

「医療業務」の項目構造の設計  
 (チーム医療の設計による業務共有)  
 介入とその影響に関する問題を組織知

大項目	機能	中項目	小項目	
医療業務	状態評価 (疾患)	検査	検体検査 生理機能検査 病理検査	放射線検査 内視鏡検査 その他専門領域別検査
	医療介入	治療	栄養 内服・外用 注射 処置 手術	輸血 透析 放射線治療 リハビリ 安静度
	状態評価 (生活)	観察・ 症状所見	観察 症状所見(メディス)	症状所見(PCAPS領域)
	ケア	ケア	ケア(基本) ケア(助産・母性)	ケア(在宅)
	情報提供	説明	説明と同意	その他

8

## 患者状態適応型パス(PCAPS)

- ・医療の質保証を目指すシステム
- ・患者状態を基軸に臨床プロセスを“ユニット”としてモデル化

### 臨床プロセスチャート

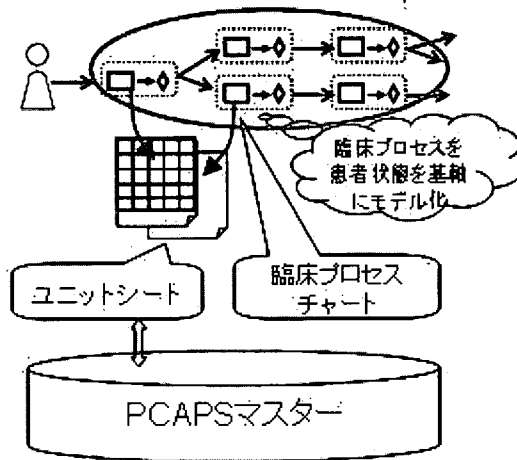
想定される治療の大きな流れと全体像を表したツール

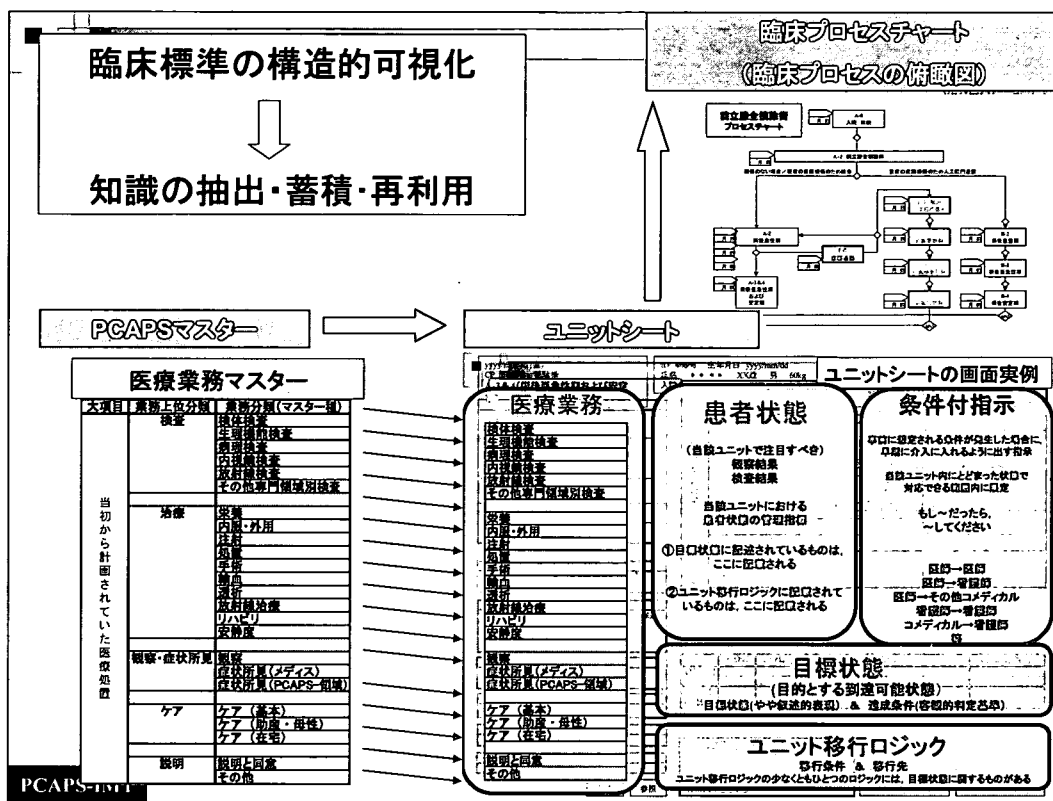
### ユニットシート

各ユニットにおける患者状態に応じた適切な医療介入をまとめたツール

### PCAPSマスター

PCAPSIに記載される基本情報をまとめたシステム





#### 4. 患者状態適応型パス統合化システム

患者状態適応型パス統合化システム (PCAPS-IMT : Patient Condition Adaptive Path System ... by Intelligence Modeling Technology) は、次なる3つのサブシステムから構成される。①患者状態適応型パスコンテンツ作成支援システム (PCAPS-Builder) ②患者状態適応型パス運用支援システム (PCAPS-Administrator) ③患者状態適応型パスデータ分析支援システム (PCAPS-Analyzer) である。

**PCAPS-Builder** : PCAPS 標準コンテンツを作成するための支援機能を有しているサブシステムである。ユニットシート内の移行ロジックと俯瞰図としての臨床プロセスチャートとで、矛盾なく同期するメカニズムが組み込まれている。具体的にいうと、

臨床プロセスチャートを記述することで、対応するユニットシート内に移行ロジックが構造的に記述され、また逆にユニットシート内に移行ロジックを構造的に記述すると、臨床プロセスチャート上に当該ルートが描かれるという同期状態を示すことが要求される。

**PCAPS-Administrator** : PCAPS 標準コンテンツを読み込み、個別計画系までを作成し、オーダー系・実施系・記録系にリンクさせる運用支援システムである。現状運用されている、オーダリングシステムや電子カルテやH I Sに対して、計画系の情報を投げ、実施情報等のキックバックを受け、計画系に反映させる機能を有する。また当該入力項目が、次に示す分析系システムの対象となっている場合には、PCAPS-Analyzer へと出力する。平成 19

