

2. 入院（その6）について

入院(その6)

高度急性期入院医療について

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、「入院（その6）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、「入院（その6）」、テーマとしましては、高度急性期入院医療につきまして、「中医協 総-2」を用いまして、ご説明をさせていただきます。

説明

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等

高度急性期入院医療について

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
2. 高度急性期入院医療に係る評価について
3. 課題と論点

2

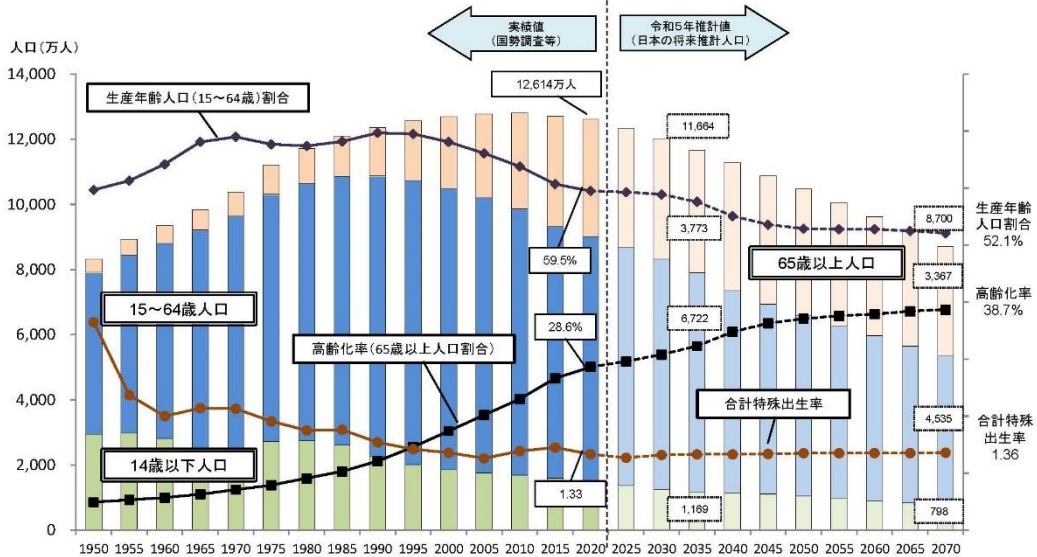
スライド2に目次をお示ししてございます。

それでは、1つ目のアイテム。

「高度急性期入院医療を取りまく現状等」についてでございます。

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



出典: 2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)・出生中位・死亡中位推計」

3

3 ページ目、4 ページ目。

こちらには日本の人口の推移などを示してございまして、

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)				
一般病床		療養病床		
病床数 886,663床 病床利用率 69.0% 平均在院日数 16.2日 (R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)		病床数 284,439床 病床利用率 84.7% 平均在院日数 126.5日 (R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)		
DPC/PDPS 1,764施設 483,425床 (+1,981床) ※2 R4.4.1現在	専門病院入院基本料 19施設 6,249床 (+4床)	一般病棟入院基本料 575,751床 (▲4,036床)	療養病棟入院基本料 205,673床 (+101床)	介護療養病床 7,976床 ※R4.6未病室報告
救命救急入院料 入院料1 168施設 入院料2 22施設 入院料3 79施設 入院料4 82施設 3,640床 (+17) 157床 (▲23) 1,573床 (▲66) 906床 (-15)	特定集中治療室管理料 ICU1 159施設 ICU2 80施設 ICU3 329施設 ICU4 54施設 1,656床 (+169) 927床 (+60) 2,317床 (▲48) 497床 (▲68)	回復期リハビリテーション病棟入院料 入院料1 938施設 入院料2 193施設 入院料3 332施設 入院料4 64施設 入院料5 33施設 入院料6 11施設 62,056床 (+2,675) 10,371床 (+369) 14,570床 (▲973) 2,666床 (+150) 1,191床 (▲748) (▲1,019)		
特定機能病院入院基本料 ※1 87施設 58,726床 (+185床) ※1 一般病棟に限る	ハイケアユニット入院医療管理料 HCU1: 643施設 6,327床 (+174床) HCU2: 37施設 363床 (+54床)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 入院料1 1,392施設 入院料2 1,250施設 入院料3 40施設 入院料4 70施設 46,819床 (+3,457) 40,182床 (▲1,344) (▲326) (▲511)		
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 203施設 1,667床 (+75床)	障害者施設等入院基本料 891施設 72,004床 (+1,633床)		
	小児特定集中治療室管理料 16施設 161床 (+61床)	特定一般病棟入院料 入院料1 3施設 96床 (±0) 入院料2 2施設 79床 (±0)		
	新生児特定集中治療室管理料 NICU1 75施設 731床 (▲20床) NICU2 153施設 909床 (+24床)	特殊疾患 病棟入院料1 102施設 病棟入院料2 107施設 入院管理料 32施設 5,287床 (+77床) 7,958床 (+192床) 424床 (▲42床)		
	総合周産期特定集中治療室管理料 133施設 母児・胎児 841床 (▲16床) 新生児 1,771床 (+16床)	緩和ケア病棟入院料 入院料1 241施設 4,937床 (+118) 入院料2 219施設 4,250床 (+39)		
	新生児治療回復室入院医療管理料 203施設 2,972床 (+73床)			
	一類感染症患者入院医療管理料 33施設 103床 (▲2床)			
小児入院医療管理料 管理料1 81施設 管理料2 181施設 管理料3 80施設 管理料4 387施設 管理料5 167施設 5,373床 (▲63床) (▲318床) (▲154床) (▲160床)				施設基準届出 令和4年7月1日現在 (かつ内は前年比較)
有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)		有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)		
精神科救急急性期医療入院料 173施設 10,875床 ※R4新設	精神科急性期治療病棟入院料 入院料1 367施設 16,560床 (▲67) 入院料2 9施設 358床 (▲29)	精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床) 精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34) 児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)	精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312) 地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)	認知症治療病棟入院料 入院料1 554施設 38,590床 (+436) 入院料2 3施設 220床 (+6)
結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)				

5 ページ以降で、

診療報酬におけます機能に応じた病床の分類、

地域医療構想、そして、

病床機能報告、

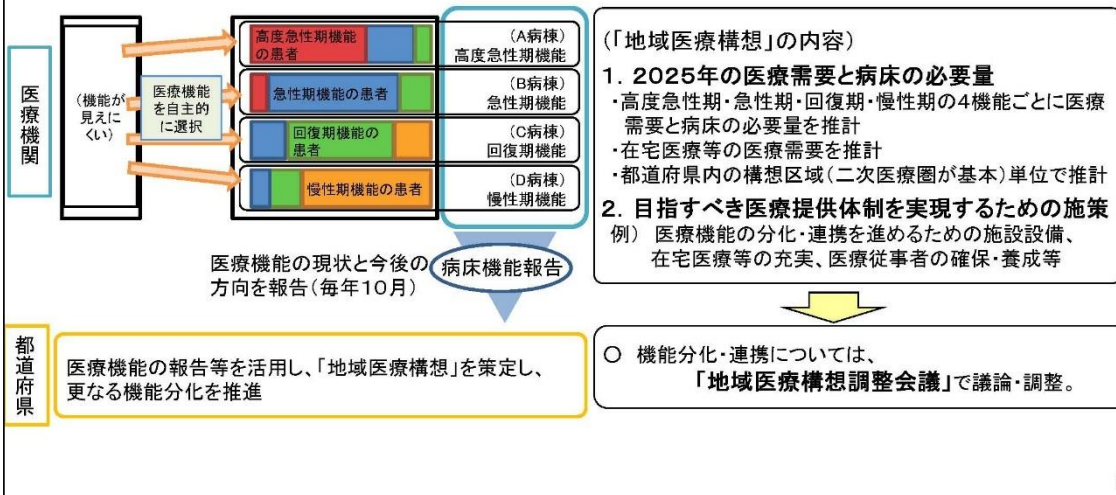
救命救急入院料等の主な施設基準、

特定集中室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等、

こういった診療報酬項目に関する基礎的な資料をお示ししているところでございます。

地域医療構想について

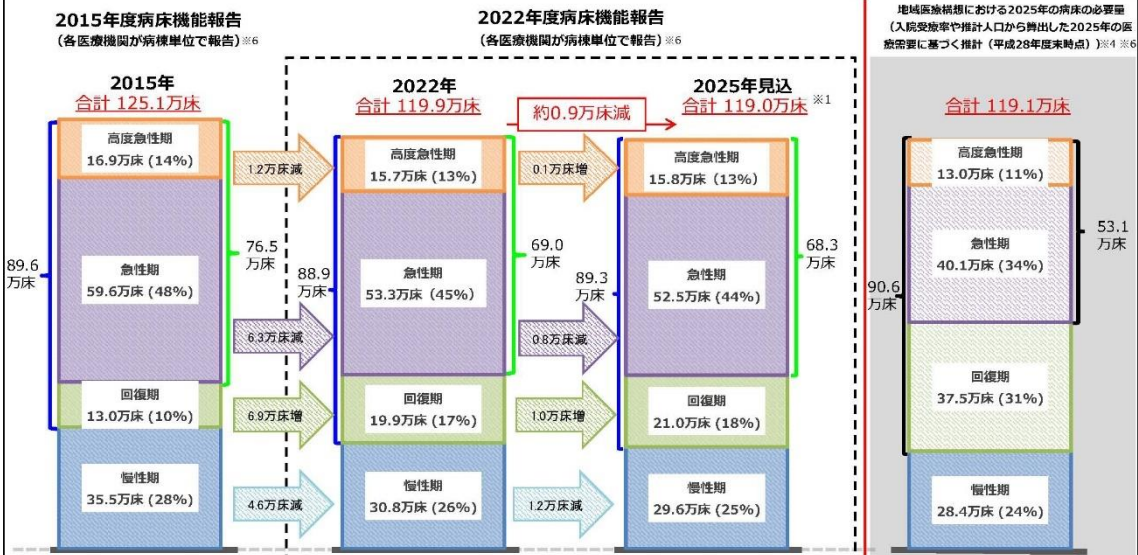
- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



6

2022年度病床機能報告について

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5 改



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538 (95.5%), 2022年度病床機能報告: 12,171/12,590 (96.7%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*)・18,399床(参考: 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院科1~4、特定集中治療室管理科1~4、ハイケアユニット入院医療管理科1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

救命救急入院料等の主な施設基準

診調組 入-1
5. 8. 10

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度	その他
		～3日 10,223点	～7日 9,250点					
救命救急 入院料	入院料1	～3日 10,223点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	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
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	141 1,487床	・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	・専任の医師が常時勤務(うち2人 がICU経験5年以上)(治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8割 II:7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:～7日 14,211点 イ:～14日 12,633点 ロ:～60日 12,833点	76 867床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわ しい設備・医師	・専任の医師が常時勤務(うち2人 がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	349 2,365床	-	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)			
	管理料4	イ:～7日 9,697点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点	62 565床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわ しい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)			
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内)	4対1	HCU用	8割
	管理料2	4,224点	30 309床			5対1	6割	

※医療機関数及び病床数は令和5年7月5日中医協総-3-1「主な施設基準等の届出状況等」より引用

8

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

診調組 入-1
5. 8. 10

【特定集中治療室用】 基準：A 得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 輸液ポンプの管理	なし	あり	—
2 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	—	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
4 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	—	あり
5 人工呼吸器の装着	なし	—	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
7 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	—	あり
8 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、 ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	—	あり

【ハイケアユニット用】 基準：A 得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の 装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニター装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO、IMPELLA)	なし	あり

【参考】【一般病棟用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	—
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
5 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
6 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
7 I:救急搬送後の入院(5日間) II:救急入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

【参考】一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目

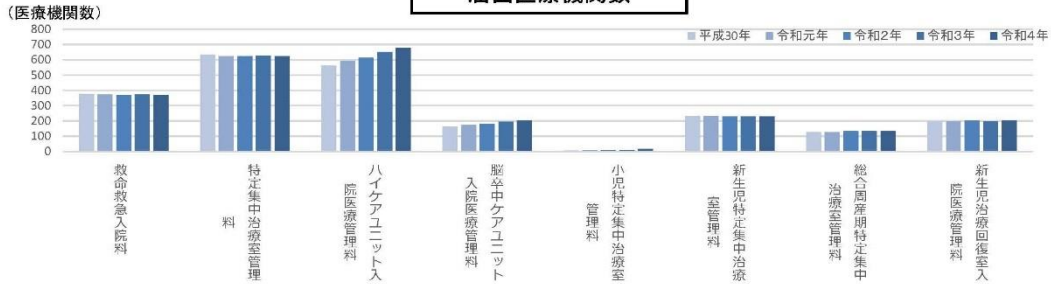
B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施	
	0点	1点	2点	0	1
音返り	できる	何かにつかまればできる	できない	—	—
移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	—	実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	—	—
危険行動	ない	—	ある	—	—

