

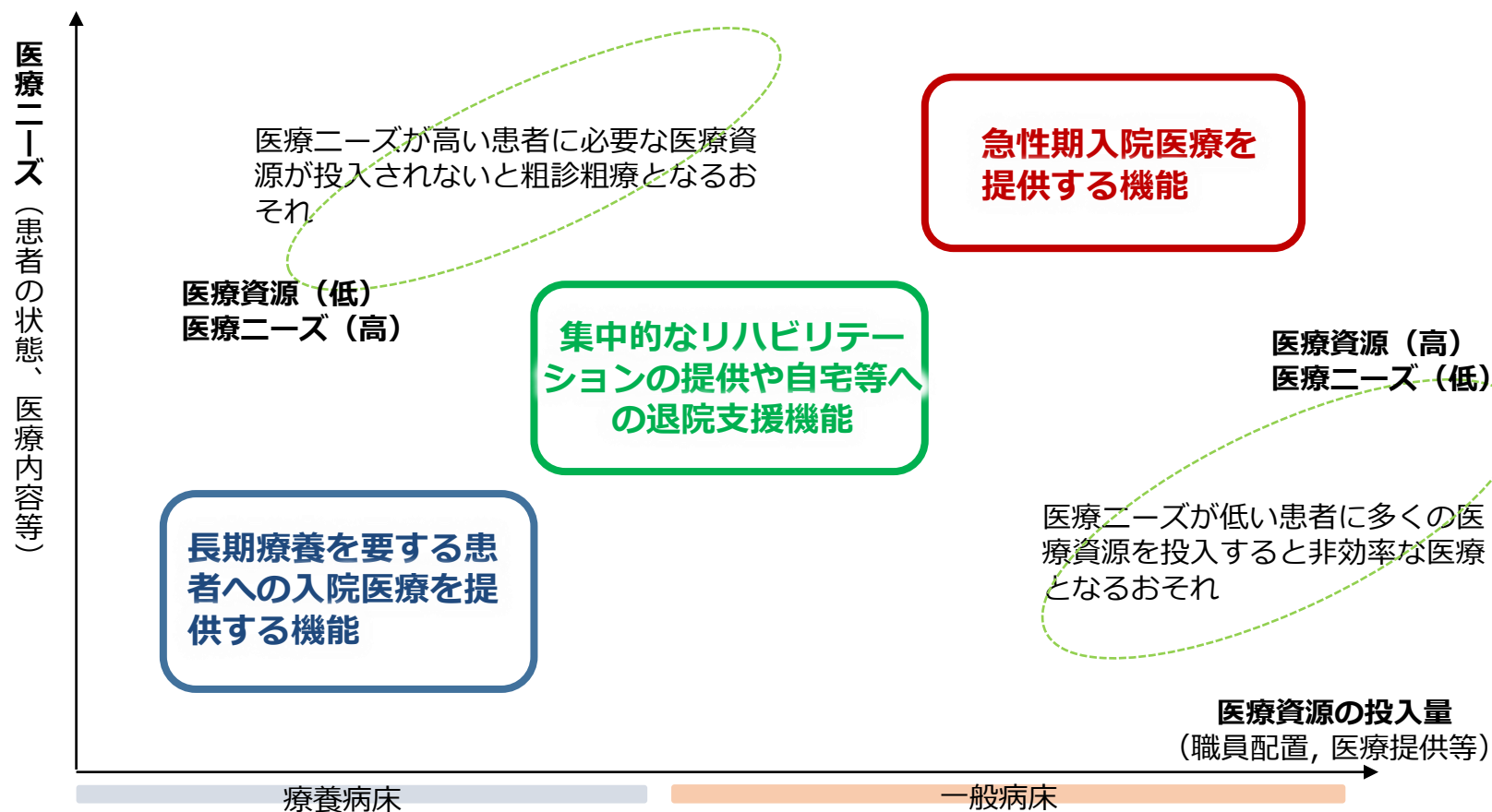
入院(その6)

急性期入院医療について（その2）

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療の評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

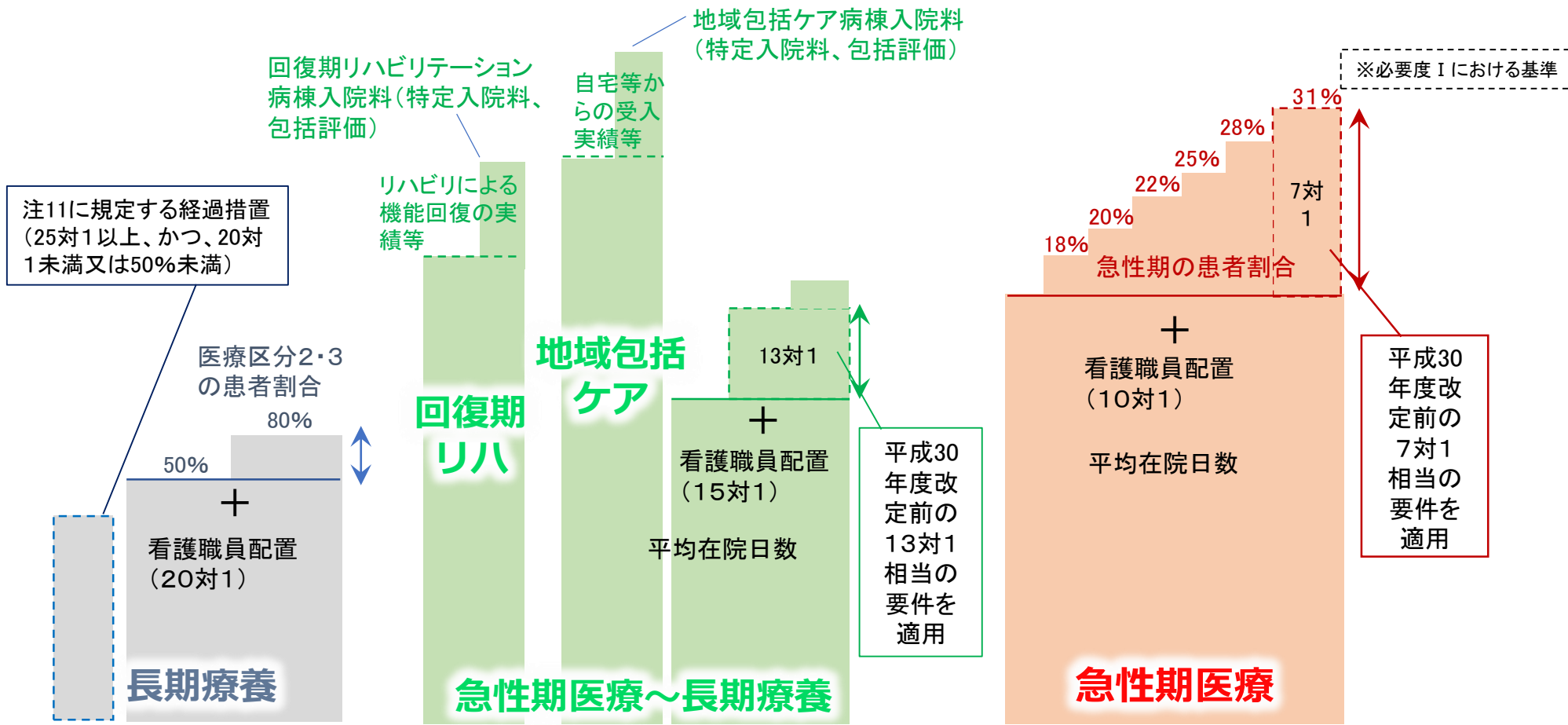
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



入院医療の評価体系（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

急性期一般入院料1～7の内容

- 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上]※3	25%以上 [23%以上]※2	28%以上 [26%以上]※1	31%以上
	[]内は 200床未満の 経過措置	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上]※3	23%以上 [21%以上]※2	26%以上 [24%以上]※1	29%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

→令和3年9月30日まで基準を満たしているものとする。

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院

→令和4年3月31日まで割合の基準値を緩和する。

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

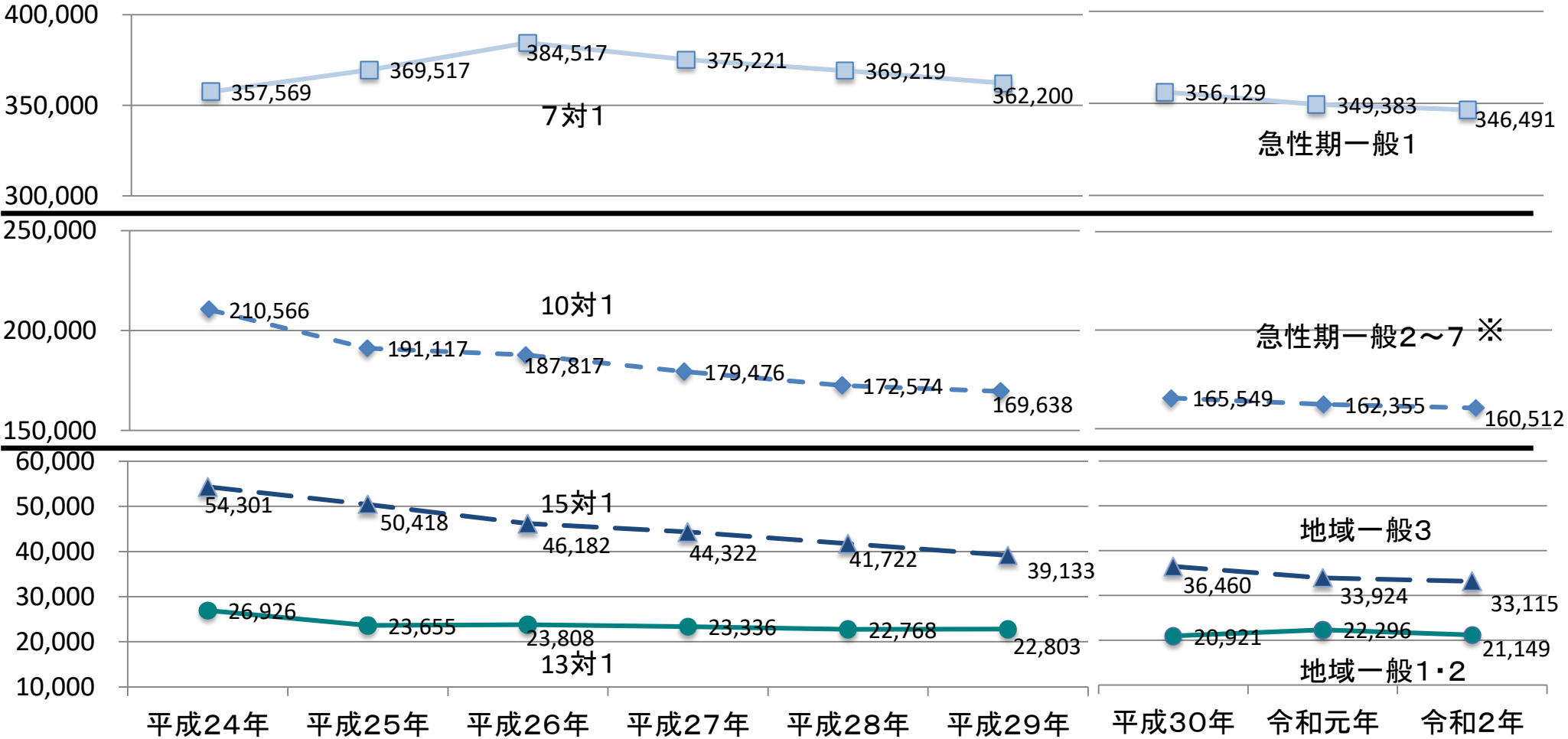
- ※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
 ※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
 ※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

○ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多いが、平成26年以降、減少傾向。その他の入院料は横ばい。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

	平成30年	令和元年	令和2年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896
急性期4~7	160,150	151,651	145,616

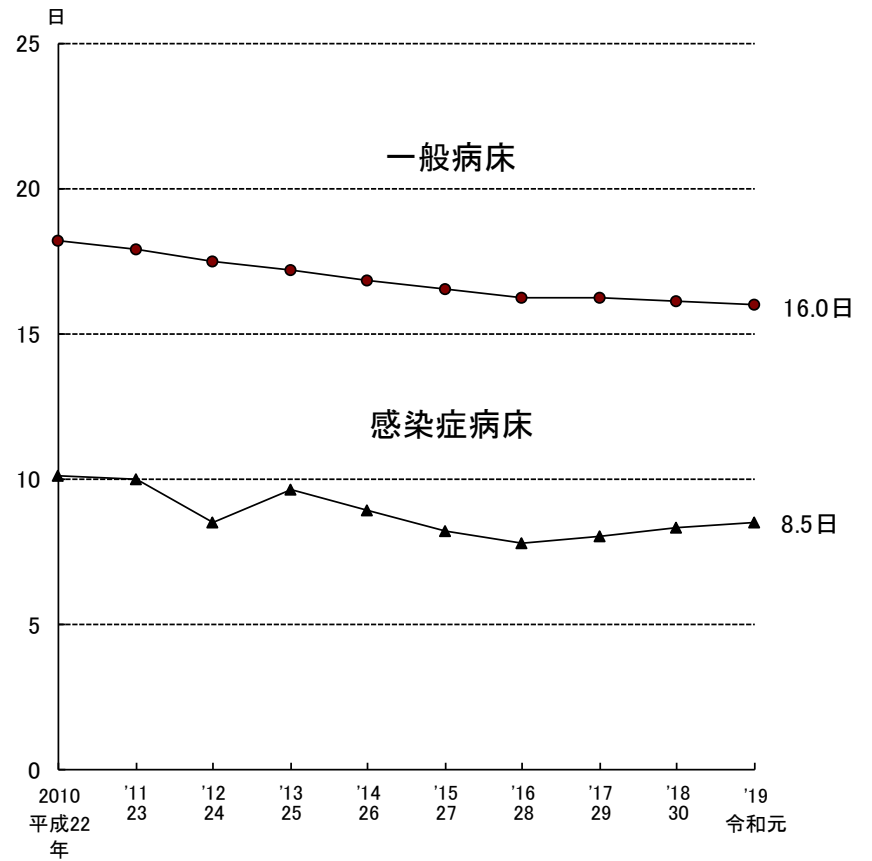
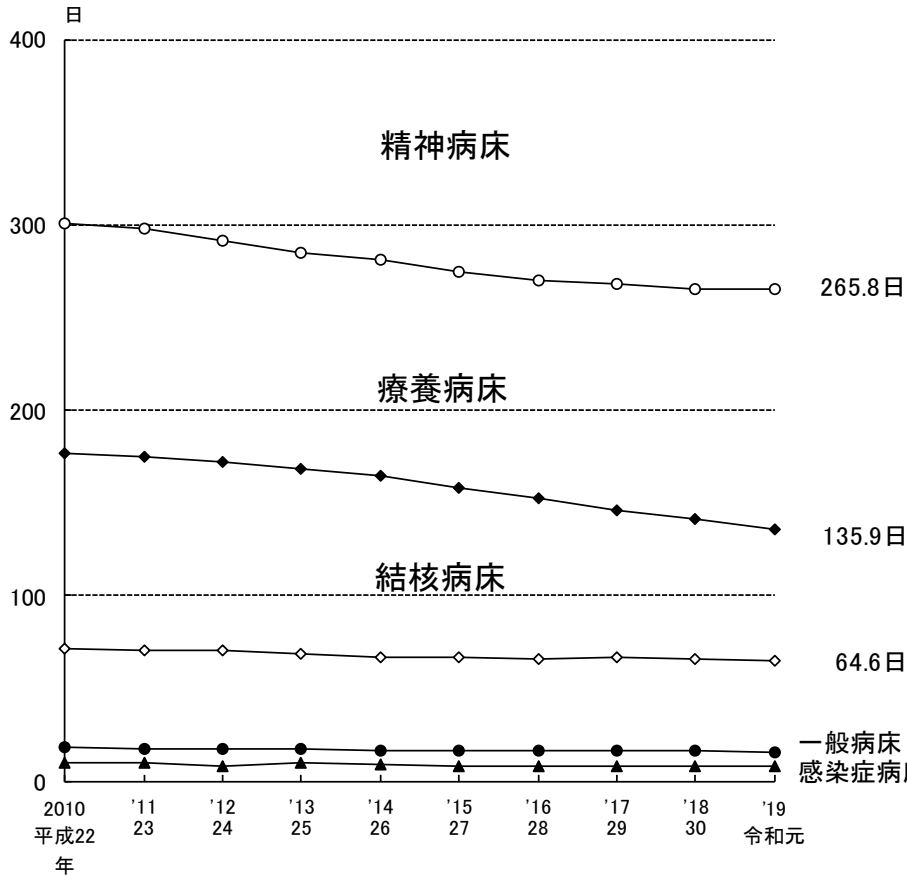
出典：各年7/1の届出状況。保険局医療課調べ

病床種類別の平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、いずれの病床の種類においても減少している。

病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移

各年間

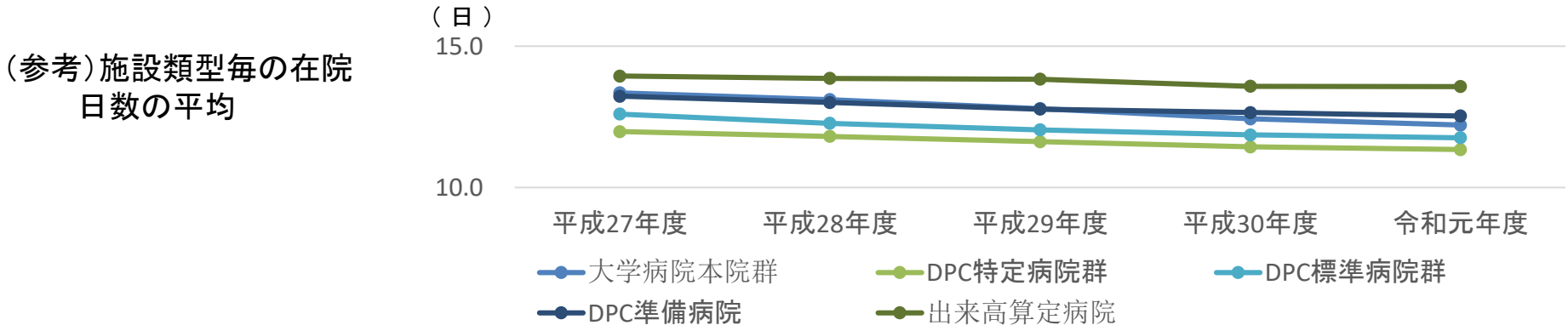
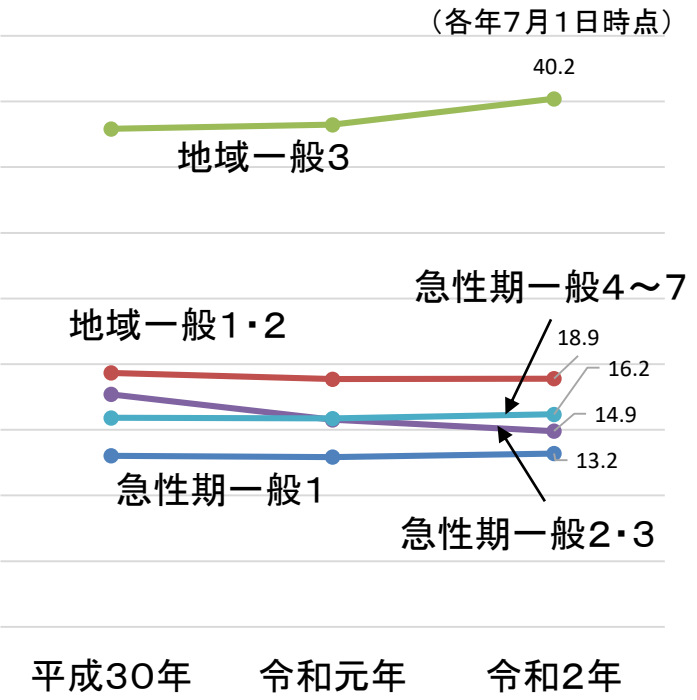
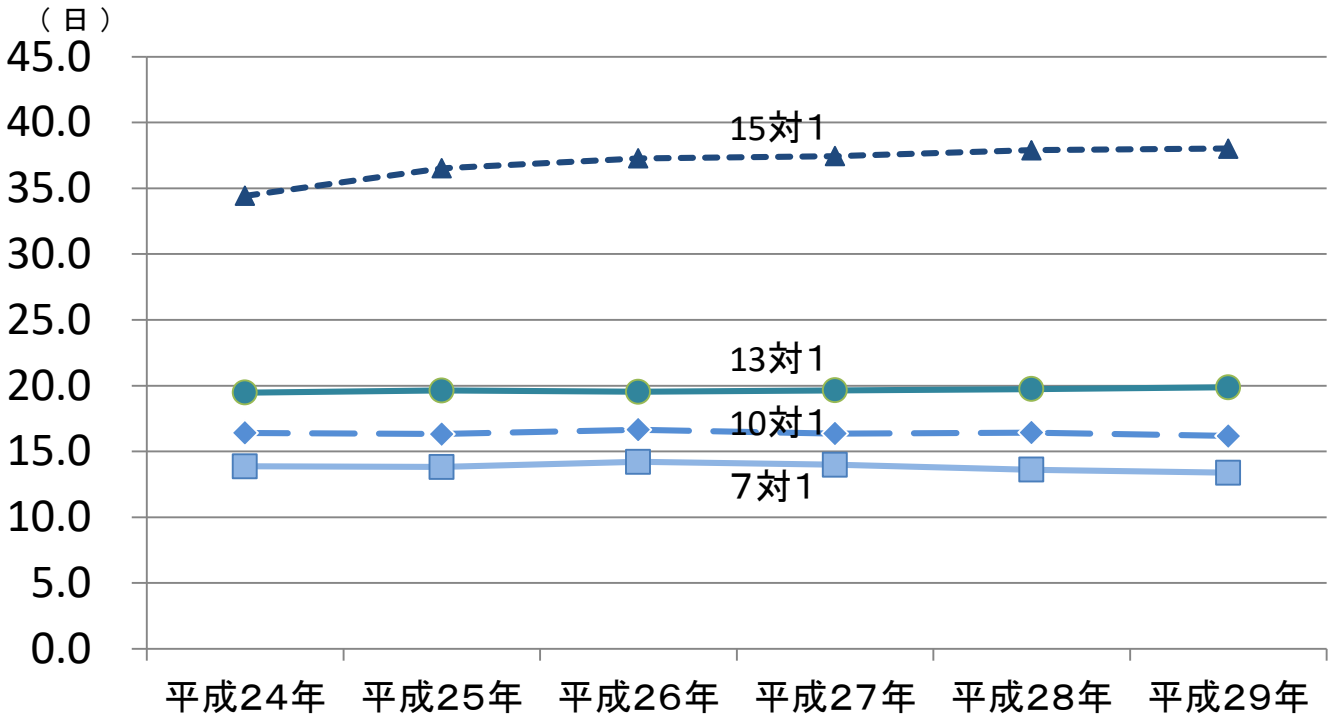