年度は、PCAPS-Administrator システムプロトタイプ開発まで行った。

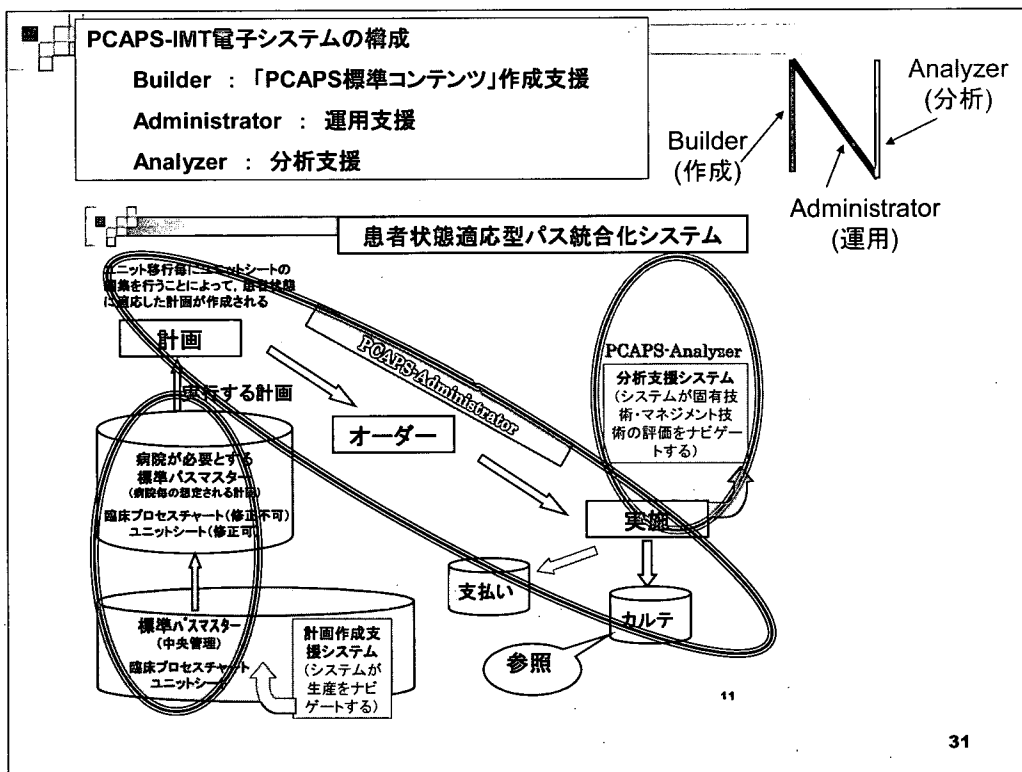
**PCAPS-Analyzer**：当該システムの処理対象となっているデータ項目がPCAPS-Administrator から出力された場合、当該データを受け取り、分析データベースに格納する。集積されたデータは、分析目的別にみると、「ケース分析」と「経営分析（マネジメント分析）」の2群の対象データとなり得る。また、両者それぞれについて、戦略的なベンチマーキング的分析（定型的分析）と、新たな分析可能性を探究する探索的分析の、2タイプを準備している。また地図情報とのリンクを図り多様な質中心経営分析に有用な知見をもたらすことができる。

**統合化システムと既存の電子カルテ・オーダーリングシステム**：既存の電子カルテ・フルオーダーリングシステムは、たとえば以

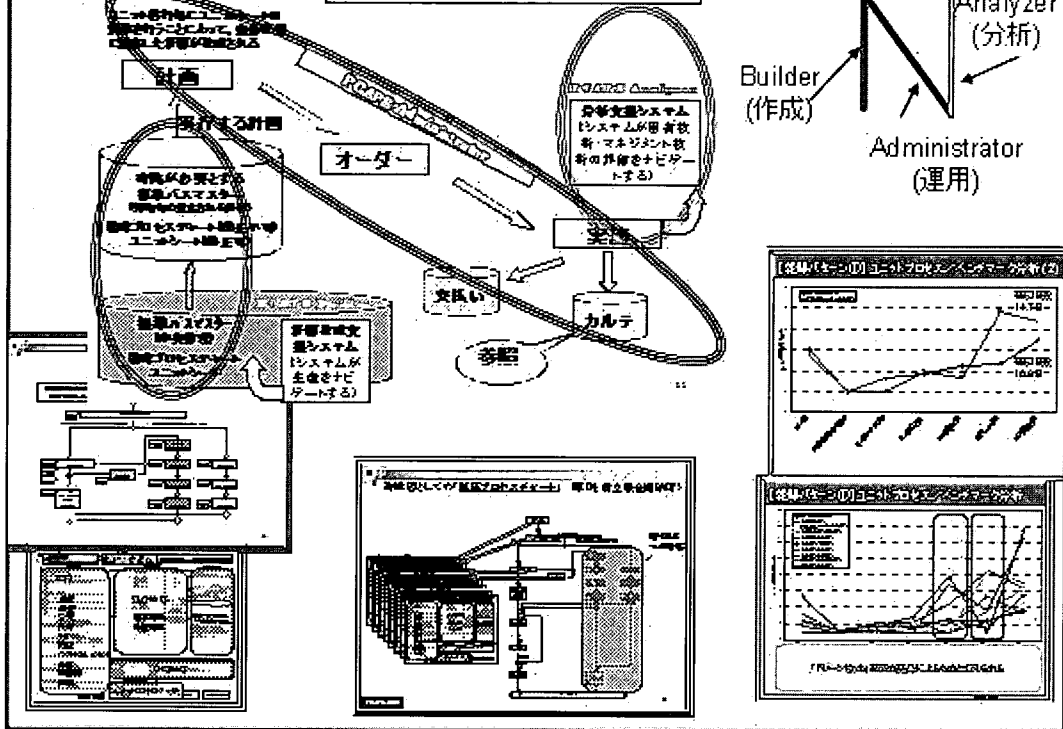
下のような問題点を抱えており、医療の質安全を保証することが困難な状況にある。

- ・診療計画不在のオーダー発行
- ・医療チーム全体での計画作成を支援できない
- ・毎回、多量のオーダー入力・変更の負担が医師に要求される
- ・患者状態の変化によるキャンセル・変更オーダーと、新規オーダーとのひも付けの理解が困難

これに対し、患者状態適応型パス統合化システムでは、標準的臨床計画から個別計画までの設計図作成・提供機能、医療チームと患者に計画・オーダー・実施情報を提供する機能、患者状態に適応した医療サービスが次々に生産・提供されなければならない本来の医療を支援できる機能を、有しており、これらの機能で、質安全保証を図ろうとしている。



### 患者状態適応型バス統合化システム



# 電子カルテ・フルオーダーリングシステムに関する現状の課題

(診療計画)

オーダー

実施

支払い

カルテ

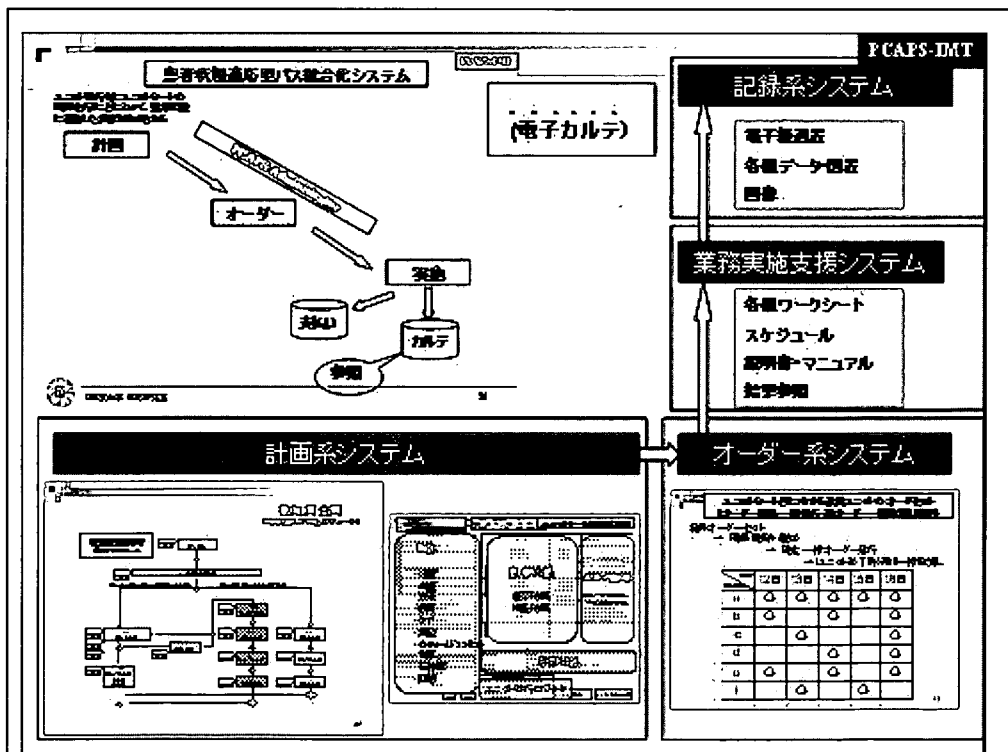
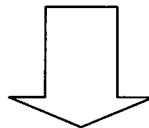
参照