救命救急入院料等の届出状況

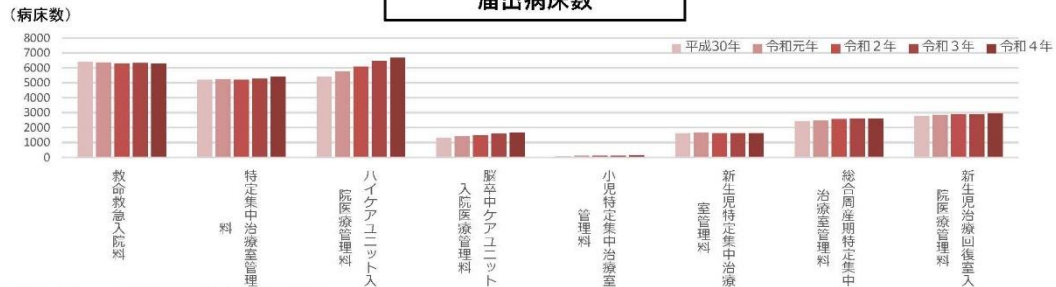
診調組 入-1
5. 8. 10

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

届出医療機関数



届出病床数



出典: 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

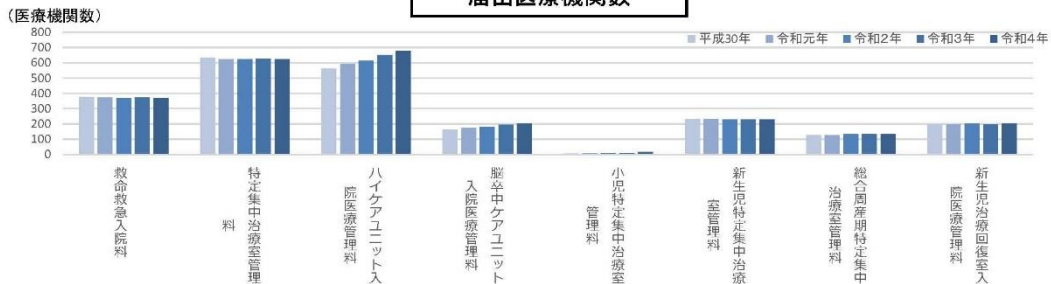
10

救命救急入院料等の届出状況

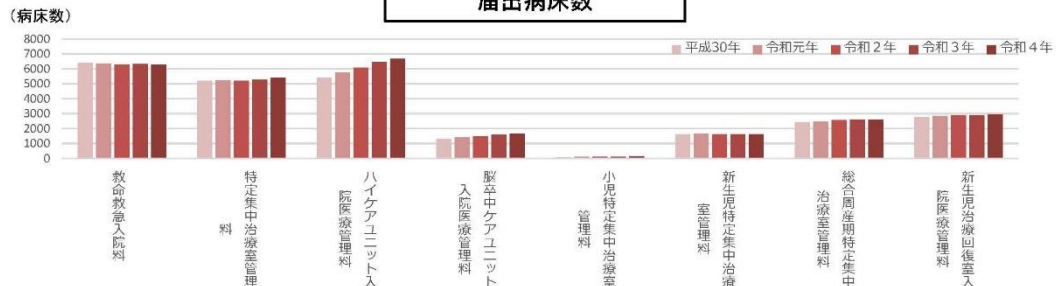
診調組 入-1
5. 8. 10

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

届出医療機関数



届出病床数



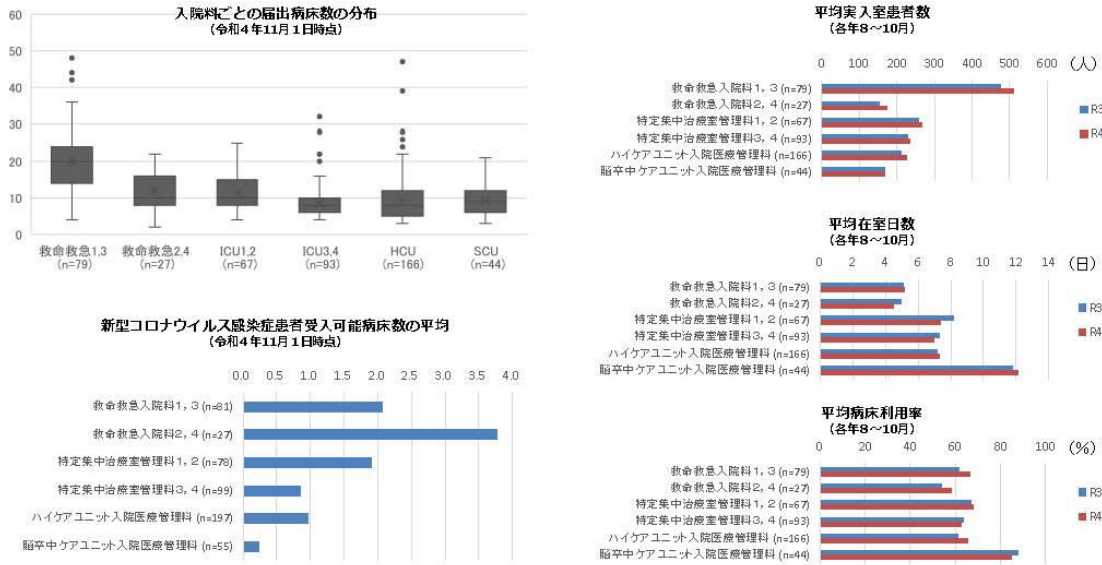
出典: 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

10

救命救急入院料等における届出病床数、平均在室日数等

診調組 入-1
5.6.8

○ 救命救急入院料等における令和4年11月時点の届出病床数、令和3年8~10月及び令和4年8~10月時点の平均在室日数等は以下のとおり。



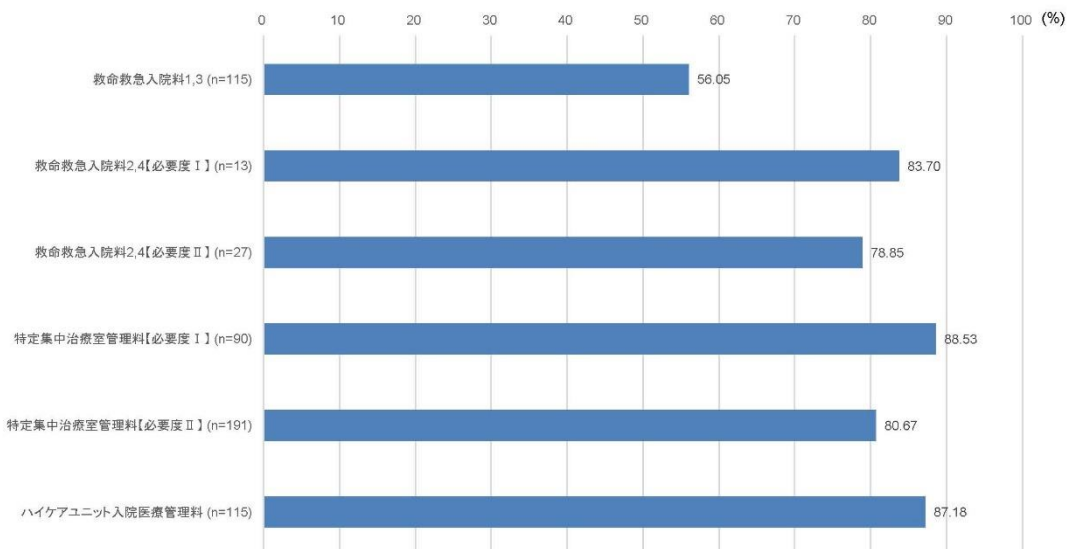
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票)

11

救命救急入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-5
5.10.5

○ 令和5年1~3月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票) ※各年1~3月の該当患者割合

12

説明**2. 高度急性期入院医療に係る評価について****高度急性期入院医療について**

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
3. 課題と論点

13

それでは、次に、進ませていただきまして、

2つ目の項目。

「高度急性期入院医療に係る評価について」に移らせていただきます。

これまでの中医協総会等における特定集中治療室管理料に係る主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- S O F Aスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる、との指摘があった。
- S O F Aスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか、との指摘があった。
- R R S (Rapid Response System) を行っている病院では、S O F Aスコアが上がる手前の人を I C Uで管理し始めるようにしているため、こうした取組も考慮した慎重な検討が必要、との指摘があった。

14

14 ページ目でございますけれども、

こちらは、これまでの中医協等における特定集中治療管理料、I C Uにおける主な意見ということでございます。

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FiO ₂ [mmHg]	x>400	400≧x>300	300≧x>200	200≧x>100 呼吸補助下	100≧x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [10 ⁹ /mm ³]	x>150	150≧x>100	100≧x>50	50≧x>20	20≧x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧<70 mmHg	ドパミン≦5y あるいはドブタミン 投与 (投与量不明ない)	ドパミン>5y あるいはエピネフリン ≦0.1y あるいはノルエピネフリン ≦0.1y	ドパミン>15y あるいはエピネフリン> 0.1y あるいはノルエピネフリン >0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	>5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