注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

中医協 総 - 5
3. 1 1. 1 0 (改)

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院基本料における平均在院日数に係る経緯

○ 入院基本料における、算定要件の平均在院日数については、これまで、患者像に適した適切な評価や病床の機能分化の推進を図ること等を目的として、見直しを実施してきた。

	看護配置 7対1 入院基本料	看護配置10対1 入院基本料	看護配置13対1 入院基本料	看護配置15対1 入院基本料
平成18年	(入院料再構築) <ul style="list-style-type: none"> 7対1入院基本料：19日以内 7対1特定機能病院入院基本料：28日以内 7対1専門病院入院基本料：30日以内 	(入院料再構築) <ul style="list-style-type: none"> 10対1入院基本料：21日以内 10対1特定機能病院入院基本料：28日以内 10対1専門病院入院基本料：33日以内 	(入院料再構築) <ul style="list-style-type: none"> 13対1入院基本料：24日以内 13対1専門病院入院基本料：36日以内 	(入院料再構築) <ul style="list-style-type: none"> 15対1入院基本料：60日以内
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料：<u>18</u>日以内 特定機能病院入院基本料：<u>26</u>日以内 専門病院入院基本料：<u>28</u>日以内 	—	<ul style="list-style-type: none"> 90日を超えて入院する患者を計算対象とする 	<ul style="list-style-type: none"> 90日を超えて入院する患者を計算対象とする
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> 90日を超えて入院する患者については、以下のいずれかを選択 ア 引き続き一般病棟入院料を算定し計算対象とする イ 療養病棟入院基本料を算定する（平均在院日数の計算対象とならない） 短期滞在3の患者を計算対象から除外 		<ul style="list-style-type: none"> 短期滞在3の患者を計算対象から除外 	
平成30年	(入院料再編) <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1：18日以内 	(入院料再編) <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 2～7：21日以内 	(入院料再編) <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 1、2：24日以内 	(入院料再編) <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 3：60日以内

経過措置終了に伴う急性期一般入院料等の届出状況

中医協 総-5
3. 11. 10

○ 新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていない医療機関において、令和3年9月30日に入院料に係る経過措置が終了したことによる、影響は以下のとおりだった。

新型コロナウイルス感染症に係る対応として
重点医療機関、協力医療機関、新型コロナ患者受入病床割り当て医療機関、
のいずれにも該当していなかった医療機関について、
入院料に係る経過措置が令和3年9月30日で終了したことにより、入院料を変更した医療機関の状況

変更前	変更後	医療機関数
急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 3	1
急性期一般入院料 2	急性期一般入院料 5	1
	急性期一般入院料 7	1
急性期一般入院料 4	急性期一般入院料 7	8
急性期一般入院料 5	急性期一般入院料 6	1
	急性期一般入院料 7	10
急性期一般入院料 6	急性期一般入院料 7	8
地域包括ケア病棟入院料 2 及び／又は地域包括ケア入院医療管理料 2	—	3
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院基本料 2	4
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1

急性期入院医療について（その2）

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療の評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

(10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ))

【急性期入院医療の評価について】

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室の有無により手術等の実績に違いがあったが、急性期入院医療を担っている医療機関の中でも、中小病院では手術等の件数が少なくても地域で役割を果たしている場合もある、との指摘や、
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の中でも手術等の実績に違いが出ていることからすれば、実績に応じた評価を行うべきではないか、との指摘があった。
- 人工心肺を用いた手術については、オフポンプ冠動脈バイパス術が主流となるなど、人工心肺を用いた手術を実施できる体制・能力と、実績とは、必ずしも合わない可能性もあるのではないかと指摘があった。

急性期入院医療に係る指摘事項

【11月10日 中央社会保険医療協議会総会】

(急性期入院医療に係る評価について)

- 充実した急性期入院医療を担っている医療機関については、現行評価よりも、さらに充実した評価とする方向性で検討すべき。一方、治療室を持たない医療機関においても、看護師の配置を工夫し、急性期入院医療を担っている中小病院があり、このような医療機関に配慮することは地域の救急医療体制を維持するために必要ではないか。
- 総合入院体制加算の実績要件において人工心肺を用いた手術が定められているが、オフポンプ手術はさらに高度な技術が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症への対応において、医療資源の集約化、医療機関の機能分化・連携が重要である。急性期入院医療の評価に一定程度段階を設けるべきではあるが、その際に、急性期一般入院料1においても手術等の実績に差があることを踏まえ対応する必要があるのではないか。

急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3(改)
25.11.13

高度急性期・
急性期

高度急性期・急性期
(ICU, NICU, HCU等)

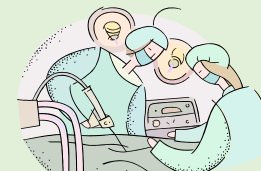
急性期医療の役割

① **重症救急**患者に対する医療の提供

救急搬送
(24時間)

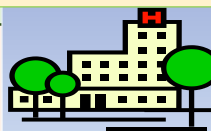


② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の**総合的かつ専門的な医療**の提供



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に**退院支援する機能**

亜急性期・回復期等



長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

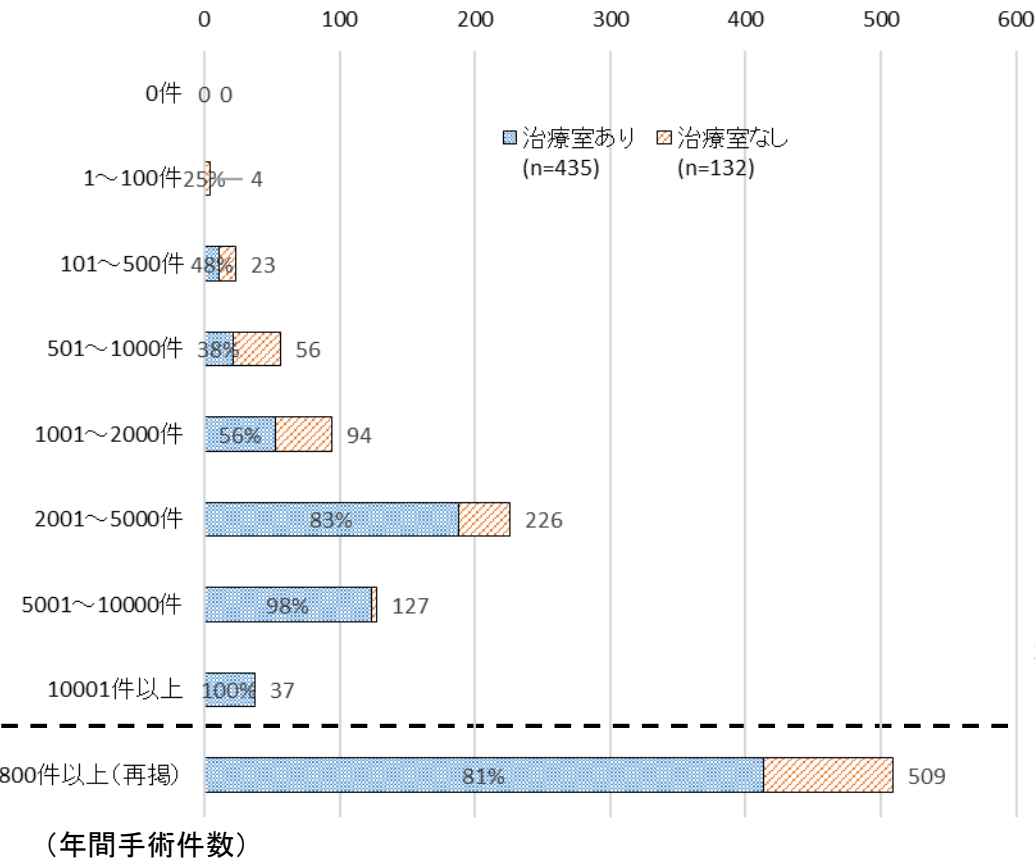
手術・放射線療法・化学療法の実施状況①

中医協 総-1-2 (改)
3 . 1 0 . 2 7

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。

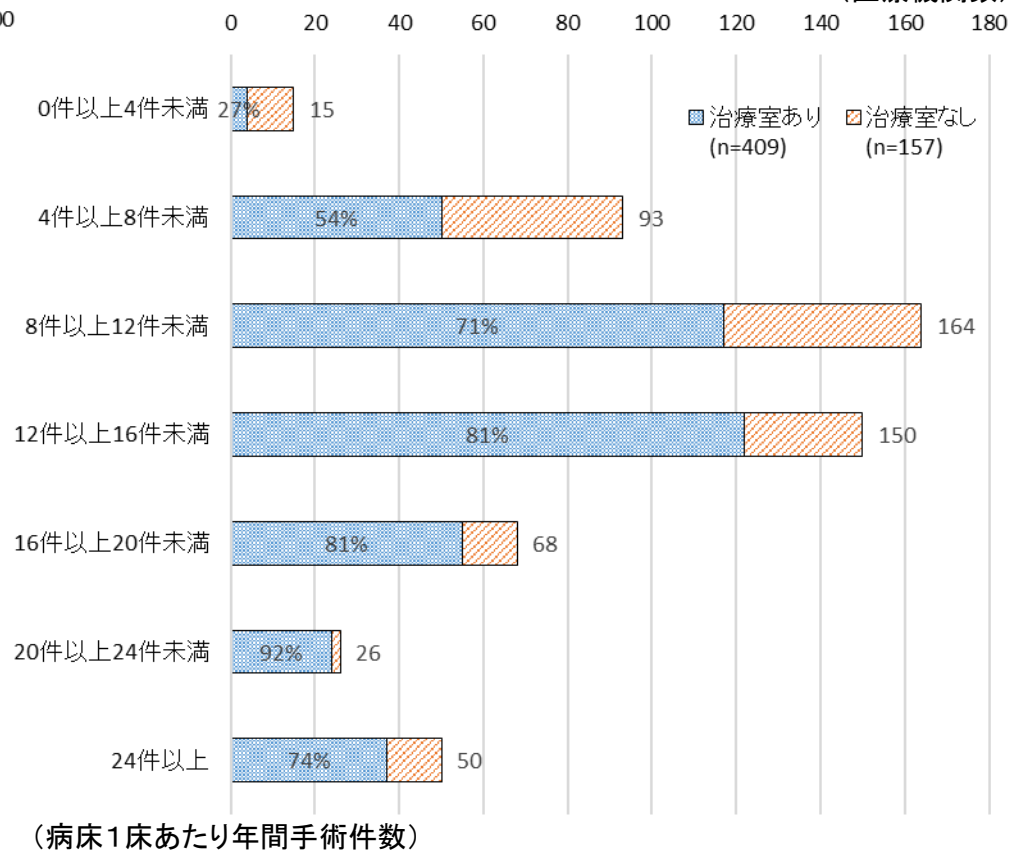
急性期一般1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)

(医療機関数)



急性期一般1を届け出ている医療機関における
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)

(医療機関数)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

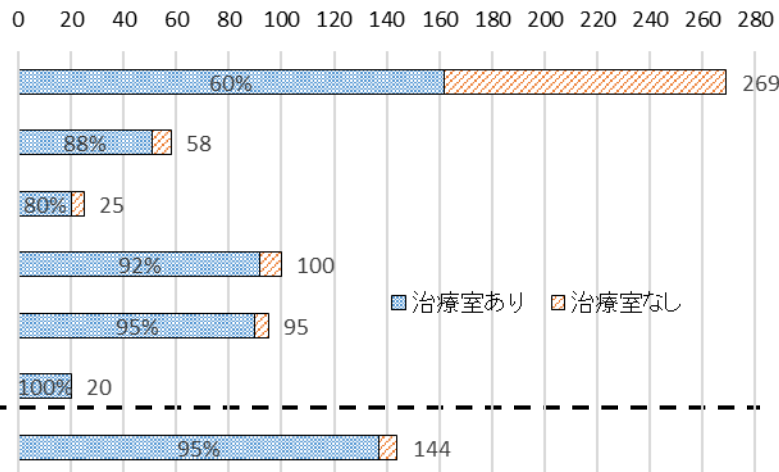
※病床数は急性期一般入院料1の届出病床数

手術・放射線療法・化学療法の実施状況②

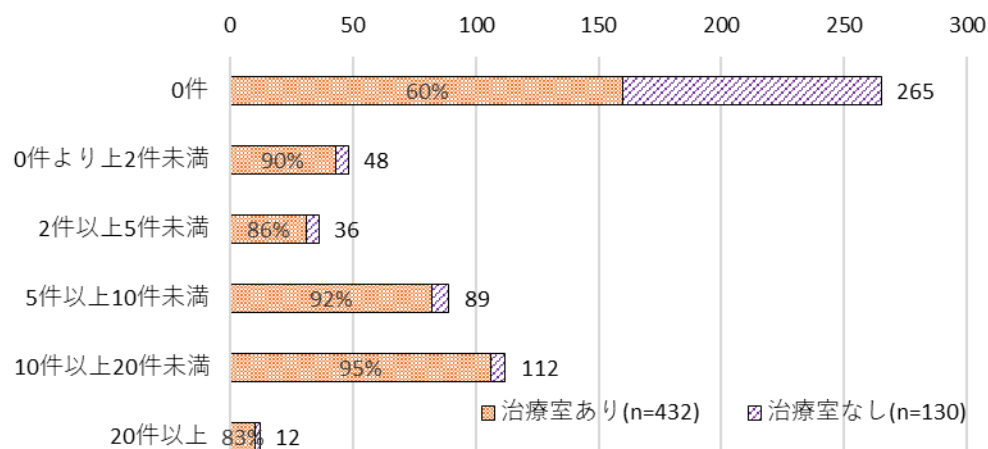
○ 放射線療法、化学療法について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、許可病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

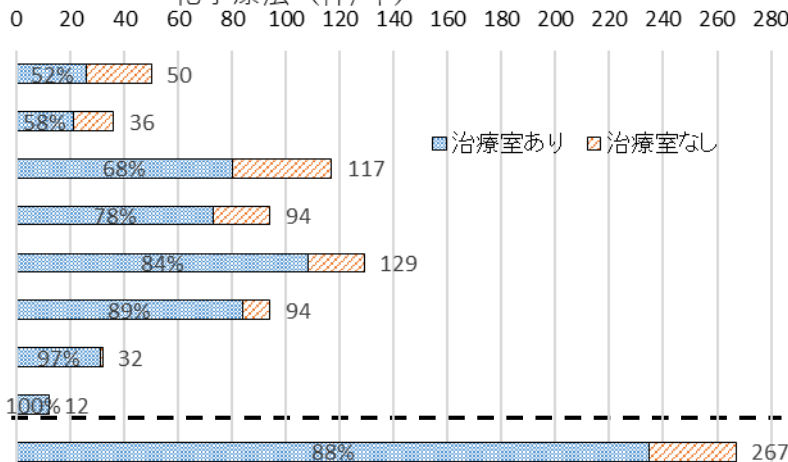
放射線療法 (件/年) (医療機関数)



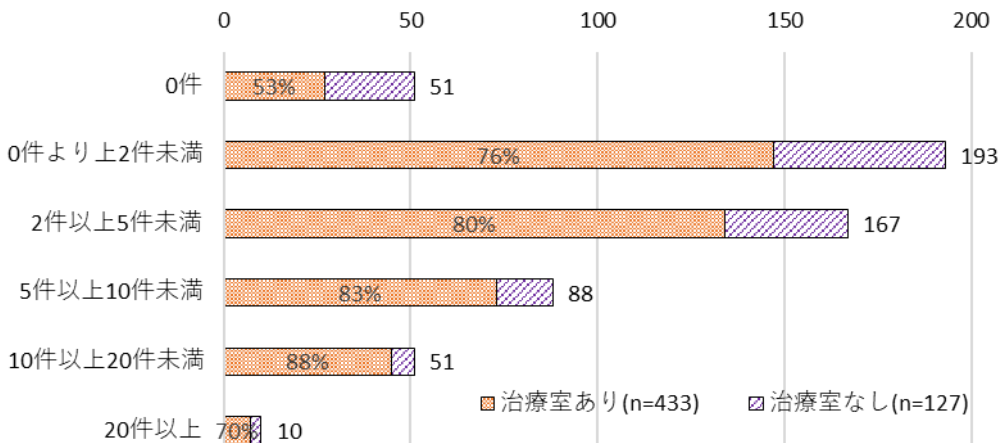
放射線療法 (件/許可病床・年)



化学療法 (件/年) (医療機関数)



化学療法 (件/許可病床・年)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。

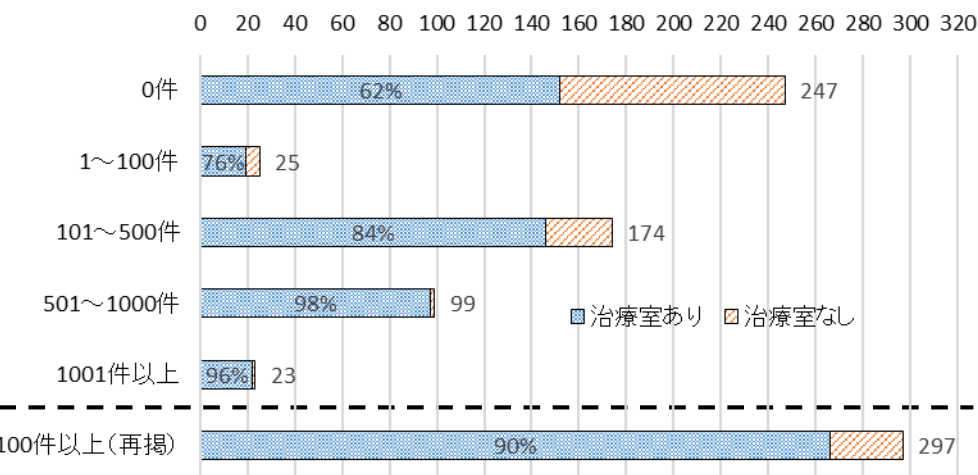
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

手術・放射線療法・化学療法の実施状況③

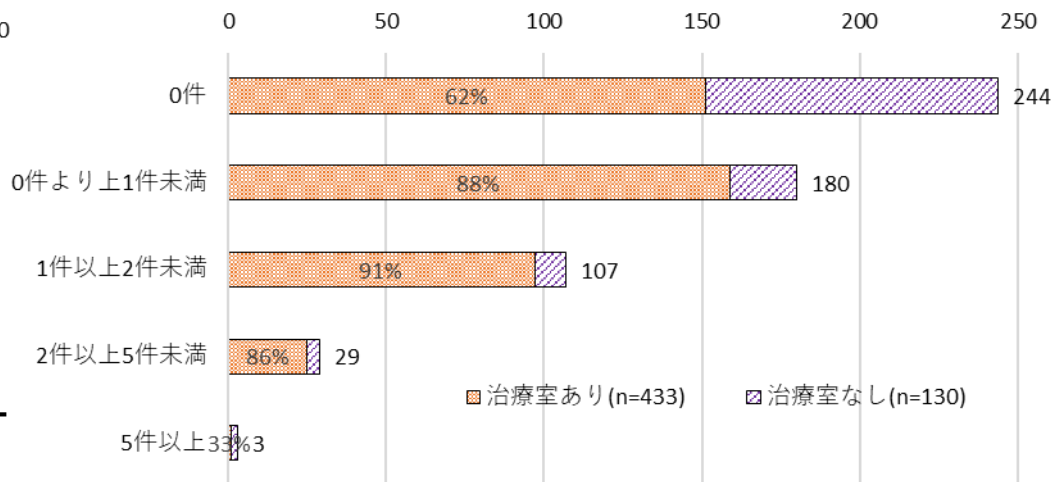
○ 分娩について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、許可病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

分娩（件/年）
（医療機関数）



分娩（件/許可病床・年）



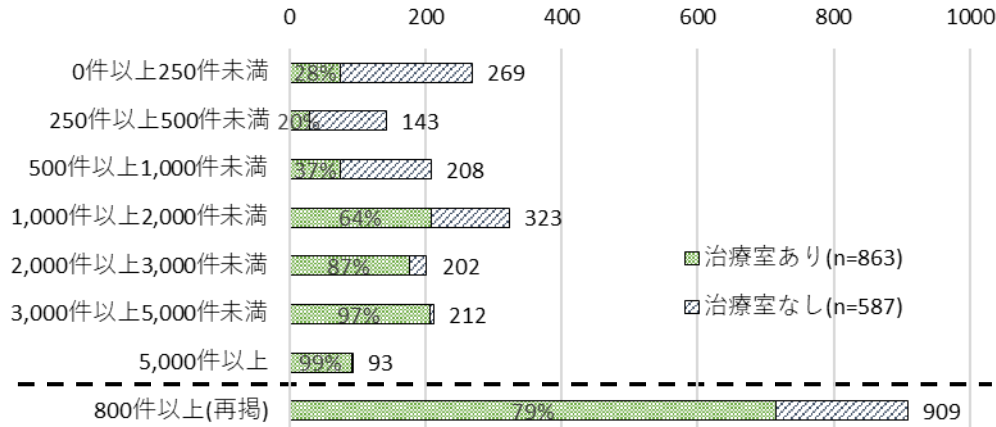
※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

急性期1における治療室の有無別、手術等の状況①

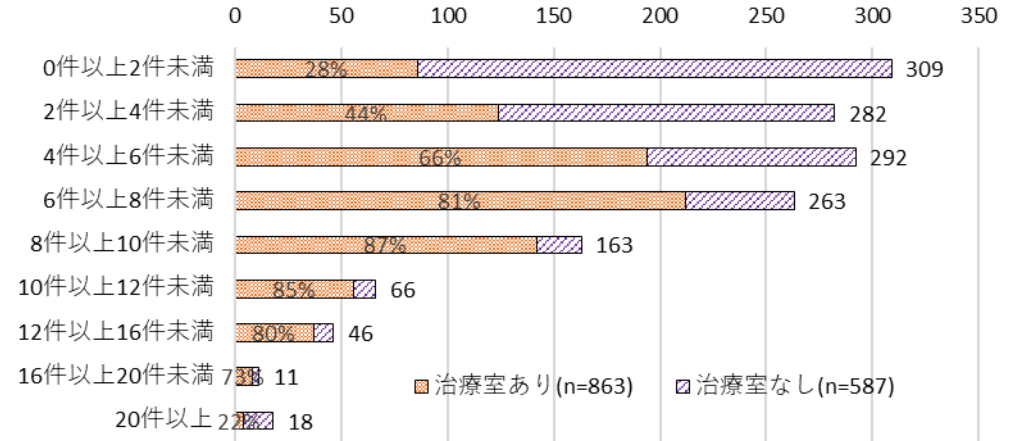
○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、医療保険届出病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