- ・診療計画不在のオーダー発行
- ・医療チーム全体での計画作成を支援できない
- ・毎回、多量のオーダー入力・変更の負担が医師に要求される
- ・患者状態の変化によるキャンセル・変更オーダーと、新規オーダーとのひも付けの理解が困難

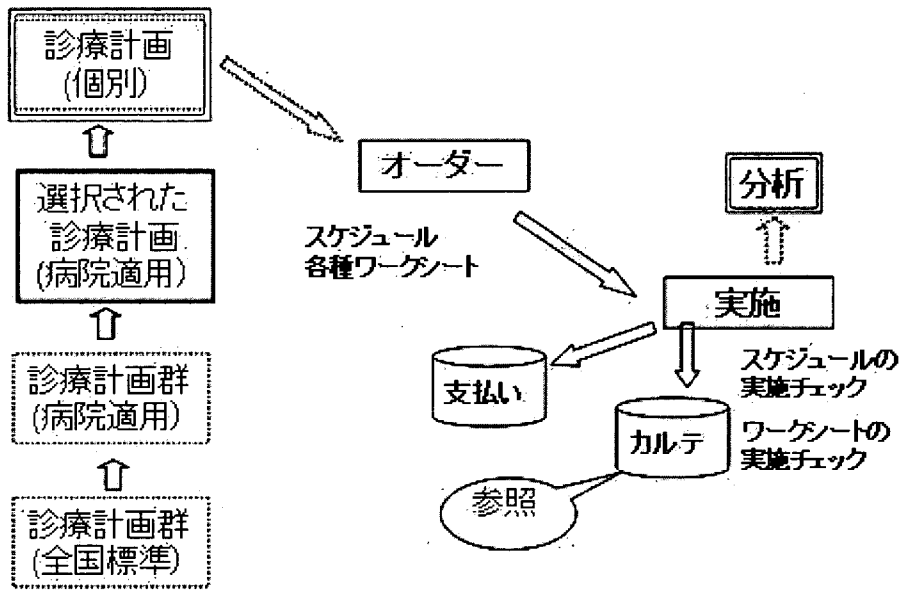
- ◆標準的臨床計画の設計図が必要
- ◆医療チーム・患者が計画・オーダー・実施状況を共有できる状況が必要
- ◆患者状態に適応した医療サービスが次々に生産・提供される本来の医療を支援できる機能が必要

PCAPS-IMT

29



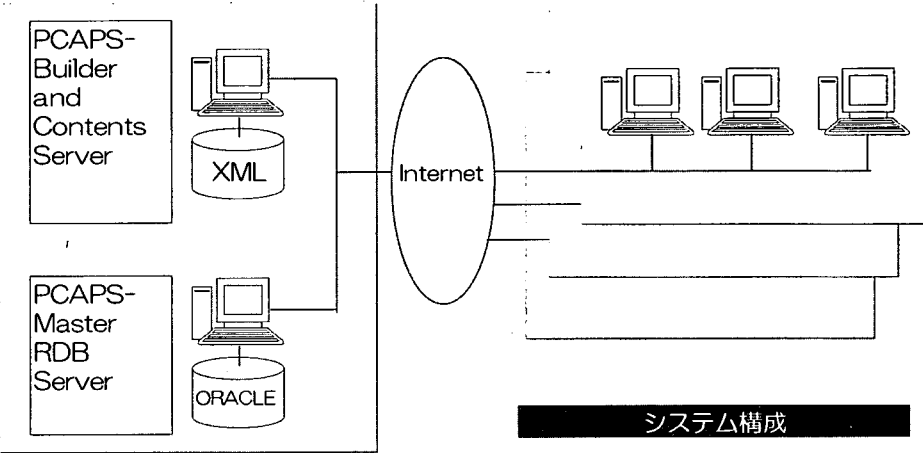
# 電子カルテ・フルオーダーリングシステムにおける診療計画



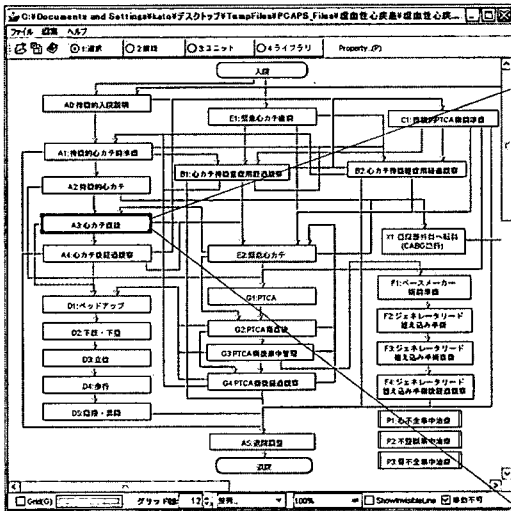
# PCAPS-Builderの構成と機能

PCAPSコンテンツ開発  
管理システム

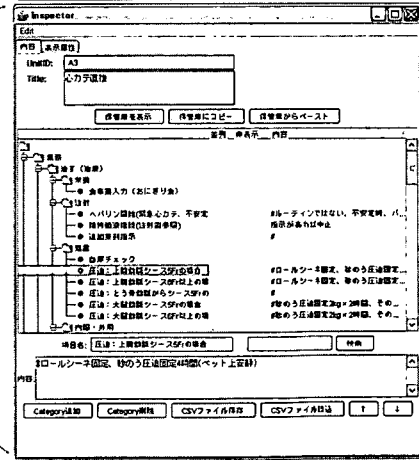
PCAPSコンテンツ開発参加機関



## 臨床プロセスチャートの作成



## 当該ユニットシートの業務記述



# PCAPS-Builderの主機能

### PCAPSマスター検索機能

検索結果一覧表:

剤名	剤型	包装単位	単価
クエン酸	G	1117417K	
クエン酸(ヨシダ)	G	1117417K	
クエン酸(カザ)	G	1117417K	
クエン酸(カザM)	G	1117417K	
クエン酸	G	1117417K	
クエン酸(エビス)	G	1117417K	
クエン酸(ヨシダ)	G	1117417K	
クエン酸(ニコチ)	G	1117417K	
クエン酸(クニシマ)	G	1117417K	
クエン酸	G	1117417K	
クエン酸(カザ)	G	1117417K	
クエン酸ナトリウム(三鳥)	G	1081145K	
クエン酸ナトリウム(ニコニコ)	G	1081145K	

項目: カルベタセジンE30(300mg) 30mg | コード: 037654010102

### ユニットシートへの転写

転写先情報:

- UnitID:
- UnitName:

転写項目:

