

91 びまん性汎細気管支炎 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
氏名							
住所	郵便番号		出生都道府県		発病時在住都道府県		
	電話 ()						
発病年月	年 月 (満 歳)	初診年月日	年 月 日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後		
身障手帳	1.あり(等級 級) 2.なし	介護保険	1.あり(要介護度)	2.要支援	3.なし		
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他())				初回認定年月		
	日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)				年 月		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)	受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他()				
治療と経過(具体的に記述)							
最近1年の経過(治癒・軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他()) 治療(治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他())							
該当の□に✓印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。.....部には具体的に記述してください。							
1 最近1年の症状と胸部理学所見-							
----- -----							
2 胸部画像所見(直近1年以内に実施していれば記載)							
① 胸部X線所見: -----							
② 胸部CT所見: -----							
③ その他の画像所見: -----							
3 動脈血酸素分圧							
直近6か月以内に (実施・未実施) → 実施の場合、結果を記載してください。 PaO ₂ : _____ Torr (検査年月日: 年 月 日)							
4 治療: エリスロマイシンなどの14員環ないし15員環マクロライド療法について							
使用薬剤(EM・CAM・RXM・AZM)							
使用期間 年 月 日 から 年 月 日							
14員環ないし15員環マクロライド療法の効果(有・無・不明)							
労作時の息切れの改善(有・無)							
胸部X線所見の改善(有・無・不明)							
血液ガス分析の改善(有・無・不明)							
在宅酸素療法 (有・無)							
その他の治療							
----- -----							

5 重症度分類(□に✓印を記入してください。)

① 直近6か月のマクロライド療法の実施
 1.あり → 治療下での評価を、下記の②重症度分類表に記入してください。
 2.なし → 重症度の基準は満たさない。

② 重症度分類表(各項目の重症度のうち、最も高いものを疾患の重症度とする。)
 評価年月日: 年 月 日(記載日前6か月以内で、最も悪い状態での評価を記入してください。)

重症度	安静時動脈血酸素分圧 (室内気)	症状		日常生活における障害の程度
		咳・痰	mMRC 分類	
I度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 80Torr 以上	<input type="checkbox"/> 咳、痰はなし	<input type="checkbox"/> 呼吸症状なし	<input type="checkbox"/> 日常生活活動に支障なし
II度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 70 Torr 以上 80Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰は軽度で 痰量は少ない。	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 1~2 の 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により社会での 日常生活に支障がある。
III度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60 Torr 以上 70Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が中等度 で痰量は中等量	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 3~4 の 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により家庭内での 日常生活に支障がある。
IV度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が頻発し 痰量は多い。		<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により身近の日 常生活活動に支障がある。

痰量: 「少ない」1日10ml以下, 「中等量」1日10ml~50ml未満, 「多い」1日50ml以上を目安とします。

医療上の問題点

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____ 記載年月日: 令和 年 月 日

_____ ※自筆または押印のこと 診断年月日: 令和 年 月 日

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
 3 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
 4 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
 5 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

(裏面の認定基準をご確認ください。)

◆びまん性汎細気管支炎の医療費等助成認定基準◆

（診断基準）

以下の ①から③ までを全て満たすものうち、マクロライド療法など疾患特異的治療を要するもの。

なお、新規申請時のみ、胸部 X 線画像（単純 X 線及び CT の両方）の添付を要する。

① 必須項目（下記①から③までを全て満たすもの）

- ① 臨床症状：湿性咳嗽、膿性痰、労作時息切れ（全項目を満たす場合を陽性とする。）
- ② 慢性副鼻腔炎の合併又は既往（X 線で確認する。）
- ③ 胸部画像所見：胸部 X 線所見で両肺のびまん性撒布性粒状陰影又は胸部 CT 所見で両肺のびまん性小葉中心性粒状病変（しばしば過膨張所見を伴う。進行すると両下肺野に気管支拡張所見が見られ、時に巣状肺炎を伴う。）

② 参考項目（下記①から③までのいずれか 2 項目以上を満たすもの）

- ① 胸部聴診所見：断続性ラ音（多くは水泡音、時に連続性ラ音又はスクウォークを伴う。）
- ② 呼吸機能検査 1 秒率 70% 以下及び PaO₂ 80Torr 以下（進行すると肺活量減少、残気量（率）増加を伴うが、肺拡散能力の低下は見られない。）
- ③ 寒冷凝集素価高値（ヒト赤血球凝集法で 64 倍以上）

③ 以下の鑑別診断が除外できるもの

慢性気管支炎、気管支拡張症、線毛不動症候群、閉塞性細気管支炎、嚢胞性線維症、非結核性抗酸菌症（本疾患との合併例は除く）、膠原病合併細気管支炎、リンパ増殖性疾患合併細気管支炎

（重症度分類等）

以下の重症度分類表に基づき、少なくとも 6 か月以上のマクロライド療法にもかかわらず、安静時動脈血酸素分圧（PaO₂（室内気））、症状（咳・痰、mMRC 分類）、日常生活における障害の程度それぞれの評価スケールを用いて、いずれかがⅢ度以上のものを対象とする。

【重症度分類表】

重症度	安静時動脈血酸素分圧 （室内気）	症状		日常生活における障害の程度
		咳・痰	mMRC 分類	
I 度	PaO ₂ 80Torr 以上	咳、痰はなし	呼吸症状なし	日常生活活動に支障なし
II 度	PaO ₂ 70 Torr 以上 80Torr 未満	咳、痰は軽度で痰量は少ない。	mMRC Grade 1～2 の呼吸困難	呼吸器症状により社会での日常生活に支障がある。
III 度	PaO ₂ 60 Torr 以上 70Torr 未満	咳、痰が中等度で痰量は中等量	mMRC Grade 3～4 の呼吸困難	呼吸器症状により家庭内での日常生活に支障がある。
IV 度	PaO ₂ 60Torr 未満	咳、痰が頻発し痰量は多い。		呼吸器症状により身近の日常生活活動に支障がある。

痰量：「少ない」1 日 10ml 以下，「中等量」1 日 10ml～50ml 未満，「多い」1 日 50ml 以上を目安とします。

【参考】

mMRC 分類 (Modified MRC Dyspnoea Scale for Breathlessness)

Grade	症状
Grade 0	強い労作で息切れを感じる。
Grade 1	平地の急ぎ足、かるい坂道で息切れ
Grade 2	平地で同世代の人より歩行が遅いか、自分のペースで歩行したときに息切れで止まる。
Grade 3	約 100m 歩行した後、息継ぎのため休む、または、数分間平地歩行した後、息継ぎのため休む。
Grade 4	息切れのため家のため出られない、着衣時にも息切れ