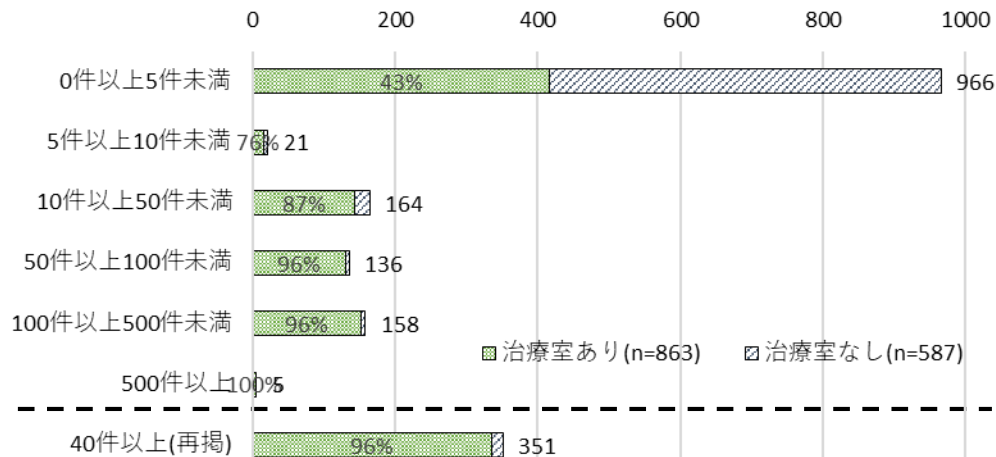
全身麻酔の手術（算定回数/年）



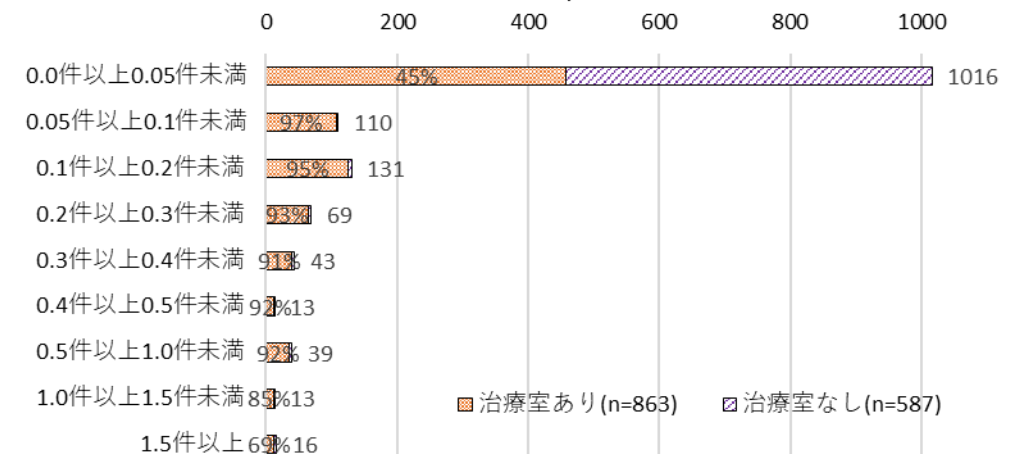
全身麻酔の手術（算定回数/医療保険届出病床・年）



人工心肺を用いた手術（算定回数/年）



人工心肺を用いた手術（算定回数/医療保険届出病床・年）



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

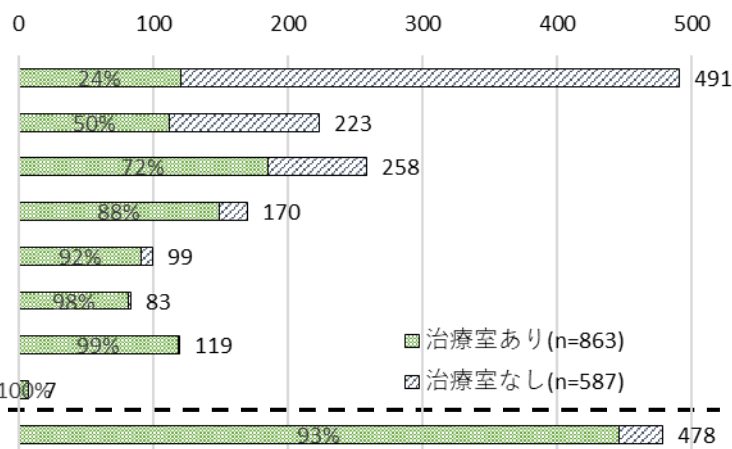
出典：DPCデータ（治療室の状況；令和2年3月時点
算定回数；令和元年度1年間の算定回数）

急性期 1 における治療室の有無別、病床 1 床あたり手術等の状況①

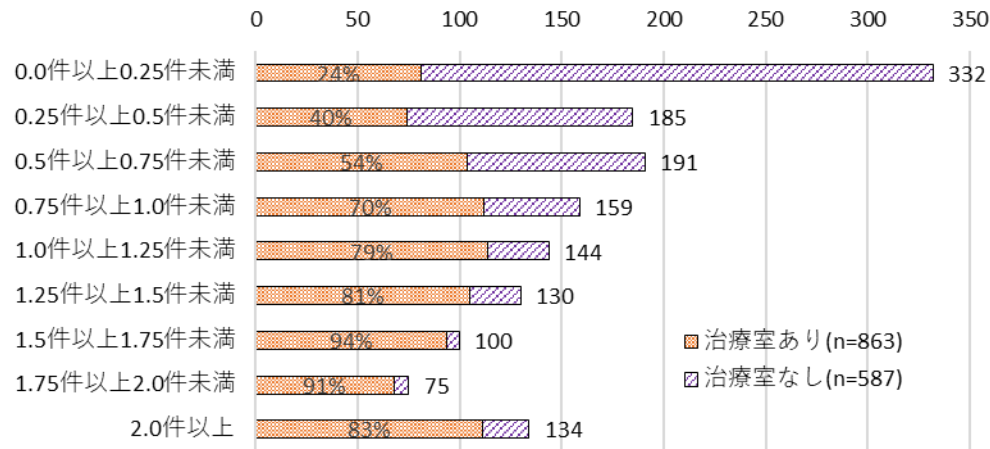
○ 悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、医療保険届出病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

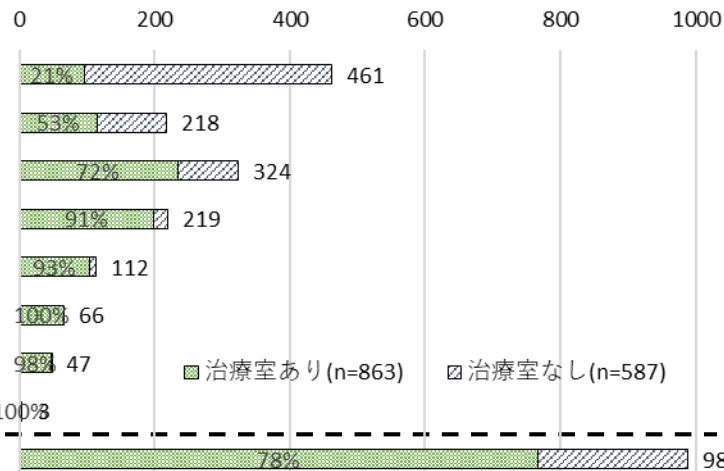
悪性腫瘍の手術（算定回数/年）



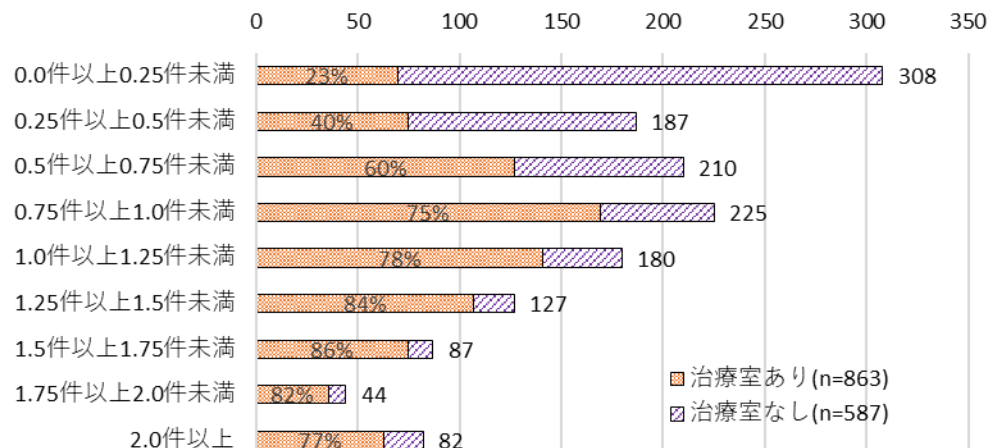
悪性腫瘍の手術（算定回数/医療保険届出病床・年）



腹腔鏡下手術（算定回数/年）



腹腔鏡下手術（算定回数/医療保険届出病床・年）



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

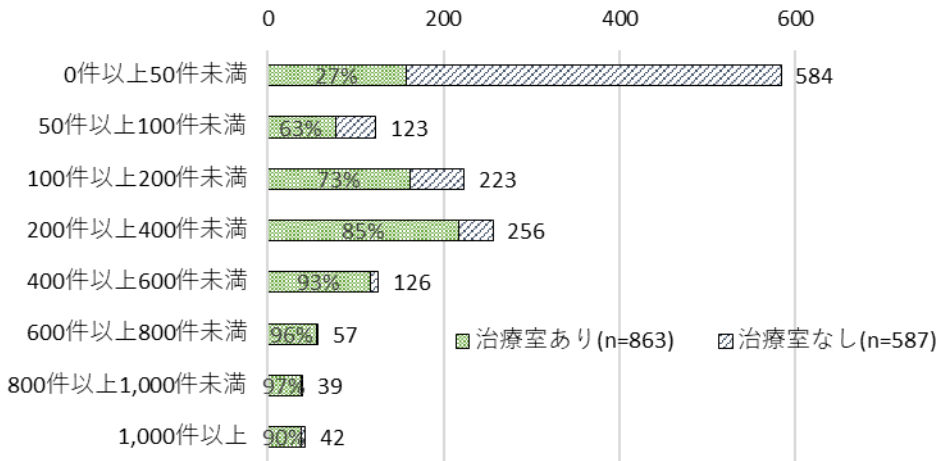
出典：DPCデータ（治療室の状況；令和2年3月時点
算定回数；令和元年度1年間の算定回数）

急性期 1 における治療室の有無別、病床 1 床あたり手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法手術、消化管内視鏡手術について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、医療保険届出病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

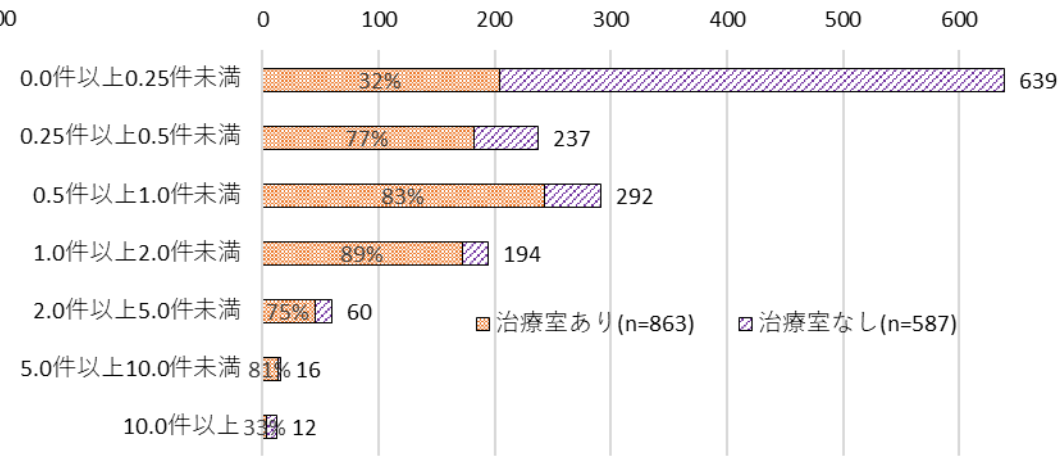
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

心臓カテーテル法による手術（算定回数/年）

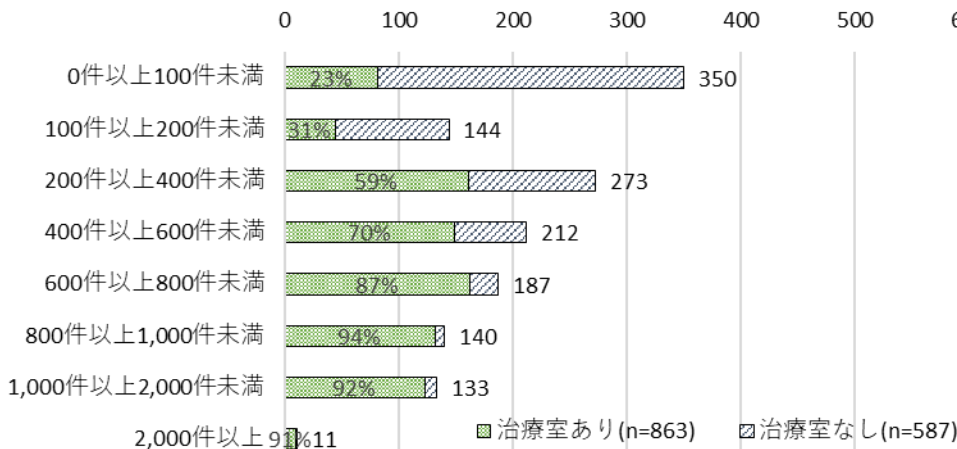


心臓カテーテル法による手術

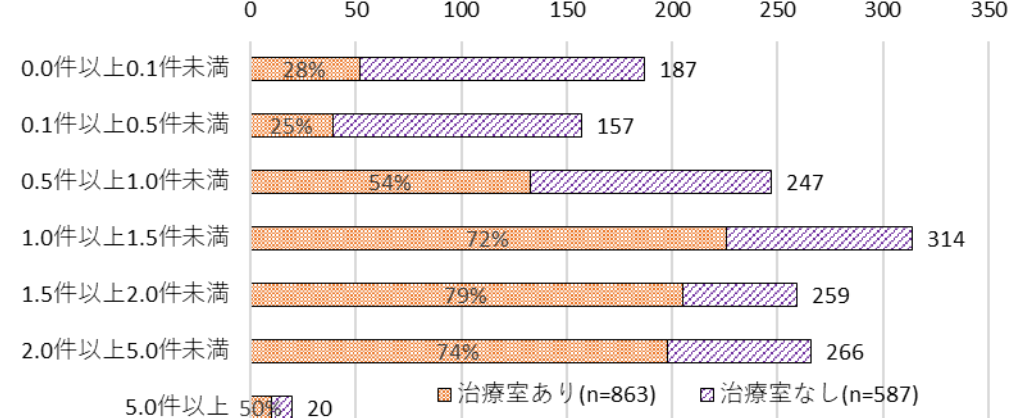
（算定回数/医療保険届出病床・年）



消化管内視鏡による手術（算定回数/年）



消化管内視鏡による手術（算定回数/医療保険届出病床・年）



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

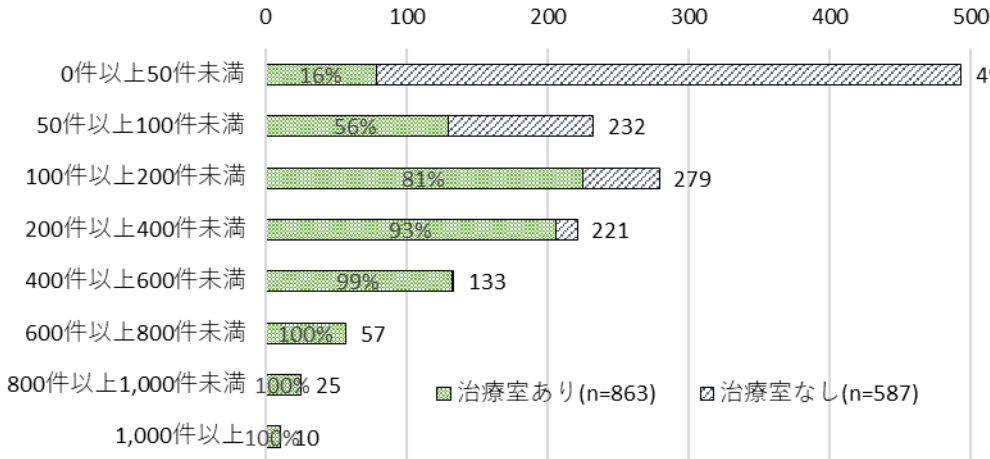
出典：DPCデータ（治療室の状況；令和2年3月時点
算定回数；令和元年度1年間の算定回数）

急性期 1 における治療室の有無別、病床 1 床あたり手術等の状況②

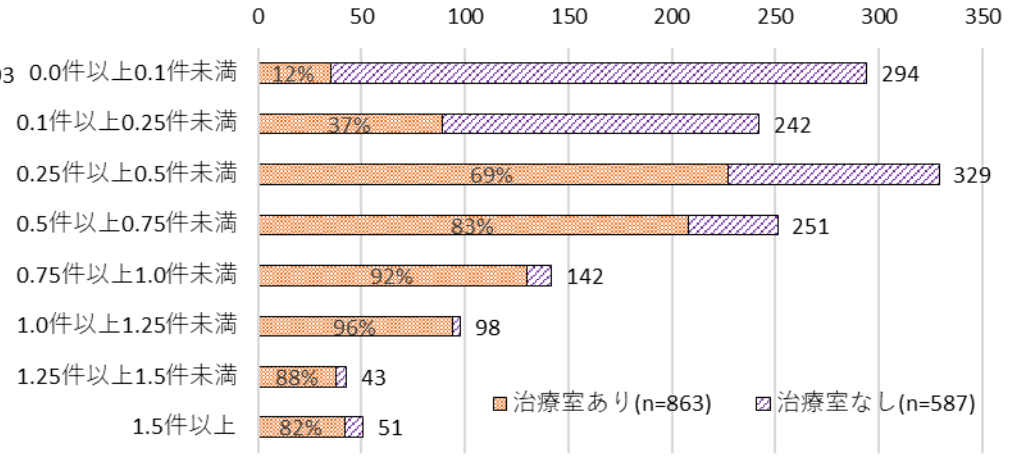
○ 時間外の手術、救急搬送受入件数について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、医療保険届出病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

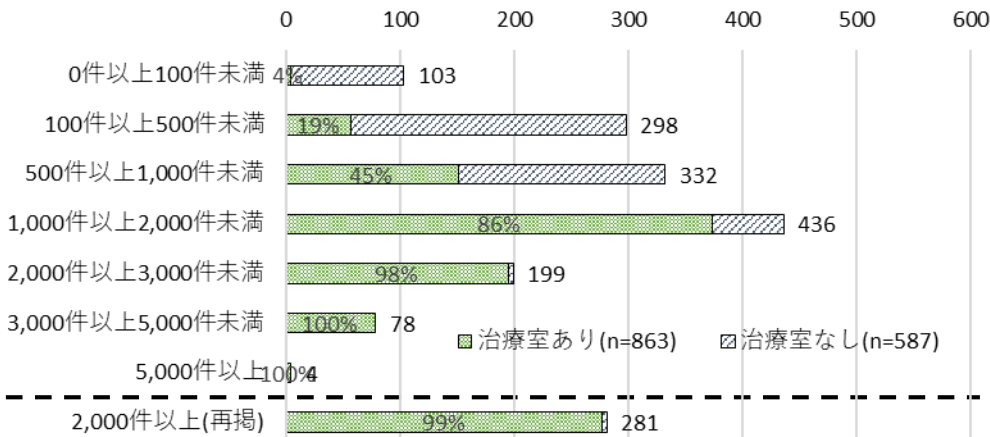
手術における時間外加算の算定件数（算定回数/年）



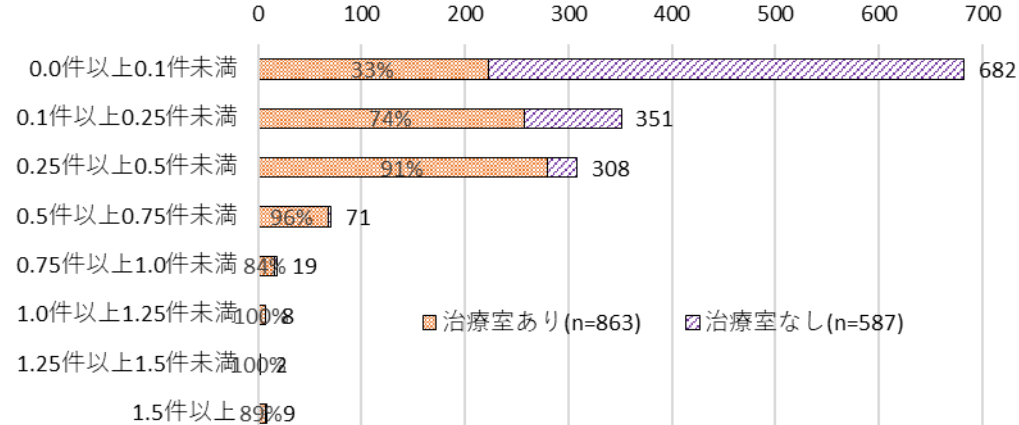
手術における時間外加算の算定回数
(算定回数/医療保険届出病床・年)