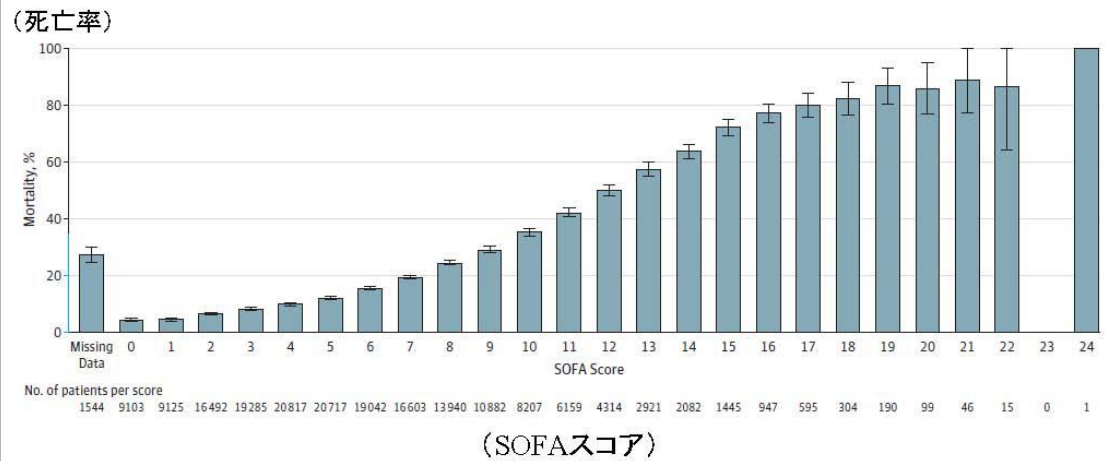
15

15 ページ目には、本日ご提案申し上げますSOFAスコアに関するご説明のスライドを、

(参考)ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率の関係

中医協 総一〇
29.11.24

○ ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率には、一定の相関関係があると考えられる。

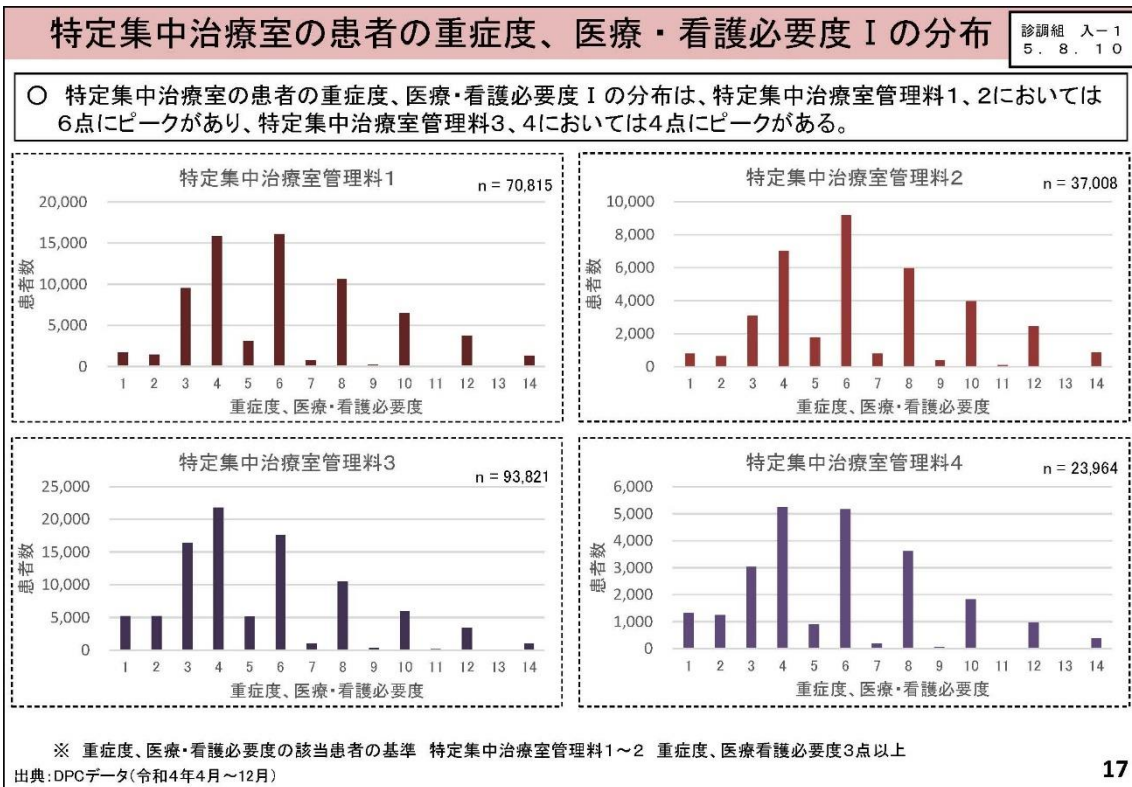


Raith et al: JAMA 2017;317: 290

16

そして、16 ページ目でございますけれども、

こちらは死亡との関係ということで、相関するということをお示しするスライドをお付けしてございます。



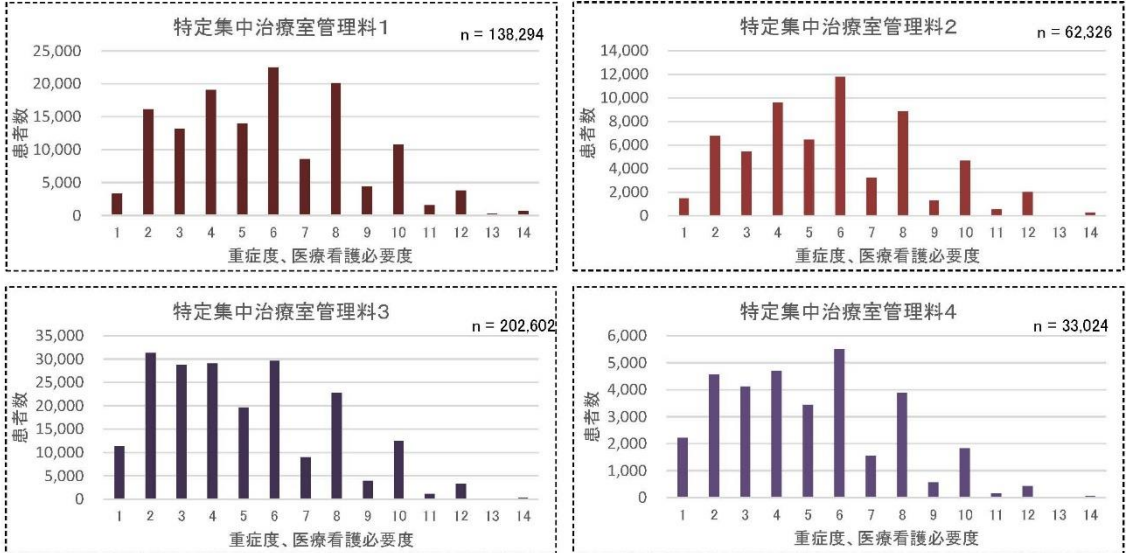
17 ページ目、18 ページ目は、

特定集中治療室の患者さんの重症度、医療・看護必要度の分布でございます。

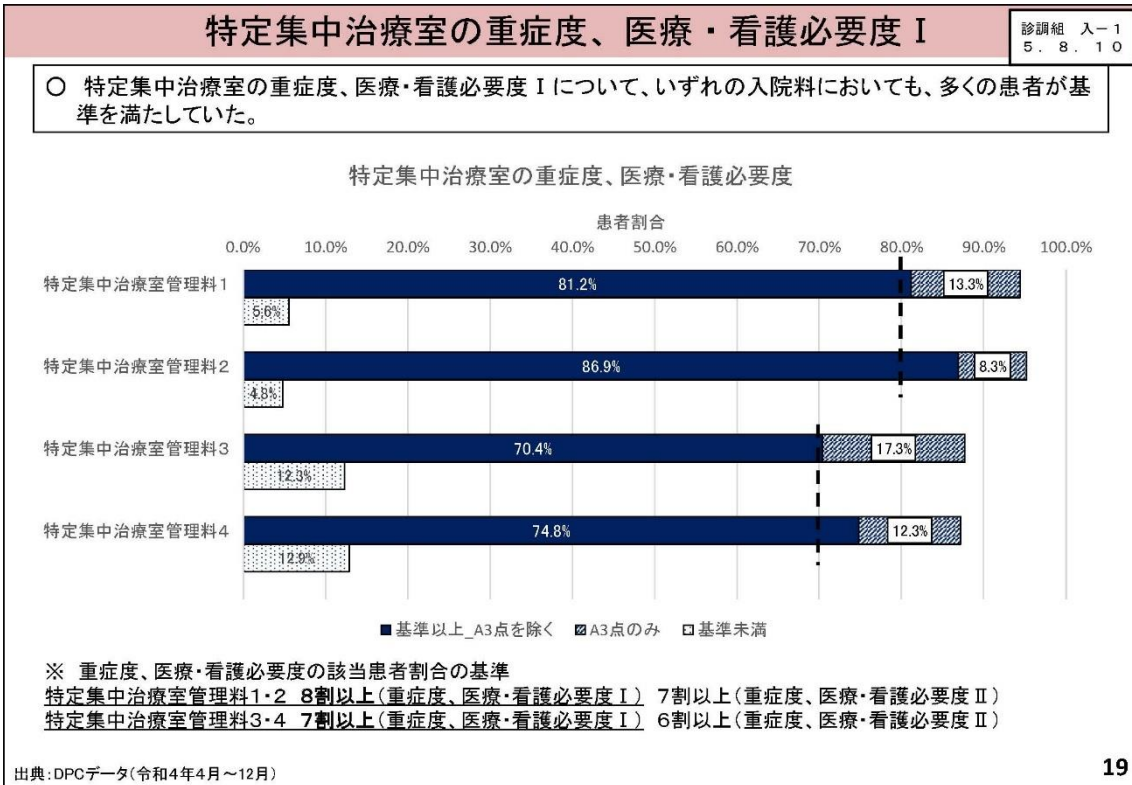
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布は、特定集中治療室管理料1、2及び4においては6点にピークがあり、特定集中治療室管理料3においては2点にピークがある。



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準 特定集中治療室管理料1～2 重症度、医療看護必要度3点以上
出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)



19 ページ目、20 ページ目は、

該当患者がどうかに着目をいたしました、

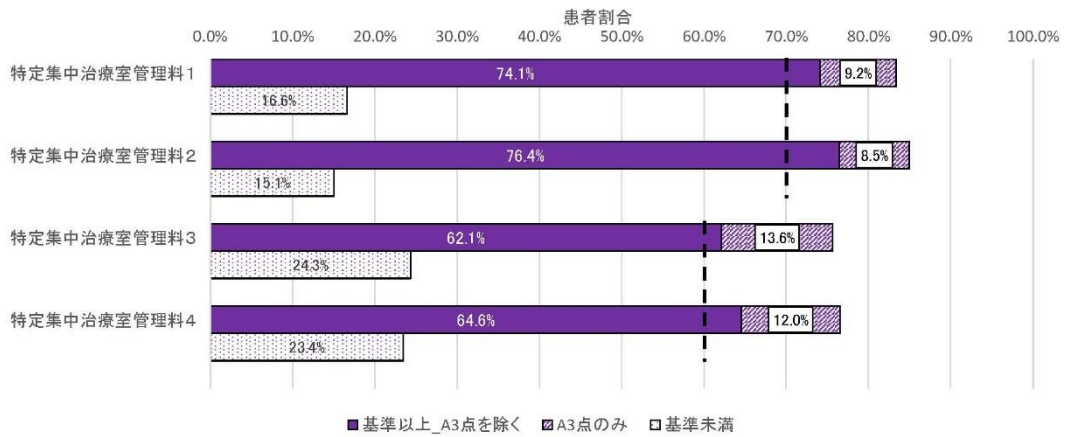
特定集中治療室の患者さんの重症度、医療・看護必要度で、その分布でございます。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

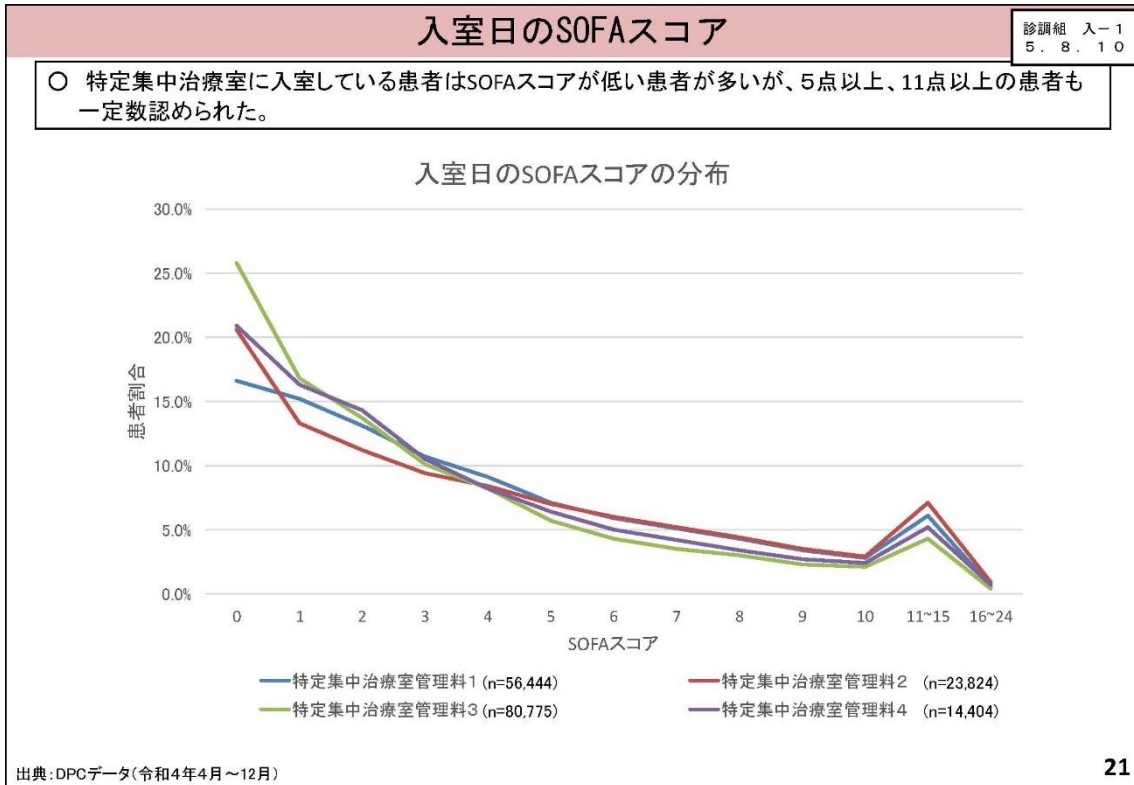
特定集中治療室管理料1-2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

特定集中治療室管理料3-4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

20

次、21 ページ目。



こちらは特定集中治療室に入室している患者さんのSOFAスコアの分布。

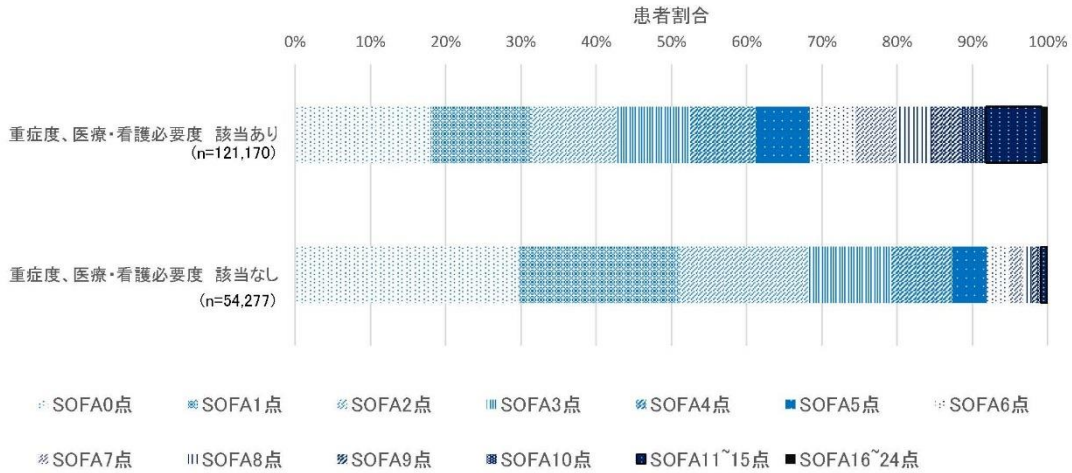
これは入室日のSOFAスコアの分布となります。

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア

診調組 入-1
5. 8. 10

- 入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のSOFAスコアが高い傾向にあった。
- 一方で、入室日の重症度、医療・看護必要度の非該当の患者においても、入室日のSOFAスコアが高い患者が一部認められた。

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア



出典：DPCデータ(令和4年4月~12月)

そして、22 ページ。

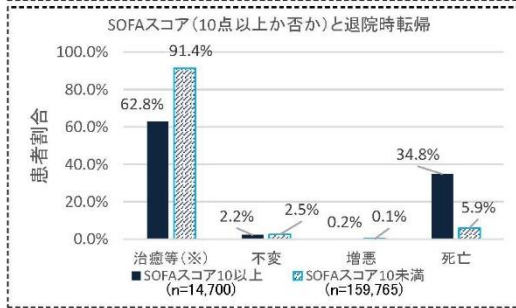
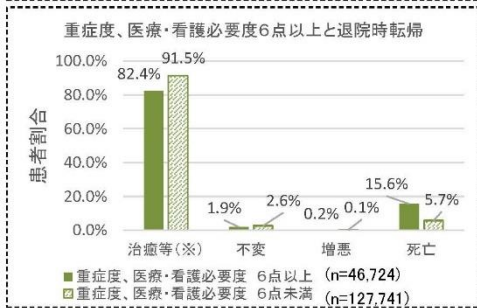
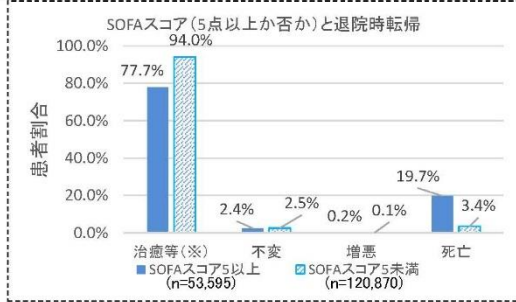
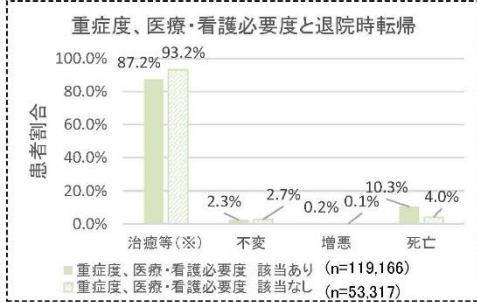
こちらは入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコアの分布をお示ししてございます。

重症度、医療・看護必要度該当ありというほうがSOFAスコアが高いというふうなことで、お示しをできてるかというふうに思います。

入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

診調組 入-1
5.9.6

○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。



出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

※ 治癒等は、治癒、軽快及び寛解

23

次、23 ページ目でございます。

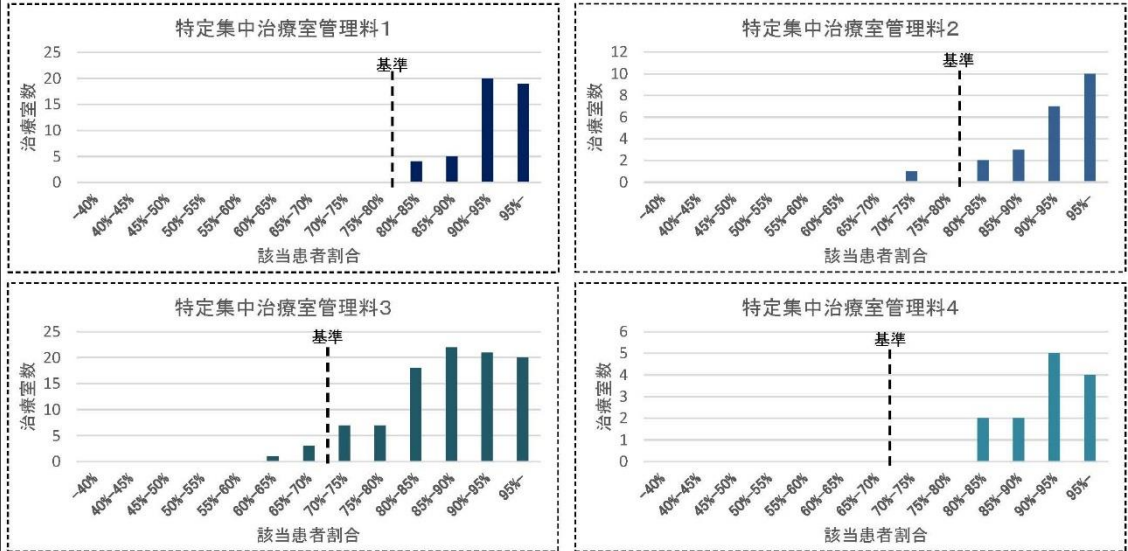
重症度、医療・看護必要度および入室日のSOFAスコアと退院時の転帰でございます。

入室日のSOFAスコアが退院時の転帰とよく相関するということが示されているところ。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準に該当する患者の割合の分布

