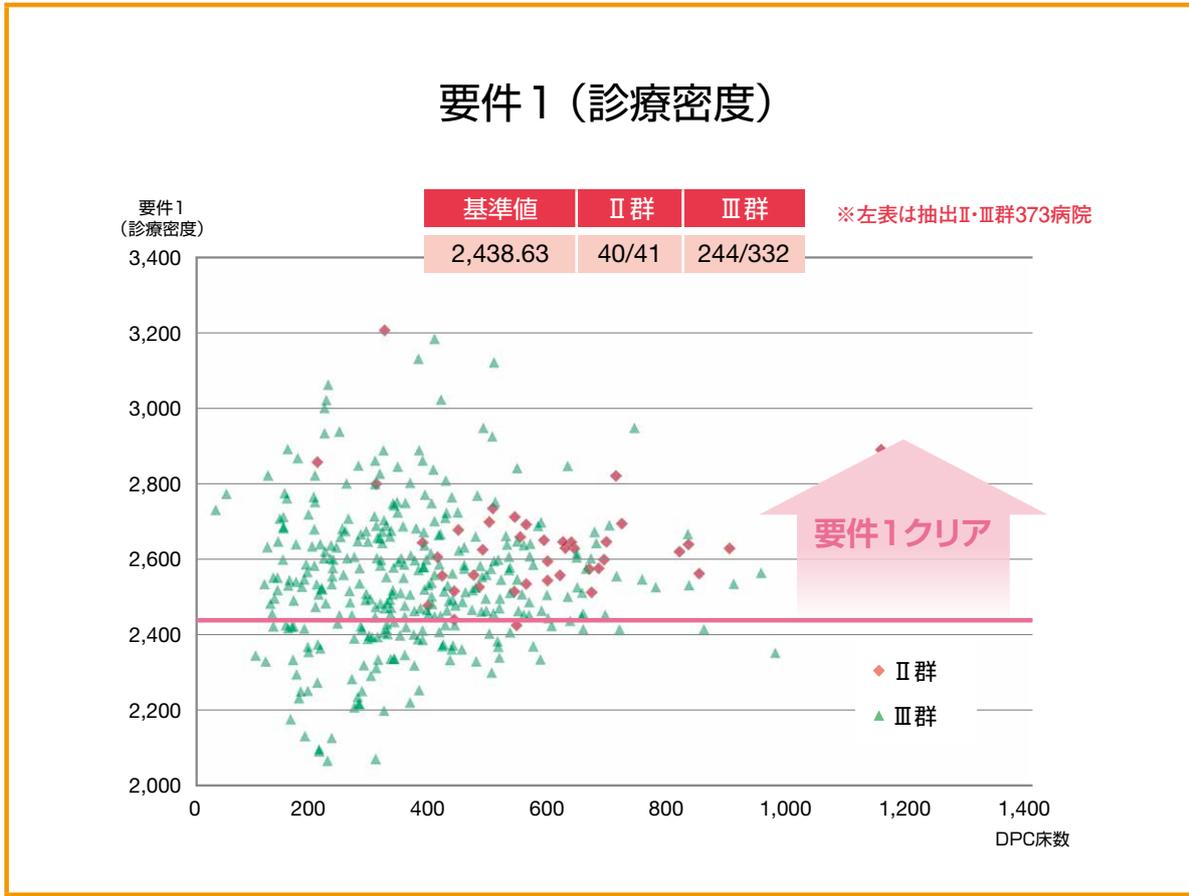
疾患No.28 敗血症性ショック



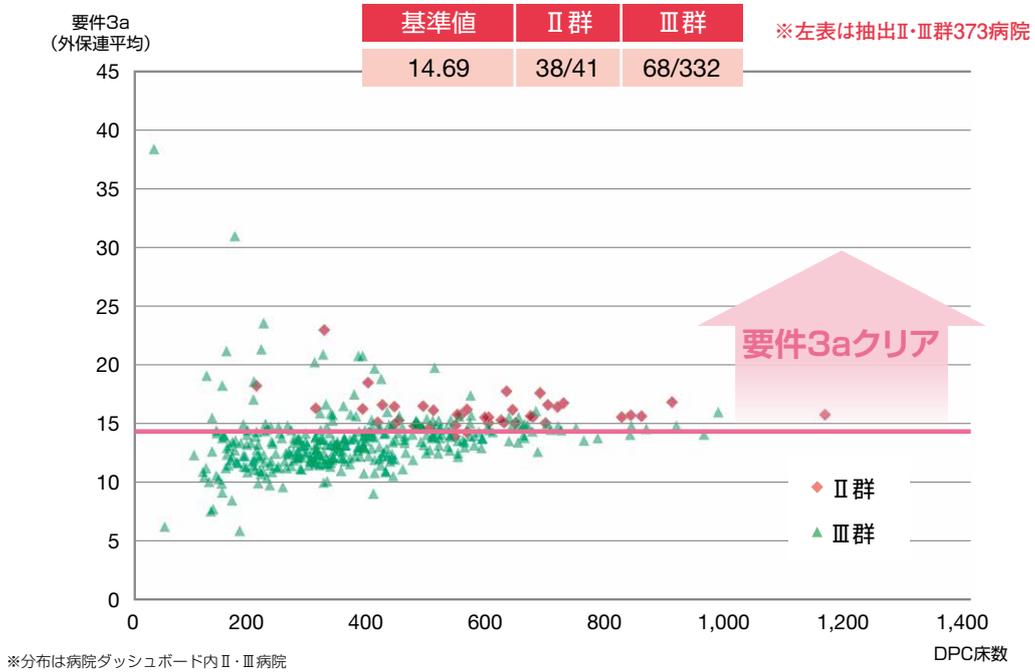
資料3 予測1 (旧基準予測)

外科系実績要件と内科系実績要件 (案)
に適合する II・III群病院の予測

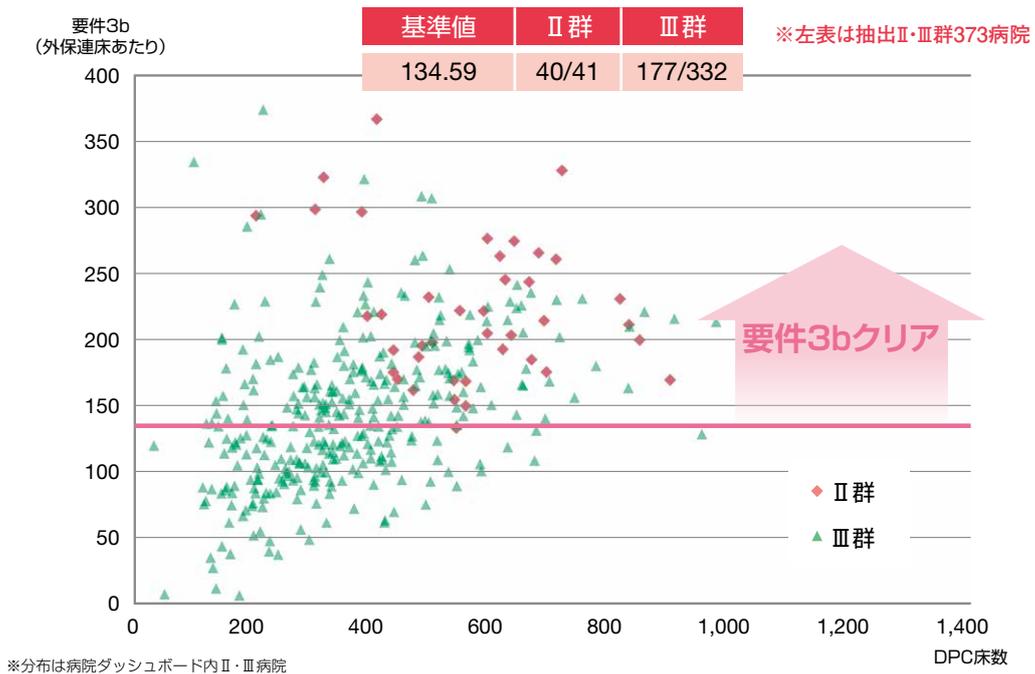
外科系実績要件が旧基準の場合



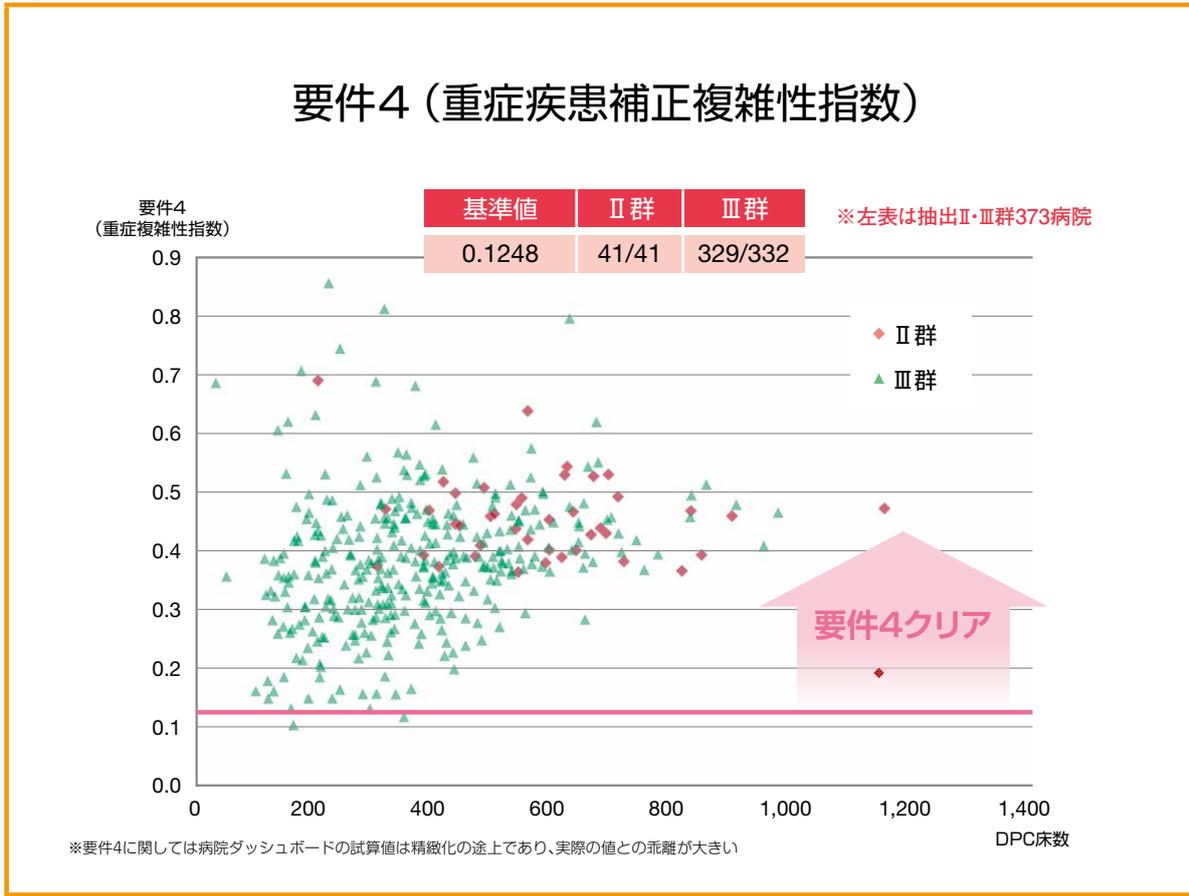
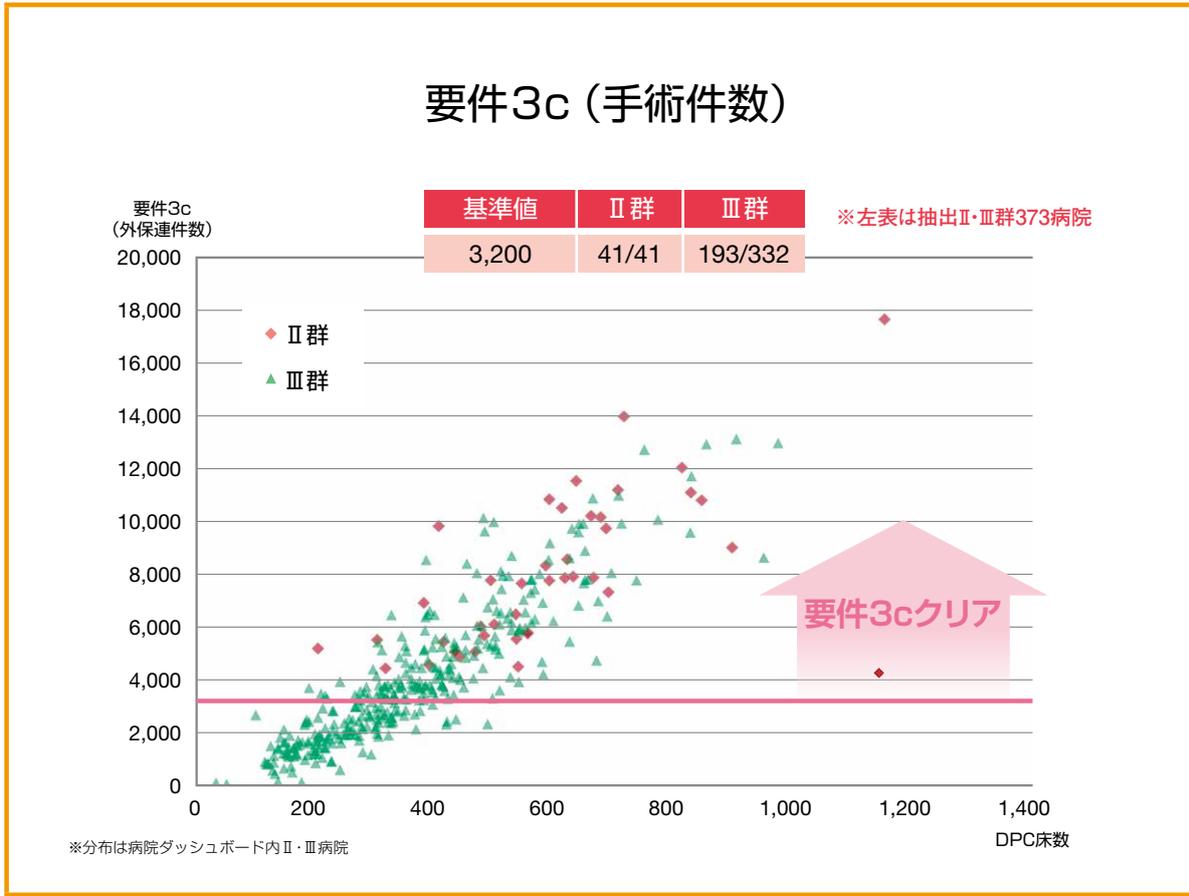
要件3a (手術1件当たり外保連手術指数)



要件3b (床当たり外保連手術指数)



資料3 II・III群病院の予測1 (旧基準予測)