救急搬送受入件数（算定回数/年）



救急搬送受入件数（算定回数/医療保険届出病床・年）



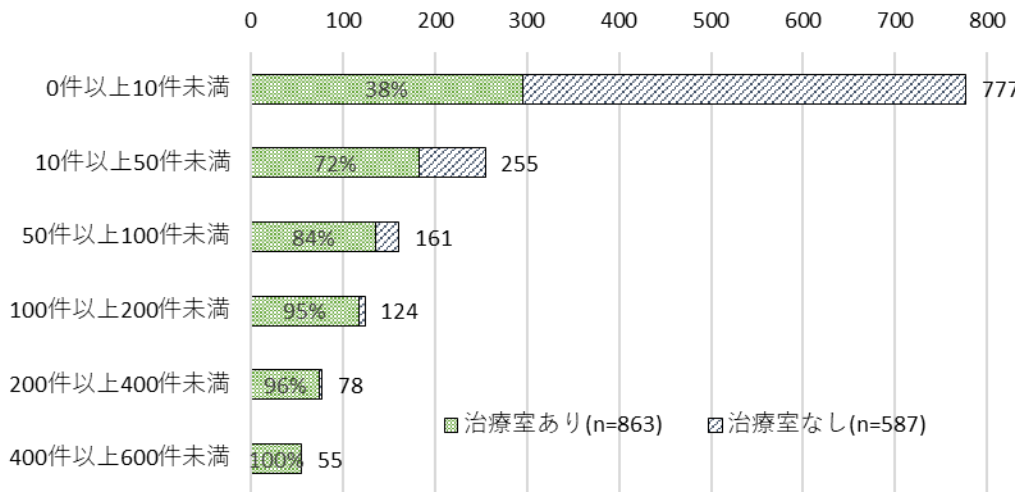
※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

急性期 1 における 6 歳未満の手術の実施状況

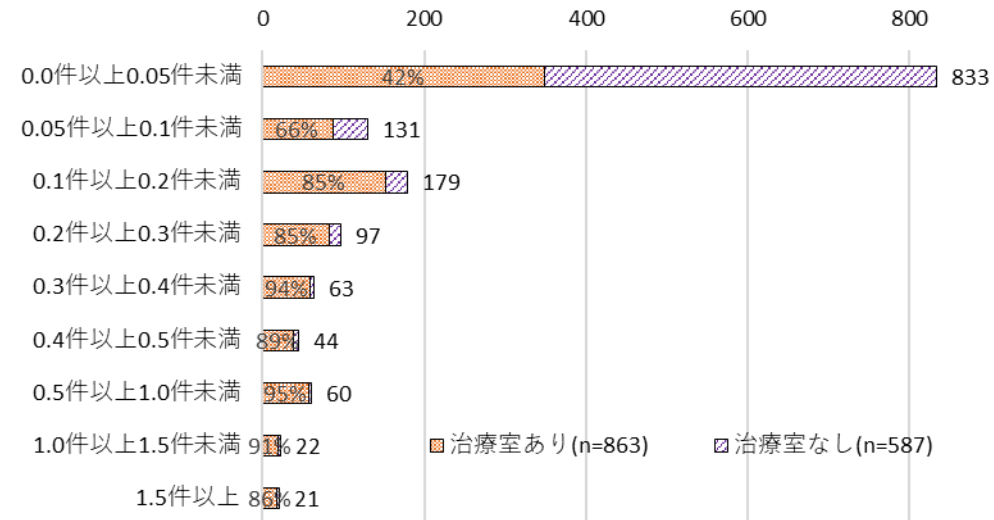
○ 6歳未満における手術について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布と、医療保険届出病床1床あたりの実施件数の分布を比較した。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、手術等の状況

手術における 6 歳未満に係る加算（算定回数/年）



手術における 6 歳未満に係る加算
（算定回数/医療保険届出病床・年）



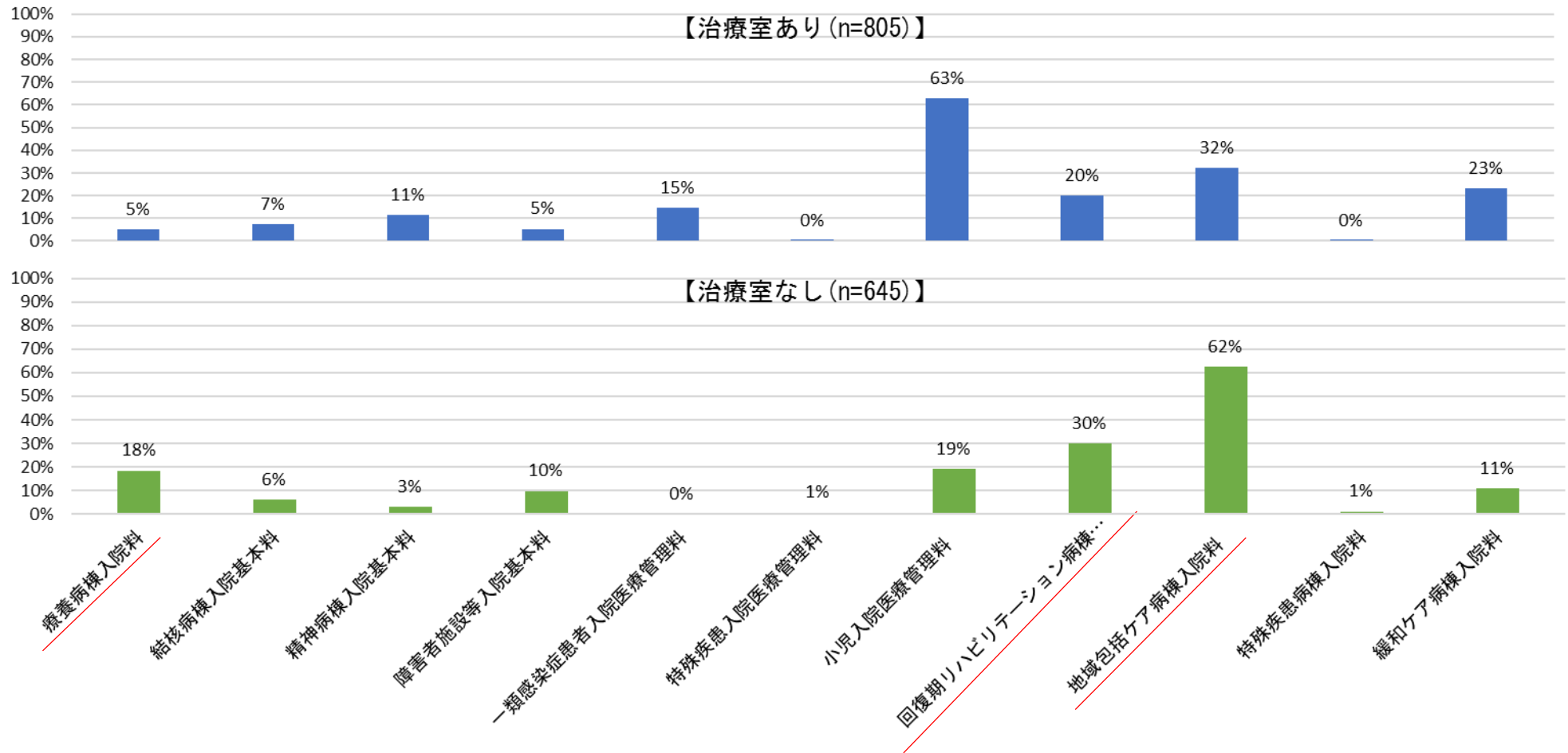
※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

出典：DPCデータ（治療室の状況；令和2年3月時点
算定回数；令和元年度1年間の算定回数）

急性期 1 における治療室の有無別・届出病棟の状況

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別に、他に届け出ている病棟の状況を集計したところ、治療室の届出なしの医療機関の方が届出ありの医療機関より、療養、回りハ、地ケアを届け出ている割合が高かった。

急性期一般入院料1における、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別、届出病棟の状況

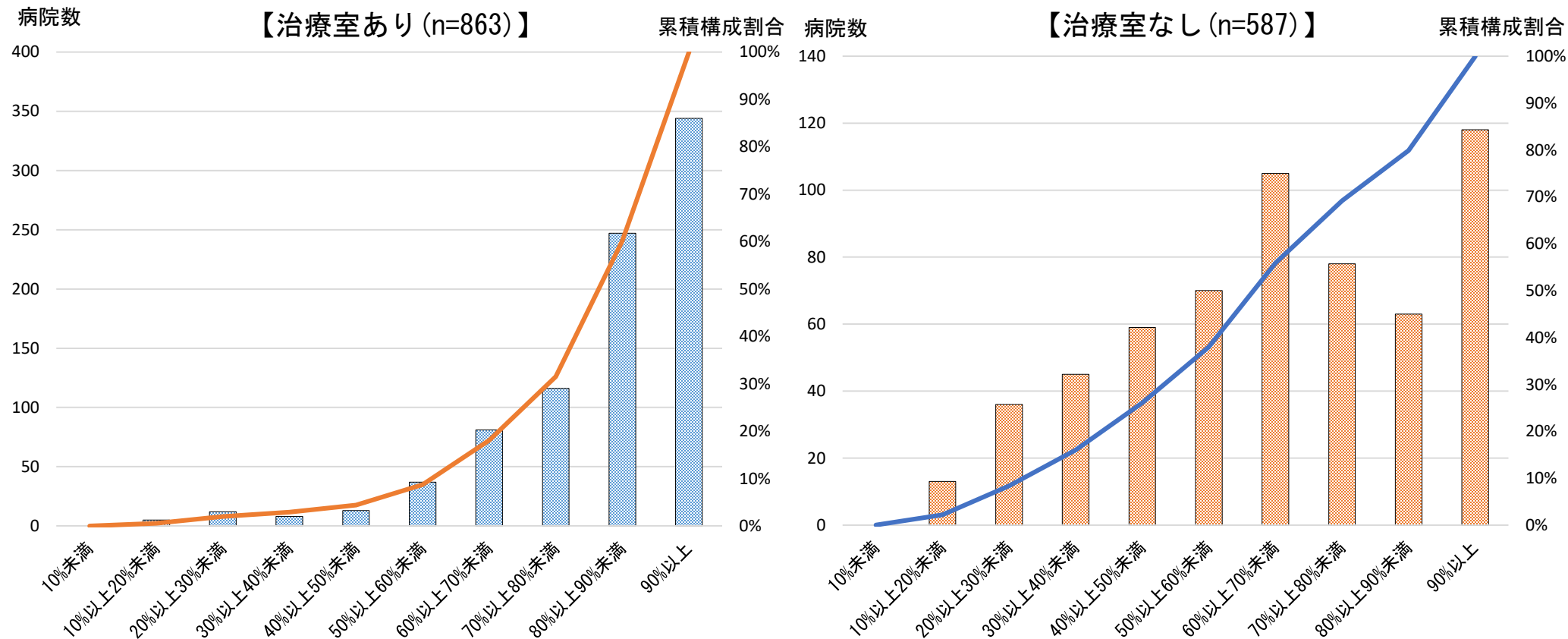


出典：DPCデータ（令和2年3月時点）

治療室の有無別、急性期病床が病床全体に占める割合

○ 治療室ありの医療機関の方が、当該医療機関の医療保険届出病床数に占める急性期一般入院料1及び治療室の病床数の割合が高く、治療室ありの医療機関のうち9割は60%を超えていた。

治療室の有無別、急性期一般入院料1及び治療室が、当該医療機関の医療保険届出病床数に占める割合

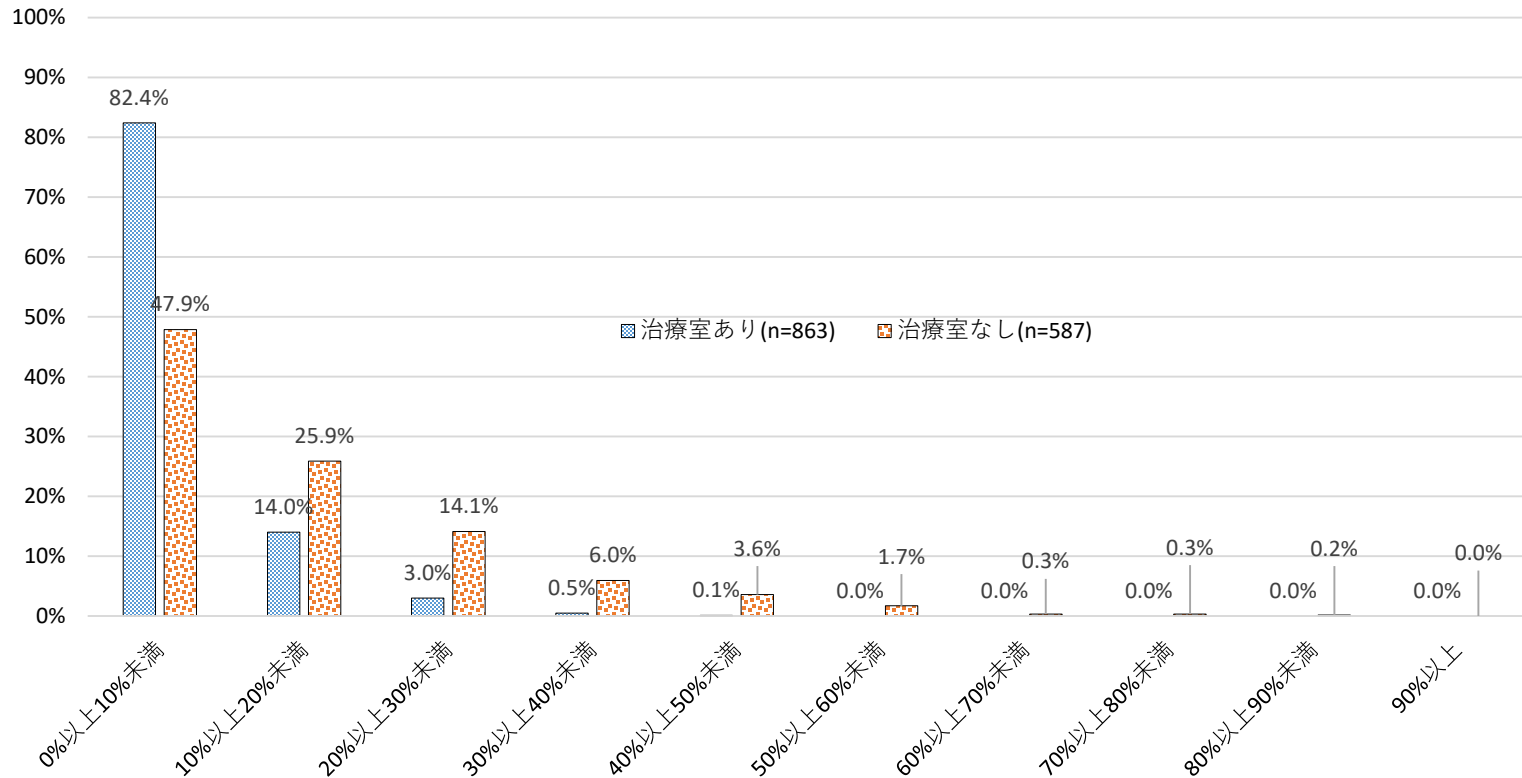


※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

急性期 1 における治療室の有無別、自院他病棟（一般病棟以外）への転棟率

○ 急性期一般入院料 1 における、治療室の有無別、一般病棟（急性期一般入院料 1 及び治療室）から自院他病棟（一般病棟以外）への転棟率は、以下のとおりであった。

急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、自院他病棟（一般病棟以外）への転棟率



※ 自院他病棟（一般病棟以外）への転棟率：
急性期一般入院料 1 又は治療室から全ての退棟（退院）患者のうち、自院のそれ以外の病棟に転棟した割合

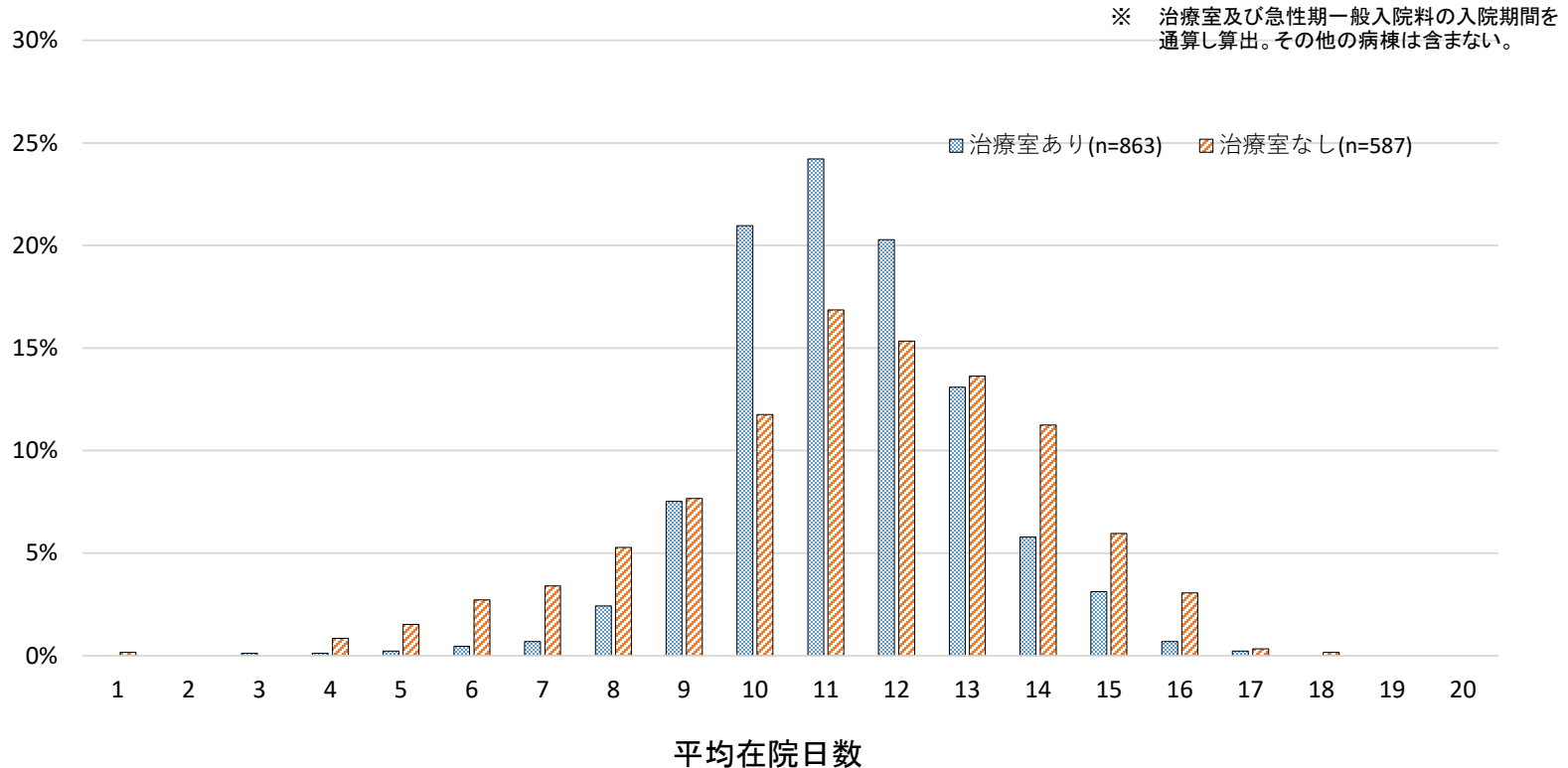
※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

出典：DPCデータ（治療室の状況；令和 2 年 3 月時点
転棟率；令和元年度 1 年間の状況）

急性期一般入院料 1 における治療室の有無別、平均在院日数

○ 急性期一般入院料 1 における、治療室の有無別、平均在院日数の分布は、以下のとおりであった。

急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関における、
治療室の有無別、平均在院日数※の分布

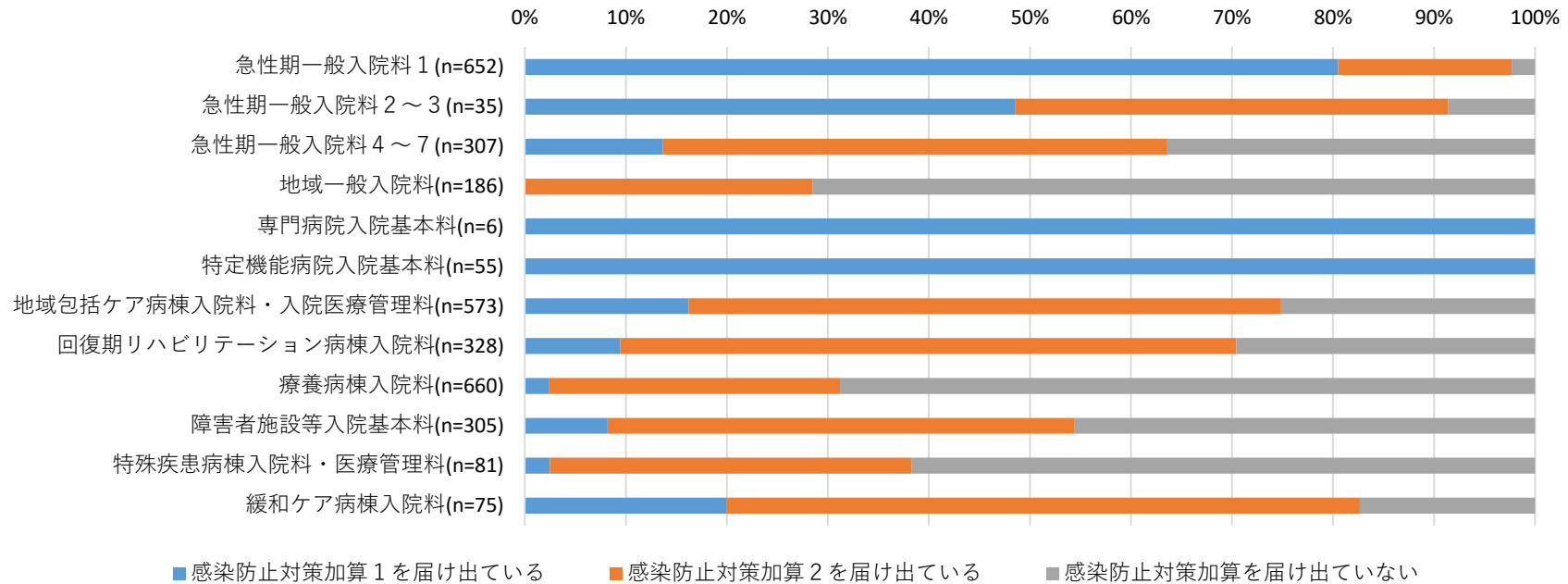


※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

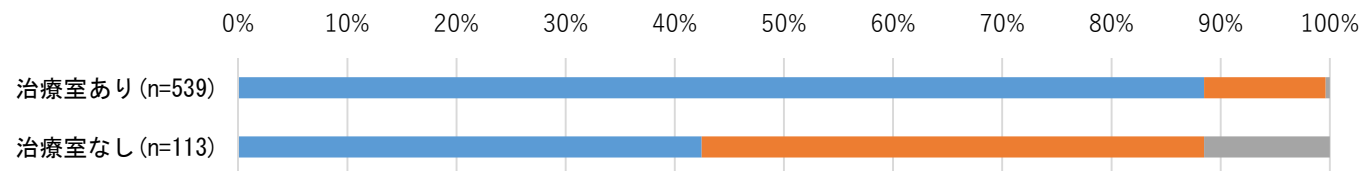
感染防止対策加算の届出状況

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

感染防止対策加算の届出有無



急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関における、治療室の有無別、感染防止対策加算の届出状況