- 薬名
- 剤型
- 包装単位
- 単価
- 備考

項目: 1117417K | 037654010102

採用薬剤      薬効中分類      薬効中分類コード

### 頻用ルートの登録機能

登録するルートを選択

ルートを新たに登録

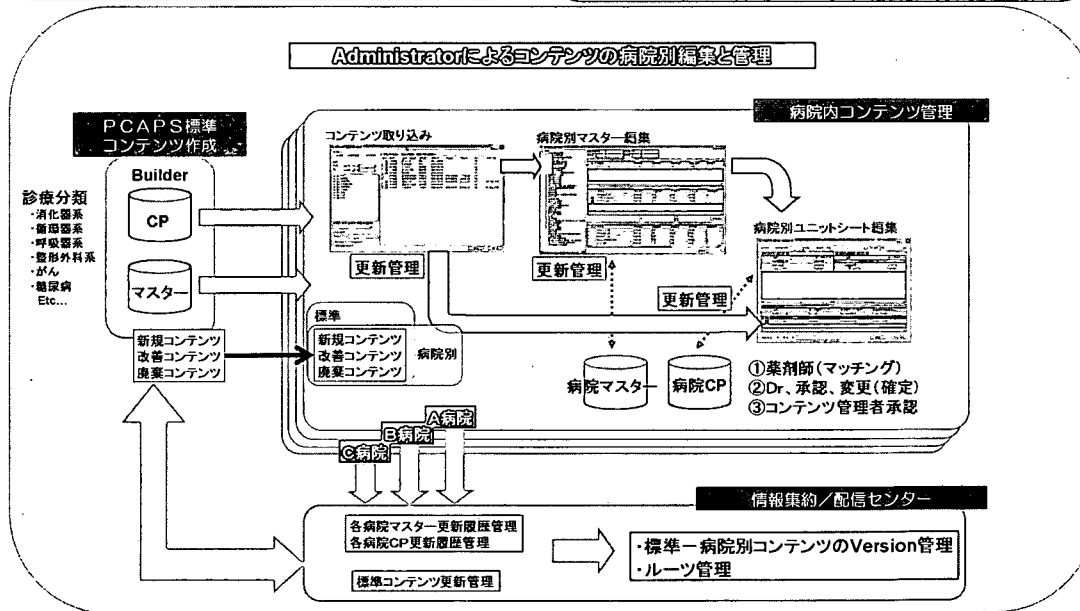
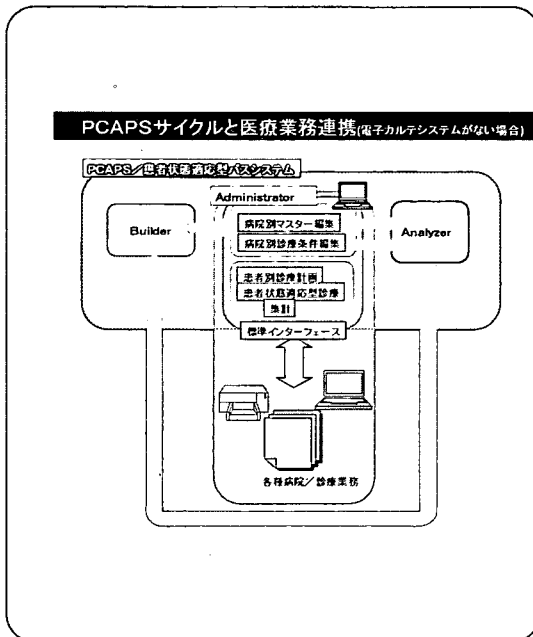
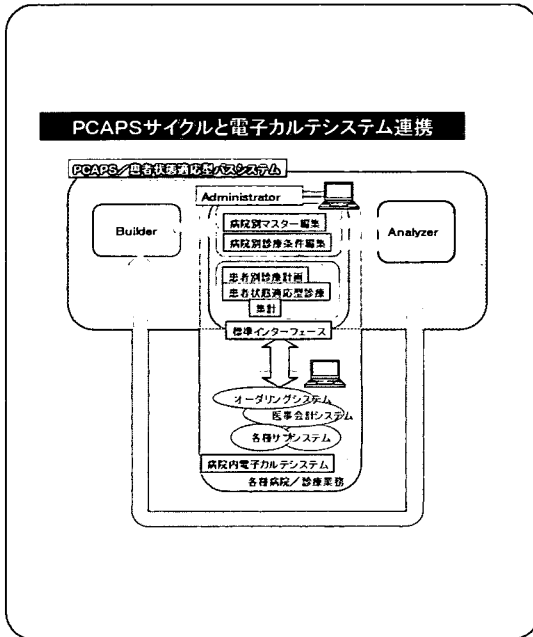
### コンテンツのバージョン管理機能

登録したルートのリスト

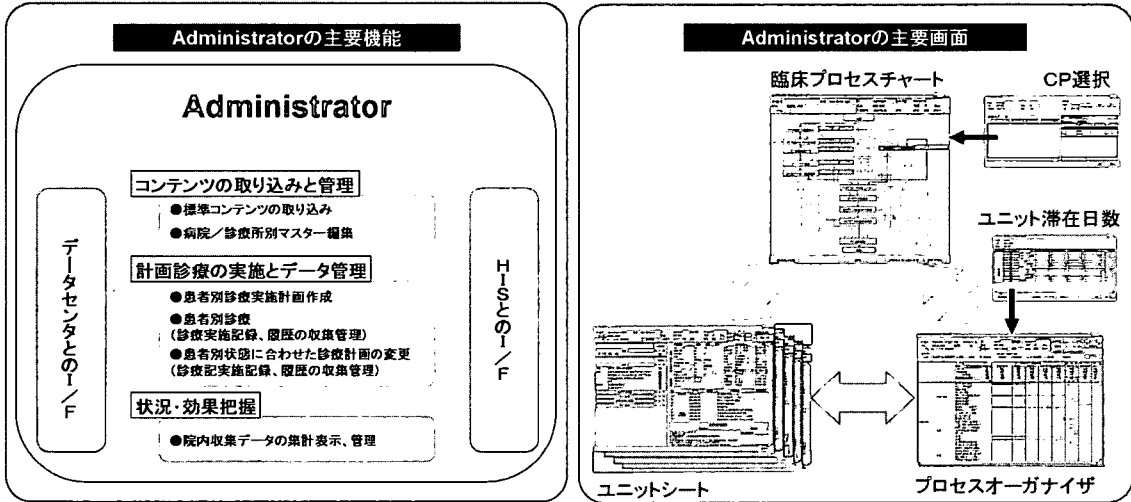
修正



# PCAPSサイクルとAdministratorの役割



# PCAPS-Administrator



**臨床プロセスチャート拡大図**

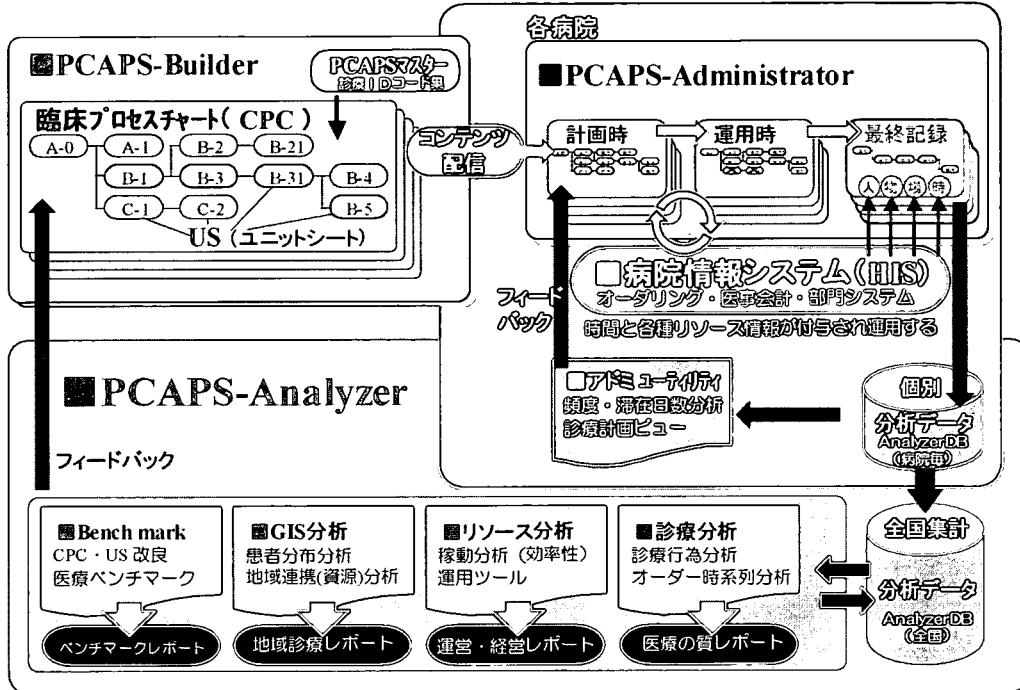
**ユニットシートによるルート変更**

診療日	2008/03/14(金)	2008/03/14(金)	ID	200802000	生年月日	1964/07/18	1-027-117	071010000
CP名	標準導入パス							
ユニット名	A11(心臓血管内科)							
患者名	田中 太郎							
性別	男	年齢	43	病室	208	医師	田中 太郎	担当
診療日	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14	2008/03/14
項目	1	2	3	4	5	6	7	8
内容	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000
実施状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**プロセスオーガナイザ拡大図**