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準
 特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)
 特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

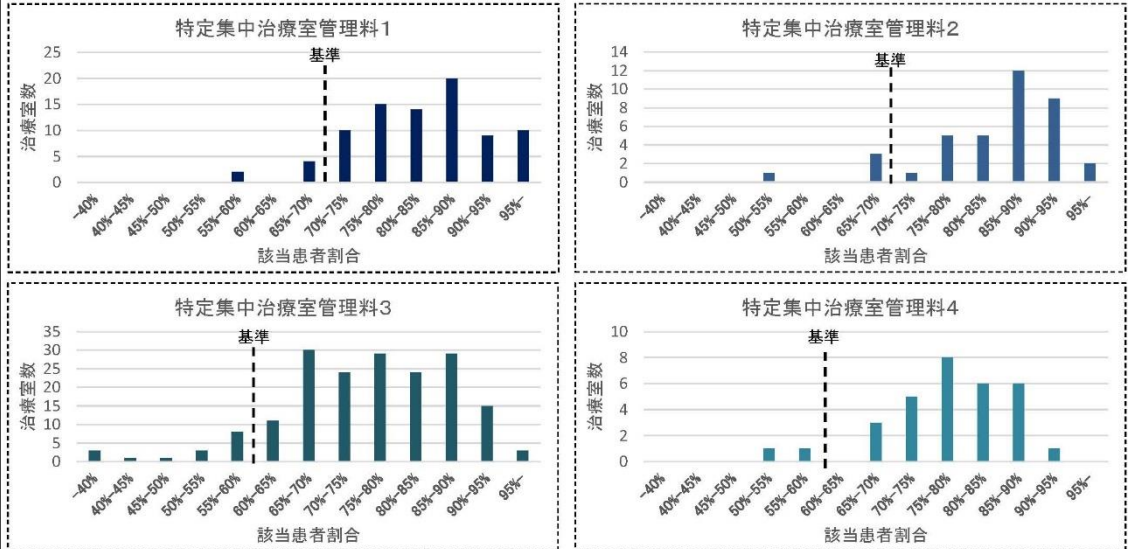
24 ページ目、25 ページ目。

施設別に見ました重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布でございます。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準に該当する患者の割合の分布

診調組 入-1
5. 8. 10

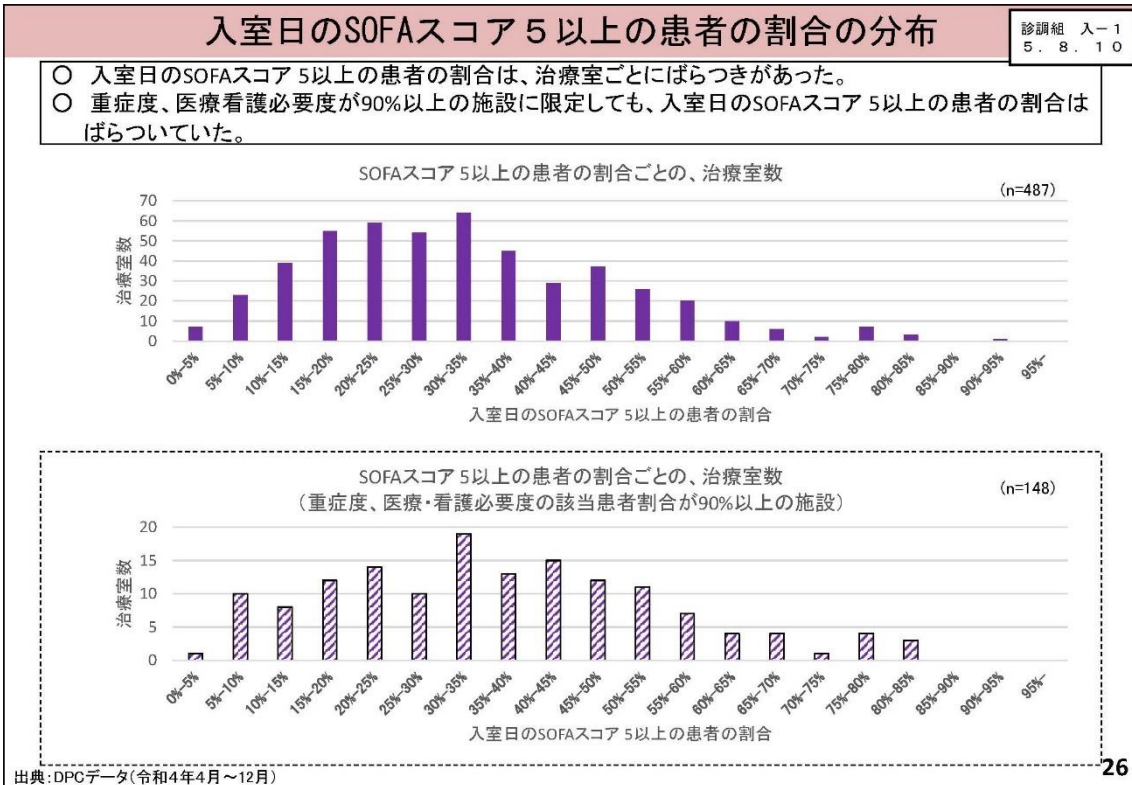
○ 特定集中治療室の治療室ごとの重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準
 特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)
 特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

多くの施設で非常に高い該当患者割合を示しております。



26 ページ目。

施設別に見た入室日のSOFAスコアの5以上の患者割合の分布でございます。

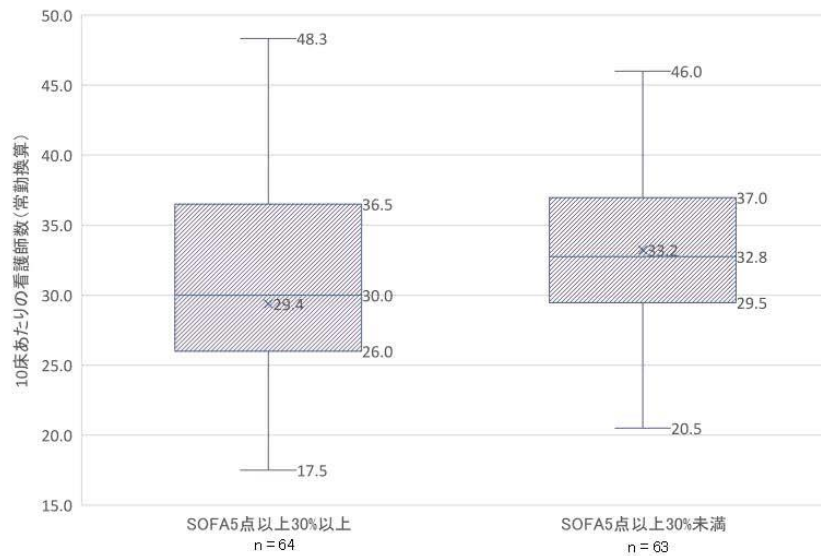
ばらつきが大きいこと。

そしてまた、ばらつきは、重症度、医療・看護必要度の該当患者さんの割合が約90%以上という施設に限定して分析しても大きいという結果でございました。

SOFAスコア5以上の患者の割合による看護配置

読調組 入-1
5 . 9 . 6

○ 入室日のSOFAスコアが5以上の患者が30%以上の特定集中治療室と30%未満の特定集中治療室で、看護配置に大きな差はなかった。



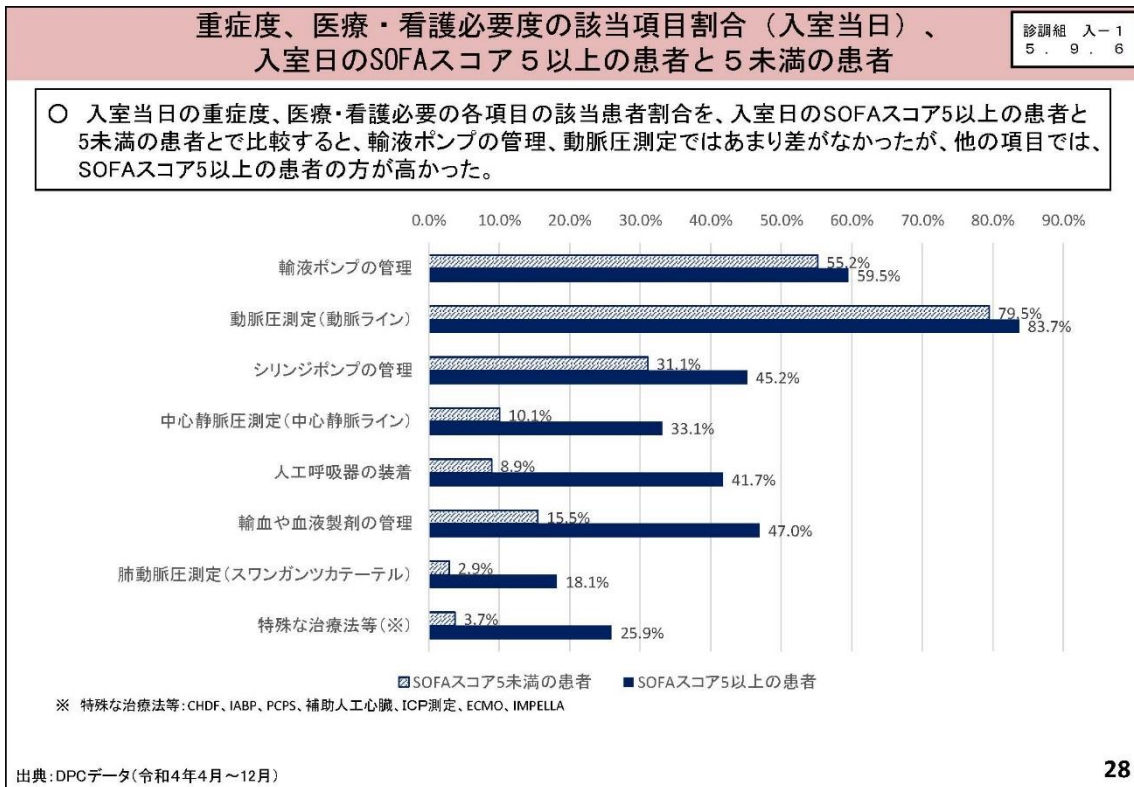
出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)、令和4年度入院・外来医療等における実態調査(治療室調査票A)