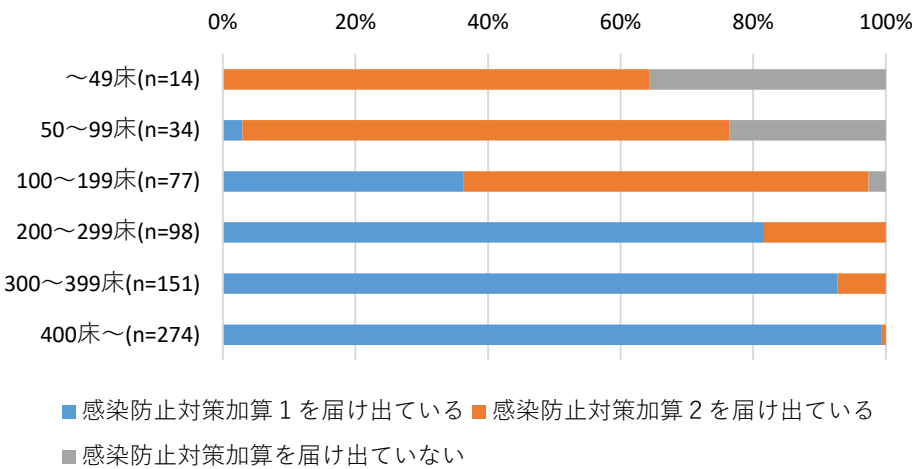


※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

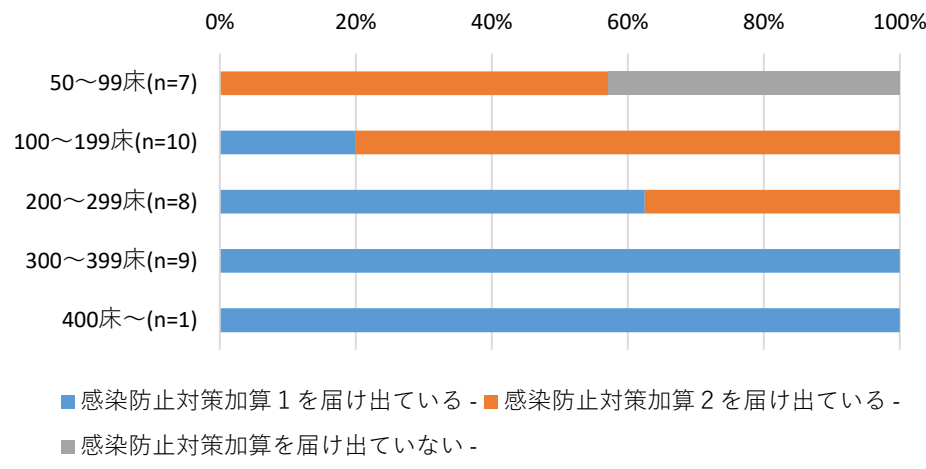
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況①

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

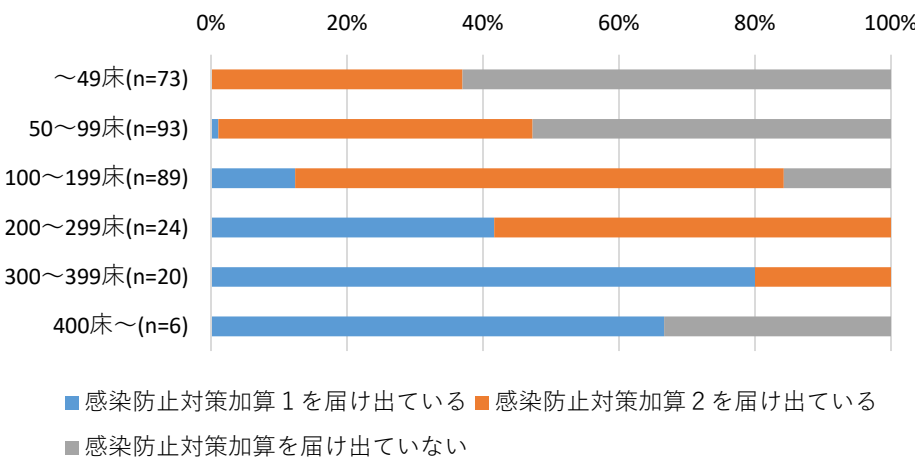
急性期一般入院料 1



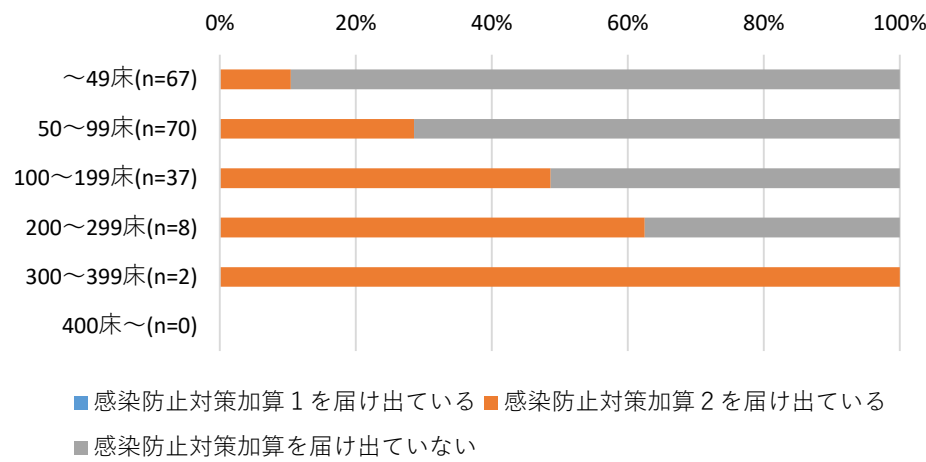
急性期一般入院料 2～3



急性期一般入院料 4～7



地域一般入院料

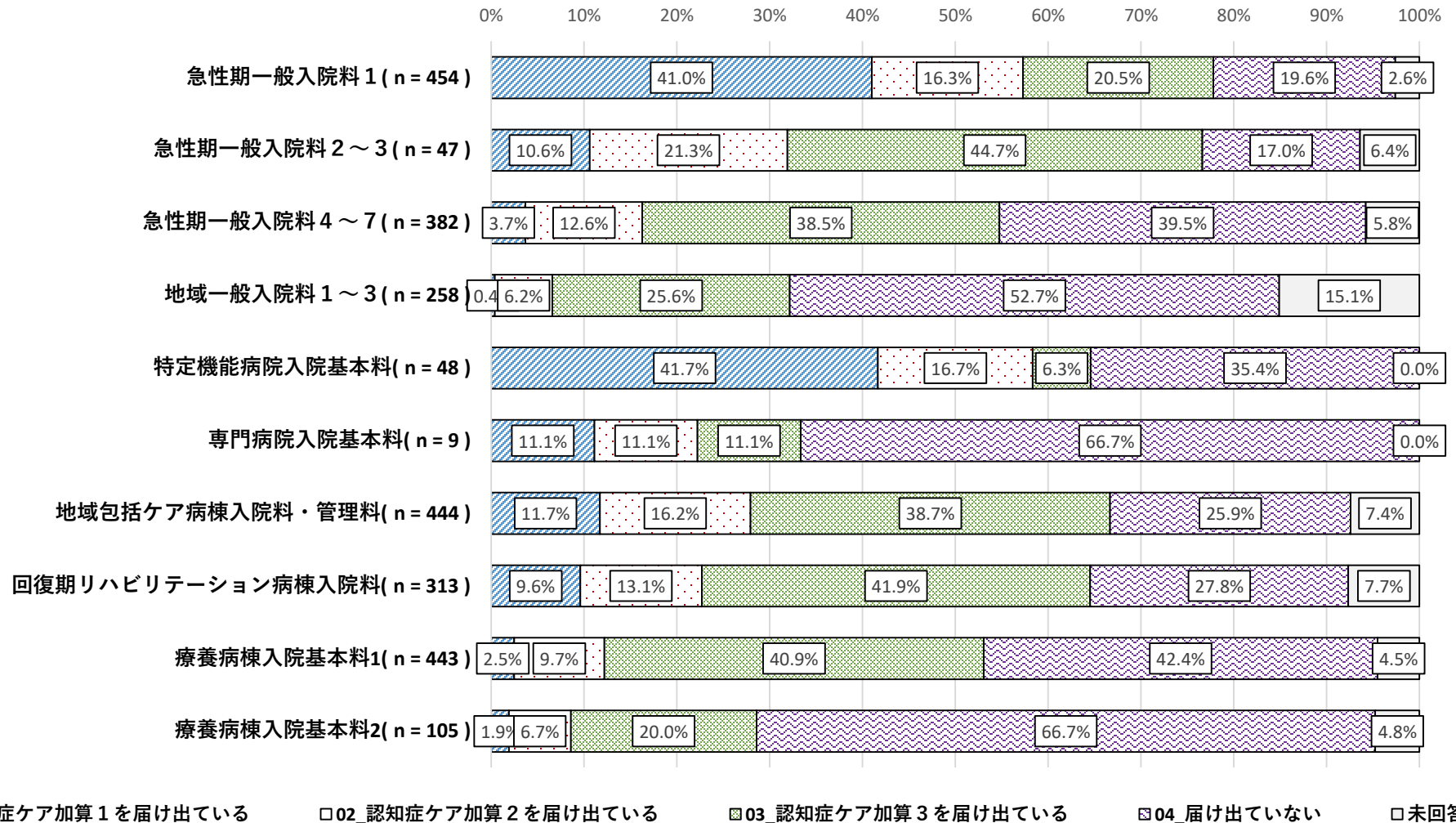


出典: 令和3年度入院医療等の調査(施設票)

認知症ケア加算の届出状況

○ 認知症ケア加算 1 の届出は、急性期一般入院料 1 ・ 特定機能病院で多く、その他の入院料では認知症ケア加算 3 の届出が多かった。

認知症ケア加算の届出状況



01_認知症ケア加算 1 を届け出ている

02_認知症ケア加算 2 を届け出ている

03_認知症ケア加算 3 を届け出ている

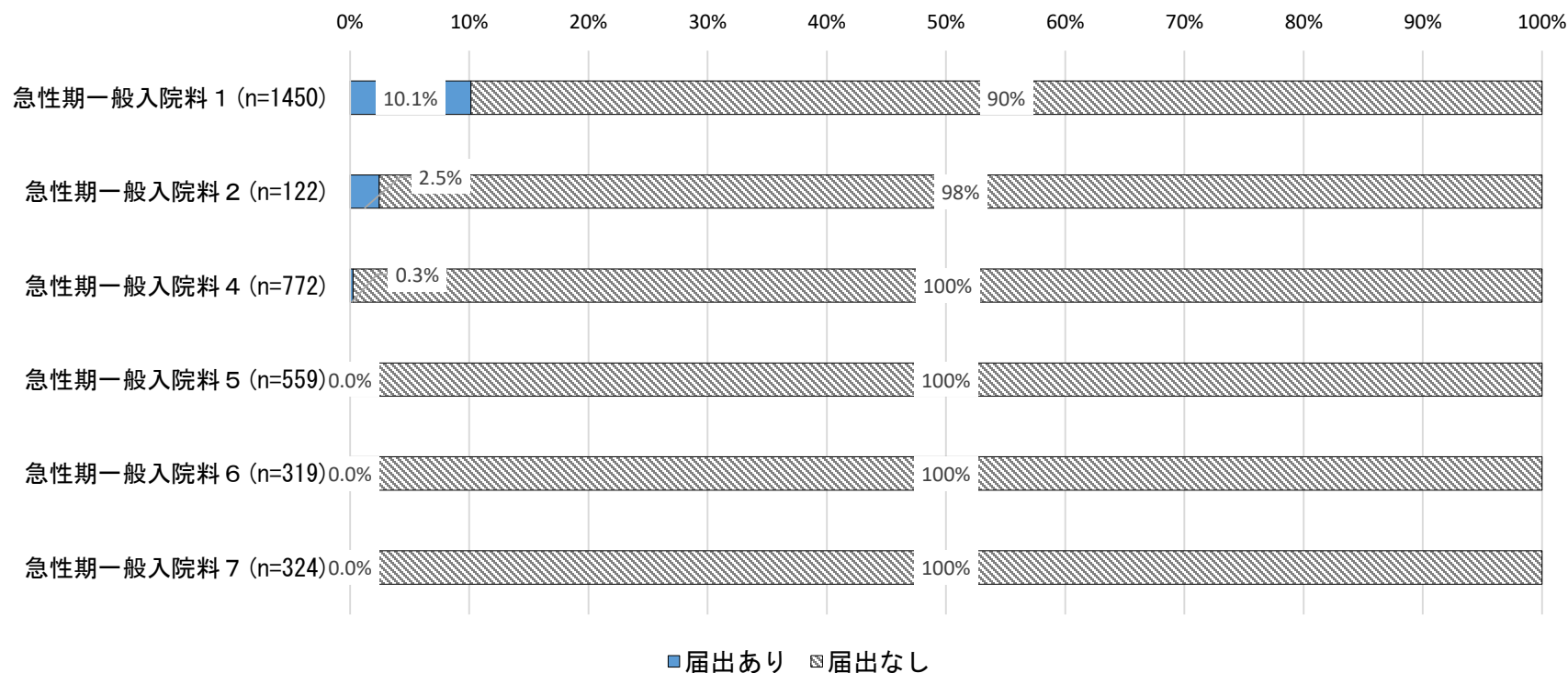
04_届け出していない

未回答

精神科リエゾンチーム加算の届出状況

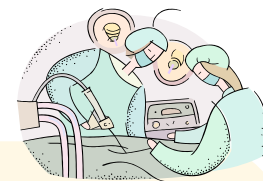
○ DPC病院における、入院料別の精神科リエゾンチーム加算の届出状況は以下のとおりであった。

急性期一般 1～7のDPC病院における、入院料別、
精神科リエゾンチーム加算の届出状況



急性期医療を担う医療機関に係るこれまでの議論(ポイントの振り返り)

高度急性期・急性期 (ICU, NICU, HCU等)



これまでの議論のポイント (例)

- 24時間の救急医療提供
- 救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施
- 入院時重症の患者・家族に対する支援に係る取組



これまでの議論のポイント (例)

- 地域連携室の設置
- 充実した入退院支援
- 回復期入院医療等を担う地域の医療機関との役割分担

これまでの議論のポイント (例)

- 全身麻酔の手術、悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術等の実施の一定の実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 早期に回復させる取組
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 感染防止に係る取組の実施

これまでの議論のポイント (例)

- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施
- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施



急性期入院医療に係る評価についての課題（小括）

（急性期入院医療の評価について）

- ・急性期医療を担う医療機関の具体的役割として、①救急対応等、重症患者への集中的な対応、②手術等、専門的な医療を安全に提供できる体制を確保、③急性期後の患者を自宅や後方病床等に退院支援する機能、等についてこれまでの中医協で議論を行った。
- ・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、手術、放射線療法、化学療法、分娩、全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法手術、消化管内視鏡手術、時間外の手術、救急搬送受入件数、6歳未満における手術、のいずれにおいても、年間実施件数が多いほど治療室ありの医療機関の割合が高かった。一方、1床あたりの実施件数を見ると、治療室なしの医療機関においても一定程度実施件数が多い医療機関も存在していた。
- ・治療室の有無別に、当該医療機関の医療保険届出病床数に占める急性期一般入院料1及び治療室の病床数の割合を集計したところ、治療室ありの医療機関の方が、急性期病床が病床全体に占める割合が高く、治療室ありの医療機関のうち91%は、急性期病床が60%を超えていた。
- ・急性期一般入院料1における、治療室の有無別、一般病棟から自院他病棟への転棟率を見ると、治療室ありの医療機関の方が、転棟率が低い傾向にあった。
- ・急性期一般入院料1における、治療室の有無別、平均在院日数の分布を集計したところ、治療室ありの医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のほとんどが、感染防止対策加算1又は2を届け出ている。
- ・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち約8割は、認知症ケア加算1、2又は3を届け出ている。
- ・DPC病院のうち、精神科リエゾンチーム加算を届けている医療機関は、急性期一般入院料1又は2を届けている医療機関に分布していた。

急性期入院医療について（その2）

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療の評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 3-1 重症患者対応の評価について
 - 3-2 その他
4. 論点

重症患者対応に係る指摘事項

【10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ)】

- ECMO装着患者等については、2対1以上の手厚い看護配置を行っている場合があるといった実態について考慮すべき、との指摘があった。

【11月10日 中央社会保険医療協議会総会】

- 人員配置等について、専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置され、専門的なケア・技術を実施している実態を踏まえた、メリハリのある評価を検討すべき。

簡易な報告による届出状況

重症の新型コロナウイルス感染症患者が主に入院する①救命救急入院料、②特定集中治療室管理料、③ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、本来であれば、定められた様式に従って、治療室に関する詳細な状況を含め届出を行うべきところだが、今回の臨時的な取扱いでは、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料に係る運用開始の日付及び人員配置等に関する「簡易な報告」を行うことにより、該当する入院料を算定できることとしている。（令和2年4月18日～）

（いずれの病床においても新型コロナの患者を受け入れることが可能）

新型コロナ対応に係る臨時的な取扱いである「簡易な報告」により増加した病床数。

診療報酬上の本来の届出による病床数。

①救命救急入院料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
救命救急入院料	1,324	59	231	81	10	3,029	6,556
救命救急入院料1	654	26	147	47	6	1,534	3,578
救命救急入院料2	197	5	31	-9	0	421	234
救命救急入院料3	178	3	-14	92	4	441	1,663
救命救急入院料4	295	25	67	-49	0	633	1,081

②特定集中治療室管理料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
特定集中治療室管理料	1,016	48	107	56	-6	2,237	5,383
特定集中治療室管理料1	244	24	68	-22	-5	553	1,482
特定集中治療室管理料2	95	22	20	30	-8	254	755
特定集中治療室管理料3	628	2	19	44	1	1,322	2,839
特定集中治療室管理料4	49	0	0	4	6	108	762

③ハイケアユニット入院医療管理料の簡易な報告の届出数

	令和2年度	令和3年度				累積	令和元年7月1日時点の届出病床数
		4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日		
ハイケアユニット入院医療管理料	8,819	657	1,268	471	284	20,318	5,727
ハイケアユニット入院医療管理料1	7,318	512	930	490	-8	16,560	5,388
ハイケアユニット入院医療管理料2	1,501	145	338	-19	292	3,758	339

特定集中治療室等における治療の実施状況

中医協 総-5
3. 11. 10

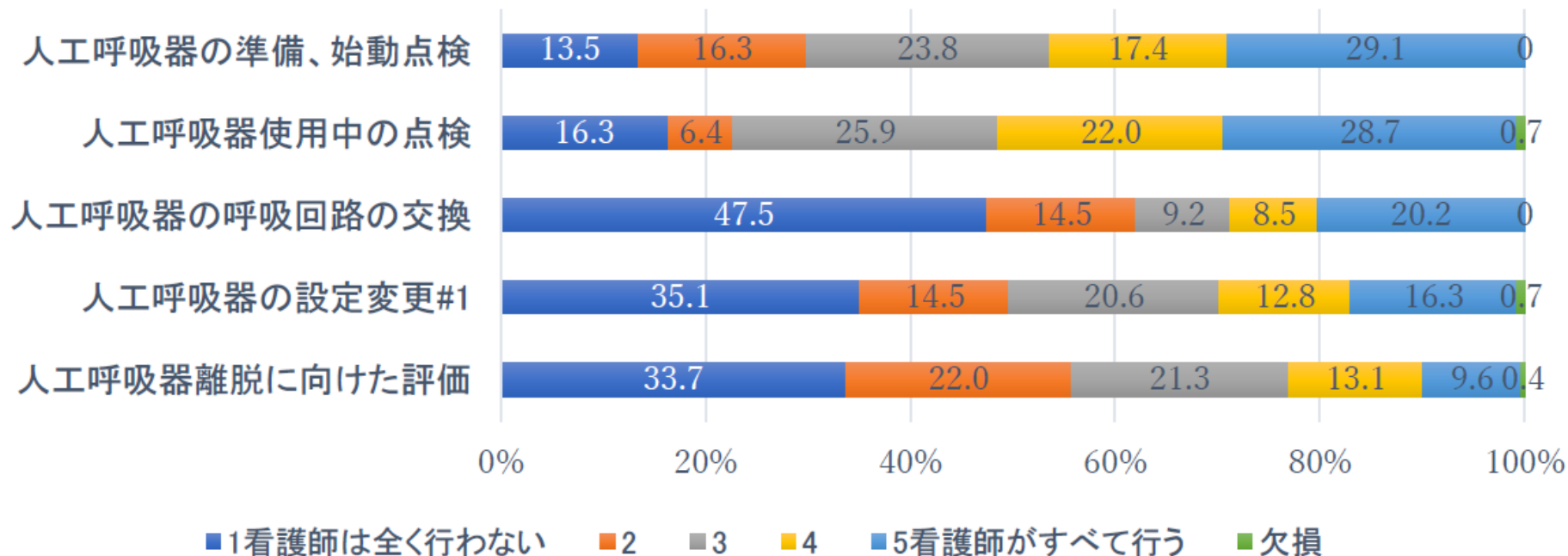
- 特定集中治療室管理料等における治療の実施状況について、まとめたものは以下のとおり。
- 人工呼吸器使用患者の割合、血液浄化療法実施患者の割合はいずれも第1四分位数-第3四分位数で約2倍の開きがみられた。ECMO実施患者数はさらに大きくばらついていた。

	中央値 (第1四分位数-第3四分位数)
人工呼吸器使用患者の割合 (NPPVは含めない) (287施設)	38.1% (24.9-50.1)
血液浄化療法実施患者の割合 (CHDF、HD、PMX-HP、PEなど) (290施設)	8.2% (5.0-12.4)
ECMO実施患者数 (V-A、V-V) (300施設)	8症例 (3-18)

○ 人工呼吸管理に関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図1. 人工呼吸器に関して(n=282)