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
項目名	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000
時間	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

■ PCAPSアナライザーの構成と機能



**● 医療の質分析**

- C/P経過パターンの分析
- 看護業務実施状況の分析
- 観病介入状況の分析
- リソース消費状況の分析

**● 運営・経営分析**

- 患者・科目分析の構成要素
- 疾患の発生・転移パターン (月・曜日)
- リソース消費の逐次消費量の抽出
- 患者パターン・科目系列の抽出
- 業務の混雑と稼働状況

**● 医療GIS分析**

GIS概要

- GIS分析 (英語版・A病棟)
- 医療資源の地理的分布
- 患者の移動パターン
- 院内感染のリスク評価
- 院内感染のリスク評価

The block contains several screenshots of the software interface, showing various charts, maps, and data tables used for medical quality, operational, and GIS analysis.

## 5. PCAPS データによる診療プロセスの質改善を促進させるベンチマーク

患者が高価な医療リソースの中に滞在する日数を短縮することで、無駄のない効率的な医療を進める医療費抑制政策が展開されてきた。だが、短縮された在院日数内の診療の質をあきらかにすることは難しい。なぜその日数が適正だといえるのかという根拠となるデータを提示することが困難であった。

これに対し、PCAPS 臨床プロセスチャートを個々の患者ケースに適用すると、論理的な目標状態にしたがって進むプロセス毎の所用時間(ユニット滞在日数)を算出できる。これまでに入手可能な滞在時間データは、入院から退院までをひとくくりとする在院日数であった。これに対し、PCAPS はその内訳データを、各プロセスの目標状態に至るまでの時間として、提示することが可能である。また検証調査を通して、この臨床プロセスチャートが複数の病院に適用可能か否かということ、カバー率として算出し、標準化を図ることが可能である。すなわち、標準プロセス毎の所用時間を、標準を適用できる病院間で比較することが可能となるのである。これによって、自病院と他病院、ベストプラクティスに近い病院との間で、ベンチマークが可能となり、自病院の問題構造をあきらかにするためのきっかけとなる事実を特定することができ

る。少なくともどのプロセスに問題があり、それが地域リソースとの関係で発生しているのか、自病院のやり方に問題があるのか、といった手順で、①問題プロセスの絞り込み ②業務のやり方に関する問題の絞り込み、ができ、焦点を絞った問題分析と特定された問題に対する適切な改善活動、が、事実に基づいて健全に開始できる。

図1は、ある臨床プロセスチャートを適用できるケースについて、在院日数のみの病院間比較と、在院日数の長い病院と短い病院の2病院間でのユニット毎の滞在日数比較を示している。2病院間でプロセス毎の比較が可能になると、問題プロセスの検出が容易となる。図2および図3に示されるユニット滞在日数の差異は、入院時ユニットと退院前ユニットでのみ発生しており、これは地域の医療・介護リソースの問題が関連していることが予測される。図4では、入院時ユニットと退院前ユニットに加え、その間のプロセスでもばらついており、このばらつきが標準との乖離部分であることが示唆される。