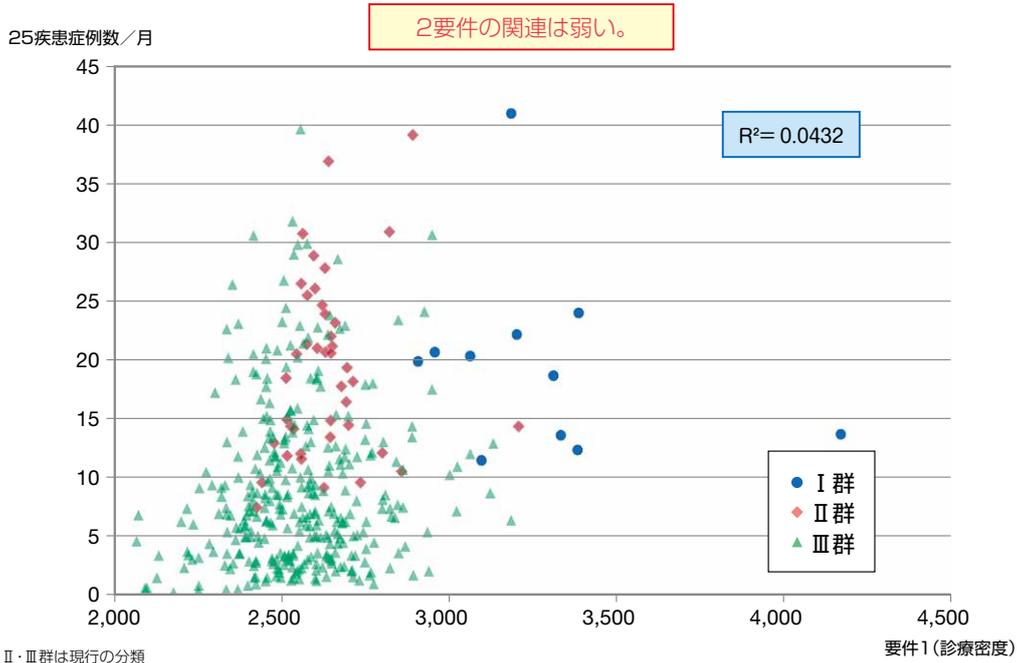
現行要件まとめ

2012年4月の基準値を当てはめると、達成病院は以下。
 21.7%(81/373)は現行II群(90/1416=6.4%)より高い達成率。

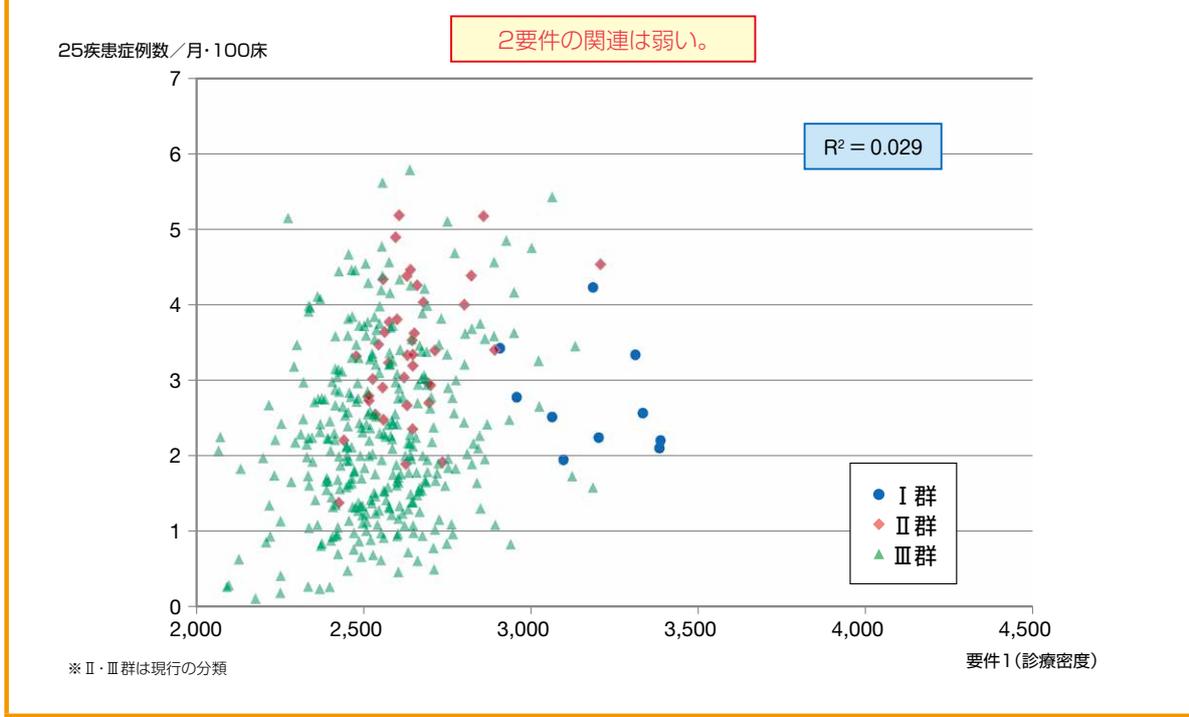
※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院	要件3○	要件3×
要件1,4○	81病院	203病院
要件1,4×	5病院	84病院