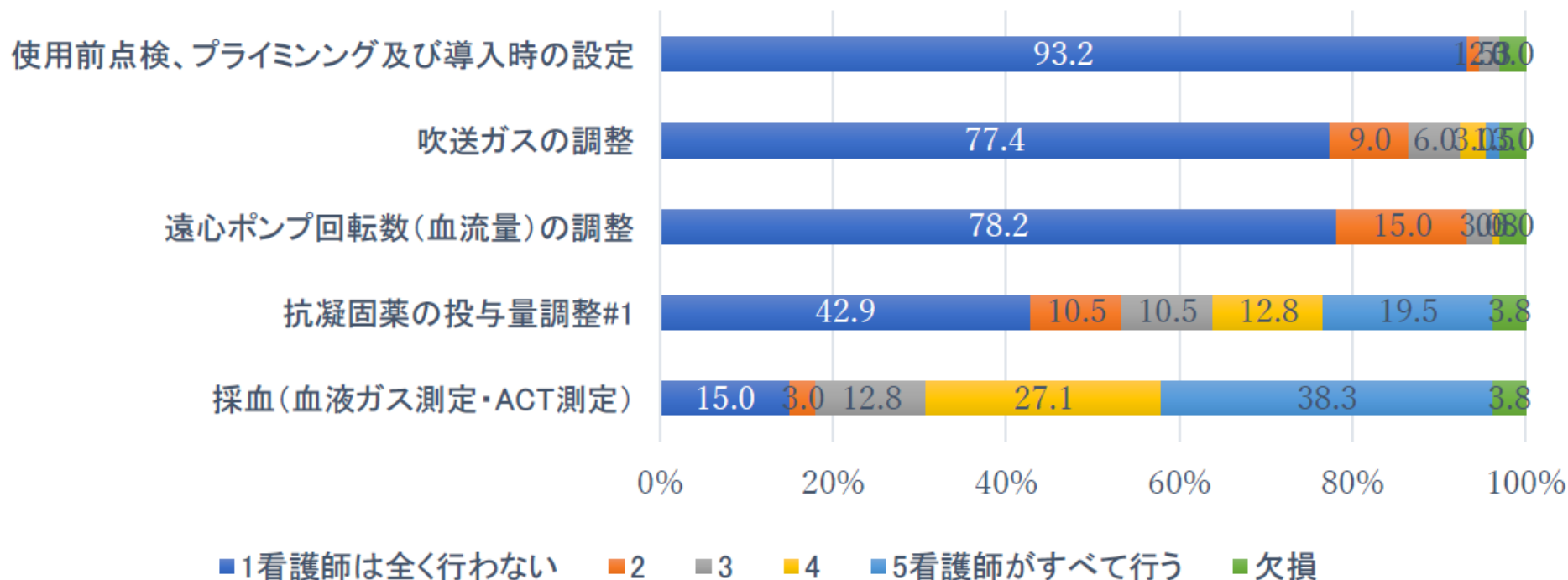
#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



○ V-V ECMOの症例経験のあったICUにおけるV-V ECMO関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図2. V-V ECMOに関して(n=133)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

中医協 総-1-2
3.10.27(改)

特定集中治療室管理料1・2の施設基準

- ・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上
 - ・集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ・当該治療室内に週20時間以上配置
- ※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない(重複する時間帯については1名についてのみ計上)

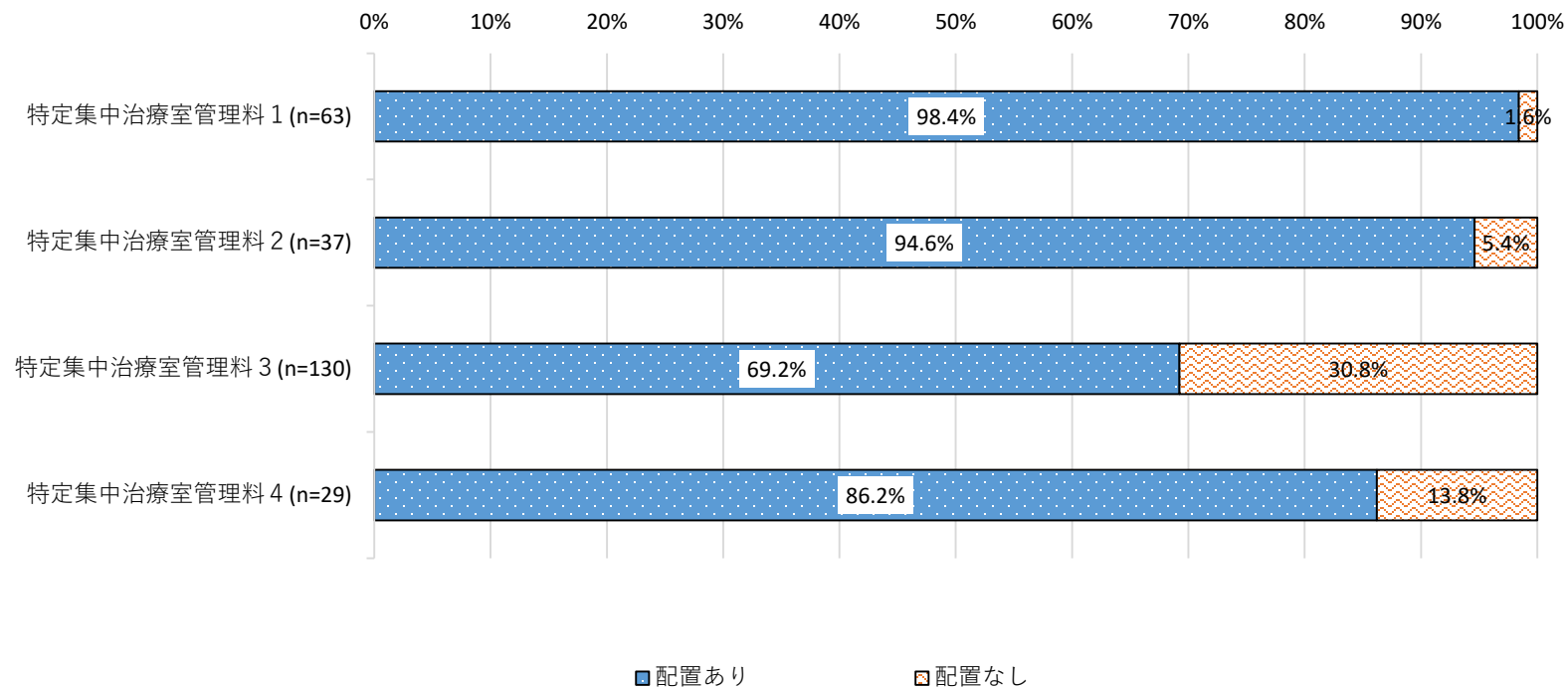
「適切な研修」とは、
国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為 における分野	2021年度～ 新たな認定看護分野
<ul style="list-style-type: none"> ■ A301 特定集中治療室管理料1 ■ A301 特定集中治療室管理料2 	14,211点 (7日以内) 12,633点 (8日以上 14日以内)	認定看護師の分野 ・救急看護 } ・集中ケア } ・新生児集中ケア ・小児救急看護	認定看護師の分野+特定行為研修 ・クリティカルケア ・新生児集中ケア ・小児プライマリケア
		専門看護師の分野 ・急性・重症患者看護	
		特定行為研修において該当する区分 以下の8区分全てを研修が修了した場合 ・呼吸器(気道確保に係るもの)関連 ・呼吸器(人口呼吸療法に係るもの)関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	

- 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。

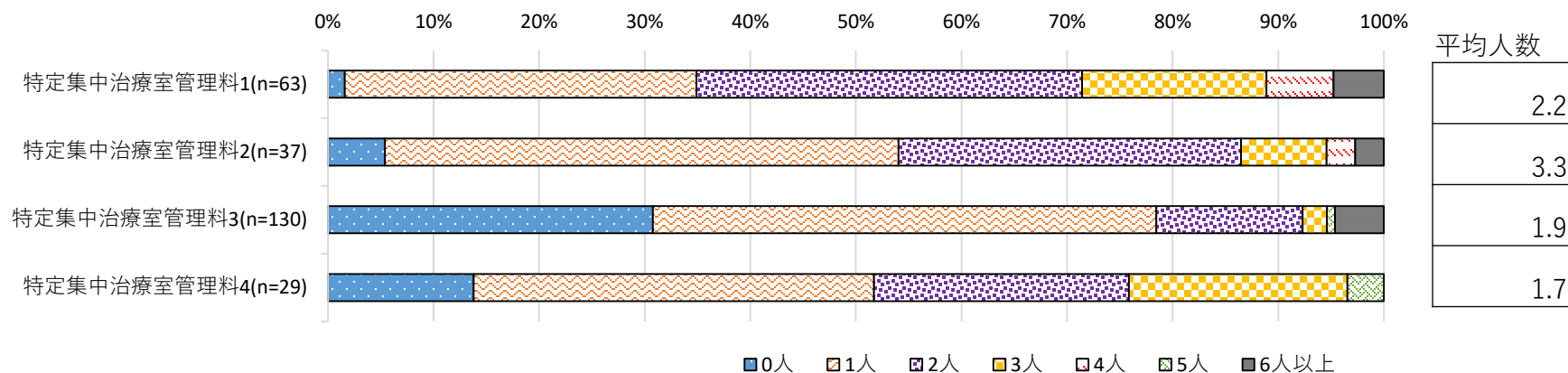
適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



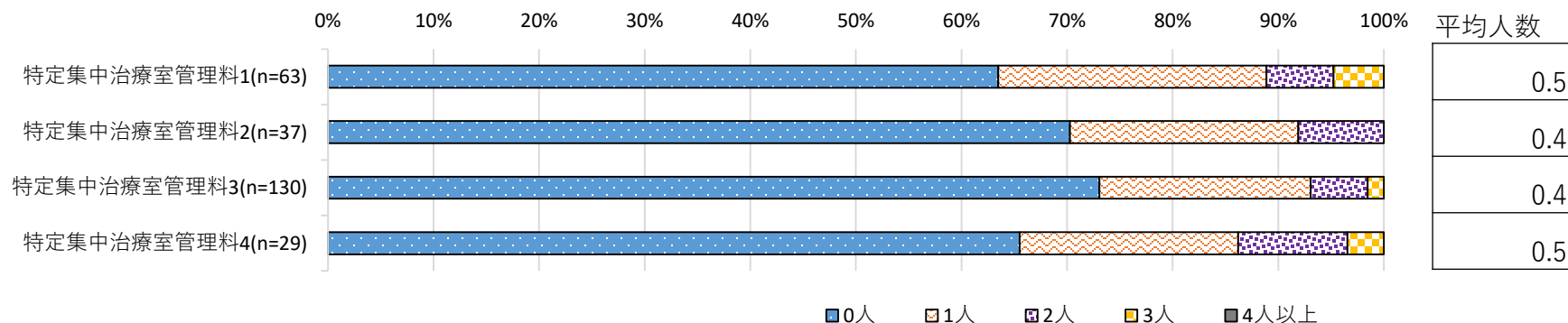
適切な研修を修了した看護師の配置人数

- 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室1では平均2人を超えており、特定集中治療室2では3人を超えていた。
- 適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1人以上配置している割合が、3割前後であった。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置状況



適切な研修を修了した専任の常勤看護師のうち、
特定行為研修修了者の配置状況



臨床工学技士の配置状況①

- 臨床工学技士の配置について、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設及び調査施設全体とで「医療施設全体での在籍数」及び「100床あたりの在籍数」をみると、いずれも最大値・最小値には大きな開きがみられた。
- また、日勤・夜勤におけるICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合を、特定集中治療室1, 2を算定する医療施設と調査施設全体とで比較すると、日勤・夜勤ともに、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設のほうがICU専従臨床工学技士を配置している施設割合が高かった。

臨床工学技士の在籍状況

《医療施設全体での在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	20.6名	70名	2名
管理料1, 2算定施設	21.7名	58名	8名

《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

	配置なし	1名	2名	3名以上
日勤（調査施設全体）	39.4%	40.9%	12.9%	6.8%
日勤（管理料1, 2）	23.9%	50.7%	16.9%	8.5%

《100床あたりの在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	3.1名	8.5名	0.6名
管理料1, 2算定施設	3.1名	6.9名	1.5名

	配置なし	1名	2名	3名以上
夜勤（全体）	60.6%	35.6%	3.0%	0%
夜勤（管理料1, 2）	47.9%	47.9%	4.2%	0%

※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の配置状況②

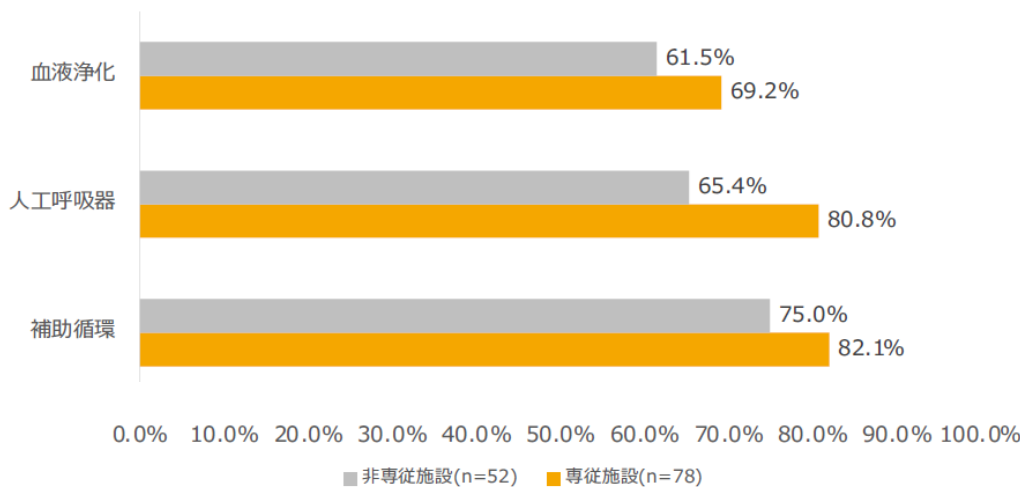
- 臨床工学技士の配置状況を入院料別に比較すると、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設においては、他の入院料を算定する医療機関と比較して専従を日勤+夜勤で配置している割合が高く、専従配置をしていない施設の割合が低かった。
- 一方で臨床工学技士の配置が要件となっていない入院料を算定する病床においても臨床工学技士を専従で配置している医療施設は一定数存在した。

臨床工学技士の専従体制

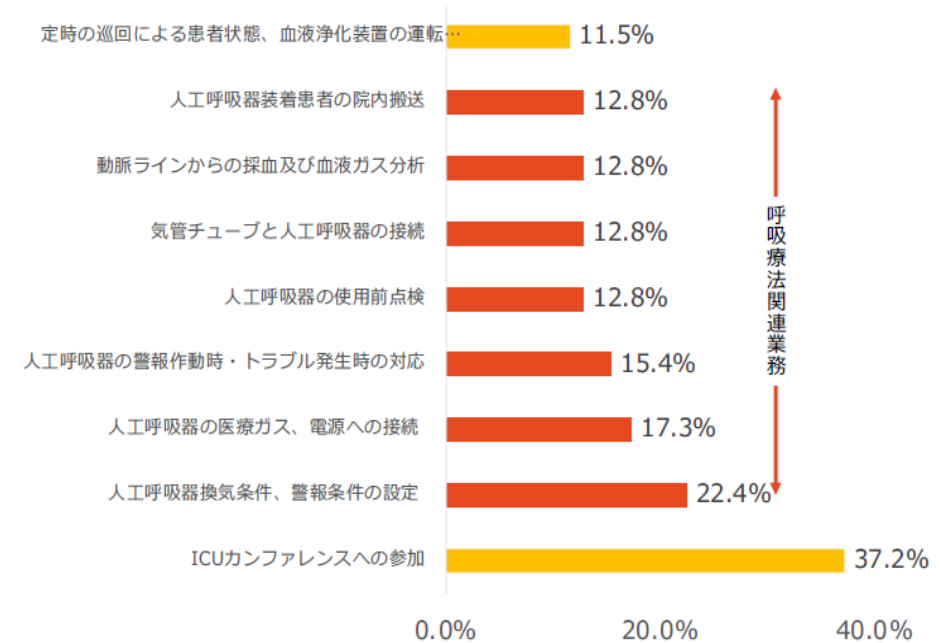
	日勤+夜勤	日勤のみ	専従なし	その他
特定集中治療室管理料1または2 (160施設)	90施設 (56.3%)	20施設 (12.5%)	48施設 (30%)	2施設 (1.3%)
特定集中治療室管理料3または4 (106施設)	16施設 (15.1%)	27施設 (25.5%)	58施設 (54.7%)	5施設 (4.7%)
救命救急入院料2または4 (67施設)	15施設 (22.4%)	15施設 (22.4%)	37施設 (55.2%)	0施設 (0.0%)
小児特定集中治療室管理料 (7施設)	1施設 (14.3%)	0施設 (0.0%)	5施設 (71.4%)	1施設 (14.3%)

- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

警報作動時の初期対応率



専従施設と非専従施設の実施率の差異



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者
 調査実施期間：2019年11月26日～12月25日
 回答数：132件（医療機関数130施設）

地域の医療関係者を対象とした研修について

○ 特定集中治療室に配置された専門性の高い看護師が、人材育成を目的に、地域の医療関係者を対象とした研修を継続的に実施している。

開催日	研修テーマ	研修講師	参加施設(参加者)総数
2018年3月	急変対応	特定集中治療室看護師	5施設(52名)
2018年7月	心不全1	集中ケア認定看護師	10施設(57名)
2019年3月	急変対応	特定集中治療室看護師	6施設(97名)
2019年7月	フィジカルアセスメント	集中ケア認定看護師	1施設(40名)
2019年12月	心不全2	集中ケア認定看護師	19施設(56名)

※2020年1月～ COVID-19 感染拡大に伴い、研修中止

具体例

【研修名】

「再現動画」で学ぶ 急変対応に強くなる！

【研修目的】

- ・臨床において遭遇する症例に対して、バイタルサインや症状から何を考え、どう報告し、どう対応するかを学ぶことで、実際の急変でも対応できる知識・技術を習得する。
- ・基本的な急変対応と心肺蘇生法の理解を深める。

【内容】

急変場面を再現した動画教材を視聴し、急変対応の基礎知識と対応方法を学ぶ

【方法】

・講義・症例検討グループワーク 等

【参加施設】

- ・病院・診療所
- ・訪問看護ステーション
- ・居宅介護支援事業所 等

ポスターの配布・張り出し・Facebook等で広報

**「再現動画」で学ぶ
急変に強くなる！**

2018年3月11日(日)
13:00~16:00 (受付開始 12:30)

【会場】 公立陶生病院 南棟5F 第1会議室
〒489-8642 愛知県瀬戸市西道分町160番地

【対象】 看護師

【定員】 60名 (定員になり次第、申し込み順の限りとなりますので、お早めにお申し込み下さい)

【講師】 福家 寛樹 水野 滝太 (公立陶生病院 集中治療室)

【お申込方法】
Email: tosei.icu.fm@gmail.com
FAX: 0561-82-9139 公立陶生病院 集中治療室 行き

※参加者氏名、連絡先(郵便番号・住所・電話番号)、所属施設名(学校含む)をご記入下さい
申込みに関連する個人情報、本セミナー以外では使用することはありません
別途参加券などの郵送はございません
申込み人数の都合で当日、参加いただけない場合がございます

参加費 無料

2020年4月～ 急変対応スペシャリスト(ARS :Advanced Resuscitation Specialist) 養成コース(基礎研修810分 + シミュレーション研修720分)を開始

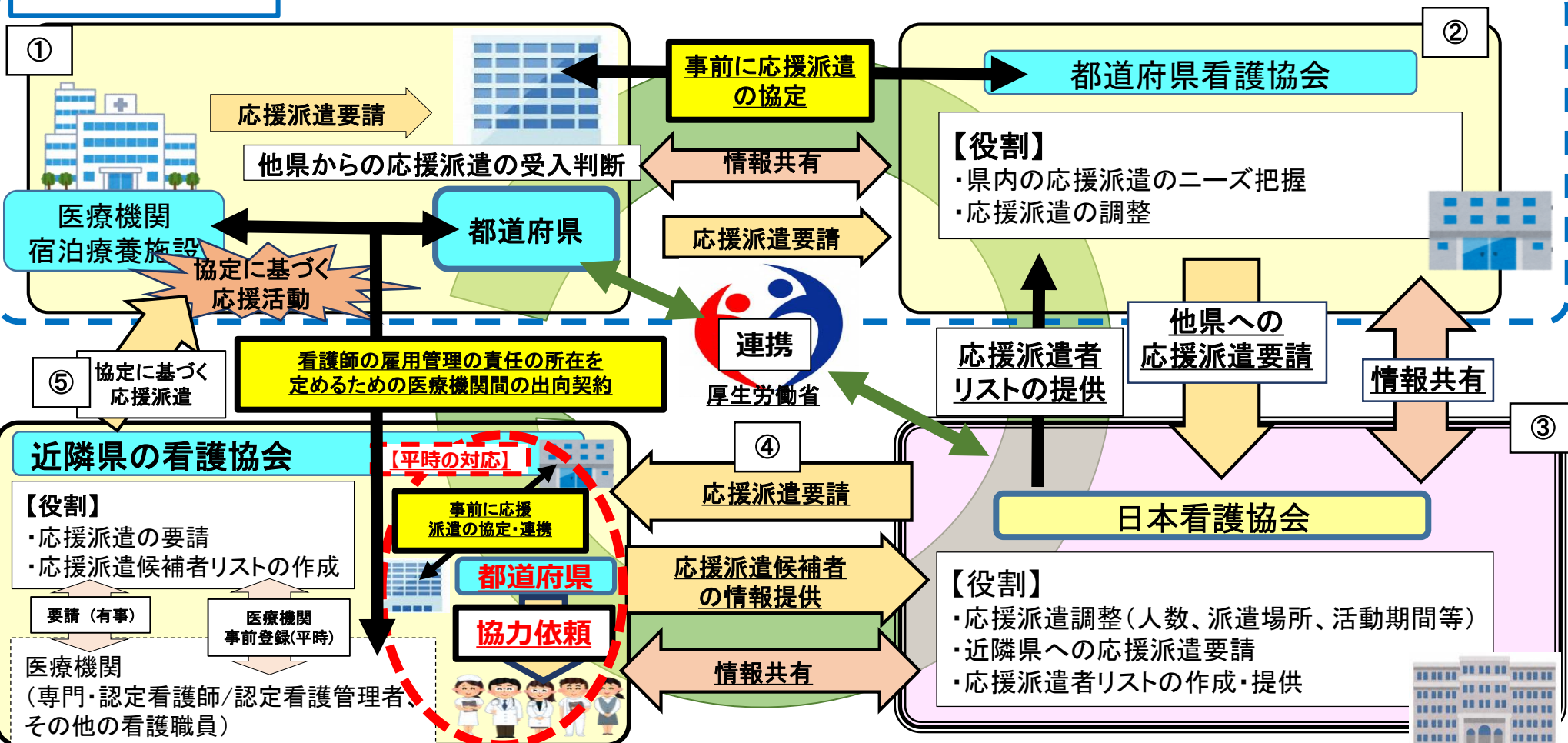
2022年4月～ 地域の看護師への募集を開始予定

○ 地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整事業 (日本看護協会へ委託:令和2年度第1次補正予算 2.7億円)