27

27 ページ。

入室日のSOFAスコアが5以上の患者さんが30%以上であると、
 そういった特定集中治療室と、
 30%未満の特定集中治療室を比較しまして、

看護配置に大きな差がないことが示されているところでございます。

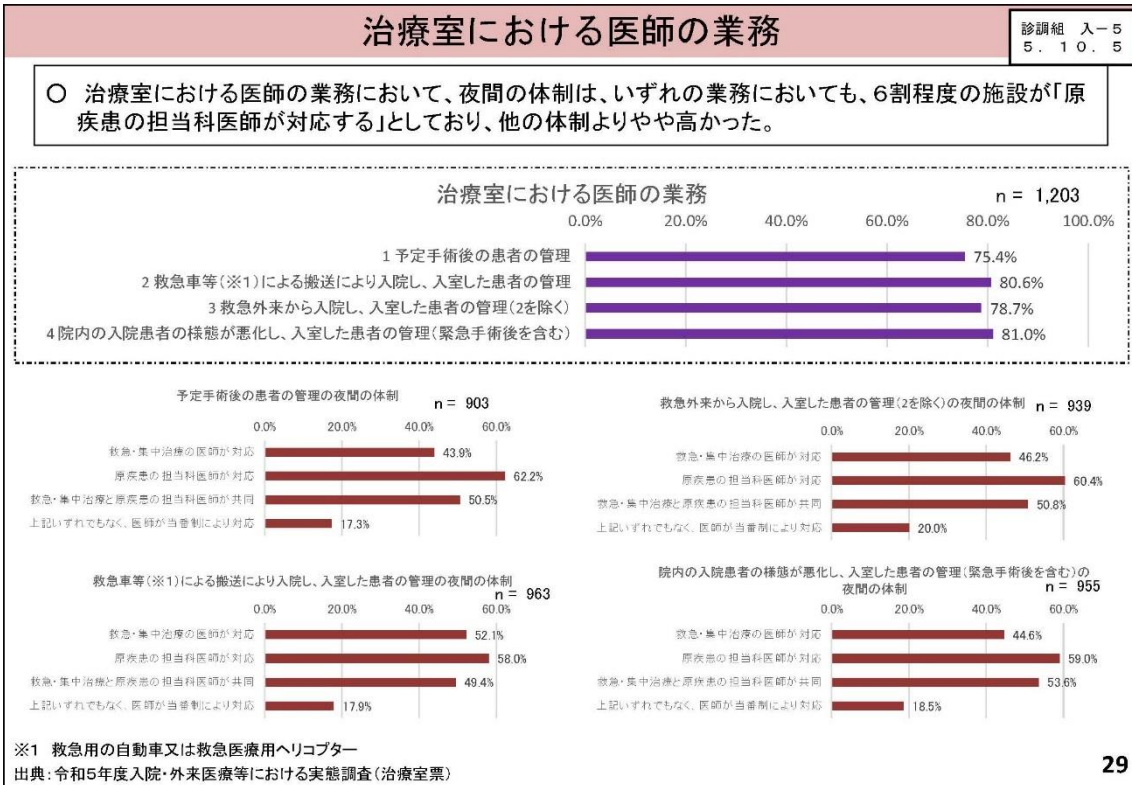


28 ページ。

これは入室日のSOFAスコア5以上の患者さんと5未満の患者さんで、

重症度、医療・看護必要度のそれぞれの項目の該当患者割合を比較してごさいます。

輸液ポンプの管理、動脈圧測定では、あまり差が出ませんでした。他の項目では差があったところでごさいます。



29 ページ。

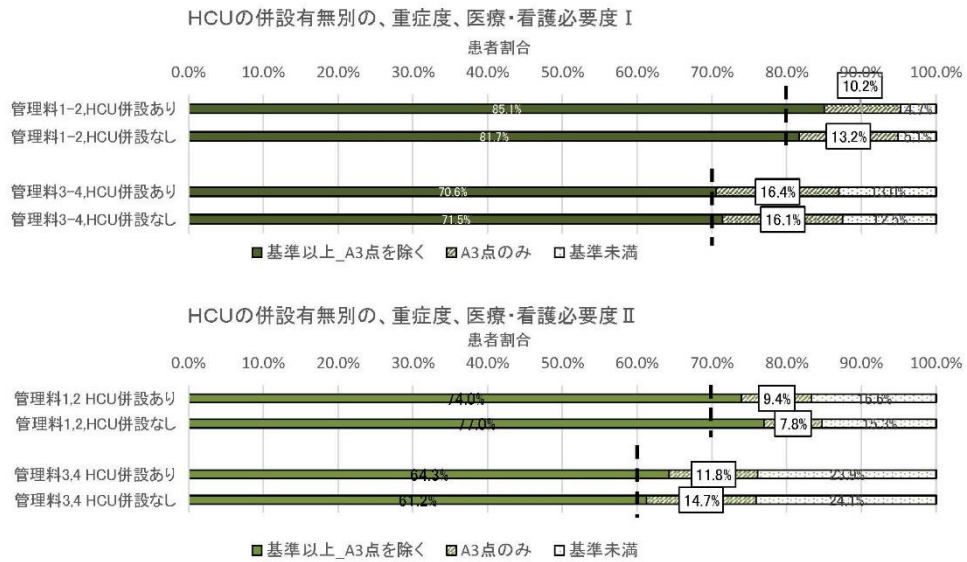
治療室における医師の業務でございます。

夜間の体制は、いずれの業務におきましても、

6割程度の施設が「原疾患の担当科医師が対応する」とされていたところでございます。

HCUの併設有無別の重症度、医療・看護必要度

○ 重症度、医療・看護必要度をHCUの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。

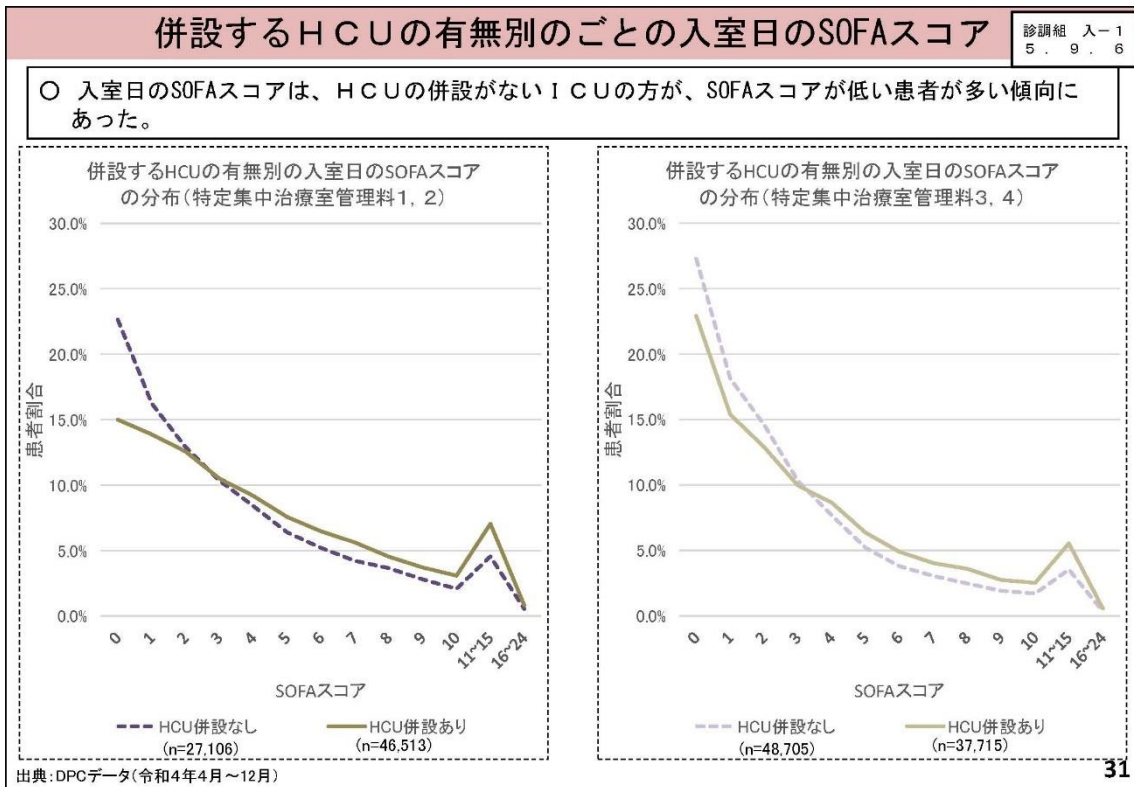


※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準
 特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療・看護必要度 II)
 特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

30 ページ。

こちらはHCUの併設有無別の特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度でございます、



31 ページは、このHCUの併設有無別の入室日のSOFAスコアでございます。

HCUの併設がないICUのほうがSOFAスコアが低い患者さんが多いというふうな傾向にあったということでございます。

入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者の比較

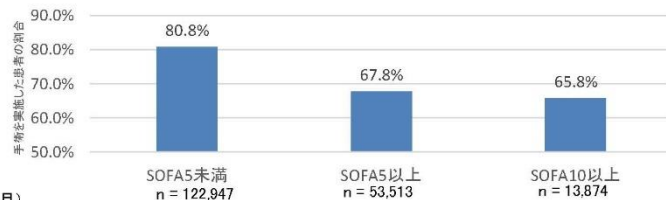
診調組 入-1
5 . 9 . 6

○ 入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者を比較すると、高い患者の傷病名として敗血症性ショックが多く見られ、また入室日のSOFAスコアが高い患者は低い患者に比較し、入室当日又は前日に手術を実施した患者の割合が少なかった。

① 傷病名(医療資源を最も投入した傷病)

入室時SOFAスコア5未満の患者 (n=123,282)		入室時SOFAスコア5以上の患者 (n=54,522)		入室時SOFAスコア10以上の患者 (n=14,883)	
傷病名	患者割合	傷病名	患者割合	傷病名	患者割合
1 右上葉肺癌	3.4%	1 大動脈弁狭窄症	4.8%	1 敗血症性ショック	7.8%
2 急性前壁心筋梗塞	3.3%	2 慢性うっ血性心不全の急性増悪	4.5%	2 大動脈弁狭窄症	5.3%
3 腹部大動脈瘤切迫破裂	3.0%	3 急性大動脈解離StanfordB	4.4%	3 急性大動脈解離StanfordB	5.2%
4 急性大動脈解離StanfordB	2.9%	4 敗血症性ショック	4.0%	4 僧帽弁閉鎖不全症	4.1%
5 慢性うっ血性心不全の急性増悪	2.7%	5 僧帽弁閉鎖不全症	3.6%	5 蘇生に成功した心停止	3.4%
6 急性下側壁心筋梗塞	2.7%	6 上行胸部大動脈瘤	3.1%	6 上行胸部大動脈瘤	3.4%
7 大動脈弁狭窄症	2.6%	7 労作性狭心症	2.5%	7 慢性うっ血性心不全の急性増悪	3.3%
8 右下葉肺癌	2.5%	8 急性前壁心筋梗塞	2.3%	8 労作性狭心症	2.9%
9 直腸癌	2.0%	9 不安定狭心症	2.0%	9 急性前壁心筋梗塞	2.6%
10 未破裂脳動脈瘤	2.0%	10 腹部大動脈瘤切迫破裂	1.9%	10 不安定狭心症	2.3%

② 入室当日又は前日に手術をした患者の割合



出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

32


32 ページ。

入室日のSOFAスコアが高い患者さんと低い患者さんの比較でございます。

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

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

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ **ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用**

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の専勤看護師 1名以上）

➤ **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**

救命救急入床料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士（専従の専勤臨床工学技士 1名以上）

➤ **高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置**

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講（2名以上）

新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ **重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績**

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上


③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

➤ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした**院内研修**を、年1回以上実施。

院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること。

- 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践

➤ **地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加**するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、**地域の医療機関等と協働**することが望ましい。



33

33 ページ以降、

こちらは重症患者対応体制強化加算についてでございます。

33 ページ目から 35 ページ目でございます。

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

▶ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

【算定要件】

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

【施設基準の概要】

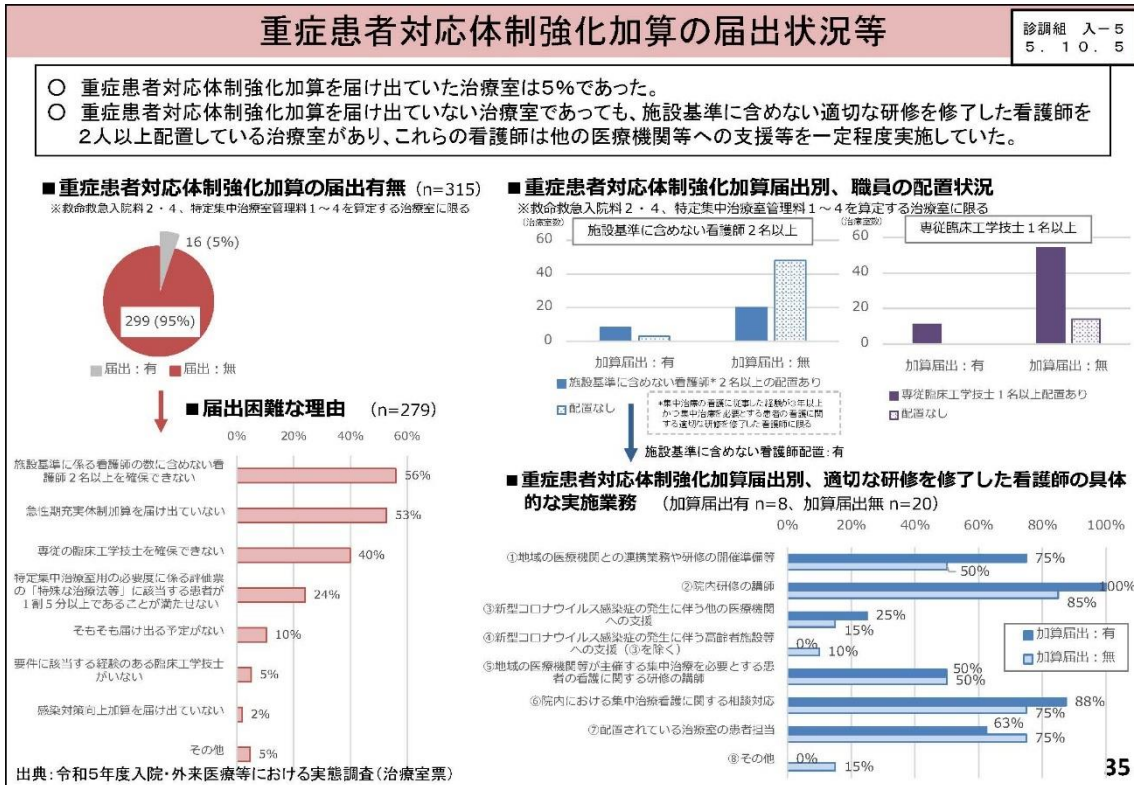
専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経歴が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること <p>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践</p>	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、地の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経歴が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		

必要な届出	<p>・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1</p> <p>ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。</p>
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上

34

こちらは、令和4年度の診療報酬改定で新設いたしました。

先ほど申しあげました重症患者対応体制強化加算の概要と届出状況でございます。



35 ページ目にお示ししますとおり、

加算を届け出ている治療室であっても、施設基準に含めない適切な研修を修了した看護師を2名以上配置している治療室がございます。

これらの看護師は他の医療機関等への支援等を一定程度、実施されているということをお示ししてございます。

ICU用必要度「特殊の治療法等」の該当状況

○ 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、治療室においては該当患者1人が退室することで、基準を満たさなくなる場合がある。

【重症患者対応体制強化加算の施設基準(抄)】

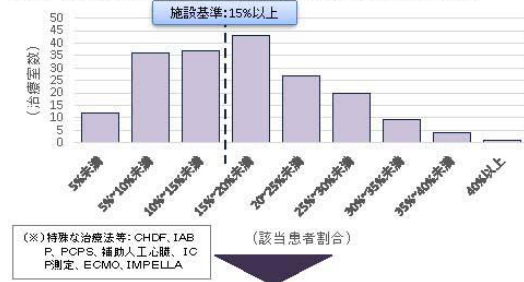
「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割以上であること。なお、該当患者の割合については、毎月で6か月を超える1週間以内の1割以上の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

○ 治療室では、ベッド数が少ないため、該当患者1人が退室することにより基準を満たさなくなることがある。

①入室患者数	②①に対する1割2分の人数	③②の1割未満を考慮した人数
8人	1.2人	1.02人
8人	0.8人	0.81人

■急性期充実体制加算届出施設の治療室における、「特殊な治療法等(※)」の該当患者割合 (n=189)

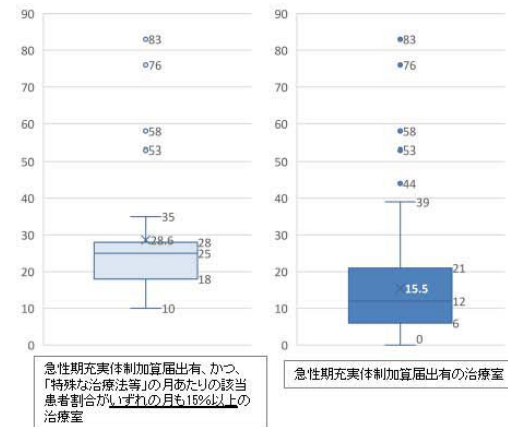
(R4.4月~R5.3月の「※」明細(加算基準) 該当患者数) / (R4.4月~R5.3月の各月の必要度評価対象患者数)



(※)特殊な治療法等: CHDF, IAB P, PCPS, 補助人工心臓, IC P測定, ECMO, IMPELLA

	治療室数
「特殊な治療法等」の年間該当患者割合が15%以上の治療室	104
うち、R4.4月~R5.3月のいずれの月も該当患者割合が15%以上の治療室	28 (26.9%)

■「特殊な治療法等(※)」の月別該当患者延人数の最小値の分布



出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)※救命救急入院科2・4及び特定集中治療室管理科1~4の治療室のデータに限る

36 ページ。

重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つでございます

「特殊な治療法等」の該当患者割合の分布等をお示ししてございます。

治療室におきましては該当患者1人が退室することで、該当患者さんの割合の基準を満たさなくなるという場合がございます。

高度急性期入院医療について

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
3. 課題と論点

37

それでは、2つ目でございます。

「ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について」でございます。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に関する主な意見

<7月5日 中医協総会（入院（その1））>

- ハイケアユニットについて、届出医療機関の数が増加しており、どのような状態の患者にどのような医療が提供されているのか等を分析した上で、必要度の在り方について検討すべき。
- 看護業務の負荷軽減の観点からも、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入すべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