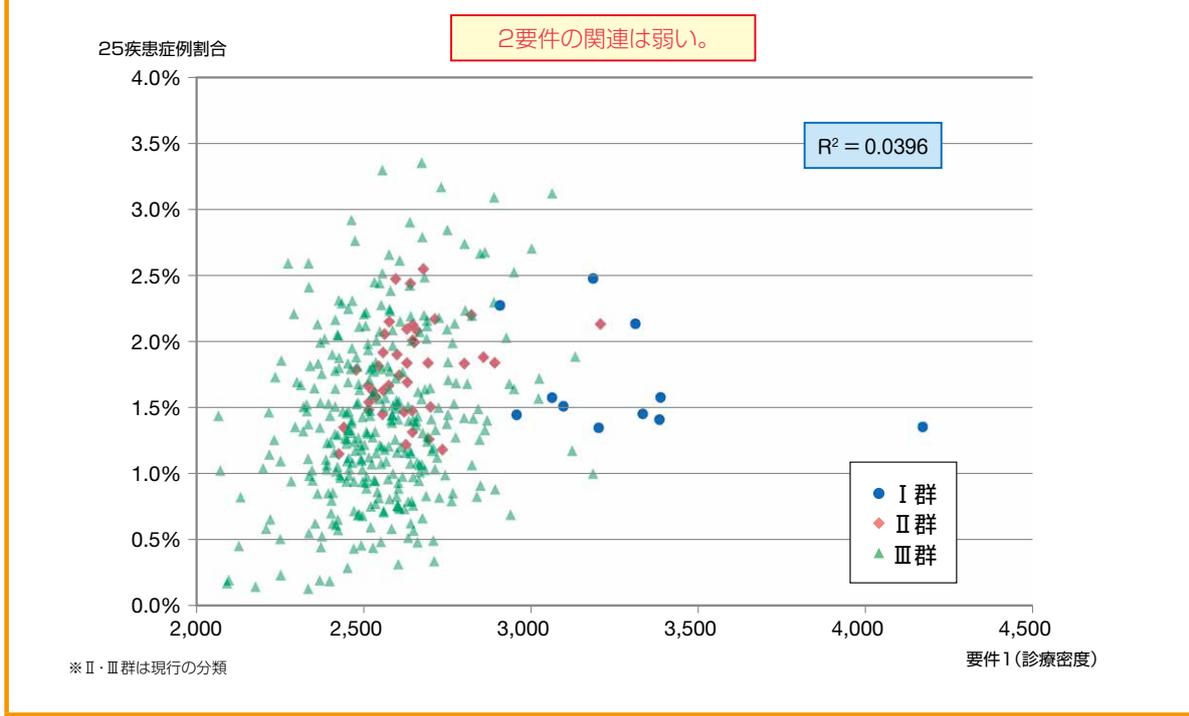
月間25疾患症例数と現行要件1



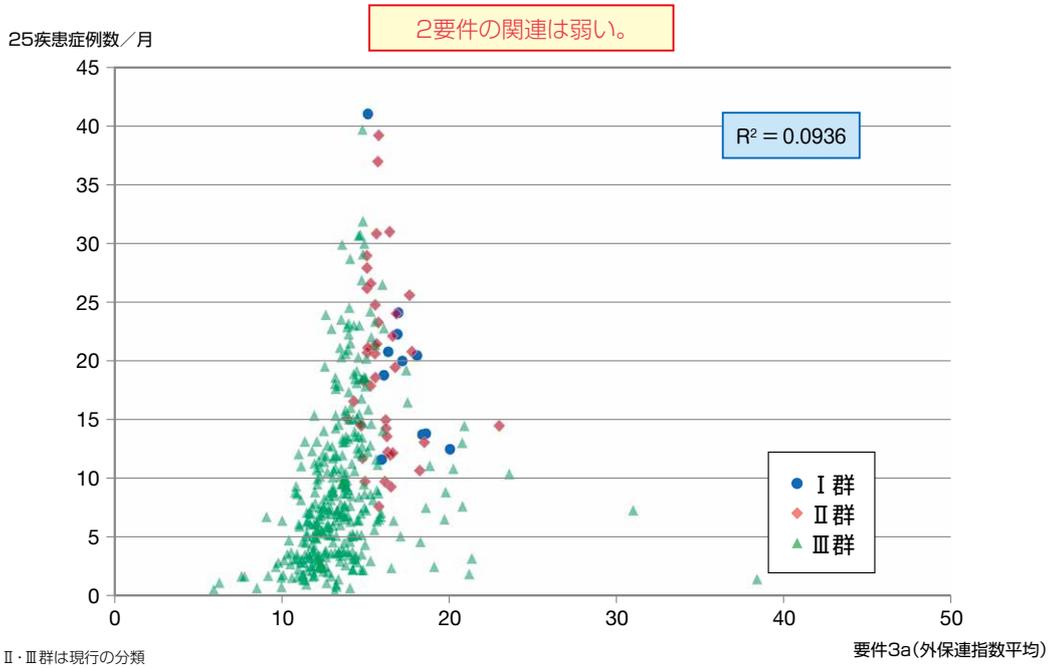
25疾患症例数／100床と現行要件1



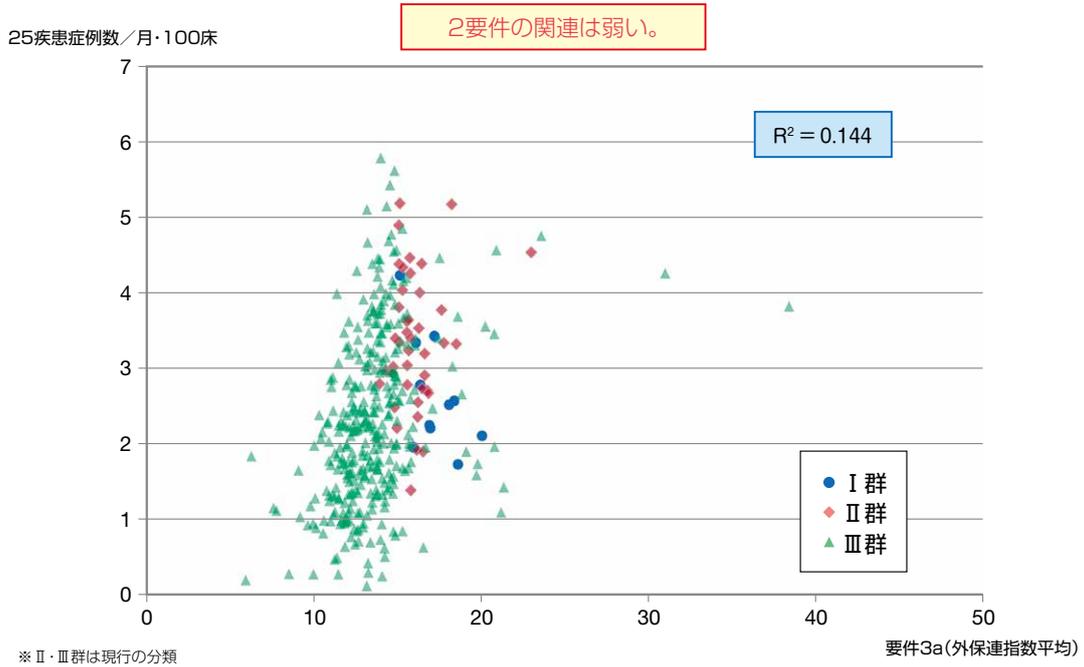
25疾患症例割合と現行要件1



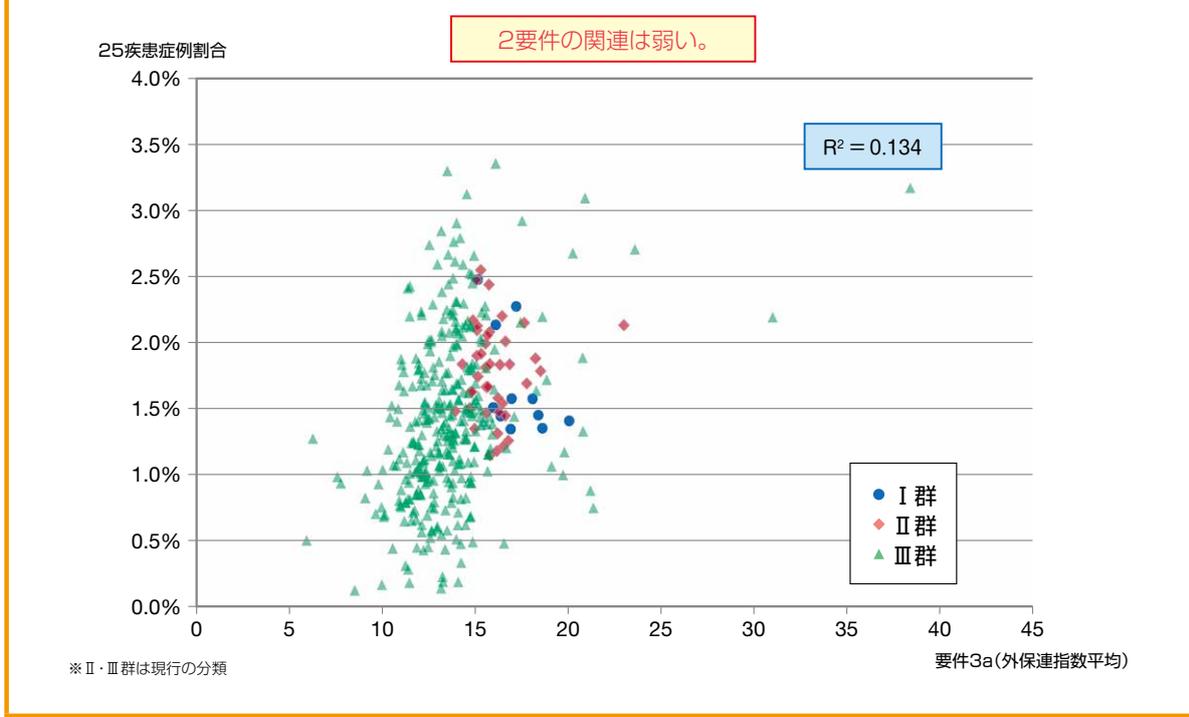
月間25疾患症例数と現行要件3a



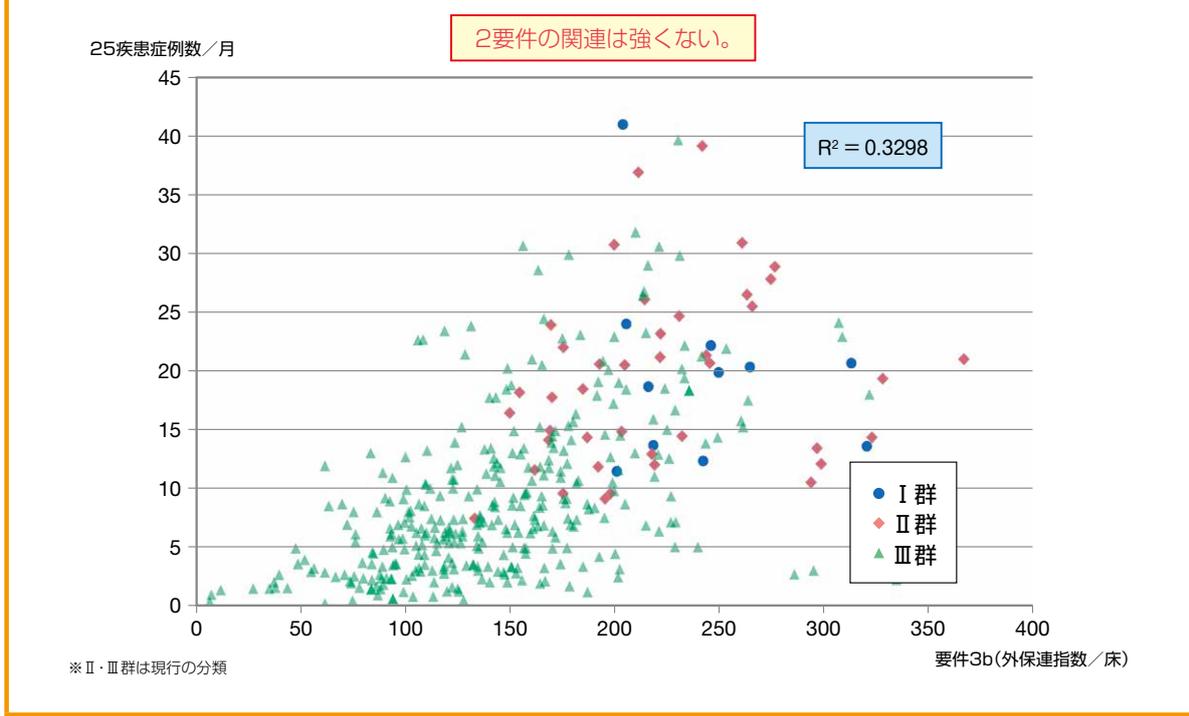
25疾患症例数/100床と現行要件3a



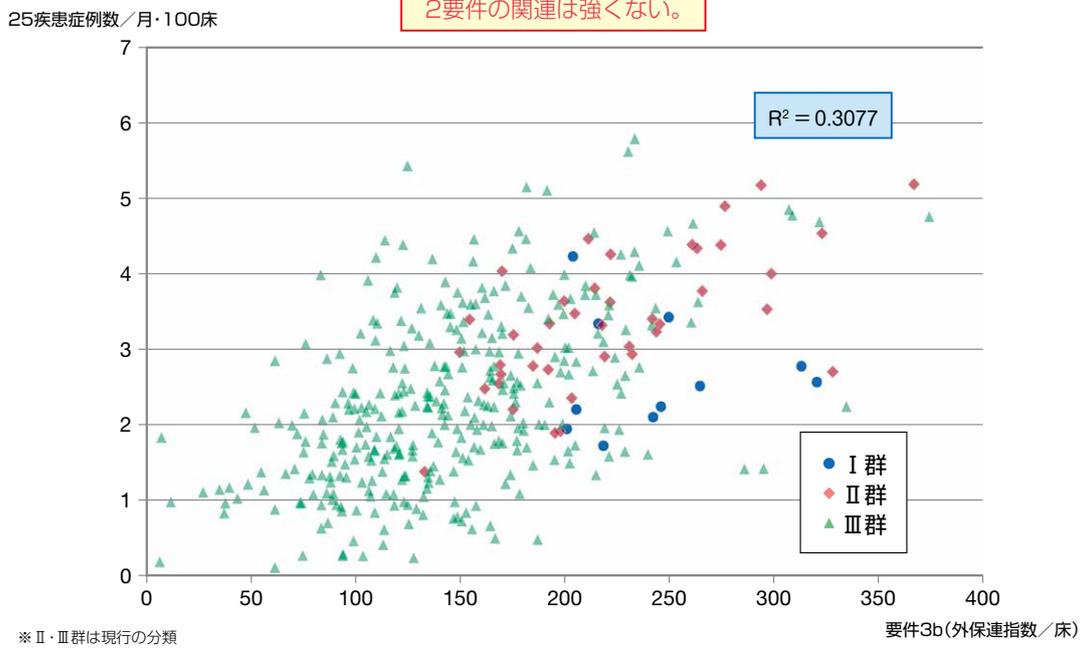
25疾患症例割合と現行要件3a



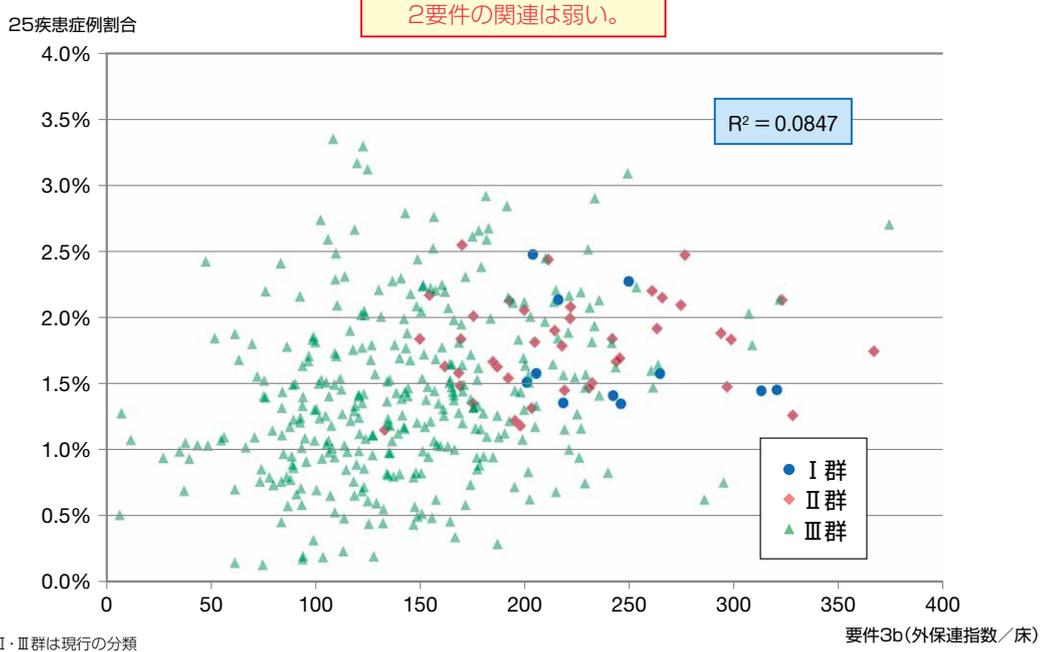
月間25疾患症例数と現行要件3b

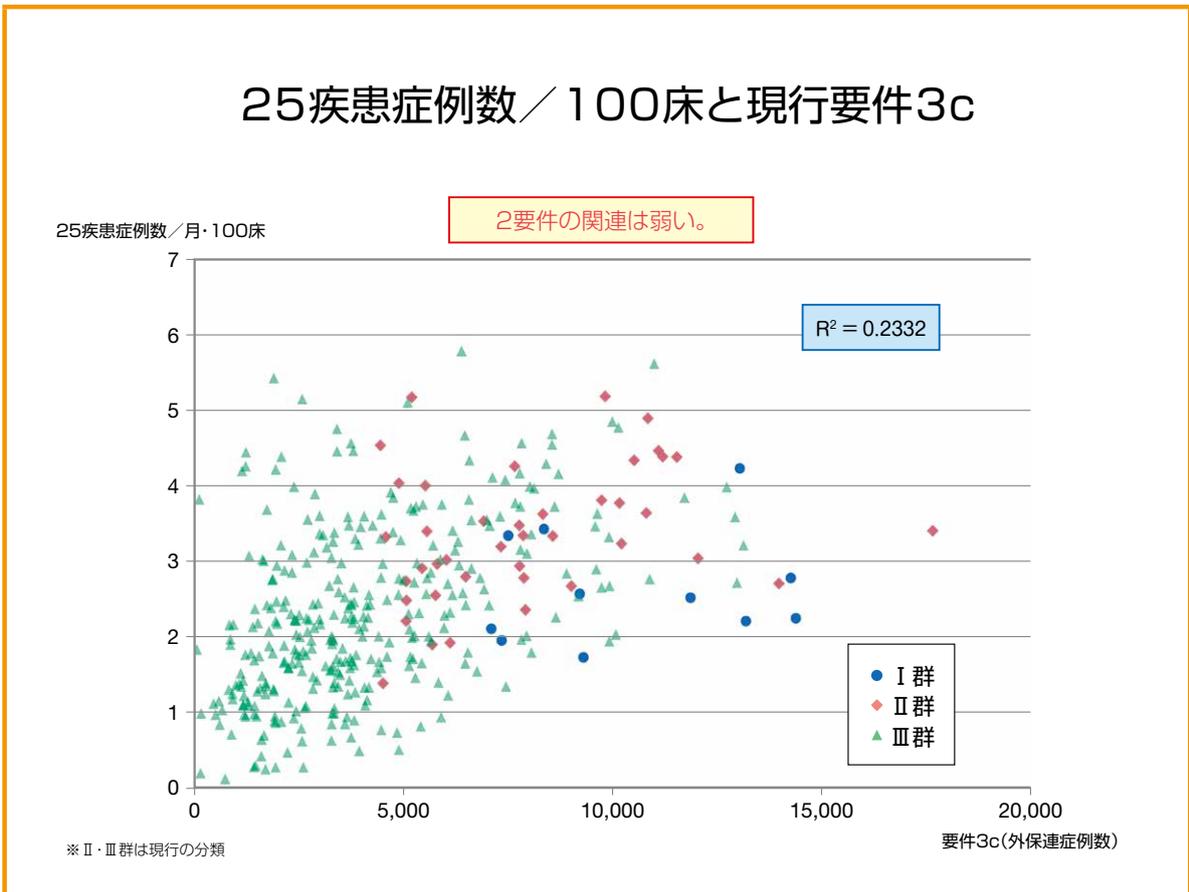
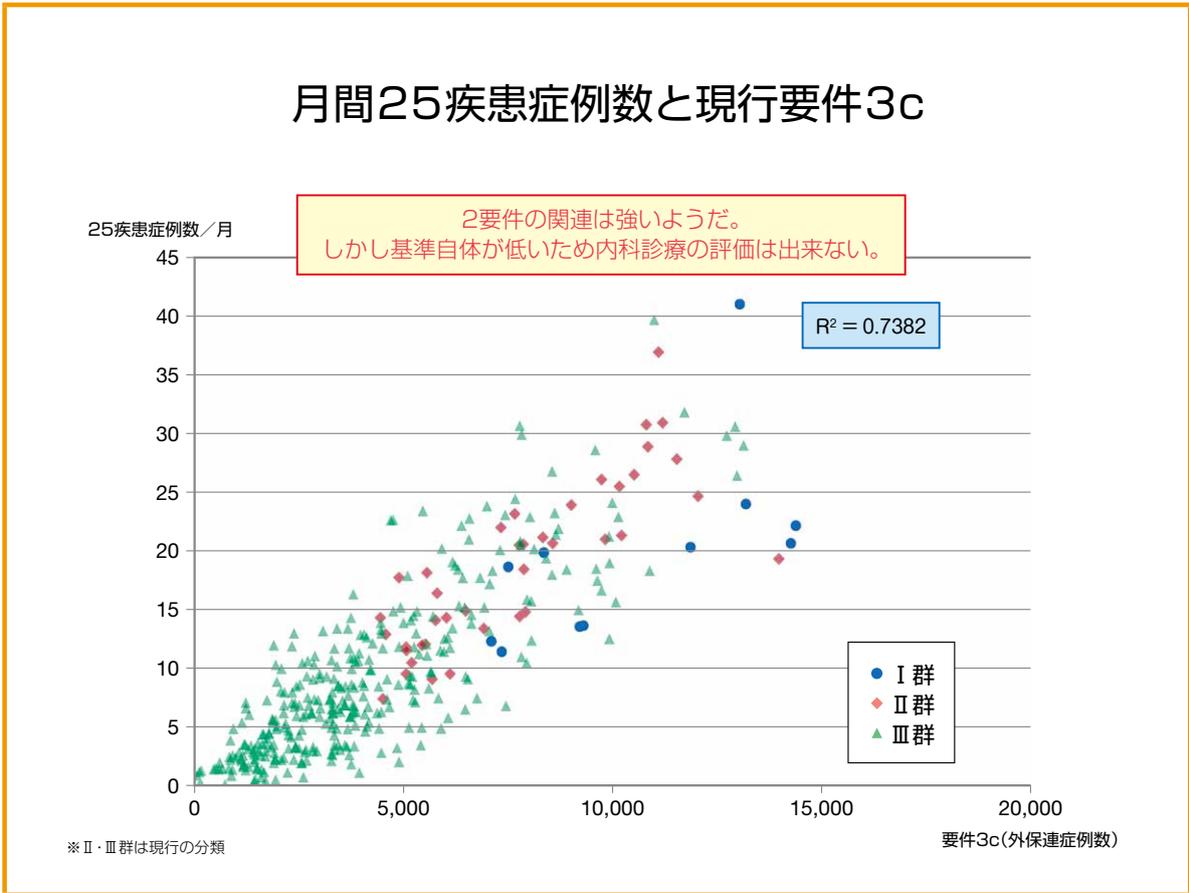