- ・ 潜在看護職員が新型コロナウイルス感染症関連業務に就業するために必要な研修等の実施に要する経費等を支援
- ・ クラスタ発生時に感染管理認定看護師などを派遣し、初動支援を行う場合の仕組みを整理
- ・ 広域での看護職員の応援派遣要請をする仕組みを整理

日本看護協会における県外看護職員の応援派遣調整の仕組み

派遣要請県



注) 派遣調整に係る経費は「地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整事業」、応援派遣に係る経費は「DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業」で対応

特定集中治療室等に係るこれまでの議論(ポイントの振り返り)

- 特定集中治療室においては、ECMOを使用する新型コロナウイルス感染症患者等、生命の危機にある重症患者に対する専門的な治療が24時間体制で実施されている。
- 特に、今般の新型コロナウイルス感染症拡大のような、有事における重症患者の増加に備え、専門性の高い看護師や臨床工学技士の配置による重症患者への対応を強化することが求められている。

特定集中治療室における重症患者の対応強化



特定集中治療室

重症患者に対する 24時間体制の医療提供

特定集中治療室管理料の対象患者

- ・ 意識障害又は昏睡
- ・ 急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ・ 急性心不全(心筋梗塞を含む)
- ・ 急性薬物中毒
- ・ ショック
- ・ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- ・ 広範囲熱傷
- ・ 大手術後
- ・ 救急蘇生後
- ・ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

これまでの議論のポイント(例)

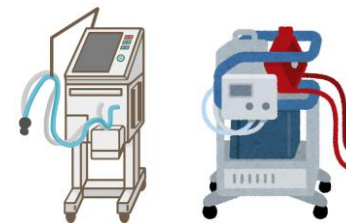
- ・ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績
- ・ 人工呼吸器管理やECMO等に係る管理業務の役割分担
- ・ ICUにおける専門性の高い看護師(認定・専門・特定行為)の活用
- ・ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用
- ・ 有事における機動的な人員配置等

(簡易な報告による届出数:救命救急入院料3,029床、ICU2,237床、HCU20,318床)



【十分な能力】

- ・ 高水準のケアを維持するために必要な研修等の受講
- ・ 人工呼吸器やECMO使用患者への対応力向上を目的とした、院内・院外に向けた研修等の実施



重症患者対応についての課題(小括)

- ・ 特定集中治療室等における、人工呼吸器使用患者の割合、血液浄化療法実施患者の割合、ECMO実施患者数は医療期間ごとに大きくばらついていた。
- ・ 人工呼吸管理やECMO管理に関する24時間を通した各種業務については、業務内容によって看護師が実施する割合が異なっており、他職種との連携のもと実施されている。
- ・ 特定集中治療室管理料1・2以外においても、適切な研修を修了した看護師が配置されており、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。
- ・ 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室1では平均2人を超えており、特定集中治療室2では3人を超えていた。
- ・ 臨床工学技士の配置状況を入院料別に比較すると、特定集中治療室管理料1・2を算定する医療施設においては、他の入院料を算定する医療機関と比較して専従を日勤+夜勤で配置している割合が高く、専従配置をしていない施設の割合が低かった。
- ・ 一方で臨床工学技士の配置が要件となっていない入院料を算定する病床においても臨床工学技士を専従で配置している医療施設は一定数存在した。
- ・ 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- ・ 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

急性期入院医療について（その2）

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療の評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 3-1 重症患者対応の評価について
 - 3-2 その他
4. 論点

その他高度急性期入院医療に係る指摘事項

(10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ))

- 医療の高度化に伴い、治療室滞在日数が延長している実態を踏まえると、診療報酬により設定している算定上限日数についても検討することが考えられるのではないか、との指摘があった。
- ECMO装着患者等については、2対1以上の手厚い看護配置を行っている場合があるといった実態について考慮すべき、との指摘があった。

(10月27日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- ICUの算定日数及び専門性の高い医療職の配置について、実態を反映させるべき、という指摘だと理解しているが、要件の変更によって実態が歪められることがないように、さらなるデータの集積が必要ではないか。

救命救急入院料等の算定上限日数

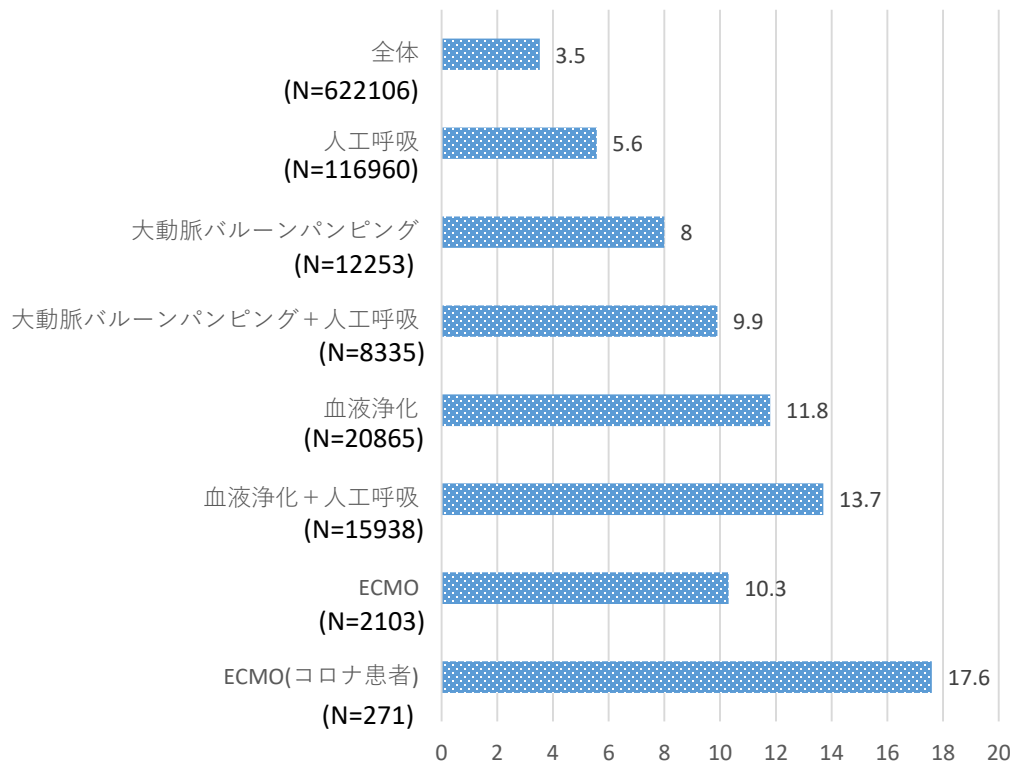
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

入院料	算定上限日数	例外
A300救命救急入院料	14日	広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者： <u>(60日)</u>
A301特定集中治療室管理料	14日	広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者： <u>(60日)</u>
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	21日	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料	14日	
A301-4小児特定集中治療室管理料	14日	心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児： <u>(21日)</u> 体外式心肺補助を必要とする状態の小児： <u>(35日)</u>
A302新生児特定集中治療室管理料	21日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u>
A303総合周産期特定集中治療室管理料	(妊産婦) 14日 (新生児) 21日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u>
A303-2新生児治療回復室入院医療管理料	30日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(50日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(90日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(120日)</u>

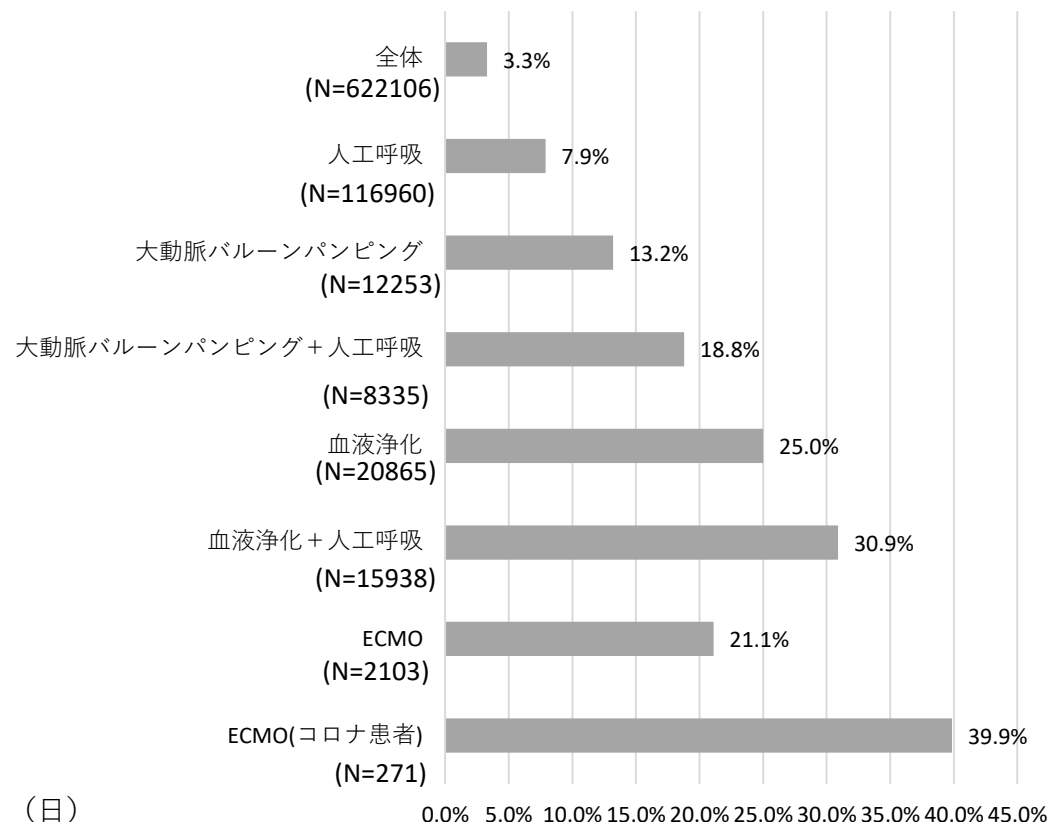
ICU滞在日数の比較①

○行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
○滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。

※
ICU平均滞在日数



ICU滞在日数が14日以上割合



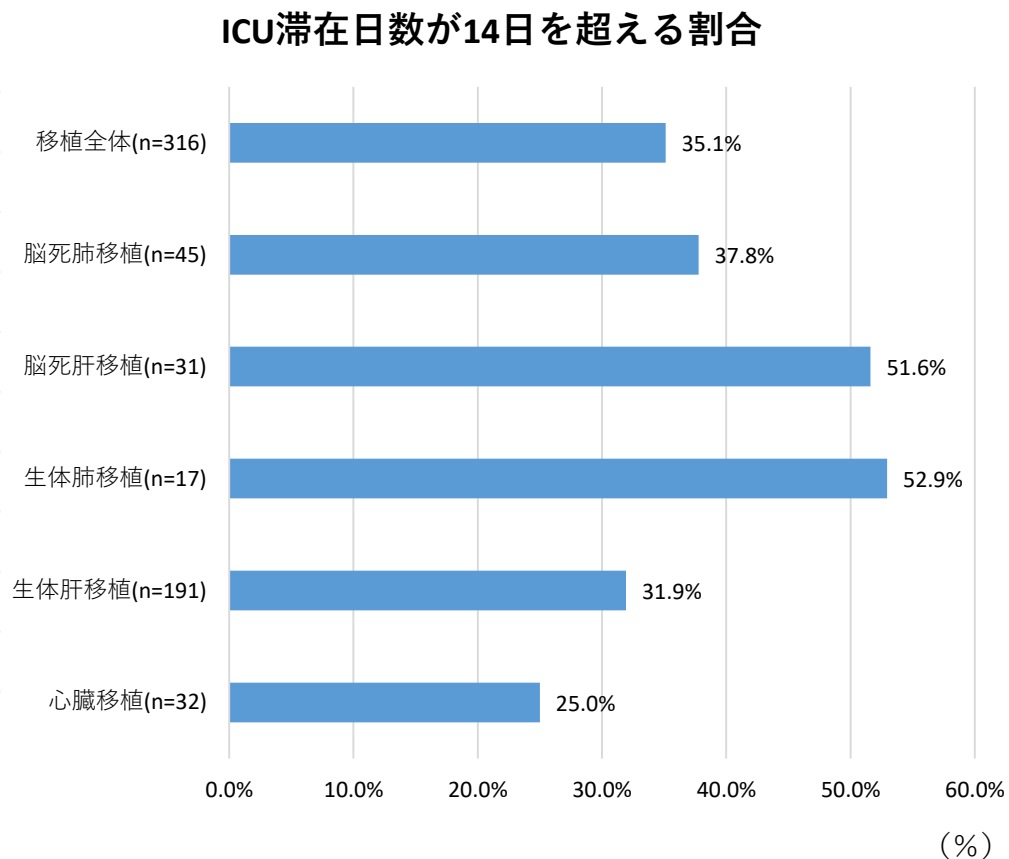
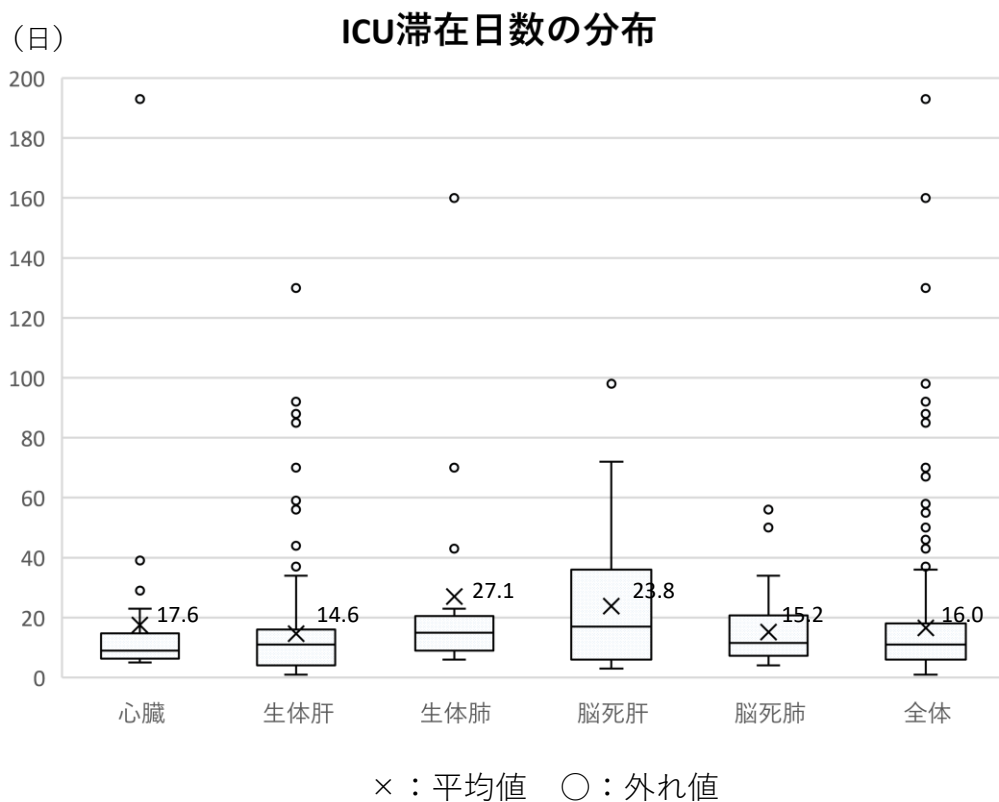
出典：令和元年度DPCデータ
コロナ患者については
日本集中治療医学会JIPADデータ

※コロナ患者については人工呼吸器装着日数の平均。
※特定集中治療室管理料1～4又は救命救急入院料1～4を算定する患者について集計を行った。

※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「K602経皮的な心肺補助法」又は「K602-2経皮的な心肺補助法」をICU入室2日目以降も算定している患者を指す
※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「J039血漿交換」、「J040局所灌流」、「J041吸着式灌流」又は「J041-2血球成分除去」の患者を指す

ICU滞在日数の比較②

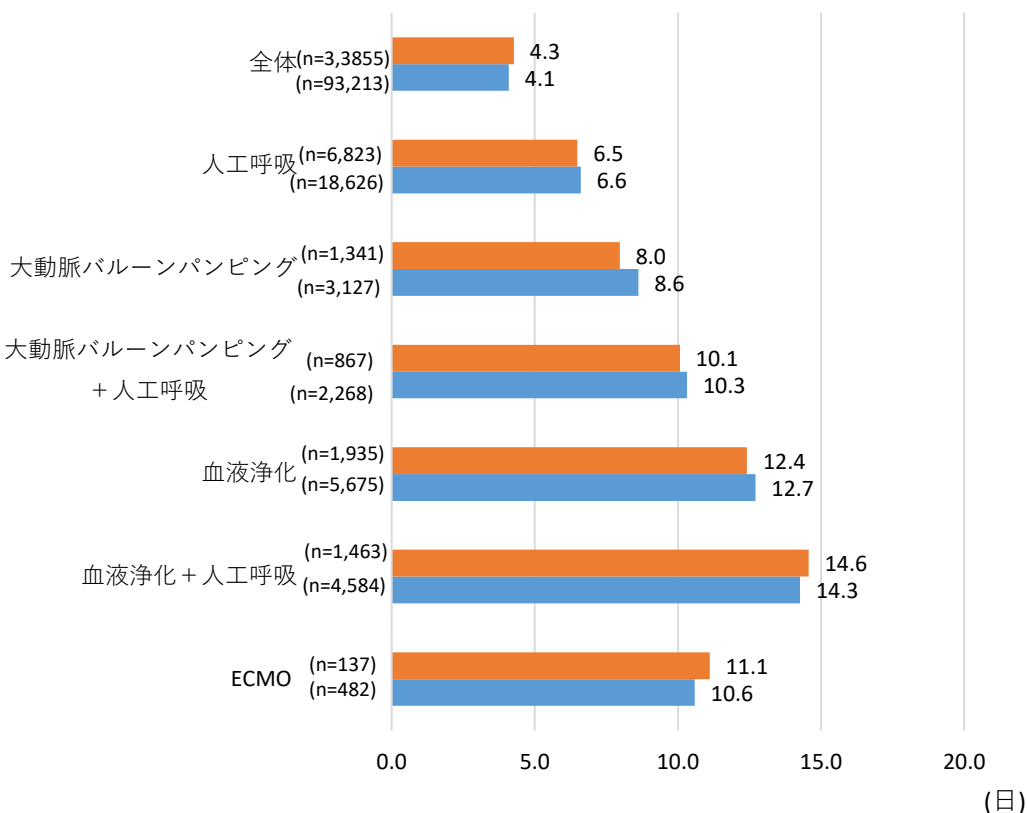
- 臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
- ICU滞在日数が14日を超える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」において、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。



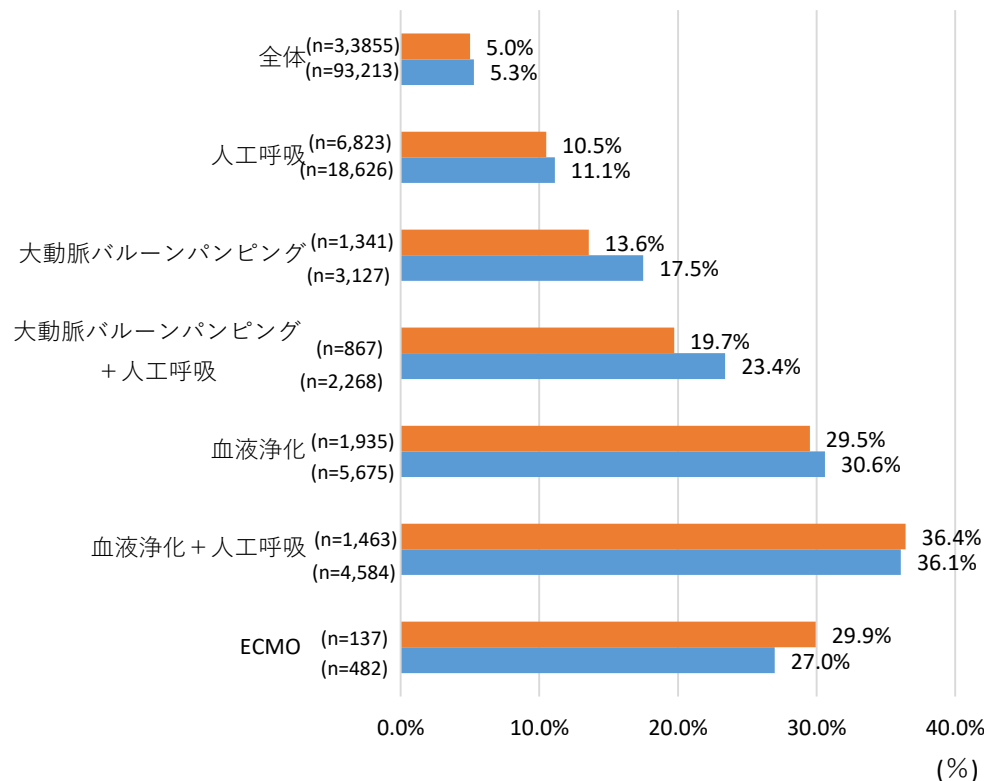
ICU滞在日数の比較③

○ 早期離床・リハビリテーション加算を算定した患者及び早期栄養介入管理加算を算定した患者について、ICU滞在日数の比較を行った。治療早期からの回復に向けた取組を行っている患者であっても、滞在日数は長い傾向にあった。

ICU平均滞在日数



ICU滞在日数が14日以上の場合



■ 早期栄養介入管理加算あり ■ 早期離床・リハビリテーション加算あり

※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「K602経皮的な心肺補助法」又は「K602-2経皮的な心肺補助法」をICU入室2日目以降も算定している患者を指す
 ※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「J039血漿交換」、「J040局所灌流」、「J041吸着式灌流」又は「J041-2血球成分除去」の患者を指す