このように、プロセス標準を作成することはベンチマークによって得られる情報量を増加させることに貢献することが確認された。

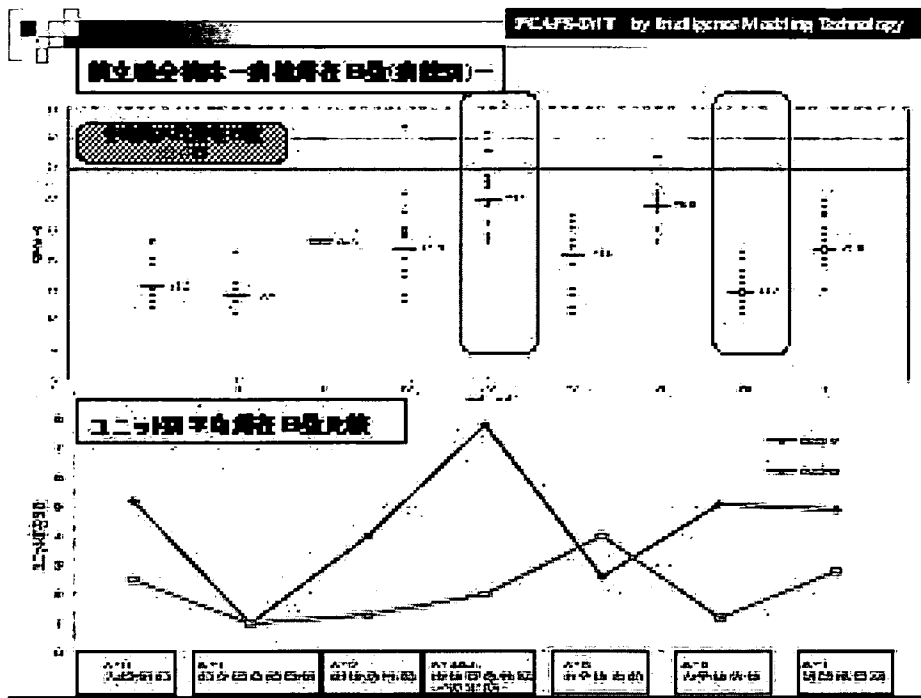


図1 前立腺全摘除 (H16 検証調査) の臨床プロセスチャートにもとづく, 平均在院日数(入り～出までの日数)とユニット別滞在日数の比較

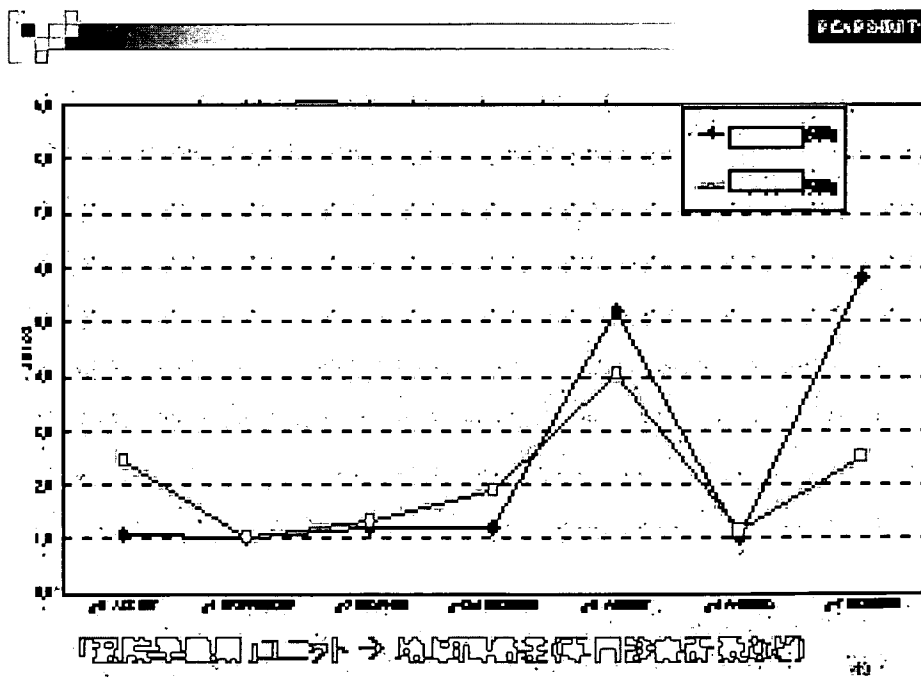


図2 前立腺全摘除 (H16 年度検証調査) : 初期(入院)ユニット・最終(退院)ユニット

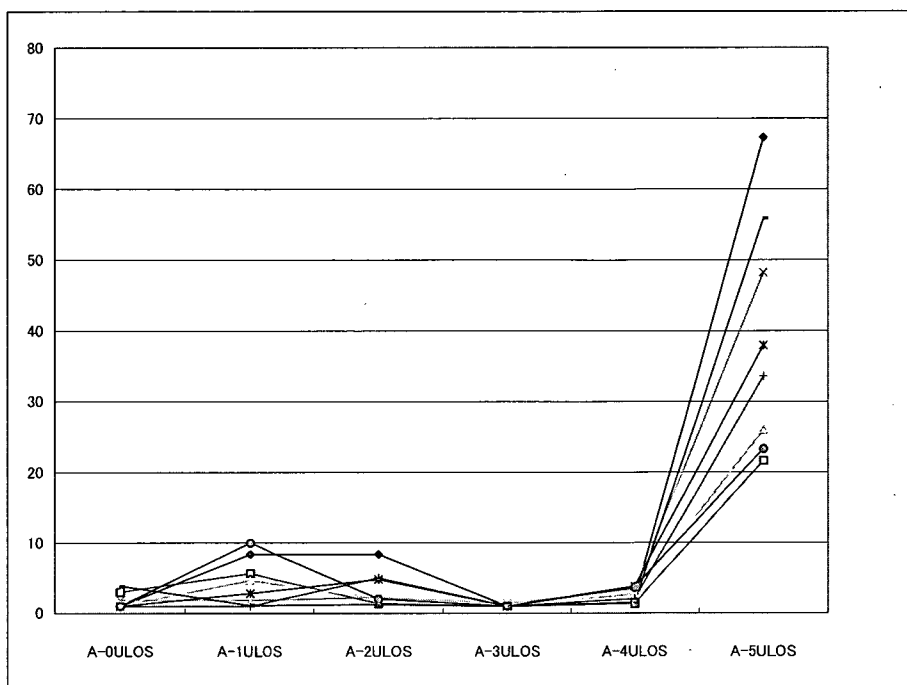


図3 大腿骨頸部骨折 (H17年度検証調査) :

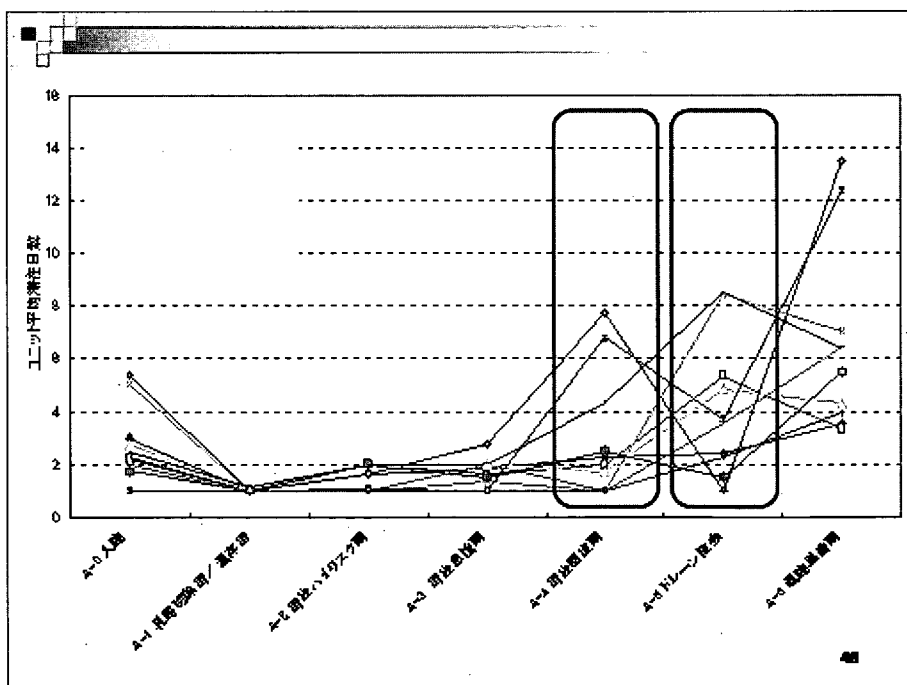


図4 乳がん温存手術 (H17年度検証調査)

## 6. PCAPS による DPC 評価の可能性

### 6-1. PCAPS 標準コンテンツと DPC 候補病名との対応による DPC 評価の可能性

PCAPS 標準コンテンツには、DPC 候補

病名 (DPC ツリー) を対応させることが可能である。たとえば、2005 年度現在の分析では、小児気管支喘息の PCAPS 標準コンテンツで、以下のものが対応した。

0401003099x0xx	喘息 (15 歳以上)	手術なし	手術・処置等 2 なし
0401003099x1xx	喘息 (15 歳以上)	手術なし	手術・処置等 2 あり
0401003097xxxx	喘息 (15 歳以上)	手術あり	
04010031xxx00x	喘息 (3 歳以上 15 歳未満)	手術・処置等 2 なし	副傷病なし
04010031xxx01x	喘息 (3 歳以上 15 歳未満)	手術・処置等 2 なし	副傷病あり
04010031xxx10x	喘息 (3 歳以上 15 歳未満)	手術・処置等 2 あり	副傷病なし
04010031xxx11x	喘息 (3 歳以上 15 歳未満)	手術・処置等 2 あり	副傷病あり
04010032xxx00x	喘息 (3 歳未満)	手術・処置等 2 なし	副傷病なし
04010032xxx01x	喘息 (3 歳未満)	手術・処置等 2 なし	副傷病あり
04010032xxx10x	喘息 (3 歳未満)	手術・処置等 2 あり	副傷病なし
04010032xxx11x	喘息 (3 歳未満)	手術・処置等 2 あり	副傷病あり

しかしながら、2006 年度の診療報酬改訂で DPC ツリーも大きく変わることが予測されている。それによると従来は、前述のように 11 種類あった DPC が、変更案では、以下のようにたった 2 つに集約されてしまう可能性があるということである。

MDC 040100	喘息	手術・処置等 2	なし	040100xxxxx0xx
		手術・処置等 2	あり	040100xxxxx1xx

包括支払いのためのコードとしては、シンプルでよいが、医療の質を測るためのコードとしては、粒度が大きくなってしまう。PCAPS の第 2 のツールであるユニットシートには、当該プロセスで実行するすべての業務があげられており、実施した業務を記録として蓄積することが可能である。PCAPS 標準コンテンツに候補となる DPC コードをリンクさせておくことで、当該医療の質評価を PCAPS で行い、その結果が、

DPC に反映されているかどうかを確認できる。このように、PCAPS は、支払いシステムの改善に有用な情報を提供することが可能と考えられる。

### 6-2. 既存の DPC データと PCAPS データの融合による質評価の可能性

材料：DPC 適用病院で、H17 年度の PCAPS 検証調査への協力を得た複数病院における、①包括データ (DPC)、②出来高

データ(研究上の原価指標), ③適用された PCAPS 臨床プロセスチャートのユニット毎の滞在日数(地域リソースによるばらつき・当該病院の標準化の遅れによるばらつき, の両者を含んでいる)を用いた。

方法: 包括データからは, 一入院あたりの収入額がわかる。出来高データからは, 一入院毎の出来高収入(今回の原価指標)と, 一入院毎の包括収入との差額を算出し, 病院間比較ができる。ここまでは, 一入院という単位でしか評価できない。次に, 出来高データ発生日が属する PCAPS 臨床プロセスチャート上のユニットを特定する。ユニット毎の1日あたり包括収入額を算出し, ユニット毎の1日あたり出来高との差額を算出する。これらを, 複数病院間で比較する。