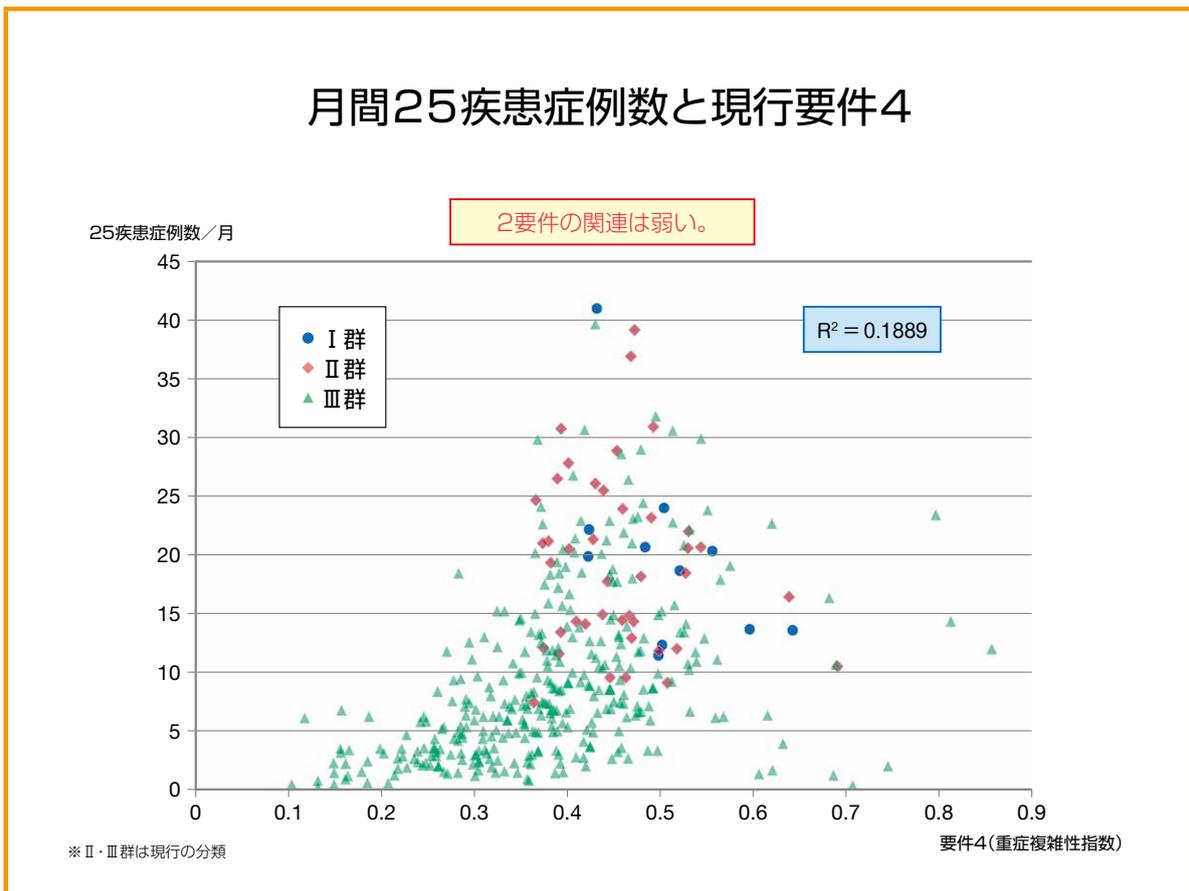
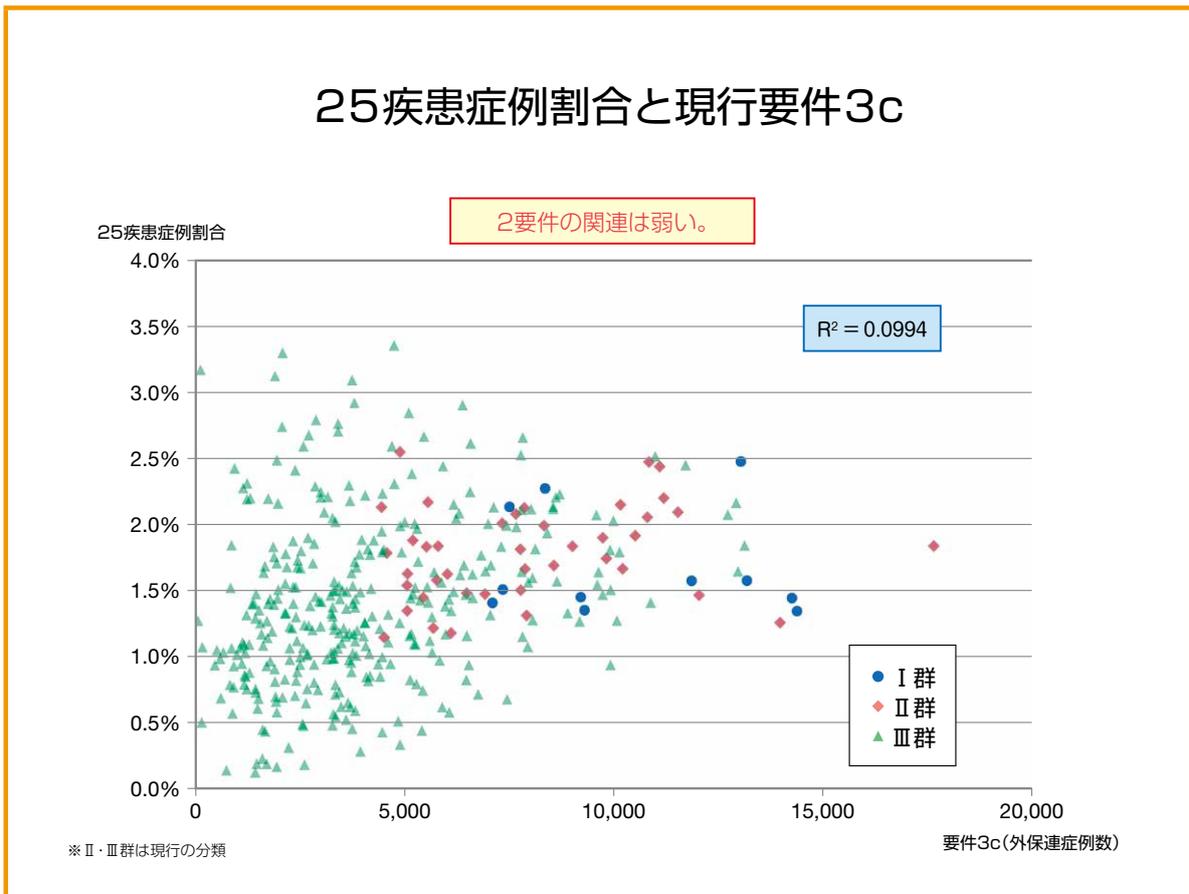
25疾患症例数／100床と現行要件3b



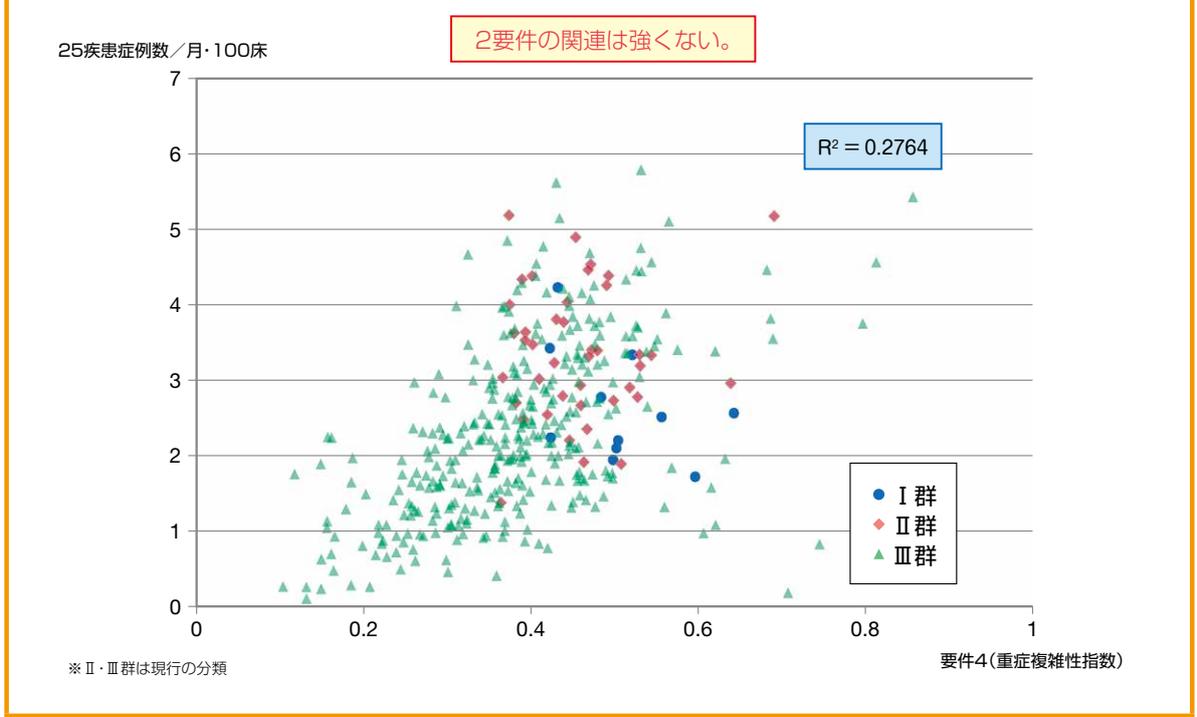
25疾患症例割合と現行要件3b



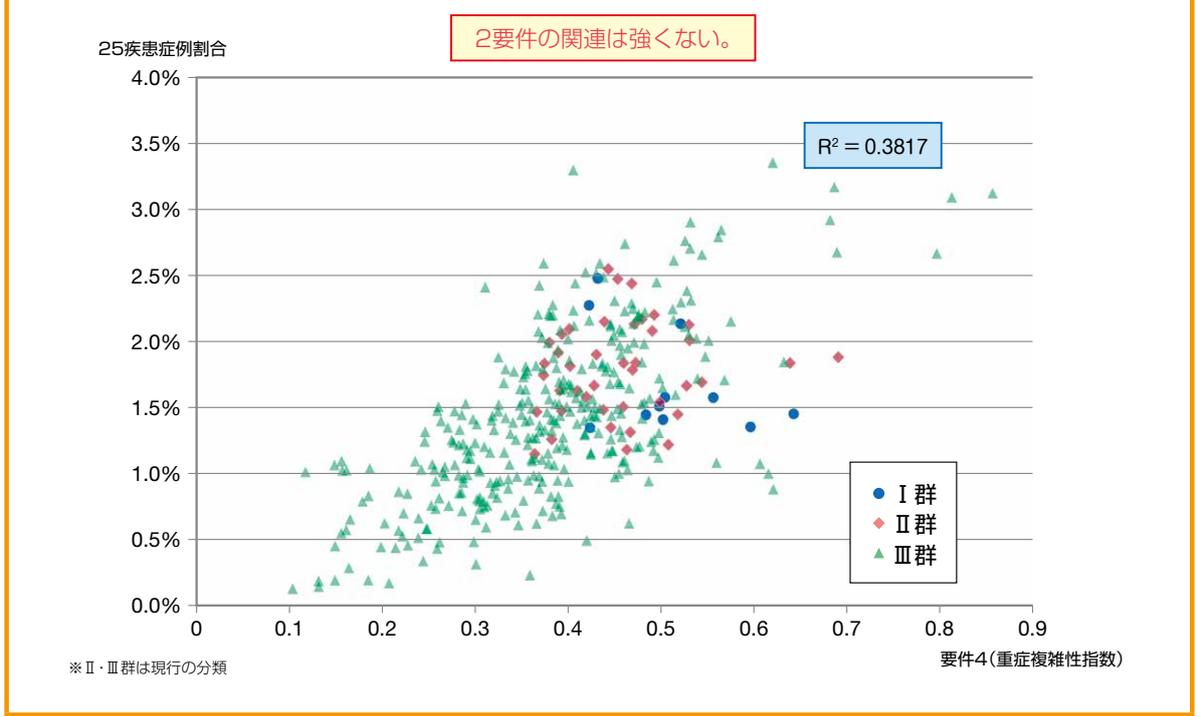




25疾患症例数／100床と現行要件4



25疾患症例割合と現行要件4



相関関係一覧 回帰分析におけるR

R (単相関係数)	要件1	要件3a	要件3b	要件3c	要件4
3A 月間症例数	0.21	0.31	0.57	0.86	0.43
3B 100症例当たり	0.17	0.38	0.55	0.48	0.53
3C 症例割合	0.20	0.37	0.29	0.32	0.62

外科系実績要件3abcと内科系実績要件との相関は要件3Cと要件3Aが強いのみで、外科系実績要件で内科系実績要件を正確には予測できない。

同様に複雑性指数(重症DPC補正後)も内科系実績要件の代替にはならないと考えられる。

参考とした基準

r	相関
±0.7以上	強い
±0.4以上	中程度
±0.2以上	弱い
±0.2以下	相関なし

まとめ373病院

内科要件は上述の現行基準と比較し緩い基準である。達成25.5%。

※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院	要件3○	要件3×
要件1,4○	81病院	203病院
要件1,4×	5病院	84病院
373病院	内科要件○	内科要件×
要件1,4○	95病院	189病院
要件1,4×	13病院	76病院

※内科要件はI群下限値以上3条件達成で○

まとめ (要件1,4達成284病院)

内科要件、現行要件3のAND条件での達成率は13.7%。
基準としてやや緩いか。

※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院から 要件1,4達成284病院	要件3○	要件3×
内科要件○	51病院	44病院
内科要件×	30病院	159病院

※内科要件はⅠ群下限値以上3条件達成で○

2要件、6条件のうち5条件達成の場合

外科系要件

- 症例当たり外保連手術指数
- 床当たり外保連手術指数
- 外保連手術指数症例数

内科系要件

- 特定内科 25 疾患症例数 (月当たり)
- 100 床当たり特定内科 25 疾患症例数
- 特定内科 25 疾患症例割合



5条件達成

※外科系要件(要件3)は日病資料を基にした達成率基準による。

※内科系要件はⅠ群22病院の下位2番目病院を下限値とした。

5/6条件 (要件1,4達成284病院)

5/6条件達成は28.4%。

373病院から 要件1,4達成284病院	要件3,3条件○	要件3,2条件○	要件3×
内科要件3条件○	51病院	38病院	6病院
内科要件2条件○	17病院	24病院	41病院
内科要件×	13病院	36病院	58病院

資料4 予測2 (新基準予測)

外科系実績要件と内科系実績要件 (案) に適合する II・III群病院の予測

外科系実績要件が新基準の場合

仮定1：新基準での要件1,3abc,4の達成率が日本病院協会調査資料での達成率と同等である。

仮定2：病院ダッシュボード®の対象病院と日本病院協会調査資料の対象病院の構成が同等である。

日本病院団体協議会調査資料からみる 現行要件の達成率

医療機関群 (II群・III群) における実績要件の比較

要件	基準値	厚生労働省通知の平均値	
		II群 (n=45)	III群 (n=412)
【実績要件1】診療密度	2,438.63	2,551.07	2,409.71
【実績要件2】医師研修の実施	0.0163	0.0420	0.0185
【実績要件3】高度な医療技術の実施			
(3a) 手術1件当たりの外保連指数	14.69	16.36	13.36
(3b) DPC算定病床当たりの同指数	134.59	216.92	134.61
(3c) 手術実施件数	3,200	7,535	3,271
【実施要件4】重症患者に対する診療の実施	0.1248	0.2474	0.1380

III群における基準値の達成割合と平均値

	基準値以上			基準値未満		
	病院数	割合	平均値	病院数	割合	平均値
実績要件1	152	36.9%	2,540.75	260	63.1%	2,333.10
実績要件2	168	40.8%	0.0375	244	59.2%	0.0054
実績要件3a	67	16.3%	16.63	345	83.7%	12.72
実績要件3b	175	42.5%	183.38	237	57.5%	98.60
実績要件3c	185	44.9%	5,231	227	55.1%	1,673
実績要件4	190	46.1%	0.2155	222	53.9%	0.0716