- JIPAD (Japan Intensive care Patient Database) は日本集中治療医学会が運営するデータベースで、データベース登録を行うことで、「ベンチマークを構築し、それを元に各医療機関でシステムや医療の質が改善すること」、「データの二次利用による新たな知見の創出とそれによる患者アウトカムが改善すること」等が期待される。(2021年日本集中治療医学会学術集会発表資料より抜粋)
- JIPADに登録されたデータを元に、精度の高い死亡予測モデルが構築され、集中治療における治療の選択にも役立てられるようになった。(Endo et al. Journal of Intensive Care (2021) 9:18)
- 集中治療専門医研修施設343施設のうち25.1%の86施設がJIPADに参加している。JIPAD未参加施設のうち、「準備・検討中」と回答した医療施設が46.6%であり、「データ入力が負担」と回答した施設が36.4%であった。(出典:2019年度集中治療専門医研修施設調査報告)

【JIPADで構築された予測死亡率機能のデモ画面】

入室区分
予定手術, 緊急手術, 非手術

入室形式
予定, 緊急

入室経路
手術室, 救急外来, 病棟, 他のICU, CI*

疾患分類
心血管, 神経系, 呼吸器, 消化管, 筋骨*

年齢
0 ~ 118

性別
女性, 男性

APACHE IIIスコア
1 ~ 232

APACHE III-院内予測死亡率 (%)
0 ~ 100

JROD予測死亡率 (%)
0 ~ 96.8

Japan Risk of Death (JROD)

これまでに広く使われてきたAPACHE III[†]などから算出される予測死亡率は、日本のICU患者に当てはめた場合、過大に死亡リスクを予測してしまうため、日本の現状に合わせた日本版死亡予測モデル (Japan Risk of Death: JROD) を構築し、そのモデルに基づきリスクの評価を行った。解析対象集団は、再入室・ICUでの手技入室は除外した成人とした。PICU入室症例も除外とした。

患者背景

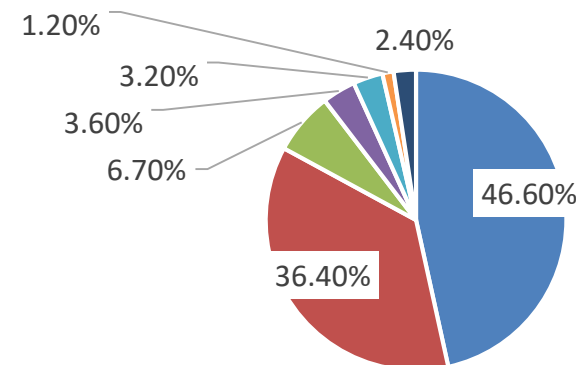
	全施設	貴施設
症例数, n	34351	800
年齢, median [IQR], years	70 [60, 78]	70 [59, 78]
男性, n (%)	20979 (61.1)	464 (58.0)
身長, median [IQR], cm	161.0 [153.6, 167.7]	161.0 [152.4, 167.8]
体重, median [IQR], kg	58.0 [50.0, 67.1]	58.0 [49.9, 67.8]
BMI, median [IQR], kg/m ²	22.5 [20.1, 25.1]	22.4 [20.1, 25.2]
緊急コール [†] (%)	733 (2.1)	9 (1.1)
入院-入室, median [IQR], days	6 (16)	6 (10)
心停止蘇生後, n (%)	985 (2.9)	27 (3.4)

BMI: body mass index, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間

[†]緊急コールは、コードブルー、RRT/METを含み、全館放送やPHSによる連絡など、各施設で運用されている緊急コールシステムが活用されて患者がICUに入室した場合に選択されている。現時点では本学会公式の定義¹に依拠していない。また、データクリーニングの際、入力データ同士で矛盾が生じる場合は、適宜データ項目を修正した。

BMIカテゴリー - 低体重: BMI < 18.5, 普通体重: 18.5 ≤ BMI < 25, 過体重: 25 ≤ BMI < 30, 肥満: 30 ≤ BMI < 40, 病的肥満: 40 ≤ BMI; BMI (kg/m²), RRT: rapid response team, MET: medical emergency team, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間。

JIPAD未参加の理由 (未参加施設=253)



- 準備・検討中
- データ入力負担
- 費用労力が不明
- 他データベースを採用
- JIPADを知らない
- 手続きが分からない
- その他

救命救急入院料等の主な施設基準①

中医協 総-1-2
3. 10. 27

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	183 3,528床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	25 196床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点	80 1,666床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点	82 902床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	140 1,397床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日 14,211点 イ：～14日 12,633点 ロ：～60日 12,833点	70 797床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	349 2,390床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点	64 618床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	582 5,779床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	/
	管理料2	4,224点	30 305床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU)		6,013点	180 1,479床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟用(I) 測定評価	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

※医療機関数及び病床数は令和3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

中医協 総-1-2
3. 10. 27

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	9 116床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日～ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	84 797床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	/
	管理料 2	8,434点	145 832床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	133 851床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
	管理料 2	10,539点	133 1,720床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	202 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	/

治療室における集中治療医の運用について

- 特定集中治療室管理料3, 4においては、他の治療室と比較し、「主治医から依頼があった患者のみ、集中治療医は介入する」という運用体制をとっている医療施設が多い傾向であった。
- High intensity ICUにおいては、Low intensity ICUと比較して、院内死亡リスクが有意に低いことが示されている。

各治療室における集中治療医の運用体制の状況

	High intensity		Low intensity	
	Closed ICU	Mandatory critical care consultation	Elective critical care consultation	No critical care physician
特定集中治療管理料 1,2 (178 施設)	23.6% (42 施設)	58.4% (104 施設)	18.0% (32 施設)	0.0% (0 施設)
特定集中治療管理料 3,4 (97 施設)	12.4% (12 施設)	48.5% (47 施設)	39.2% (38 施設)	0.0% (0 施設)
救命救急入院料 2,4 (72 施設)	43.1% (31 施設)	36.1% (26 施設)	20.8% (15 施設)	0.0% (0 施設)
小児特定集中治療室管理料 (8 施設)	75.0% (6 施設)	25.0% (2 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)
全体 (355 施設)	25.6% (91 施設)	50.4% (179 施設)	23.9% (85 施設)	0.0% (0 施設)

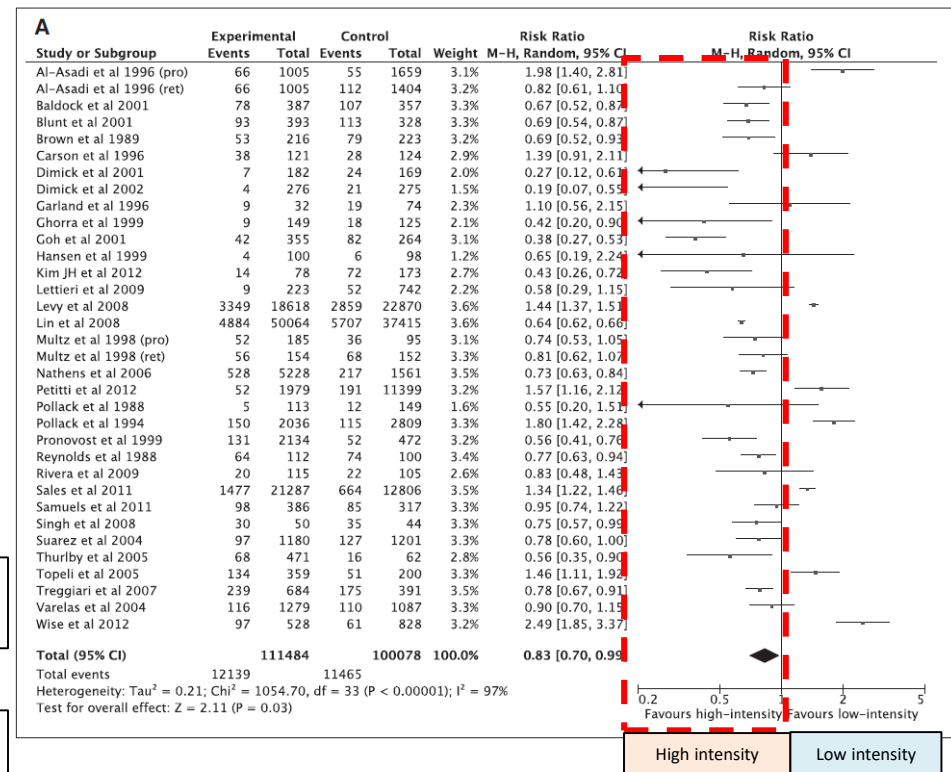
High intensity

Closed ICU (集中治療医が治療方針をすべて決定する)
Mandatory critical care consultation (集中治療医は全患者に介入する)

Low intensity

Elective critical care consultation (主治医から依頼があった患者のみ、集中治療医は介入する)
No critical care physician (集中治療医がいない)

High intensity ICUとLow intensity ICUで院内死亡リスクを比較したシステマティックレビュー



(出典: M. Elizabeth Wilcox et al. (2013). Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analyses. Critical Care Medicine, Vol40・Number10)

Tele-ICUについて

○ 救急・集中治療室領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であることを踏まえ、特に夜間休日等において、遠隔より集中治療専門医が適切な助言を行い、現場の集中治療が専門ではない医師をサポートすることで、集中治療の質が担保されるようにする取組が行われている。

Tele-ICU体制整備促進事業 令和3年度予算額 545,789千円 【運営費: 95,789千円 設備整備費:450,000千円】
 (令和2年度予算額 545,789千円 【運営費: 95,789千円 設備整備費:450,000千円】)

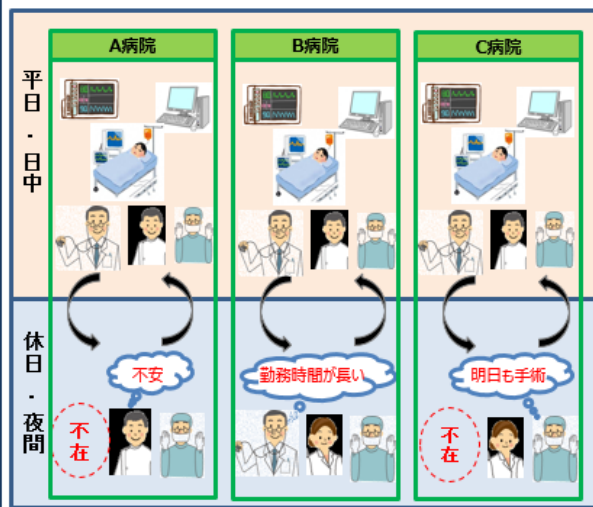
背景

救急・集中治療室領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医(心臓血管外科等)が外来・手術等の本来業務に加え、夜間も集中治療室において重症患者の治療にあたらなくてはならない等、医師の長時間労働の一因となっている。

事業内容

本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔ICU支援を受ける側」に入院する複数の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を支援する事業であり、令和元年度から実施している。

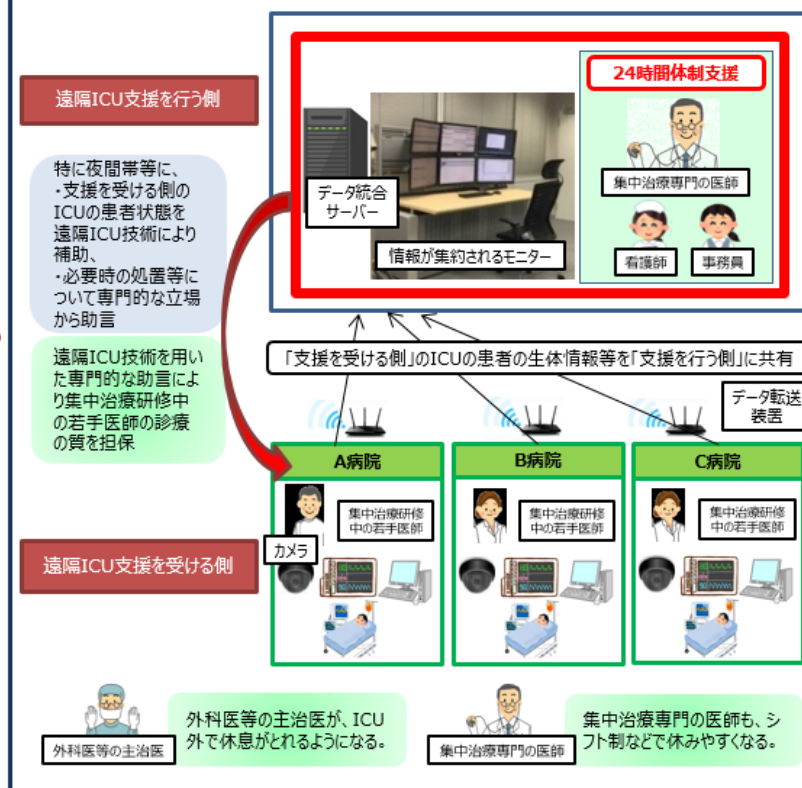
整備前のICUの診療体制



- 特に重症患者を扱う救命救急センターや大学病院等のICUでは、集中治療専門の医師、集中治療研修中の若手医師や外科等主治医が昼夜を問わず患者の治療にあたっている。
- 外科医等主治医が集中治療室での治療を任すことのできる集中治療専門の医師は不足しており、夜間は不在のことも多い。
- 集中治療専門の医師の診療補助が得られない状況で、外科医等の主治医が夜間も集中治療室の診療を主体的に行うことは翌日の手術等の本来業務に影響を及ぼす。



遠隔ICU体制イメージ



Tele-ICUについて

- Tele-ICUの有効性を検討するために実施されたメタ解析では、ICU死亡リスク及び院内死亡リスクが減少したという結果が得られている。
- 遠隔集中治療支援システムを導入した例においては、遠隔集中治療支援システム導入後で、ICU内死亡率と院内死亡率の減少がみられた。

ICU死亡リスク

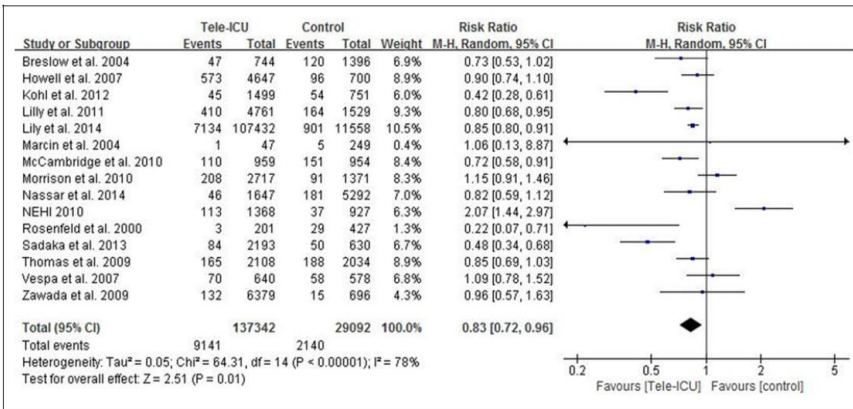


Figure 2. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: ICU mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

院内死亡リスク

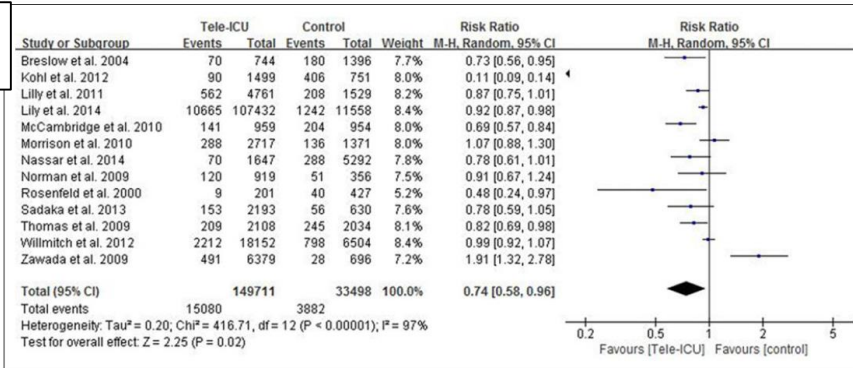


Figure 3. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: hospital mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

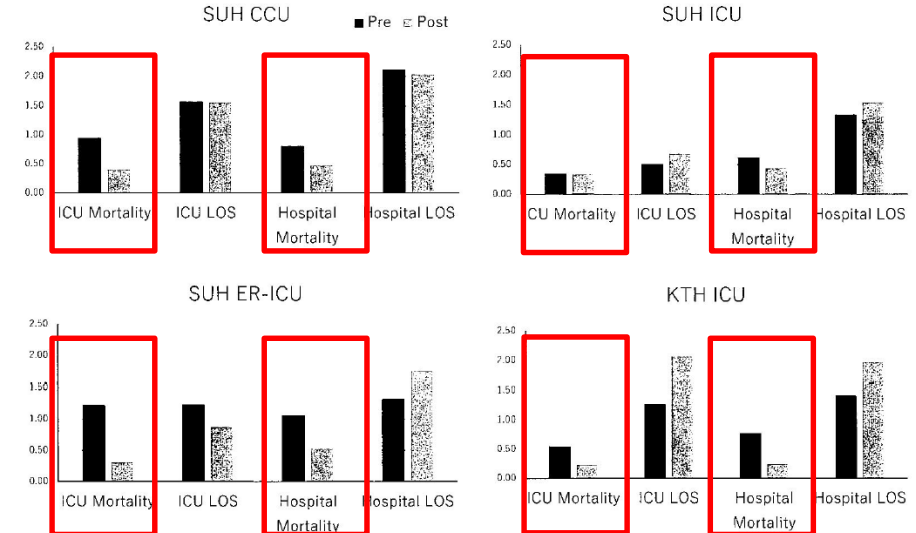


図3 eCareManager™ で得られた入室患者の死亡率比と滞在日数比
 比はICU入室時のAPACHE-IVスコアで予測される値で実測値を除き求めた。Pre: ICU運用前 (2016年1-3月期)。Post: ICU運用後 (2019年1-3月期)。LOS: length of stay (滞在期間)。SHU: 昭和大学院, KTH: 江東豊洲病院。

出典: 医機学 Vol.91, No.1(2021)(25)

遠隔ICU実施に関する指針

- 日本集中治療医学会において、科学的で質の担保された医療サービスを提供するために、遠隔ICUの設置と運用指針の構築のため、「遠隔ICU設置と運用に関する指針」の策定が行われた。
- 遠隔ICUは、現場医療に代わるものではなく、医療資源の活用とプロセスの標準化を通じて現場医療を強化するよう設計されている。
- この指針では、遠隔ICU施設基準や遠隔ICUの実施方法、システムの技術的指針等を定めている。

遠隔ICU設置と運用に関する指針 —2021年4月— (抄)

日本集中治療医学会 ad hoc 遠隔ICU委員会

1. 概要
2. 遠隔ICUの定義
 2. 2 遠隔ICU・・・遠隔ICUは遠隔医療のひとつで、集中治療における診療支援システムである。すなわち、専門家同士で協力して重症患者における医療体制を提供する、ビデオ音声通話やコンピューターシステムのネットワークである。遠隔ICUは現場医療に代わるものではなく、医療資源の活用とプロセスの標準化を通じて現場医療を強化するよう設計されている。
3. 遠隔ICU施設基準
遠隔ICUを導入する上では、①支援医療施設の施設基準（人的・技術要件）、②被支援医療施設の施設基準、③運用開始の取り決め事（組織体制や運用マニュアル）、④導入前トレーニング（必要に応じ遠隔ICU専門スタッフの認定など）が必要となる。
4. 遠隔ICUクリニカルプラクティス
 4. 13 質/プログラムのパフォーマンス
（中略）遠隔ICUのプログラムを提供する組織は、成果管理のための組織的、規制的、または認定制度に準拠した体系的な品質改善と成果管理のできるプロセスを持つ必要がある。（中略）遠隔ICUのリーダーは、成果データの意義について、被支援医療施設チームに教育と解釈のガイダンスを提供する必要がある。
5. 遠隔ICUシステムの技術的指針
6. おわりに

高度急性期入院医療（その他）についての課題（小括）

（算定上限日数について）

- ・ 特定集中治療室管理料等の入院料においては、例外として算定上限日数が延長される病態がある。
- ・ 特定集中治療室等において、ECMOや血液浄化等の特殊治療が行われた患者及び臓器移植が行われた患者においては、ICU滞在平均日数が長く、算定上限日数を超過してICUに滞在した患者が一定数存在した。
- ・ 治療室での治療の質の向上のため、早期からのリハビリテーションや栄養管理による介入、データベースへの登録等の取組が行われている。

（Tele-ICUについて）

- ・ 治療室内の集中治療医の配置状況を治療室別に比較すると、特定集中治療室管理料3,4においては、「主治医から依頼があった患者のみ、集中治療医は介入する」という運用体制を取っている医療機関が多い傾向であった。
- ・ 集中治療医が常に主治医である、又は全てのICU入室患者に集中治療医がコンサルタントを行っている場合、院内死亡リスク及びICU内死亡リスクが有意に低くなる。
- ・ 遠隔より集中治療専門医が適切な助言を行い、現場の集中治療が専門ではない医師をサポートするTele-ICUと呼ばれる取組が行われており、Tele-ICUを導入することで、院内死亡リスク及びICU内死亡リスクが低下することが報告されている。
- ・ 日本集中治療医学会において、科学的で質の担保された医療サービスを提供することを目的とした、遠隔ICU実施に関する指針が定められている。

急性期入院医療について（その2）

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療の評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 3-1 重症患者対応の評価について
 - 3-2 その他
4. 論点

急性期入院医療についての論点

【急性期入院医療について】

- 急性期入院医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応や手術等の総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援が重要であることから、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室のほかの入院料の届出状況や、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績、平均在院日数や自院他病棟への転棟率等の実態、感染防止対策加算、認知症ケア加算、精神科リエゾンチーム加算の届出状況等を踏まえ、充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。

【高度急性期入院医療について】

（重症患者対応の評価について）

- 人工呼吸器やECMO等を実施する場合に、専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態があることや、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、重要な役割を担ったことから、平時から有事に備えた人員・拠点体制整備の重要性が認識されたことも踏まえ、こういった対応に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

（その他）

- 患者の病態によって、より長期の集中治療管理が必要となる場合がある実態を踏まえ、治療室の適正な評価を行う観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。
- Tele-ICUにより、ICU内死亡リスクと院内死亡リスクの低下が示されてることを踏まえ、特定集中治療室における治療の質向上への取組に係る評価の在り方について、どのように考えるか。