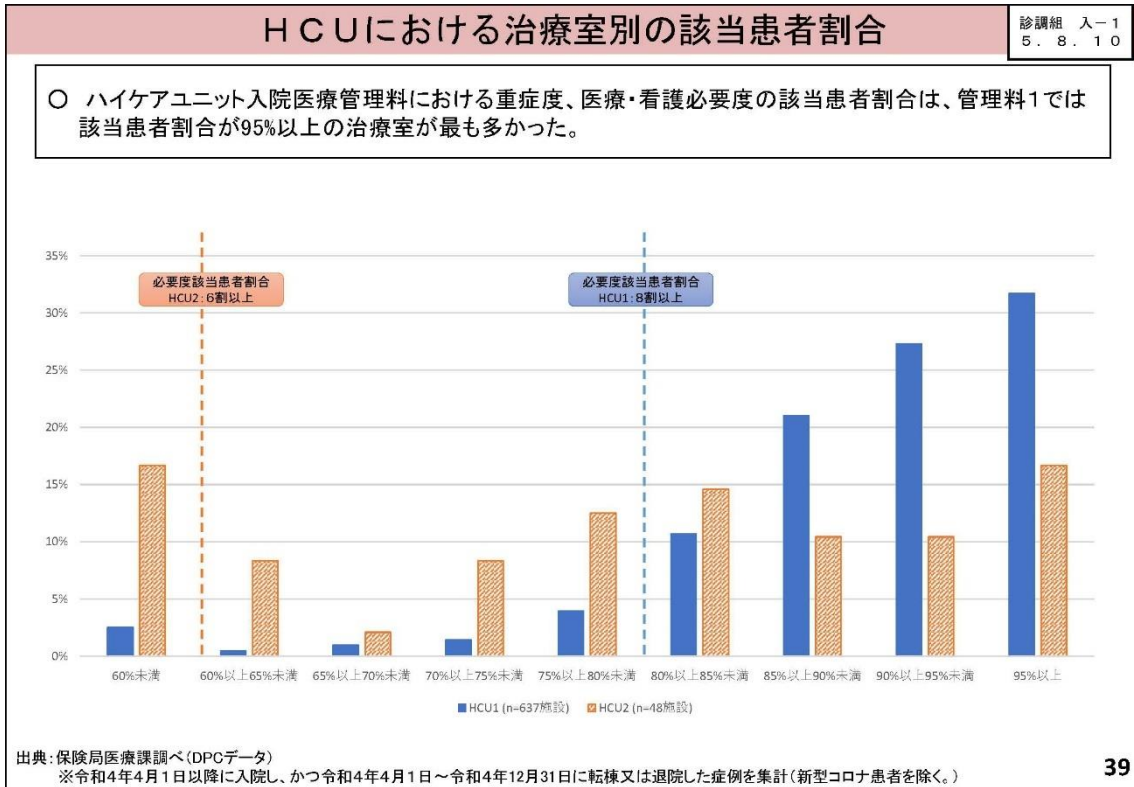
- 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」は患者の状態や入室経路によらずほぼ全ての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないか。
- 重症度の高い患者への対応や常時監視の必要な治療の実施を評価する観点から、一部の項目について、特定集中治療室用と同様に、点数に差をつけることが考えられるのではないか。
- 一般病棟ではなく治療室に入室が必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を評価する観点からは、特定集中治療室用と同様に、B項目は適さないではないか。一方、B項目の測定結果はADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても、特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべきではないか。
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についてもレセプト電算コードに基づく評価を導入する際には、現行の評価との比較分析を行ってはどうか。

38

38 ページ目に、これまでいただいたご意見でございます。

ハイケアユニットの届出数が増加しており、どのような患者さんにどのような医療が提供されているのかなど、分析を踏まえて必要度のあり方について検討すべきといったご意見や、

レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入すべきといった意見をいただいております。



39 ページ目は、ハイケアユニットにおける必要度の該当割合ですが、

管理料1におきましては、95%以上が最も多かったということが示されています。

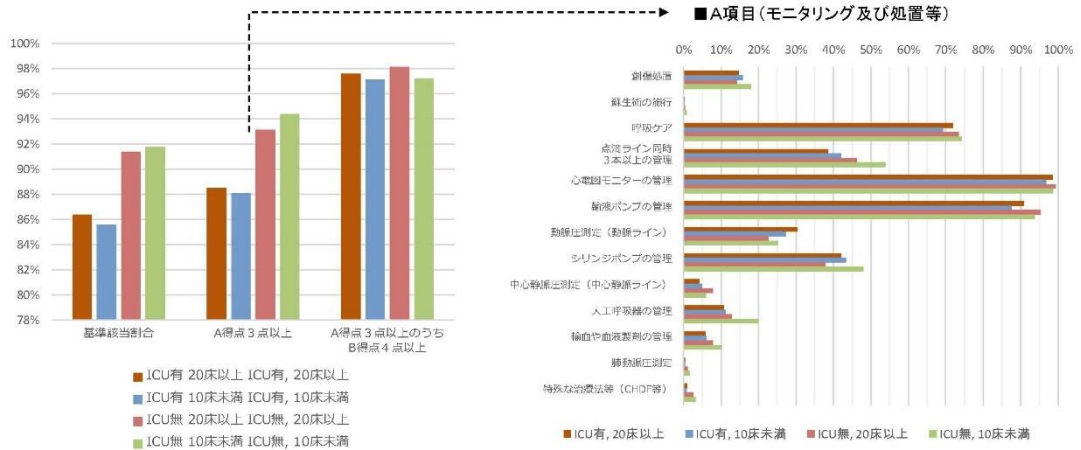
HCUにおけるICUの併設有無別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1
5. 8. 10

- ICUを併設するHCUにおいては、病床数が20床以上か10床未満かで必要度の該当状況は大きく変わらなかった。
- ICUを併設しないHCUのうち病床数が20床以上の施設は、10床未満の施設と比較し、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「シリンジポンプの管理」、「人工呼吸器の管理」の該当割合が低かったが、基準該当割合は大きく変わらなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合（令和4年4～12月）

ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設（46施設）における患者：n=134,600人・日
 ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設（113施設）の患者：n=96,32人・日
 ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設（22施設）における患者：n=47,915人・日
 ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設（247施設）の患者：n=177,109人・日



出典：保険局医療課調べ(DPCデータ)
 ※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(コロナ感染症患者は除く。)

40 ページ、41 ページでは、

ICUの併設有無別・病床規模別の必要度の状況について、お示ししてごさいませけれども、

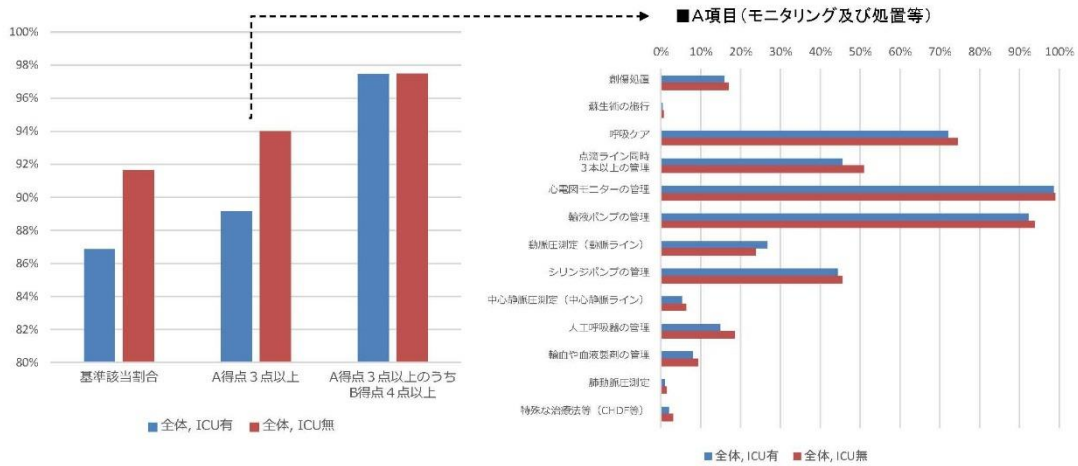
HCUにおけるICUの併設有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1
5. 8. 10

- ICUを併設しないHCUにおける重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、ICUを併設するHCUよりも高かった。
- ICUを併設しないHCUでは、ICUを併設するHCUよりも「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸の管理」の該当割合が高く、「動脈圧測定（動脈ライン）」の割合が低かった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合（令和4年4～12月）

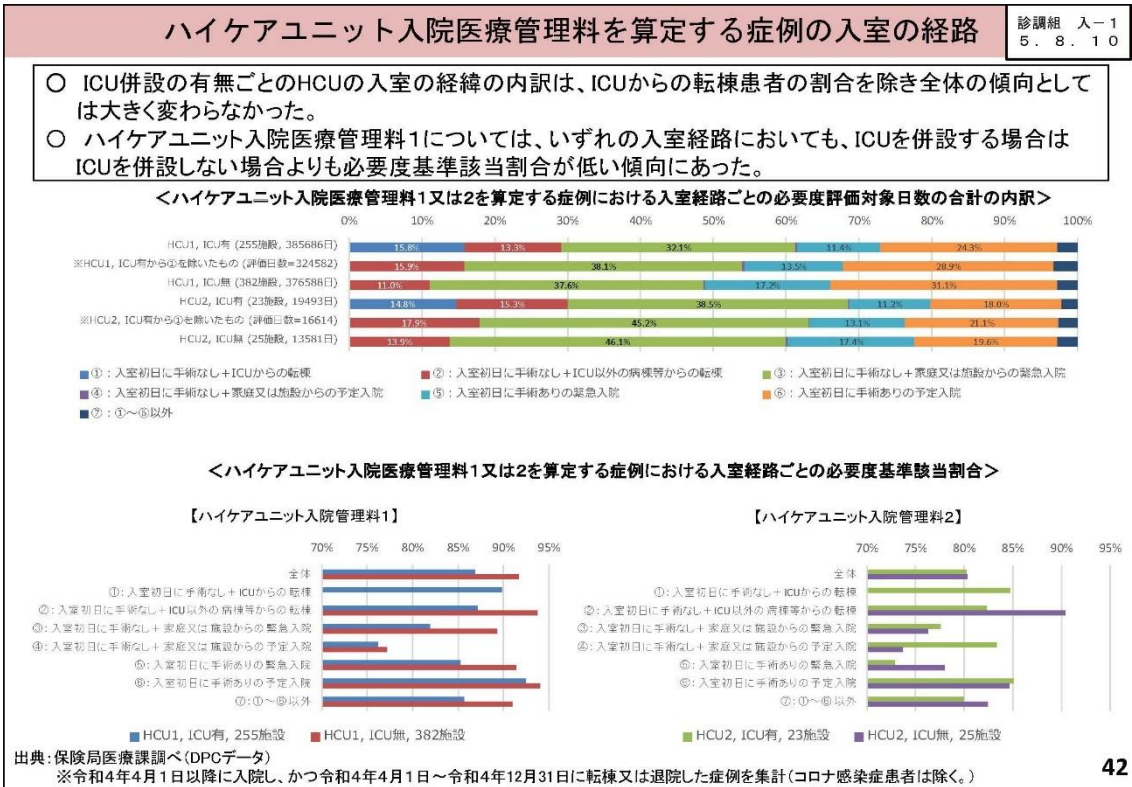
〔 ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCU（255施設）における患者：n=385,686人・日
ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料1を算定するHCU(382施設)の患者：n=376,588人・日 〕



出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）

※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

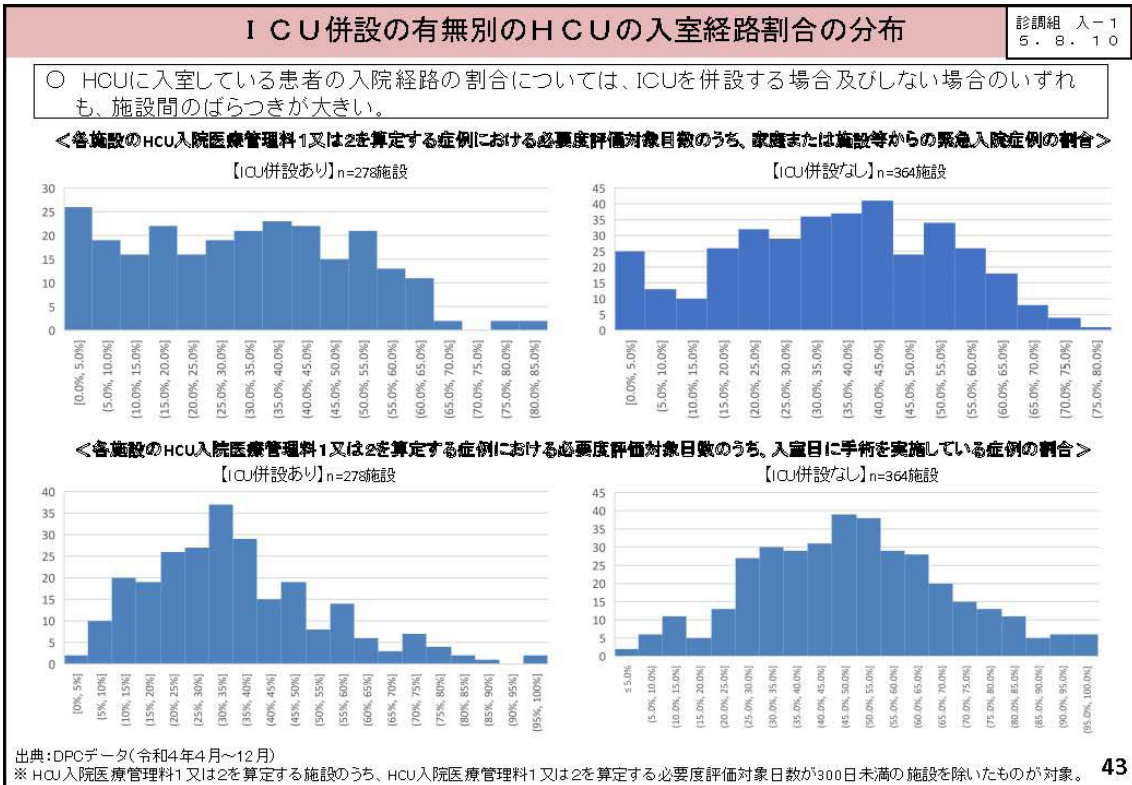
必要度の該当割合は、ICUを併設しないHCUで高い傾向にございました。



また、42 ページ、43 ページ目は、

HCUの入室経路ごとの必要度の状況でございますけれども、

いずれの入室経路におきましても、ICUを併設しない場合に該当割合が高く、



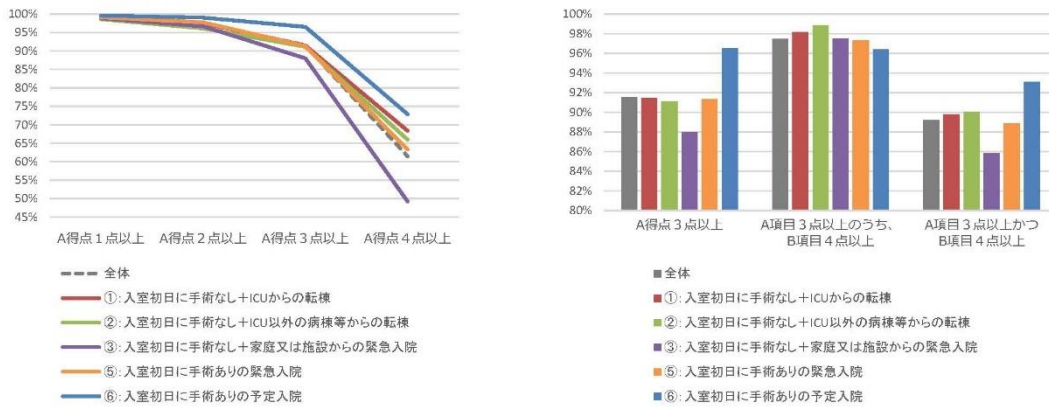
また、入室経路の内訳につきましては、HCU間でばらつきが見られていると
 りでございます。

ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例の入室経路ごとの必要度得点の状況

診療組 入-1
5. 8. 10

- 入室経路ごとのA項目3点以上の割合は88%~97%程度だが、いずれの入室経路においてもA項目4点以上の割合は大きく低下する傾向にあった。
- いずれの入室経路においても、A項目3点以上に該当した場合は、ほぼ全ての症例がB項目4点以上に該当していた。

＜ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとのA項目の総点数及び必要度基準の該当割合＞
(全体:637施設、延べ762,274日)



出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日~令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(コロナ感染症患者は除く。)

44

44 ページは、入室経路ごとのA得点、B得点についてでございます。

いずれの入院経路におきましても、

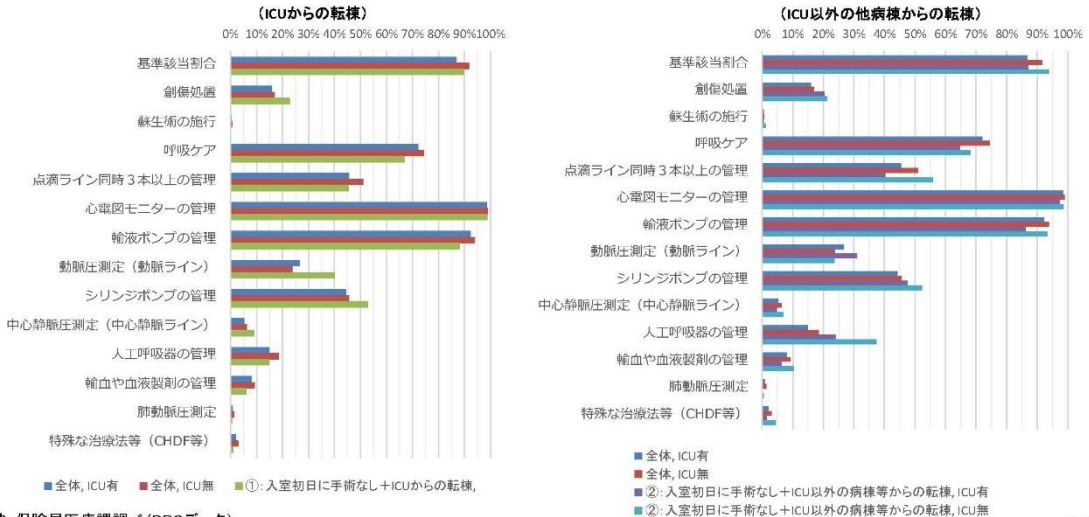
A 3 点以上を満たしている場合には、ほぼ全ての患者さんでB 4 点以上を満たしているという、こういう結果でございました。

ICU併設の有無及び入室の経路別の必要度各項目の該当割合①

診調組 入-1
5. 8. 10

- ICUからの転棟によりHCUに入室する症例においては、「動脈圧測定」に該当する割合が全体の平均よりも高かった。
- ICU以外の他病棟からの転棟によりHCUに入室する症例においては、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」等の項目について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。

<ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合>



45 ページ、46 ページは、

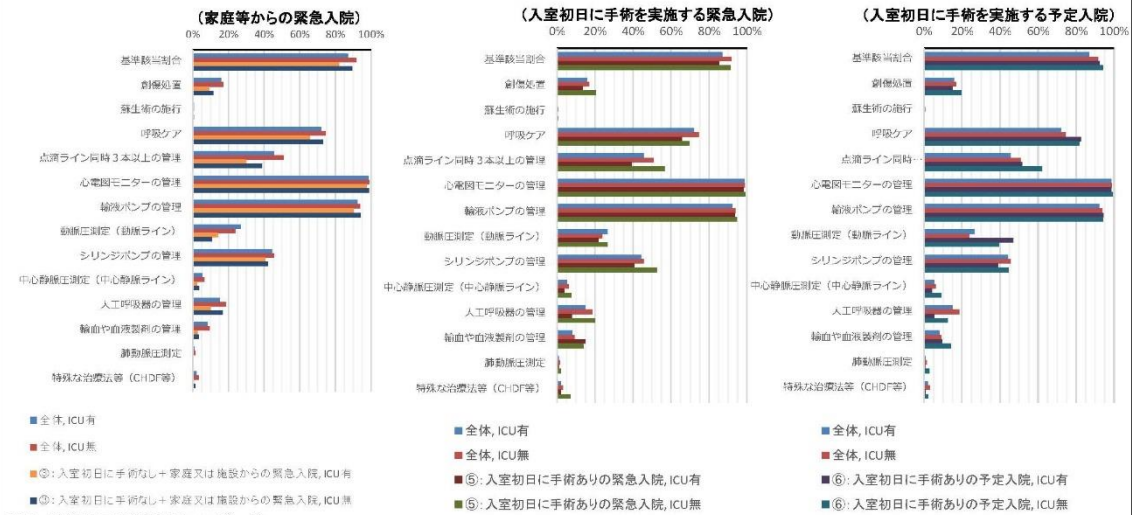
必要度の各項目につきまして、入室経路別の該当割合を示したものです。

I C U併設の有無及び入室の経路別の必要度各項目の該当割合②

診療組 入-1
5. 8. 10

- 家庭等からの緊急入院や入院初日に手術を実施する緊急入院の症例においては、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。
- 入室初日に手術を実施する症例においては、予定入院の場合は「呼吸ケア」及び「動脈圧測定」の該当割合が緊急入院の症例よりも高かった。

<ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合>



出典: 保険局医療課調べ(DPCデータ)

※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(コロナ感染症患者は除く。)

HCUにおける入室時の状態別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 診調組 入-1
5. 8. 10

○ HCUに入室した時の状態によらず、「心電図モニター」の管理と「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者が該当していた。

■ ハイケアユニット入室時の状態別、HCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	539	35.3%	0.9%	59.6%	49.5%	99.4%	98.3%	27.3%	46.8%	9.1%	44.0%	7.6%	2.6%	3.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	475	42.3%	0.2%	62.9%	56.6%	99.8%	94.3%	28.4%	52.0%	6.7%	60.6%	12.2%	1.3%	0.0%
急性心不全(心筋梗塞を含む)	273	20.1%	0.7%	79.4%	56.8%	99.6%	95.2%	34.1%	59.6%	15.0%	25.3%	11.4%	5.9%	3.7%
急性薬物中毒	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ショック	64	7.8%	0.0%	54.7%	75.0%	100.0%	100.0%	15.6%	54.1%	0.0%	9.4%	25.0%	0.0%	0.0%
重篤な代謝障害	99	11.5%	0.0%	75.8%	77.8%	100.0%	91.9%	11.4%	66.7%	4.0%	50.5%	11.1%	4.0%	0.0%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	315	48.6%	0.0%	53.0%	59.0%	98.4%	91.7%	28.9%	46.0%	7.6%	30.8%	16.5%	1.9%	0.0%
救急蘇生後	48	25.0%	8.3%	20.8%	83.3%	100.0%	91.7%	33.3%	41.7%	37.5%	85.4%	20.8%	20.8%	20.8%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	44	13.6%	0.0%	72.7%	0.0%	100.0%	88.6%	9.1%	6.8%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%

(参考) 特定集中治療室入室時の状態別、ICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	322	92.5%	91.3%	50.0%	13.7%	88.5%	16.5%	5.9%	5.6%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	436	86.7%	78.9%	71.1%	35.8%	86.0%	45.6%	3.2%	26.6%
急性心不全(心筋梗塞を含む)	192	73.4%	71.9%	57.3%	32.8%	90.5%	29.2%	33.3%	63.5%
急性薬物中毒	1	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ショック	365	91.5%	75.6%	58.4%	23.0%	73.8%	44.9%	3.0%	42.7%
重篤な代謝障害	52	100.0%	98.1%	80.8%	19.2%	19.2%	17.3%	0.0%	65.4%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	425	88.7%	86.6%	49.8%	16.2%	70.0%	25.8%	3.5%	19.8%
救急蘇生後	14	100.0%	92.9%	85.7%	0.0%	92.9%	0.0%	0.0%	57.1%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	166	88.0%	80.1%	64.2%	7.8%	64.5%	12.7%	0.0%	0.0%

注) いずれも、新型コロナウイルス感染症あり/感染症疑いの患者を除いて集計

出典:令和4年度入院・外来医療等の実態調査(治療室患者票)

47

47 ページ目、48 ページ目は、

入室したときの状態別、手術実施の有無別に各項目の該当割合を集計しておりますが、

入室したときの状態や手術実施の有無によらず、

「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」は、ほぼ全ての患者さんが該当していたということでございます。

HCUにおける手術実施の有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 診療組 入-1
5. 8. 10

- 手術の実施の有無によらず、「心電図モニター」の管理と「輸液ポンプの管理」はほぼ100%の患者が該当する。
- 手術の実施の有無による、B項目の項目別該当患者割合に大きな差はない。

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特別な治療法等
手術を実施した	732	37.3%	0.8%	54.0%	64.2%	99.2%	95.1%	34.8%	49.9%	14.5%	40.3%	15.2%	1.4%	1.1%
手術を実施していない	690	28.4%	0.3%	66.8%	45.1%	99.6%	97.0%	20.9%	50.6%	4.1%	40.0%	9.1%	2.0%	1.4%

(参考) 手術の有無別、特定集中治療室入室患者におけるICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

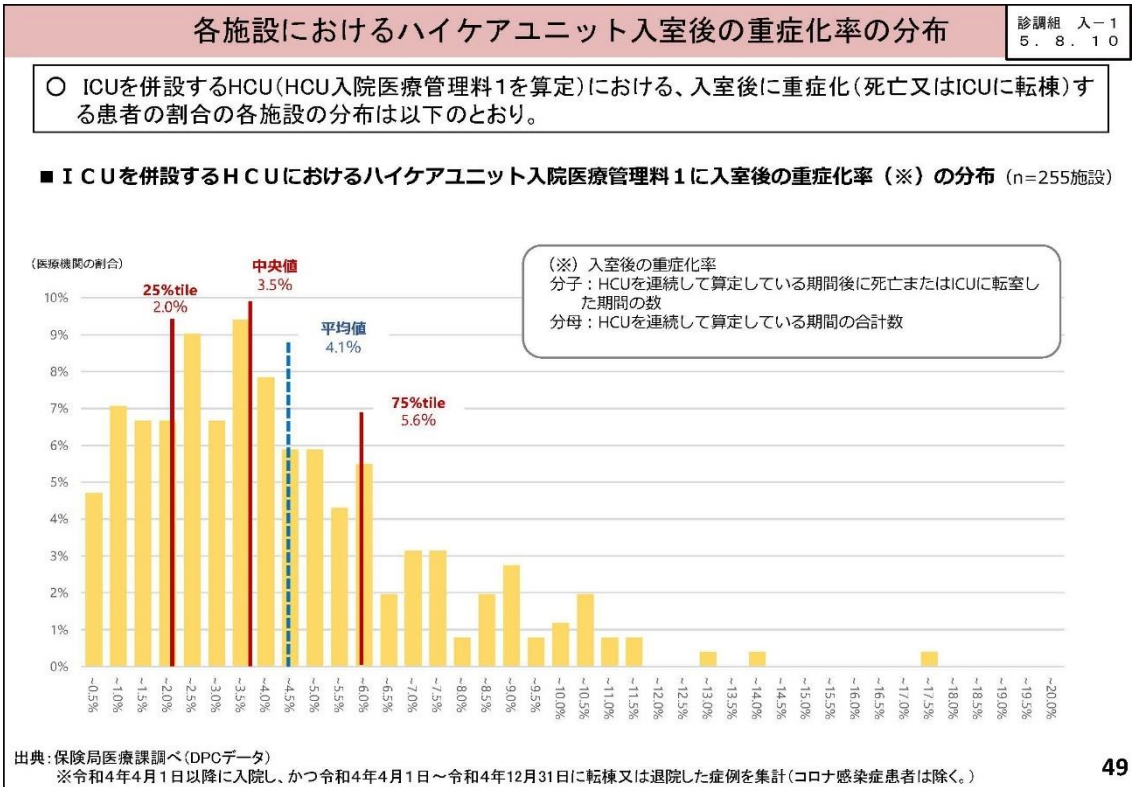
入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特別な治療法等
手術を実施した	1022	82.5%	80.0%	54.2%	25.2%	69.7%	35.4%	10.3%	27.1%
手術を実施していない	288	97.6%	85.1%	77.1%	19.4%	75.7%	27.1%	0.3%	12.5%