日病会員457病院の調査結果より。最難関は要件3a。

日本病院団体協議会調査資料からみる 現行要件の達成率

調査結果より仮想の達成率を算出。
パーセンタイルでcutoffを設定する。

(達成 III 群病院 + II 群病院) / 母数 = 達成率

要件1 : $(152 + 45) / 457 = 43.1\%$

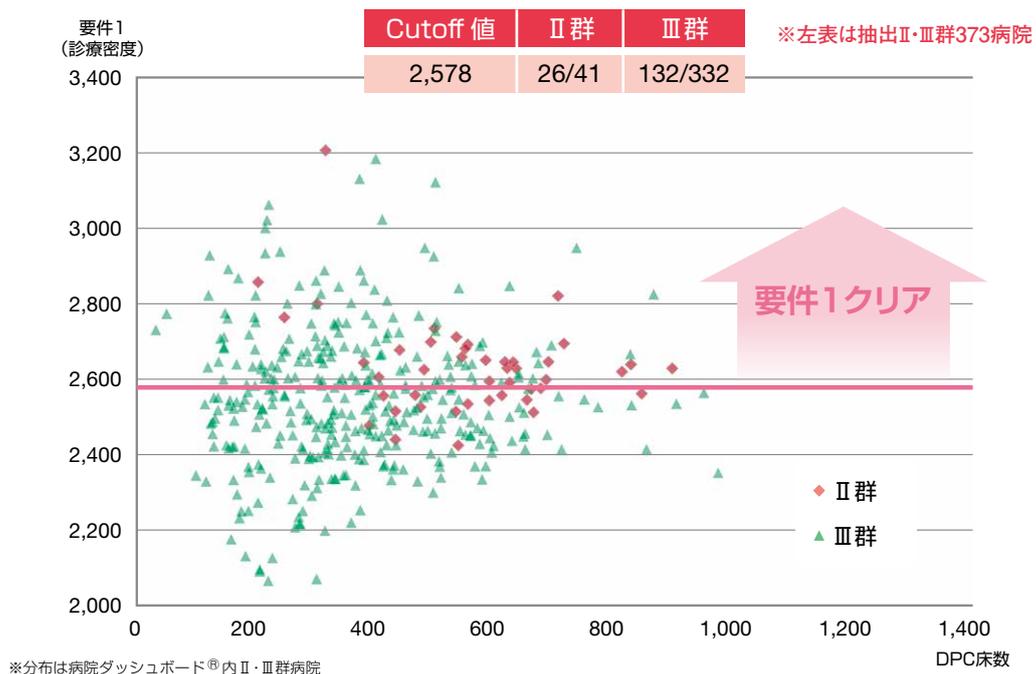
要件3a : $(67 + 45) / 457 = 24.5\%$

要件3b : $(175 + 45) / 457 = 48.1\%$

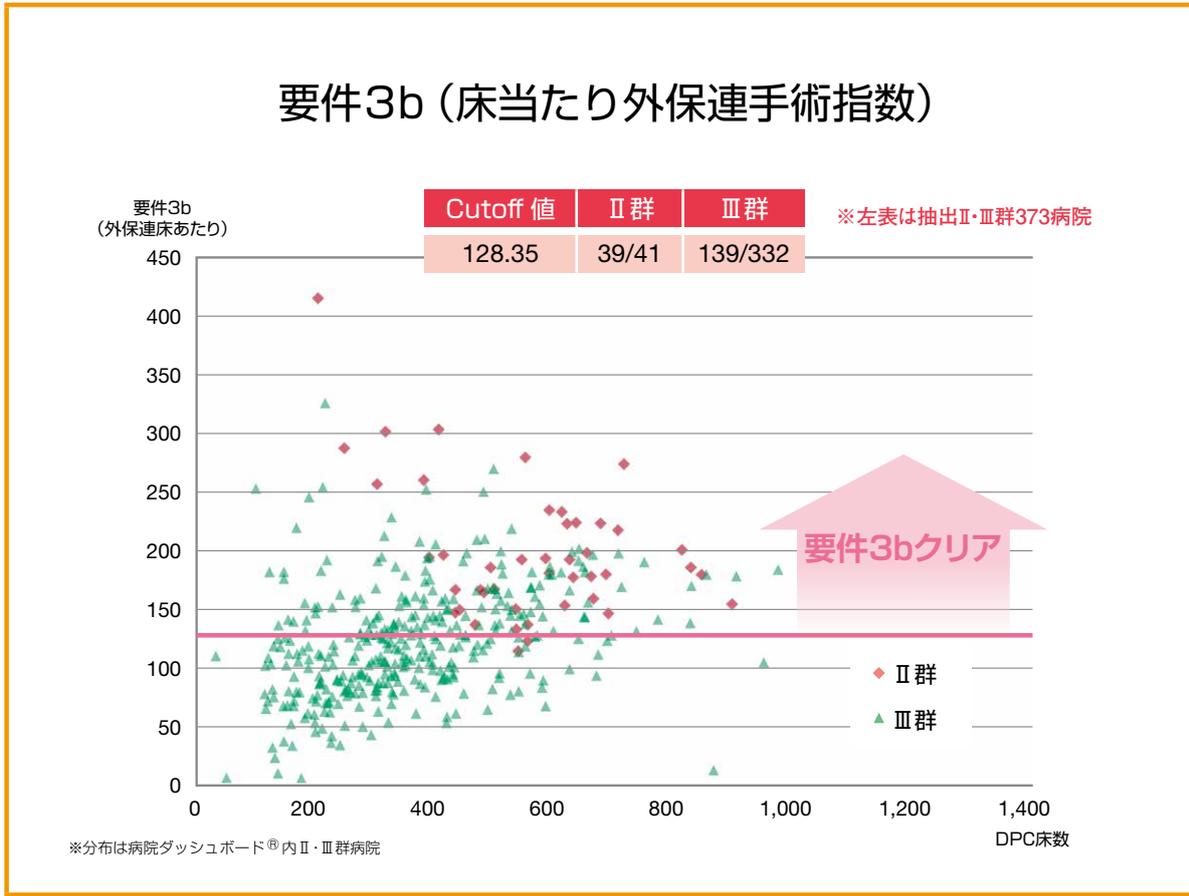
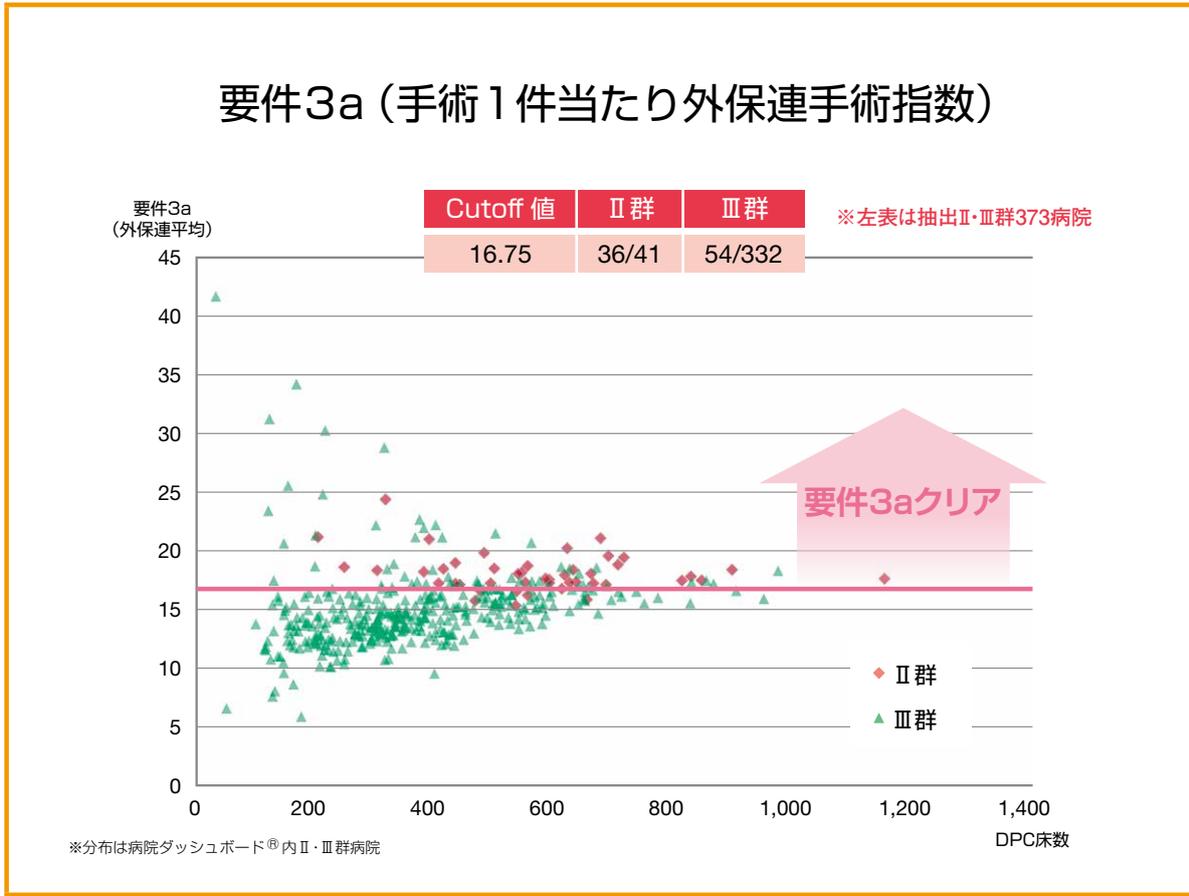
要件3c : $(185 + 45) / 457 = 50.3\%$

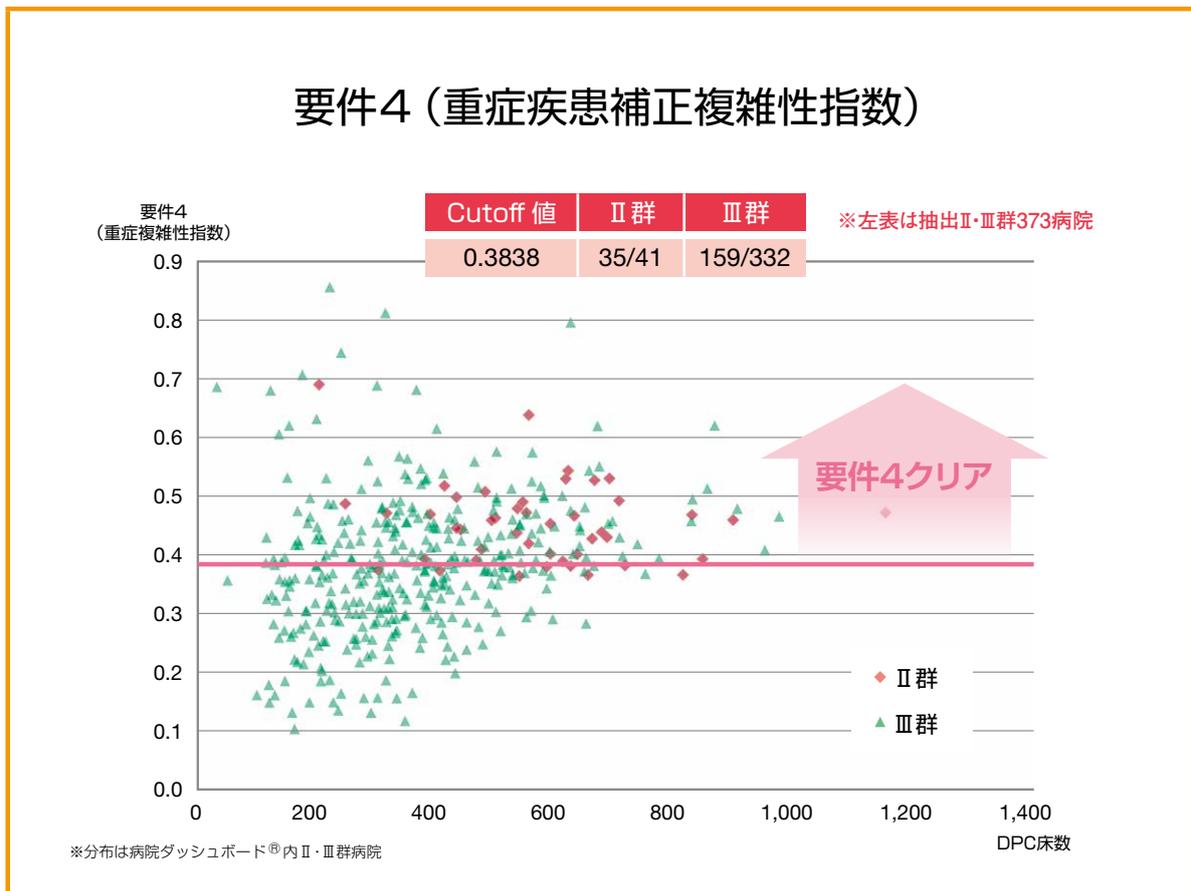
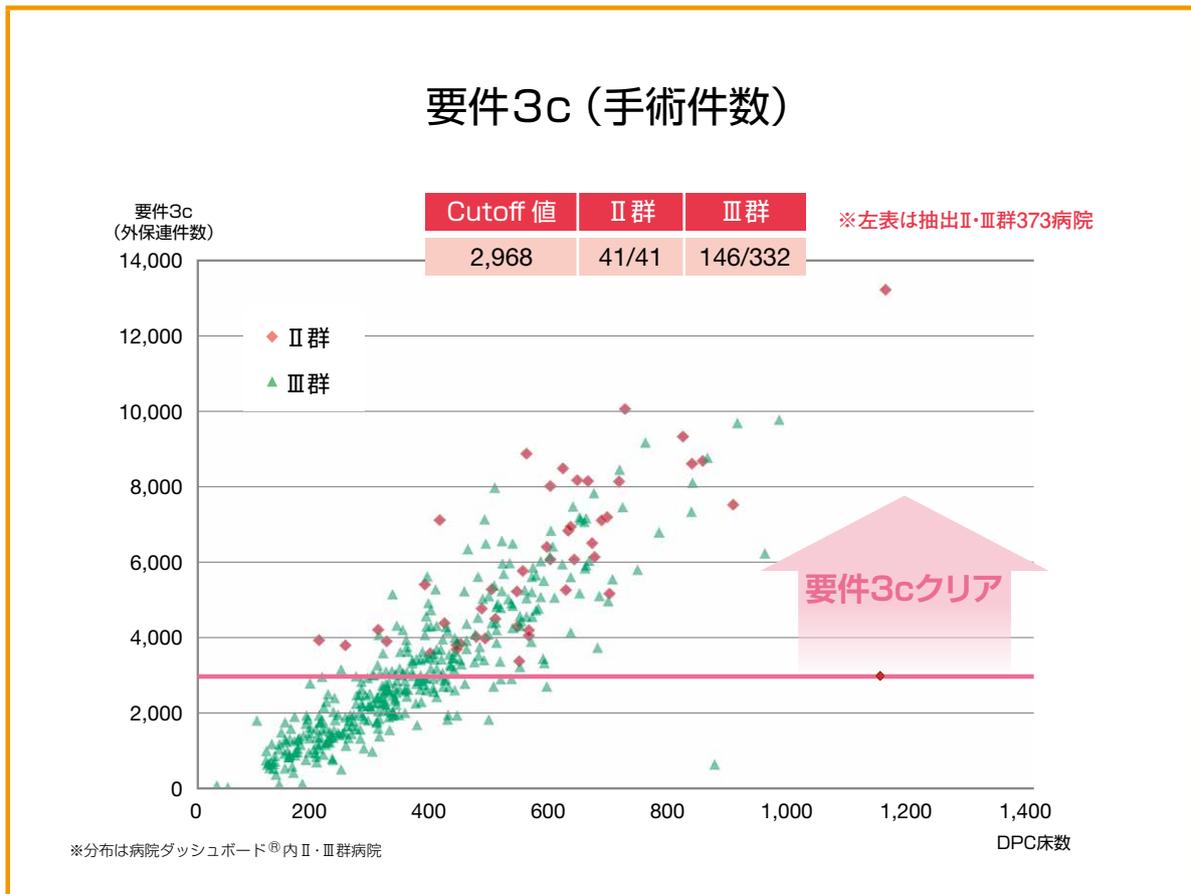
要件4 : $(190 + 45) / 457 = 51.4\%$