結果: ユニット滞在日数のばらつきにくらべ, 出来高収入および包括・出来高差額に関する病院間のばらつきは小さく表現された。地域リソースによるばらつき・当該病院の標準化の遅れによるばらつき, の両者を含んでいる臨床プロセスであっても, 現在の DPC 評価をするための材料としての活用可能性が示唆された。

### 6-3. DPC 評価に必要とする PCAPS マスター

PCAPS は DPC との親和性が高いシステムといえる。今回は, 原価指標として出来高データを用いた。包括データ・出来高データ・PCAPS データから, DPC 等の支払いシステムを評価するための手順例を提示した。この評価システムは, PCAPS 統合化システムのアナライザー機能にあたる。

これまでの電子カルテ, 電子レセプトで

は, 支払いの対象となっている医療業務のマスターのみが可視化・一部標準化の傾向にある。PCAPS では, 患者に提供されるべき医療業務のすべてをユニットシート上に設計するため, 医療業務すべてのマスターが必要となる。これらのマスターが整備できれば, 医療の標準化を推進できる可能性が高くなる。PCAPS 統合化システム開発研究の中では, 現在これらのマスター開発・整備を進めている。計画系では医療業務の名称マスターが必要であり, 実行系では行動プロセスを規定する項目マスターが, また分析系では各医療業務の原価マスターが必要となる。

急性期医療の安全と質を保証する PCAPS を構築する上で, これら3つのマスターは重要な意味をもつ。

### 7. 急性期医療における質を基軸とする経営の重要性と実現のためのメカニズム

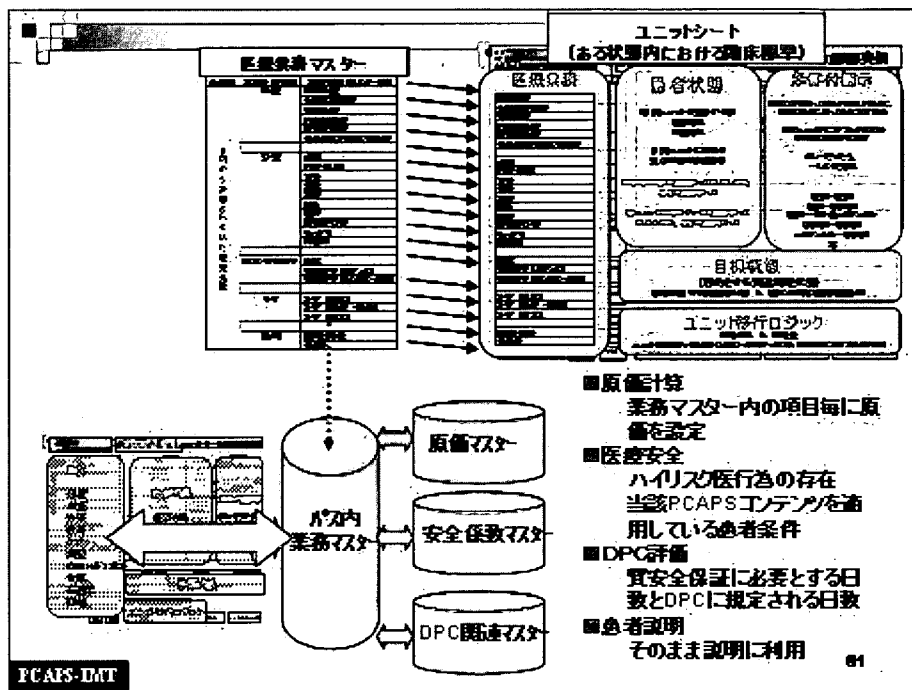
病院の機能分化・在院日数の短縮は, 急性期医療を提供できる能力のある病院を特定しつつある。一定の医療提供能力があると認知された病院群において, 包括払いを適用したときに粗診粗療は発生するのだろうか。急性期医療において粗診粗療を行うと, 確実にその結果は, アウトカムの低下を招くであろう。医療の透明性が強化されたことを前提として, 中長期的な視点で見ると, 粗診粗療は確実に顧客離れと職員離れを起こす。よって, 本来何を顧客に提供する組織なのかを理解している病院経営者にとって, 粗診粗療を促進させるような経営は, 組織の存続から見たときには不利であるため, 意識的な実行はできないであろう。



問題は、故意ではない粗診粗療の問題である。粗診粗療とならないためには必要とするリソースの確保ができなければならず、その確保に必要とする収入が保証されなければならない。既存の支払い方式は、質を保証するために必要な収入を、事実に基づいて設定しているとは言い難い。それが困難な理由は、算出するための基盤が整備されていないことによる。DPCデータは、ある程度の医療の透明化と効率的医療の標準化を促進させることに貢献する。しかしながら、

それだけで、改善を進めるには困難がある。

PCAPSは、支払いに関するデータを有してはいないが、診療プロセスの全貌を構造的に可視化し、診療プロセスの改善と、支払い方式の改善に有用なデータを提供し得る。すなわち、DPC-PCAPSコンビネーションシステムの構築が、急性期医療の質保証に必要とする医療費支払いシステムの評価・改善を促進させる起爆剤となるものと考えられる。



## 8. PCAPS 連携モデル（連携構造）の開発

前述した臨床プロセスチャートとユニットシートで構成される「PCAPS コンテンツ」は個々の患者に提供されるチーム医療の臨床プロセスを提示する「標準診療計画」である。疾病毎に多数整備される標準診療計画（PCAPS コンテンツ）のうち、現在の患

者に適用可能なコンテンツを選択し、当該コンテンツを現在の患者に適応した形の個別診療計画に編集して運用することで、診療の質安全が担保されることが期待されている。

ところが、診療プロセスの最初から最後までずっと同一医療機関で完結できる診療

対象と、地域リソースを最大限に活用することで、患者の生活圏内で、必要な医療サービス提供を受けられるように、またそれが効率的・効果的な医療資源（リソース）の活用となるように配慮すべき診療対象も存在する。近年特に指摘されている「医療の地域連携」の対象となっているものがそれに当たる疾病といえる。このような地域連携の有り様は、本質的連携の意味を踏まえて、あるべき姿として分析・設計し、普及を図ることが、質保証の上で重要となる。

本研究では、特に、連携のニーズの中でも、医療の部分で、診療所－(卓越した)専門診療所－急性期病院間の「患者に対する連携の質保証」に焦点をあて、質保証のための臨床知識を可視化・構造化・標準化する実証研究を行ってきた。当該研究では、連携を「目的実現に向けてリソース利用を最適な状態にするためのしくみ」と定義し、連携の機能の中でも以下の2点を重視している。

- ① 当該医療に必要とするリソースを最適に活用して、医療を提供する機能（患者への連携の質保証機能）
- ② 連携を遂行する中で、個々の既存リソースが成長する機能（質の持続性を担保する機能）

地域連携医療の運用では、地域の複数の医療機関が役割分担して医療サービスを提供することが求められるため、「PCAPS 地域連携モデル」では、①診療プロセス、②役割分担、③連携方法（連携ロジック）に関する、可視化・構造化・標準化をすすめ、これらの機能を反映させた地域連携パスを設

計した。

現状では、ある疾患に対して地域で統一された診療方針が設計されているわけではなく、様々に専門が異なる医療者が自身の経験や勘によって検査や治療を選択している。そのため、医療行為に抜けモレが生じやすい。効果的・効率的な連携を行うためには、地域で合意した診療プロセスの標準化が必要と考えた。そこで、診療ガイドラインなどに基づいて医療行為を可視化し、それを患者状態に応じて構造化した。