要件1 (診療密度)



資料4 II・III群病院の予測2 (新基準予測)





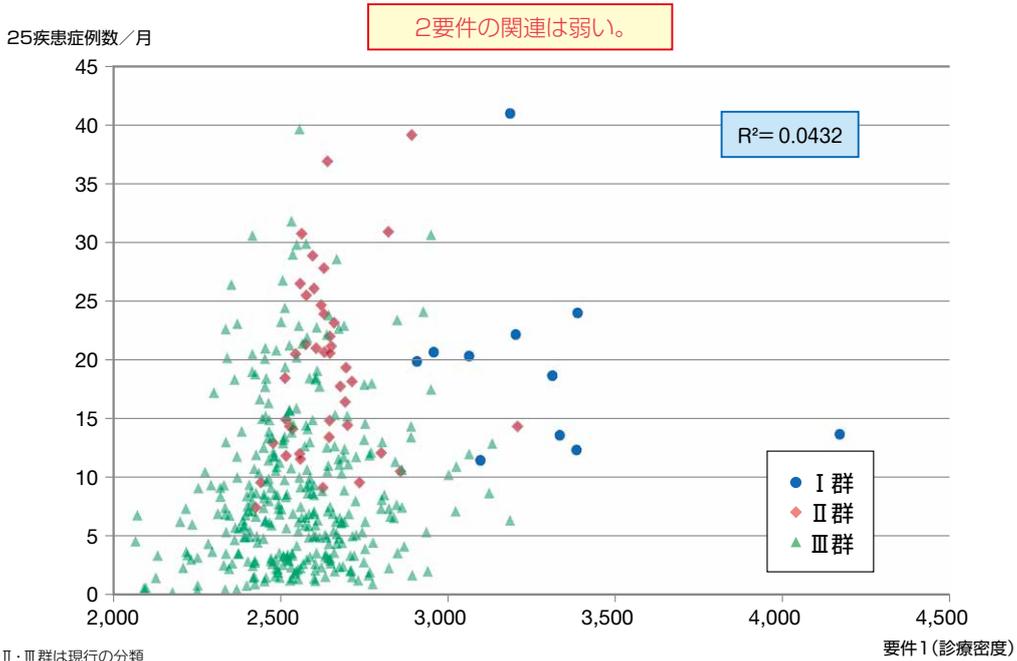
現行要件まとめ

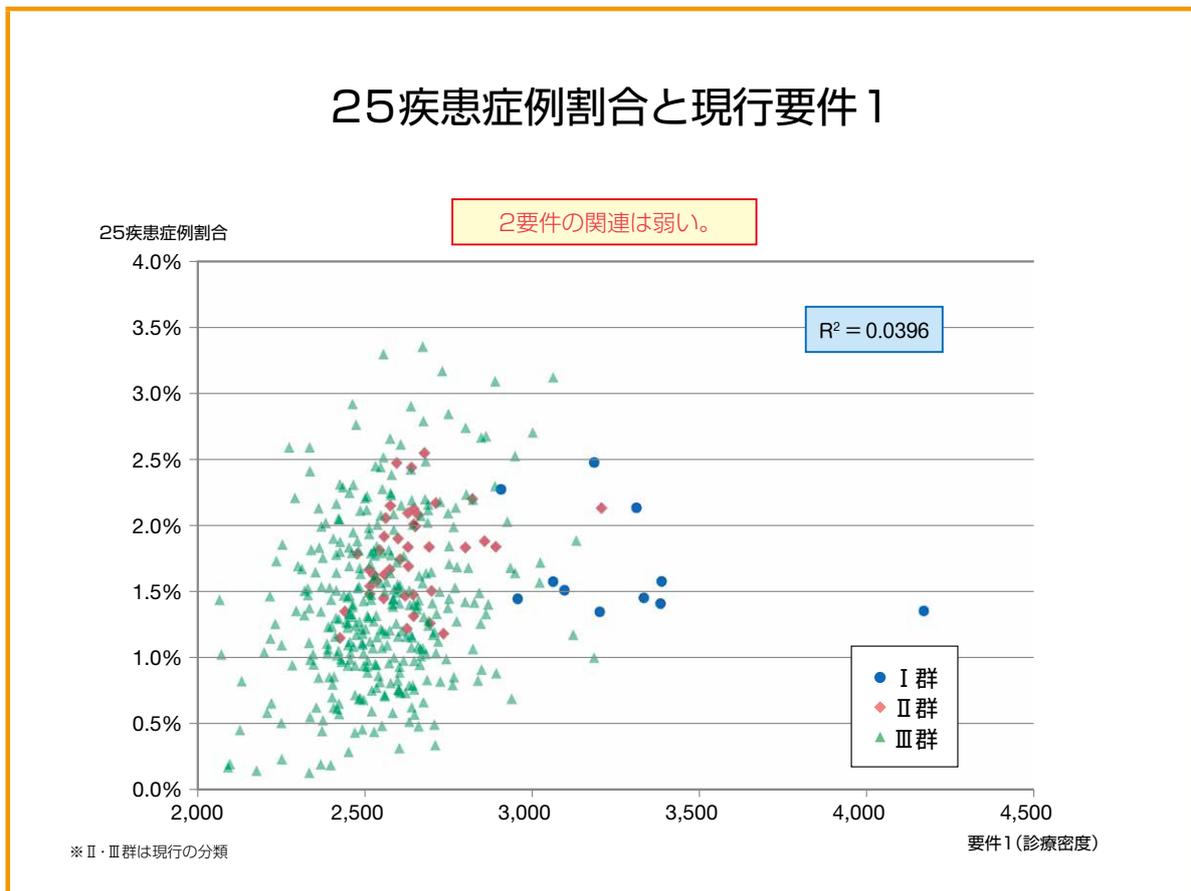
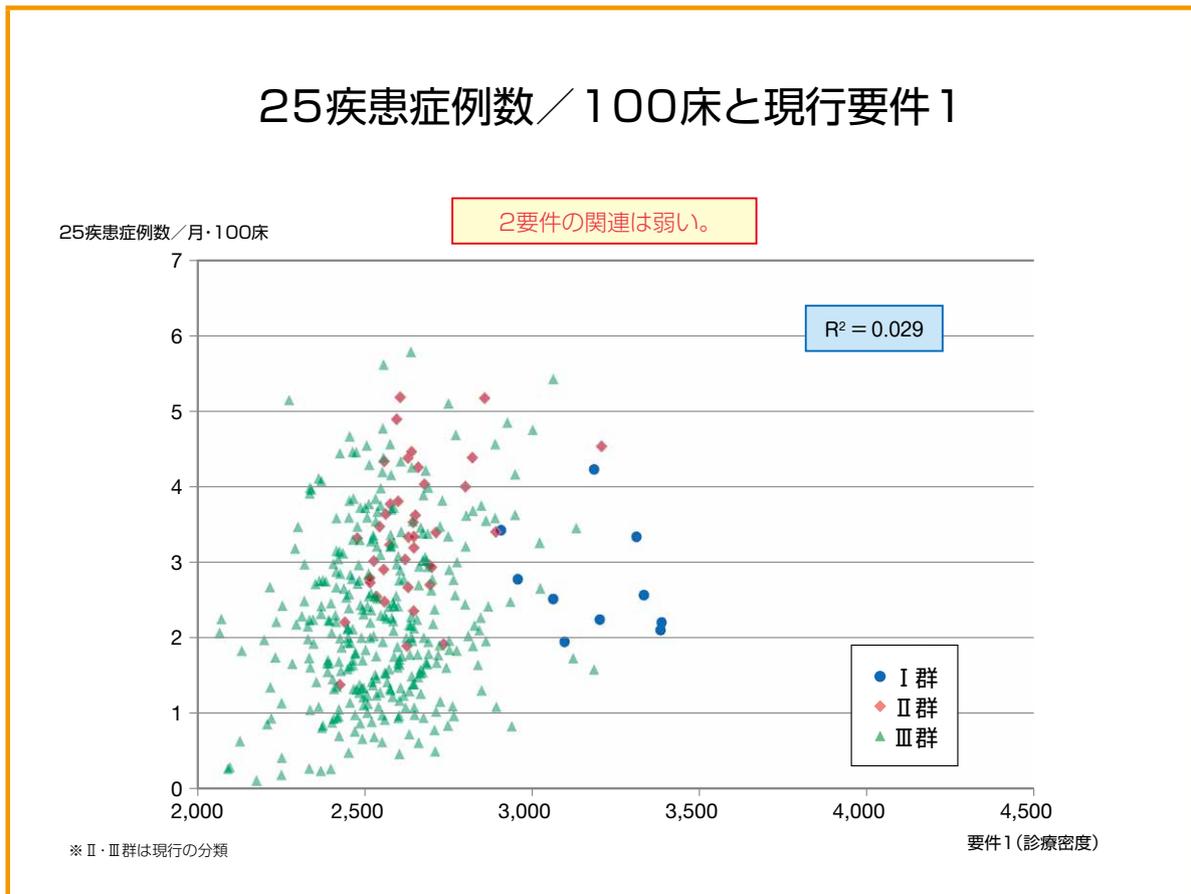
日病資料を基にした相対評価で現行の実績要件を判断。
 30/373=8.0%。現行II群の6.4%(90/1416)に近い数値。

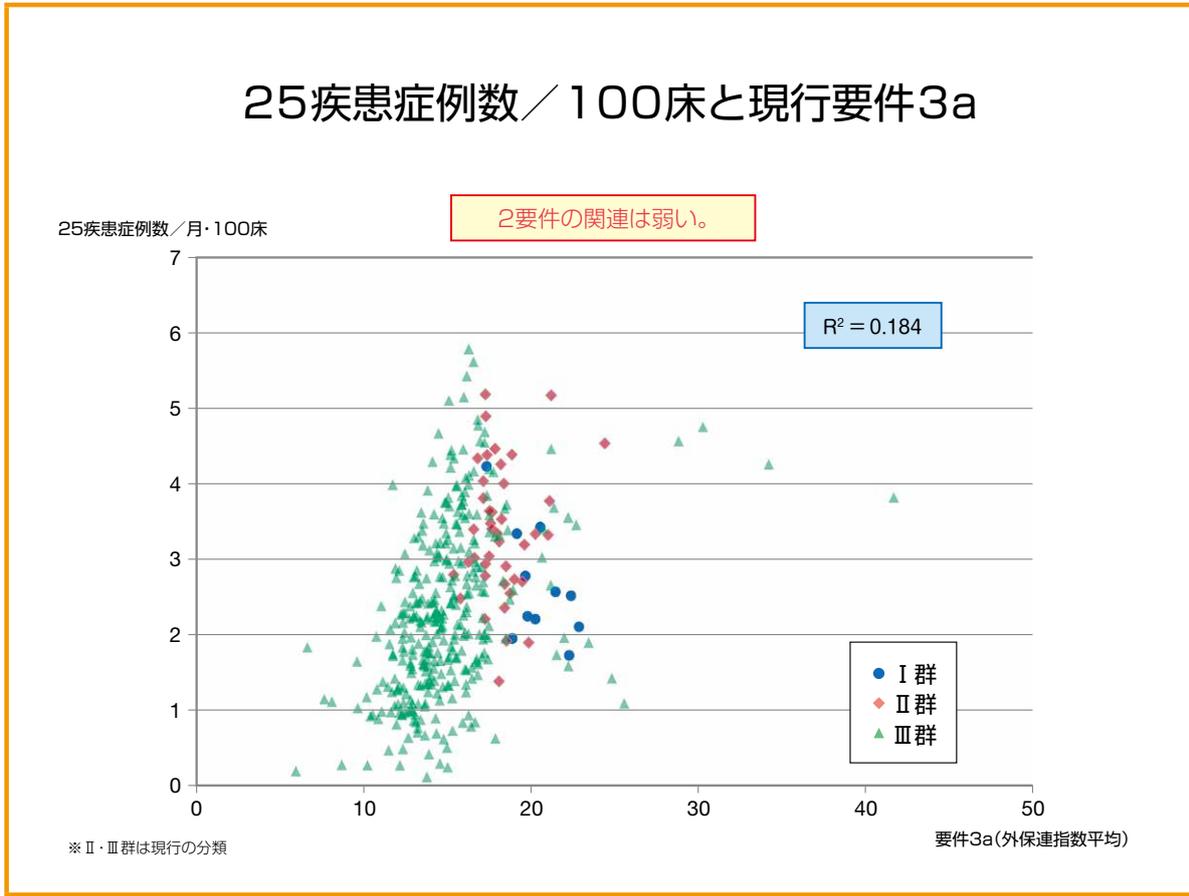
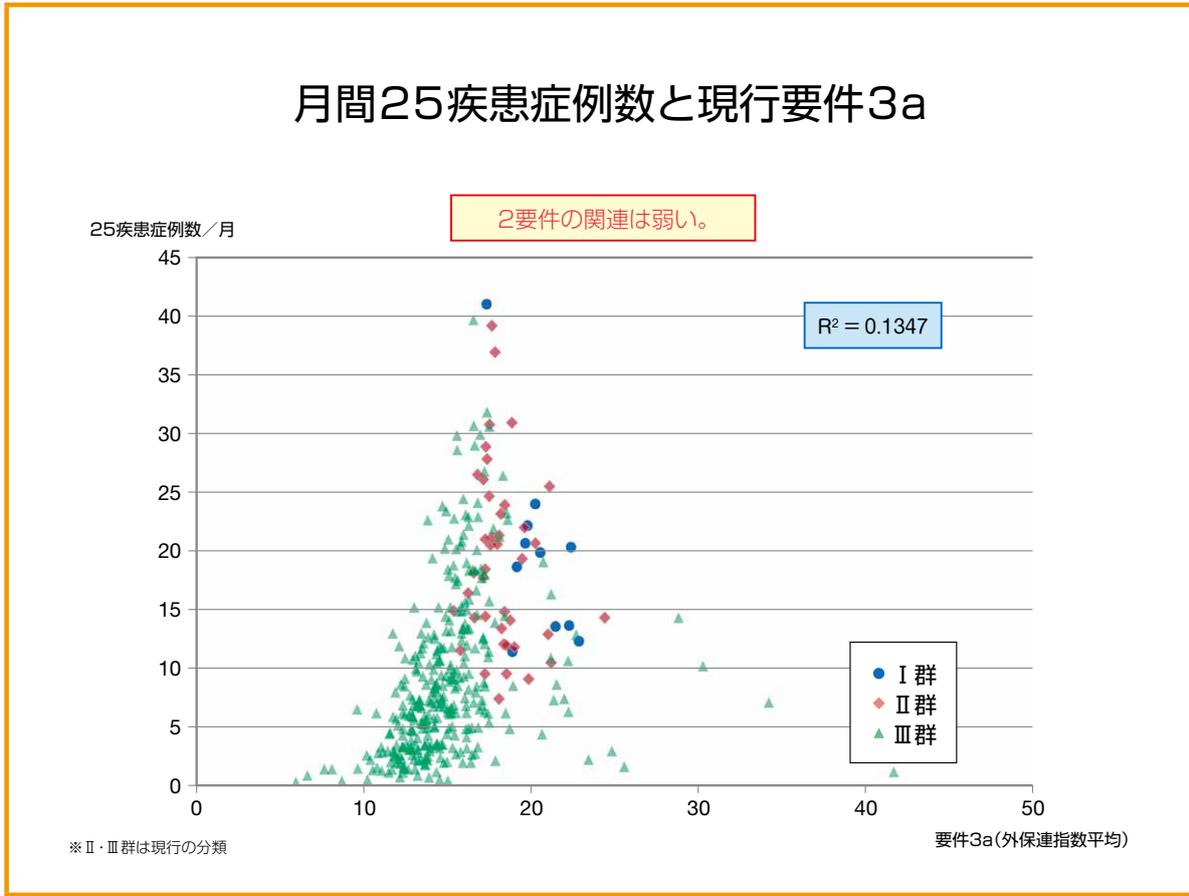
※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院	要件3○	要件3×
要件1,4○	30病院	64病院
要件1,4×	35病院	244病院

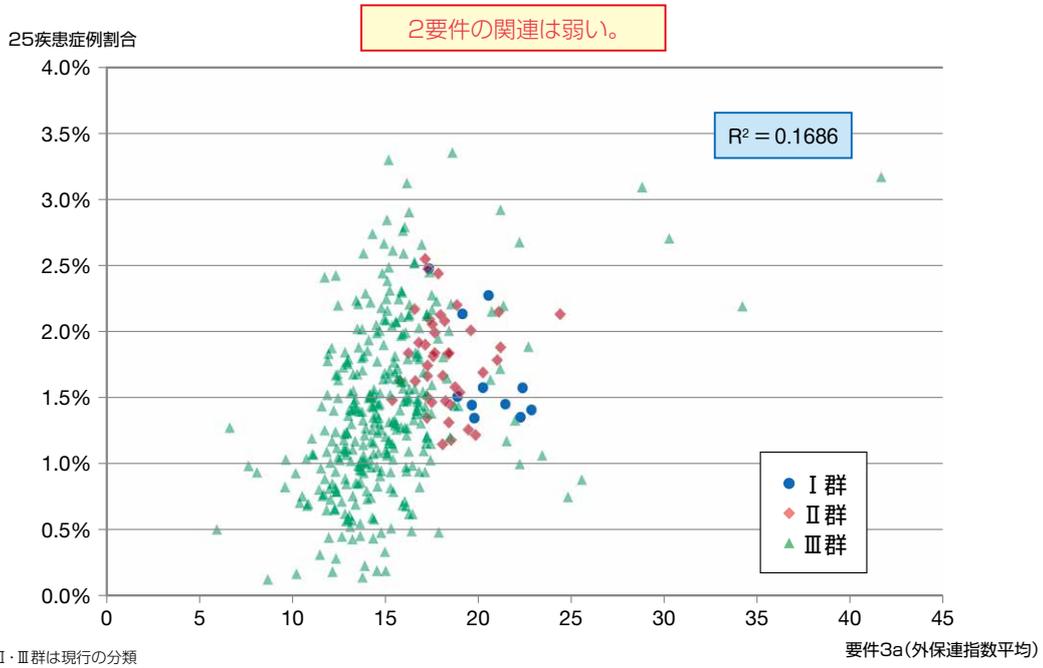
月間25疾患症例数と現行要件1



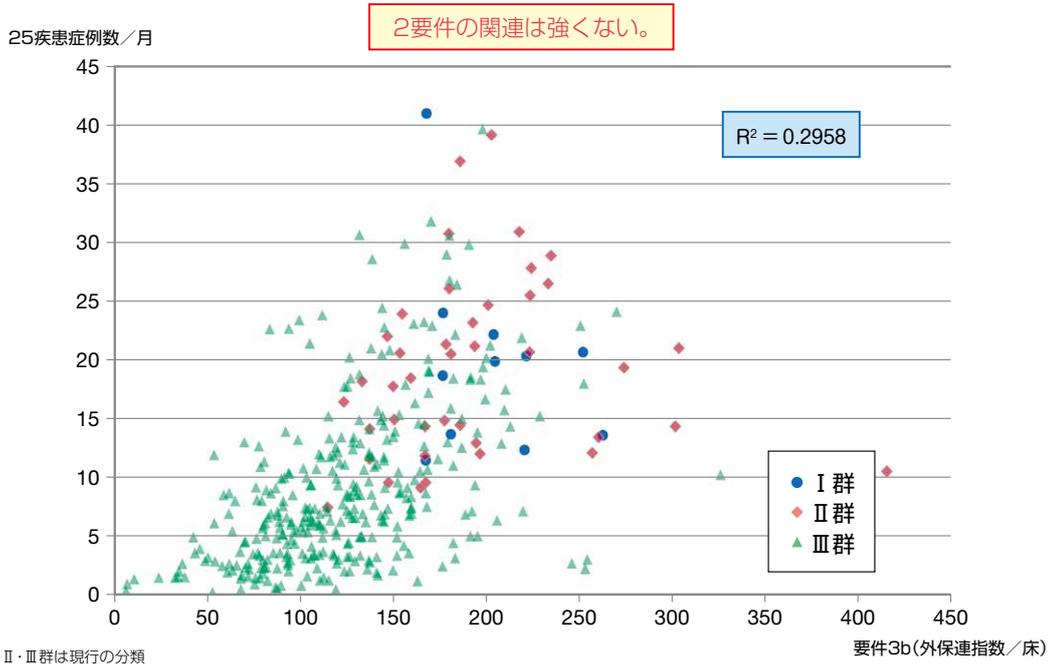




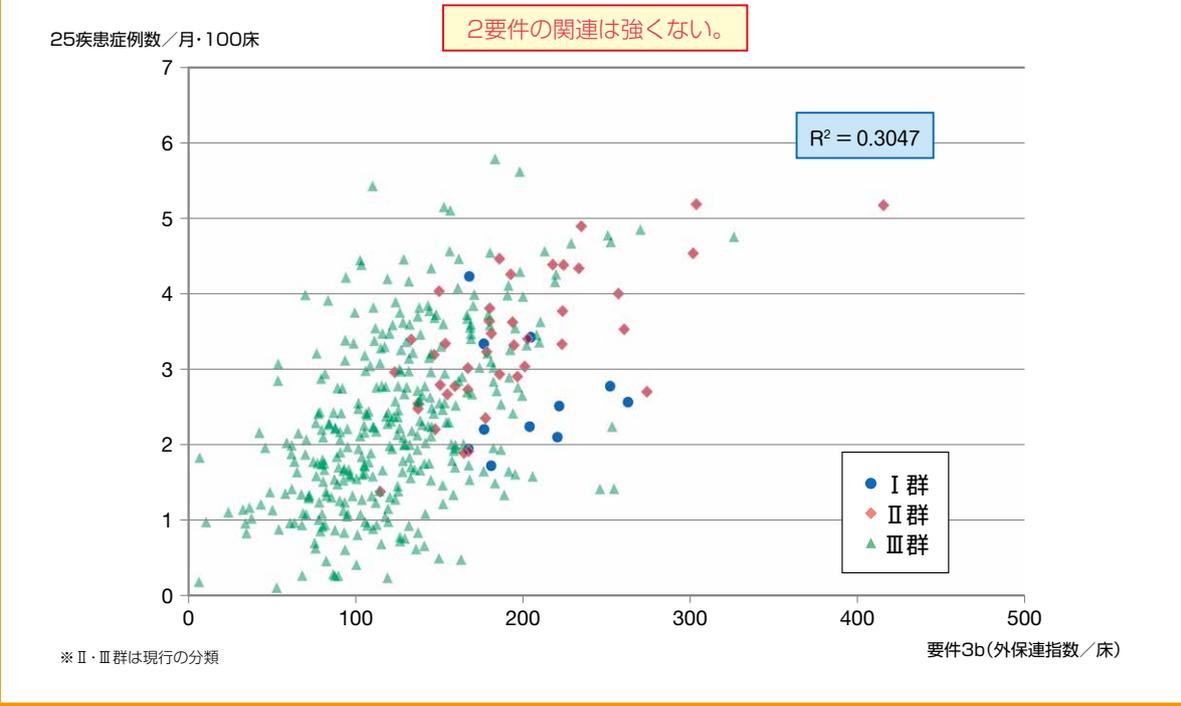
25疾患症例割合と現行要件3a



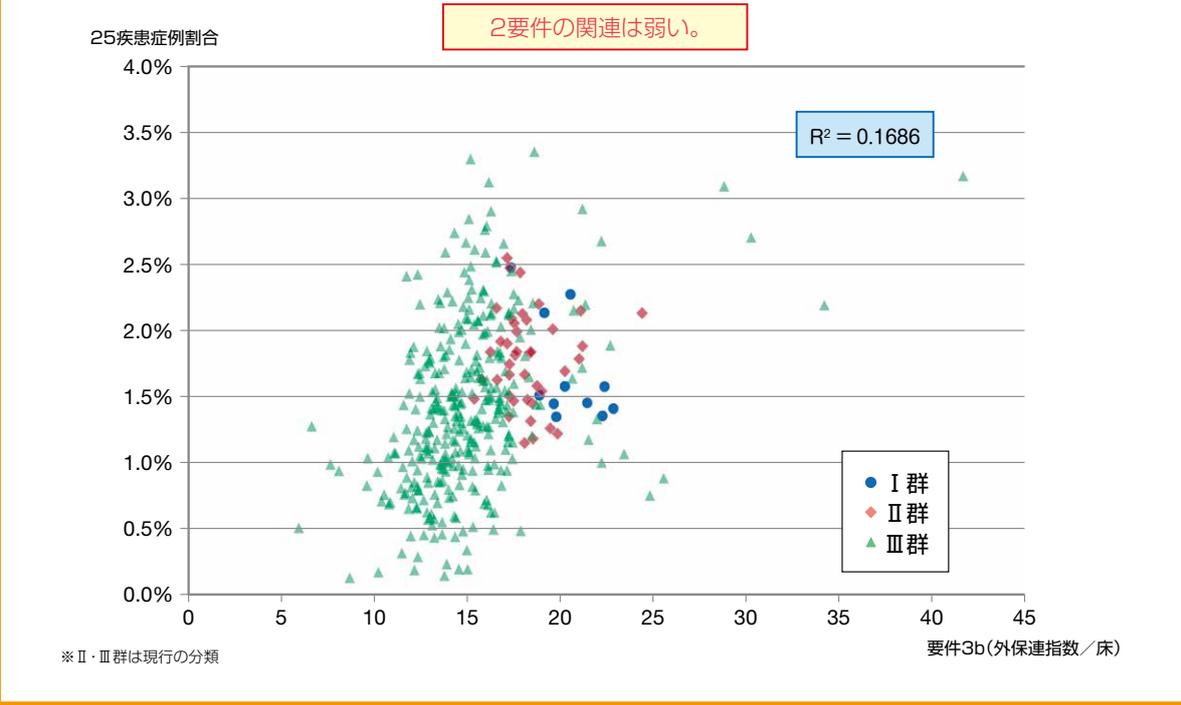
月間25疾患症例数と現行要件3b

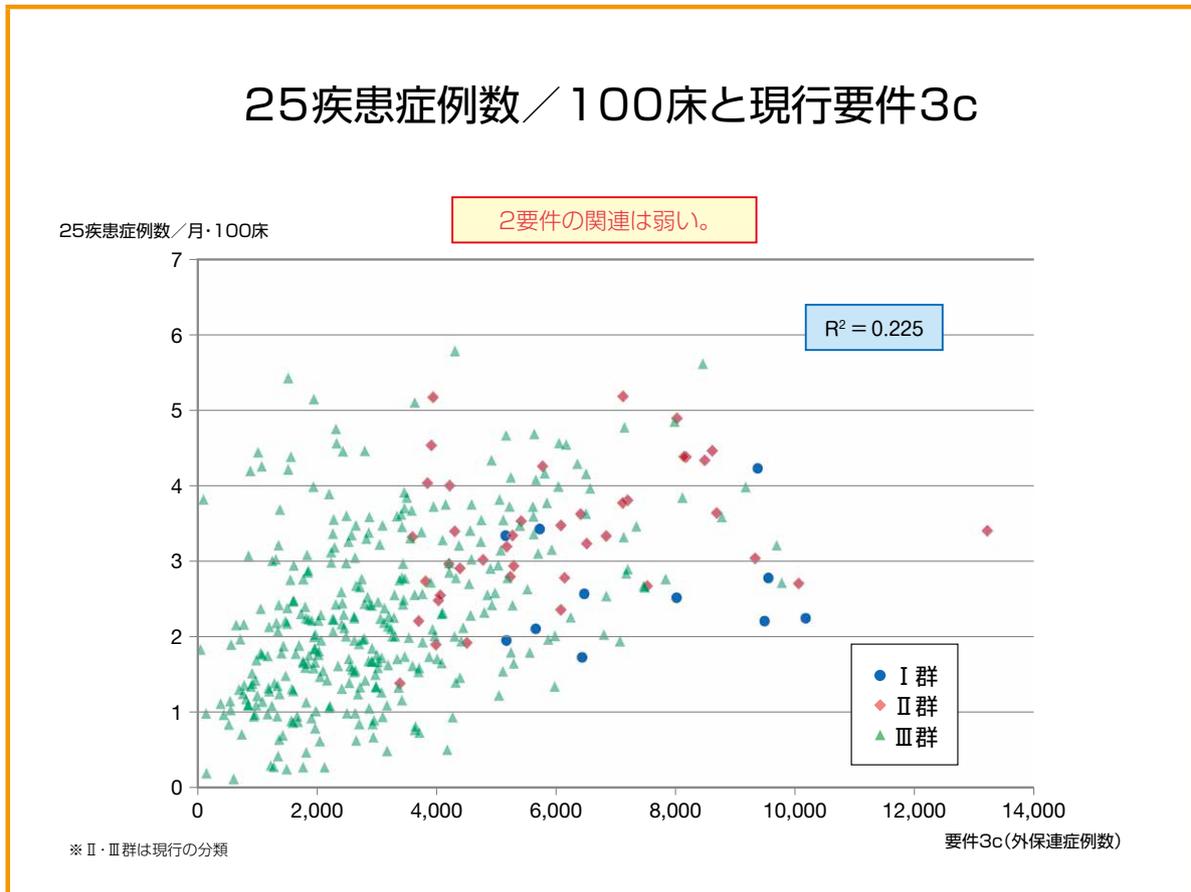
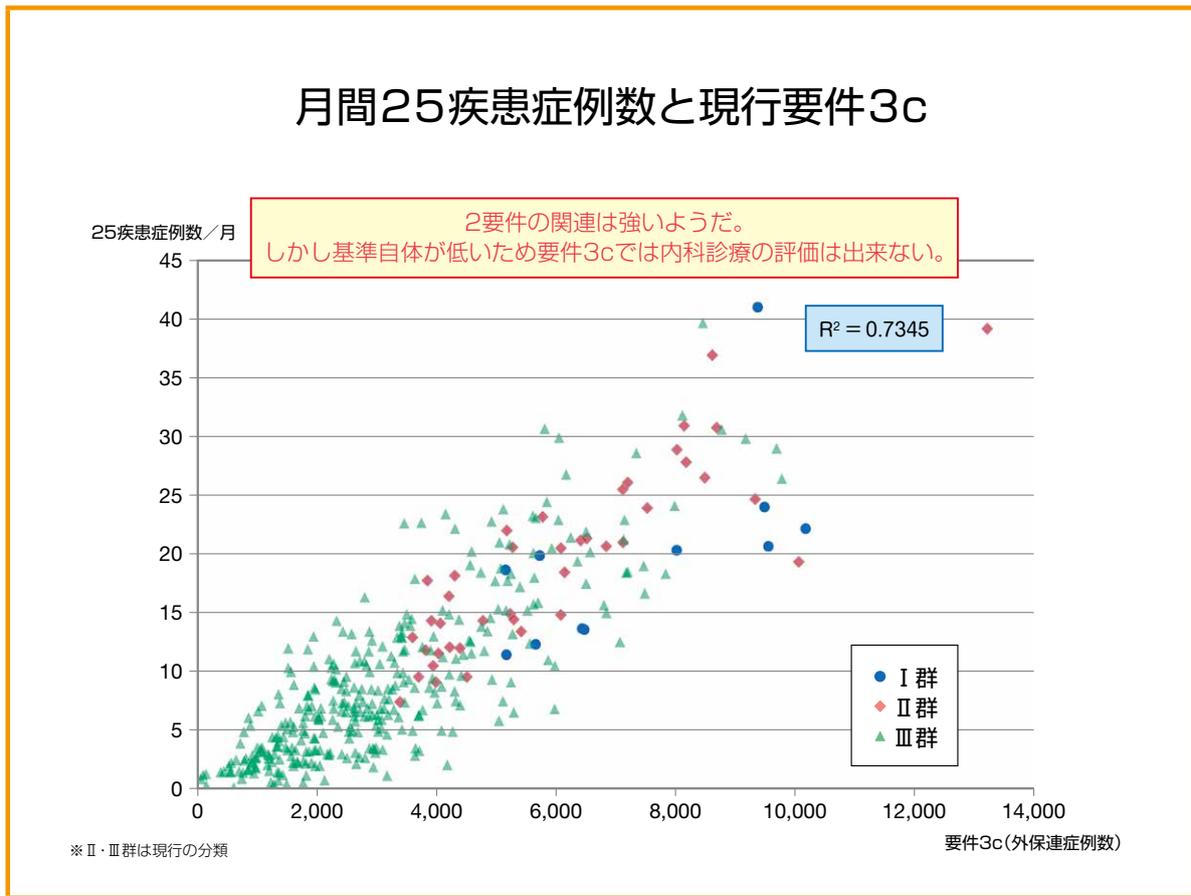