これまでに、前立腺肥大症・脳梗塞・がん性疼痛マネジメント・糖尿病に対するPCAPS 地域連携モデルの構築を実証研究としてすすめてきている。当該研究を通して、それぞれの「PCAPS 地域連携チャート&連携ロジック」が可視化・構造化・標準化され、実際の地域連携を運用面から支援するそれぞれの「PCAPS 地域連携ノート」が開発されてきた。

「PCAPS 地域連携チャート」は、連携対象とする疾病における患者状態に対応した診療プロセスを、組織毎に所有するリソースとの関係をもとに、患者ニーズに対応可能か否かの側面において、患者状態に対して最適な組織で診療サービスを受けられるよう論理的な連携の有り様を、連携単位としての「連携ユニット」内に設計し、連携ユニットの連結で、俯瞰構造的に分析・設計したものである。

「連携ロジック」は、「PCAPS 地域連携チャート」内に示された連携ルートがもつ連携のタイミングと連携関係（送り出す側の出すときの診療フェーズ・受ける側の受けるときの診療フェーズ）・連携アルゴリズムを、精緻に可視化・構造化したものである。

この「連携ロジック」は、当該 PCAPS 地域連携パスコンテンツが基本とおく診療ガイドライン内に存在する「検査・治療の管理ロジック」を抽出・可視化・構造化しており、地域連携の質保証のための標準化合意を得るための手法として開発されている。

「PCAPS 地域連携ノート」は、PCAPS 地域連携を実際に運用するために、PCAPS 研究の中で実用的に開発されてきたものである。地域連携構造の俯瞰情報や連携ロジック・展開された診療の実際・連携の実際を、患者・一般診療所・専門診療所・急性期病院の4者が共有できるように、また自然と理解できるように、共通の構成内に、領域毎に工夫した内容を準備し、ノート形式に仕上げ、患者に渡される。PCAPS 地域連携パスに求められる機能のほかに、情報項目の統一、患者説明の3点に留意して作成されている。「PCAPS 地域連携ノート」は診療のたびに、診療を担当した医療機関が記入することを基本としており、地域連携記録として統合化されている。

PCAPS 連携モデルは、PCAPS 地域連携チャートと「PCAPS 地域連携ノート」というふたつのツールで、運用される。PCAPS 地域連携モデル(糖尿病)では以下のような。

「PCAPS 地域連携チャート(糖尿病)」、その「連携ロジック」を表に示した。また

PCAPS 地域連携ノート(糖尿病)の構成を、図に示す。

事例としての「PCAPS 地域連携チャート(糖尿病)」の特徴を以下に述べる。第一は、「インスリン導入」という連携ユニットを運用できるのが糖尿病専門医が存在する診療所か病院だけという設計となっていること点である。また「インスリン導入」に引き続く「インスリン治療」という連携ユニットも、治療方法が当該患者状態に合った方式に落ち着くまでは、同様に糖尿病専門医が存在する診療所か病院で継続して行う必要があるという点が連携ロジック上に反映されている。その後、患者の生活圏内に多数存在する一般診療所で、糖尿病専門医が設計した標準インスリン治療(当該患者に最適な個別診療計画として設計されているベストプラクティス)を施行する。ここで重要なことは、当該患者の疾病管理は、「当該患者に最適な個別診療計画を設計した糖尿病専門医」と「それを忠実に実行する一般診療所医師」との間で、行われることである。

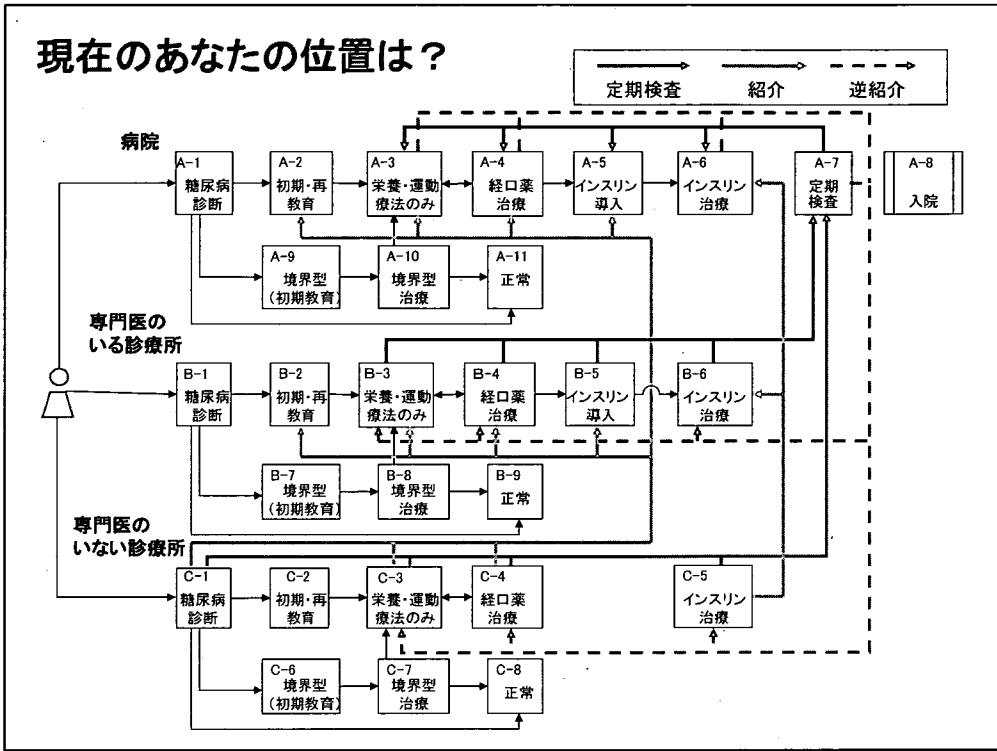


図 PCAPS 地域連携チャート (糖尿病)

表 PCAPS 地域連携チャート(糖尿病)における連携ロジックの一部

ユニットNo.	実施内容	連携ロジック	移行先
A-4	経口薬治療	薬剤投与中止して、3・2・1ヶ月前のHbA1cの平均値が6.5%未満である	A-3
		3・2・1ヶ月前のHbA1cの平均値が6.4%以下 and 前増殖期網膜症以降でない and 尿ケトン(-) and 試験紙法尿蛋白(-)以上 and 起立性低血圧がない and 膀胱直腸神経障害がない and 有痛性神経障害がない	B-4 またはC-4
A-5	インスリン導入	半年以上、内服と併用し生活習慣改善を試みて7.5%以上である or 3ヶ月間で1%以上低下しない	A-5
A-6	インスリン治療	インスリン治療を開始し、HbA1c7.5%以下となった and 手技・薬剤管理が問題ない	A-6
C-4	経口薬治療	3・2・1ヶ月前のHbA1cの平均値が6.4%以下 and 前増殖期網膜症以降でない and 尿ケトン(-) and 試験紙法尿蛋白(-)以上 and 起立性低血圧がない and 膀胱直腸神経障害がない and 有痛性神経障害がない	B-6 またはC-5
		薬剤投与中止して、3・2・1ヶ月前のHbA1cの平均値が6.5%未満である or 前増殖期網膜症以降である or 尿ケトン(+)以上 or 試験紙法尿蛋白(+)以上 or 起立性低血圧がある or 膀胱直腸神経障害がある or 有痛性神経障害がある	C-3 A-4 またはB-4
C-5	インスリン治療	3・2・1ヶ月前のHbA1cの平均値が8%以上である or 前増殖期網膜症以降である or 尿ケトン(+)以上 or 試験紙法尿蛋白(+)以上 or 起立性低血圧がある or 膀胱直腸神経障害がある or 有痛性神経障害がある	A-6 またはB-6
		専門医受診時から1年経過した	A-7