25疾患症例数／100床と現行要件3b



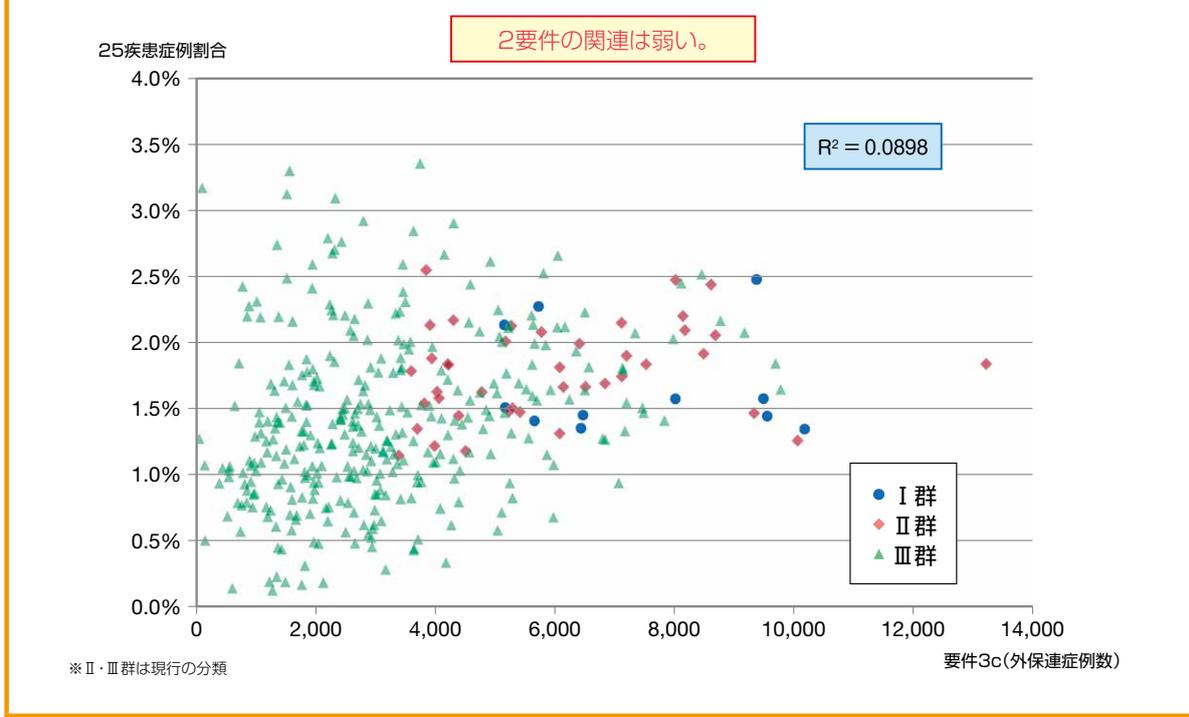
25疾患症例割合と現行要件3b



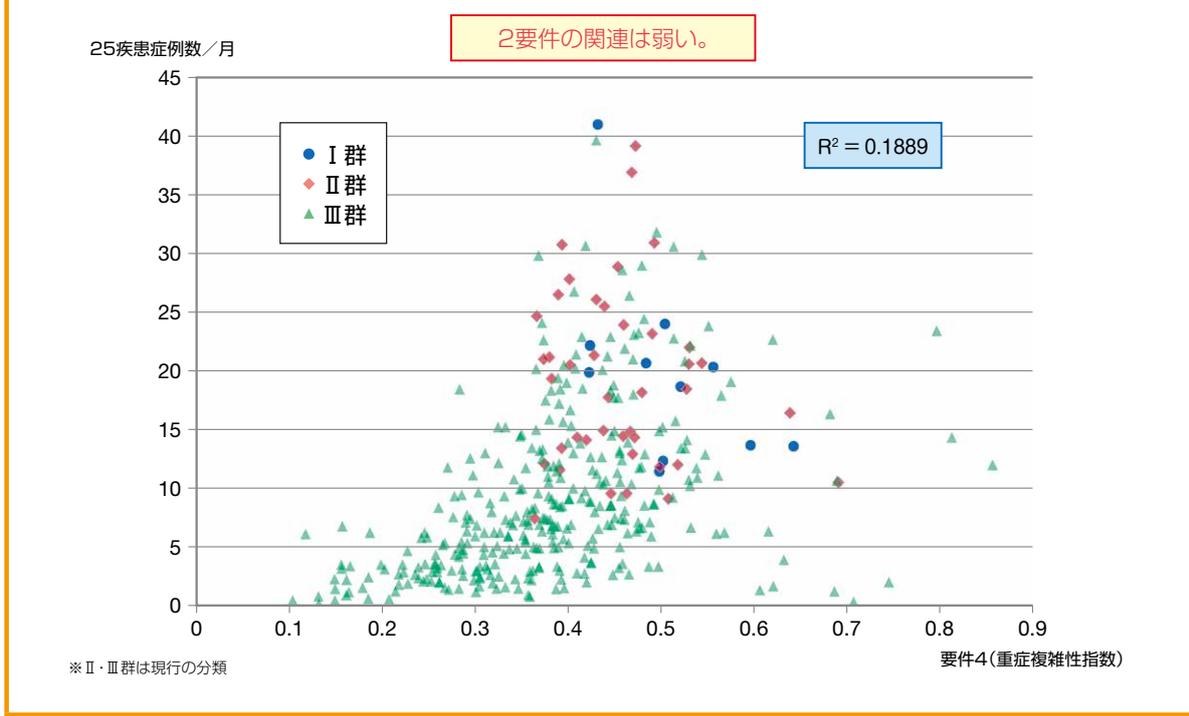


資料4 II・III群病院の予測2 (新基準予測)

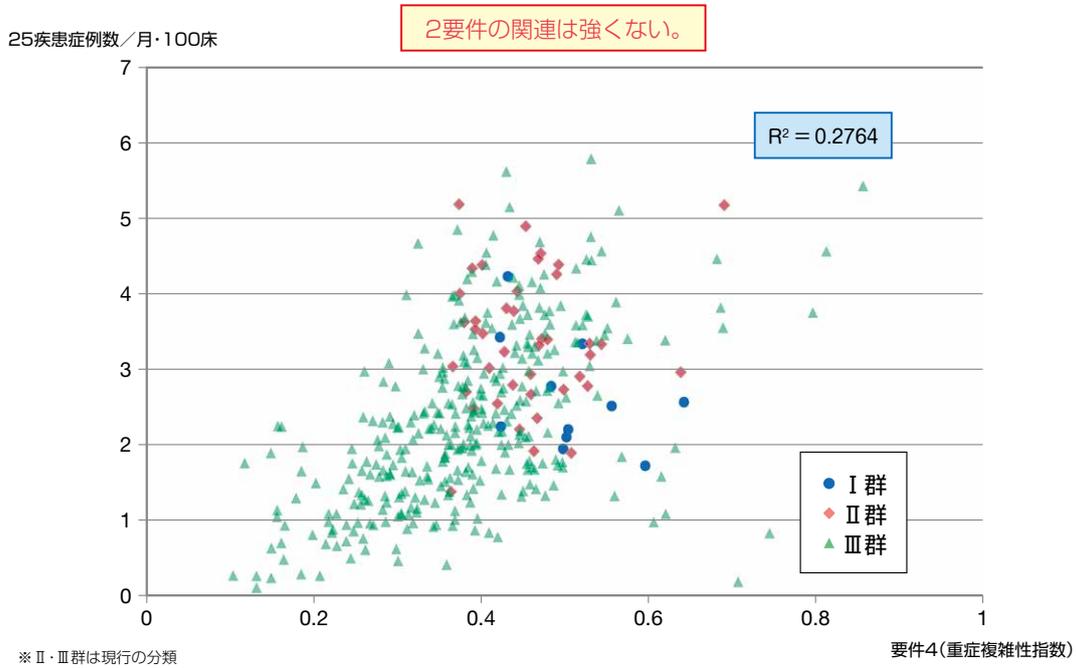
25疾患症例割合と現行要件3c



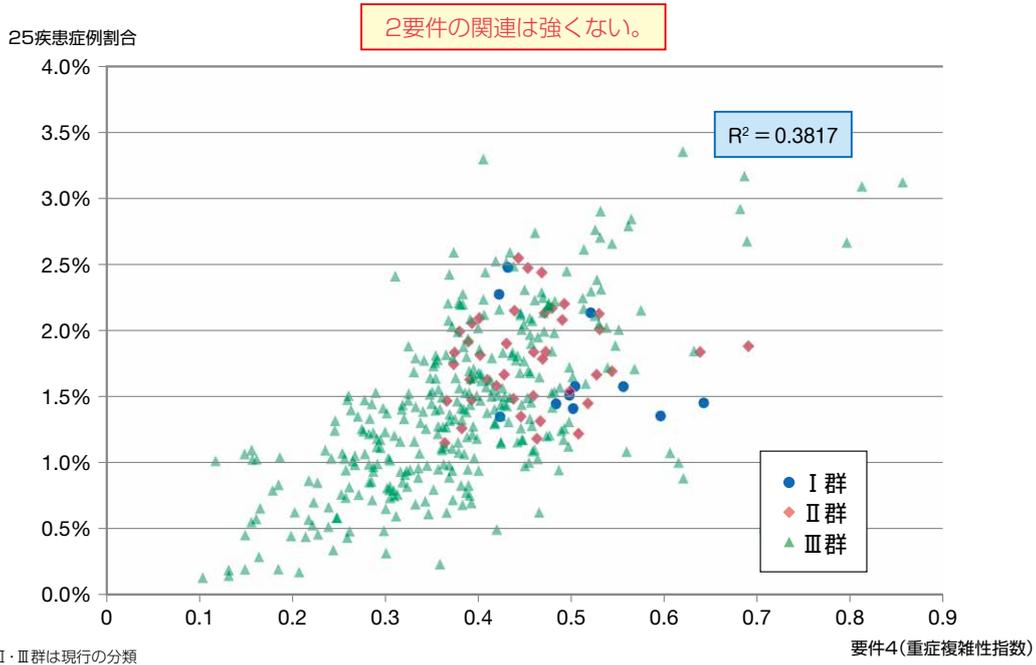
月間25疾患症例数と現行要件4



25疾患症例数／100床と現行要件4



25疾患症例割合と現行要件4



相関関係一覧 回帰分析におけるR

R (単相関係数)	要件1	要件3a	要件3b	要件3c	要件4
3A 月間症例数	0.21	0.37	0.54	0.86	0.43
3B 100症例当たり	0.17	0.43	0.55	0.47	0.53
3C 症例割合	0.20	0.41	0.28	0.30	0.62

外科系実績要件3abcと内科系実績要件との相関は要件3Cと要件3Aが強いのみで、外科系実績要件で内科系実績要件を正確には予測できない。

同様に複雑性指数(重症DPC補正後)も内科系実績要件の代替にはならないと考えられる。

参考とした基準

r	相関
±0.7以上	強い
±0.4以上	中程度
±0.2以上	弱い
±0.2以下	相関なし

まとめ373病院

内科要件は現行の要件3に比較するとやや緩い基準である。11.5%。

※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院	要件3○	要件3×
要件1,4○	30病院	63病院
要件1,4×	36病院	244病院
373病院	内科要件○	内科要件×
要件1,4○	43病院	51病院
要件1,4×	65病院	214病院

※内科要件はI群下限値以上3条件達成で○

まとめ (要件1,4達成94病院)

内科要件、現行要件3のAND条件での達成率は5.6%(21/373)。
やや厳しい基準か。OR条件では1割を超える。

※要件3はa、b、cとも達成で○

373病院から 要件1,4達成94病院	要件3○	要件3×
内科要件○	21病院	22病院
内科要件×	9病院	42病院

※内科要件はI群下限値以上3条件達成で○

2要件、6条件のうち5条件達成の場合

外科系要件

- 症例当たり外保連手術指数
- 床当たり外保連手術指数
- 外保連手術指数症例数

内科系要件

- 特定内科 25 疾患症例数 (月当たり)
- 100 床当たり特定内科 25 疾患症例数
- 特定内科 25 疾患症例割合

5条件達成

※外科系要件(要件3)は日病資料を基にした達成率基準による。

※内科系要件はI群22病院の下位2番目病院を下限値とした。

5/6条件 (要件1,4達成94病院)

5/6条件達成は9.9%。

373病院から 要件1,4達成94病院	要件3,3条件○	要件3,2条件○	要件3×
内科要件3条件○	21病院	14病院	8病院
内科要件2条件○	2病院	7病院	22病院
内科要件×	7病院	4病院	9病院

内保連 グリーンブック ver. 1

—内科系技術についての診療報酬評価に関する提案—

2013年11月30日印刷
2013年12月1日発行(初版)

編 集 内科系学会社会保険連合

発 行 内科系学会社会保険連合 代表 工藤 翔二
〒113-8433 東京都文京区本郷3丁目28番8号
電話 (03) 3813-5991 (代) FAX (03) 3818-1556
E-mail info@naihoren.jp <http://www.naihoren.jp/>

印刷所 ヤマノ印刷株式会社