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度B項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	寝返り	移乗_患者の状態	移乗_介助の実施	口腔清潔_患者の状態	口腔清潔_介助の実施	食事の摂取_患者の状態	食事の摂取_介助の実施	衣服の着脱_患者の状態	衣服の着脱_介助の実施	診療療養上の指示が通る	危険行為
手術を実施した	732	96.2%	88.9%	41.7%	97.7%	93.6%	93.0%	62.7%	98.8%	92.2%	52.7%	20.6%
手術を実施していない	690	98.0%	95.5%	41.3%	86.1%	97.1%	91.0%	62.3%	99.4%	82.3%	42.2%	18.4%

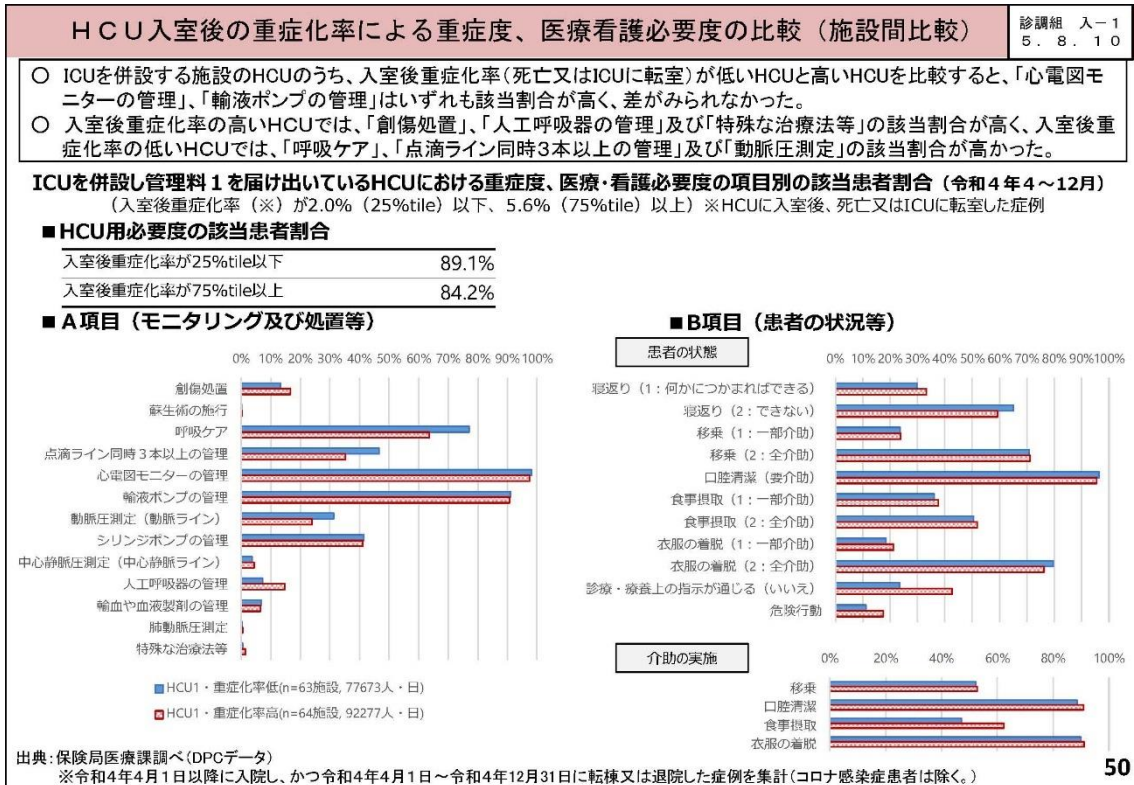
注) いずれも、新型コロナウイルス感染症あり/感染症疑いの患者を除いて集計

出典: 令和4年度入院・外来医療等の実態調査(治療室患者票)



49 ページ目、50 ページ目は、

重症度の高い患者さんの割合が高いHCUと、割合が低いHCUの比較でございます。

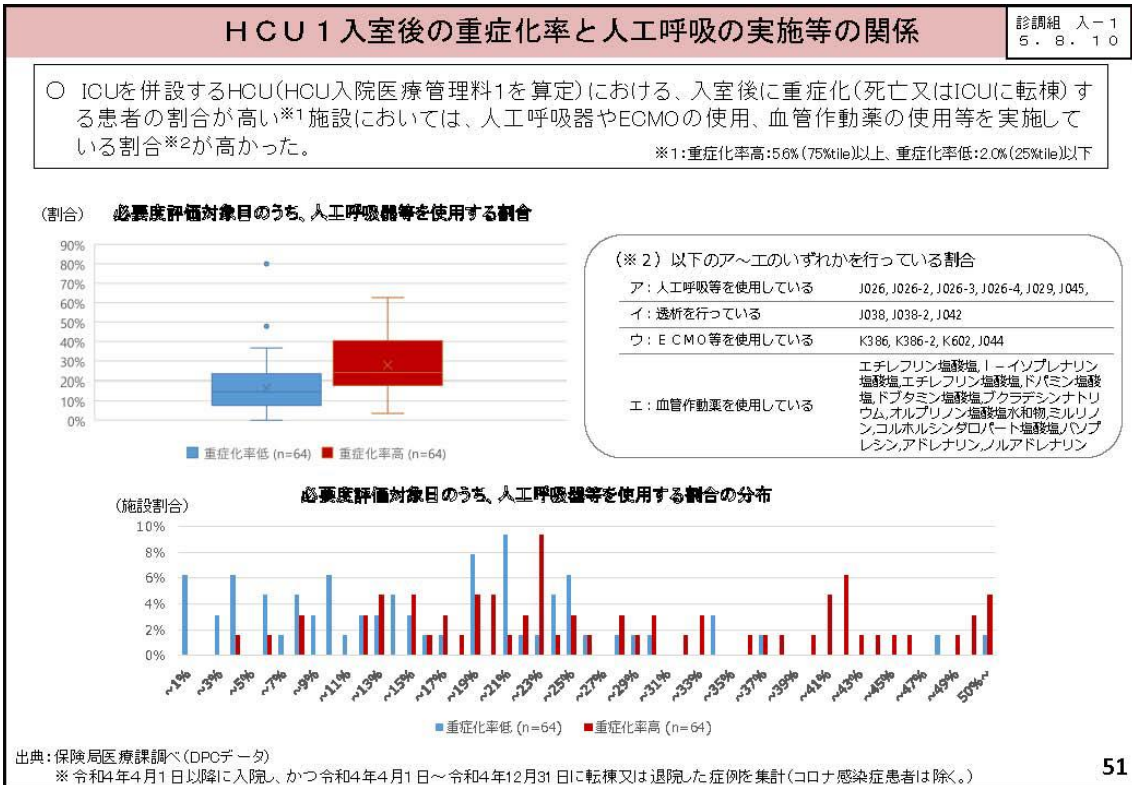


重症度の高いHCUでは、

「人工呼吸器の管理」や
 「特殊な治療法等」の項目の該当割合が高いこと。

「呼吸ケア」や
 「点滴ライン同時3本以上の管理」
 「動脈圧測定」の該当割合が低いという、

そういう傾向が見られました。



51 ページ目から 53 ページ目は、

人工呼吸や透析、ECMOなどの集中治療を行っている割合が高いHCUと低いHCUの比較でございます。

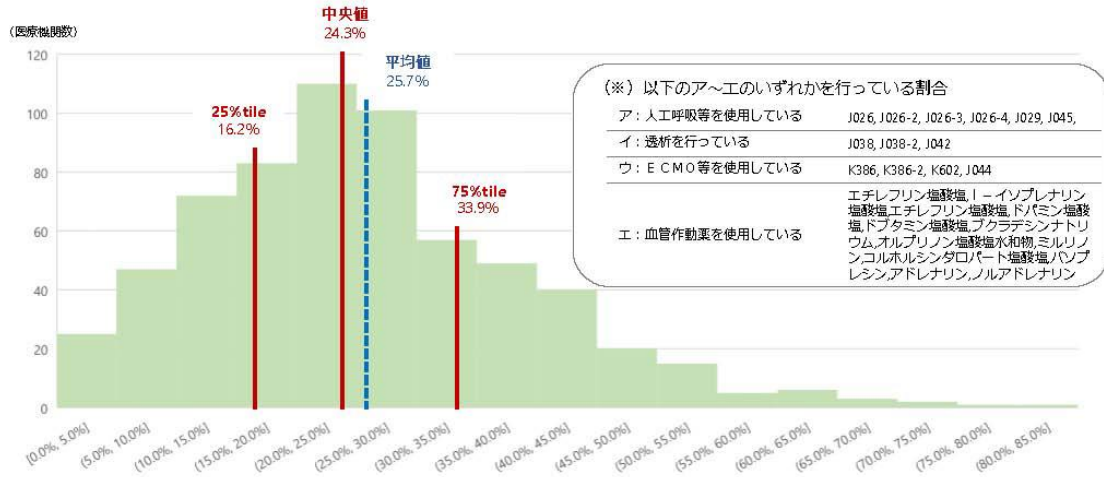
ここでも心電図モニターの管理と輸液ポンプの管理は差がなかったという結果が出ております。

HCU1における常時監視が必要な治療等を受けている患者割合の分布

診調組 入-1
5. 8. 10

○ HCU1において、人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等、常時監視が必要な治療等を受けている患者が占める割合は、治療室入室患者の約1/4であった。

■医療機関別の常時監視が必要な治療等を受けている患者の割合(※)の分布(ハイケアユニット入院医療管理料1)(n=637施設)



出典: 保険局医療課調べ(DPCデータ)

※ 令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(コロナ感染症患者は除く。)

52

HCU用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(常時監視治療の患者割合)

診調組 入-1
5. 8. 10

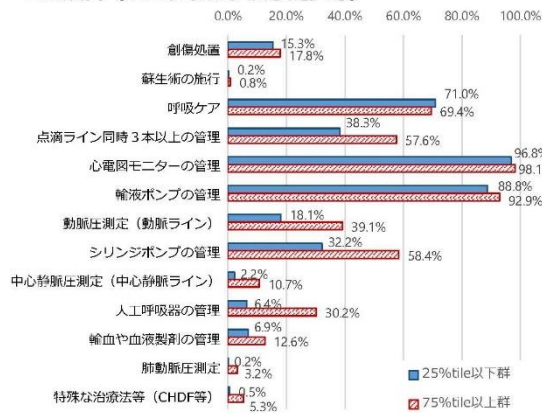
○ 常時監視が必要な治療の患者割合が25%tile(16.2%)以下の治療室と75%tile(33.9%)以上差を見たところ、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、かつ、2群で該当割合の差はなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合(令和4年4～6月) ※ハイケアユニット入院医療管理料1算定患者のみ集計(常時監視が必要な治療等(※)の患者割合が16.2%(25%tile)以下、33.9%(75%tile)以上)

■HCU用必要度の該当患者割合

常時監視が必要な治療等の患者割合25%tile以下	84.3%
常時監視が必要な治療等の患者割合75%tile以上	91.3%

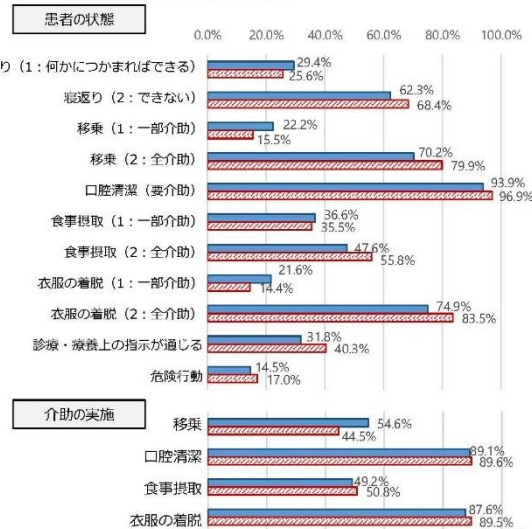
■A項目(モニタリング及び処置等)



出典: 保険局医療課調べ(DPCデータ)

※ 令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(コロナ感染症患者は除く。)

■B項目(患者の状況等)



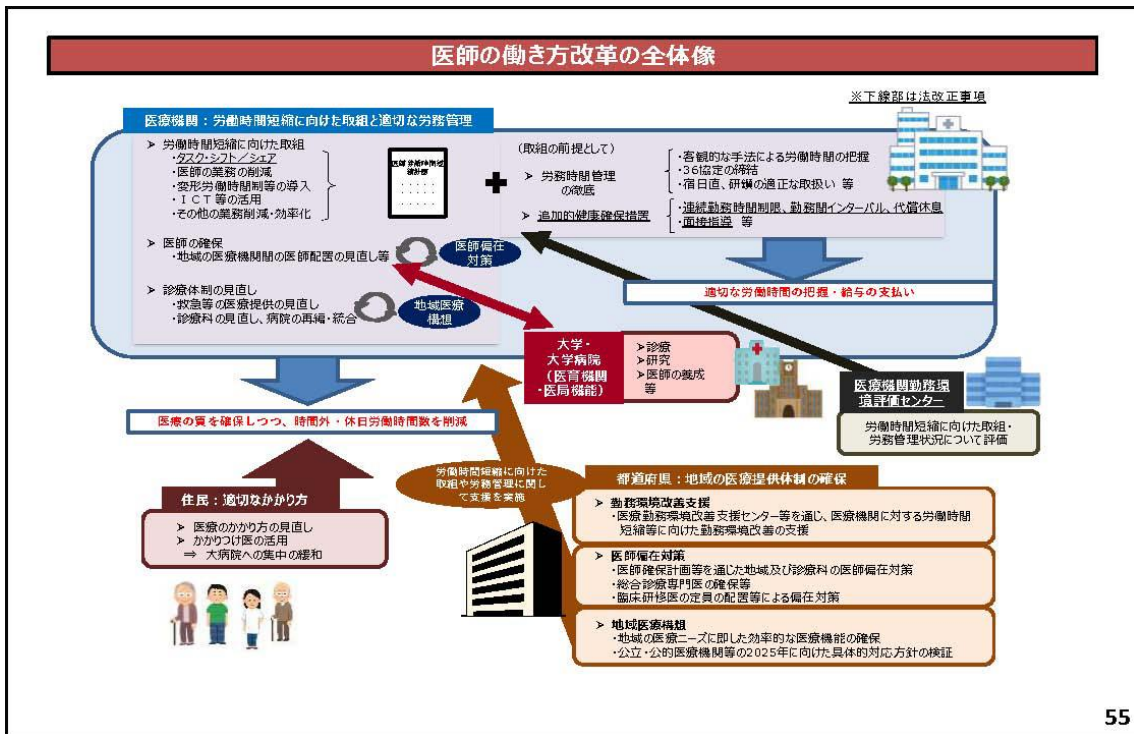
53

高度急性期入院医療について

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
3. 課題と論点

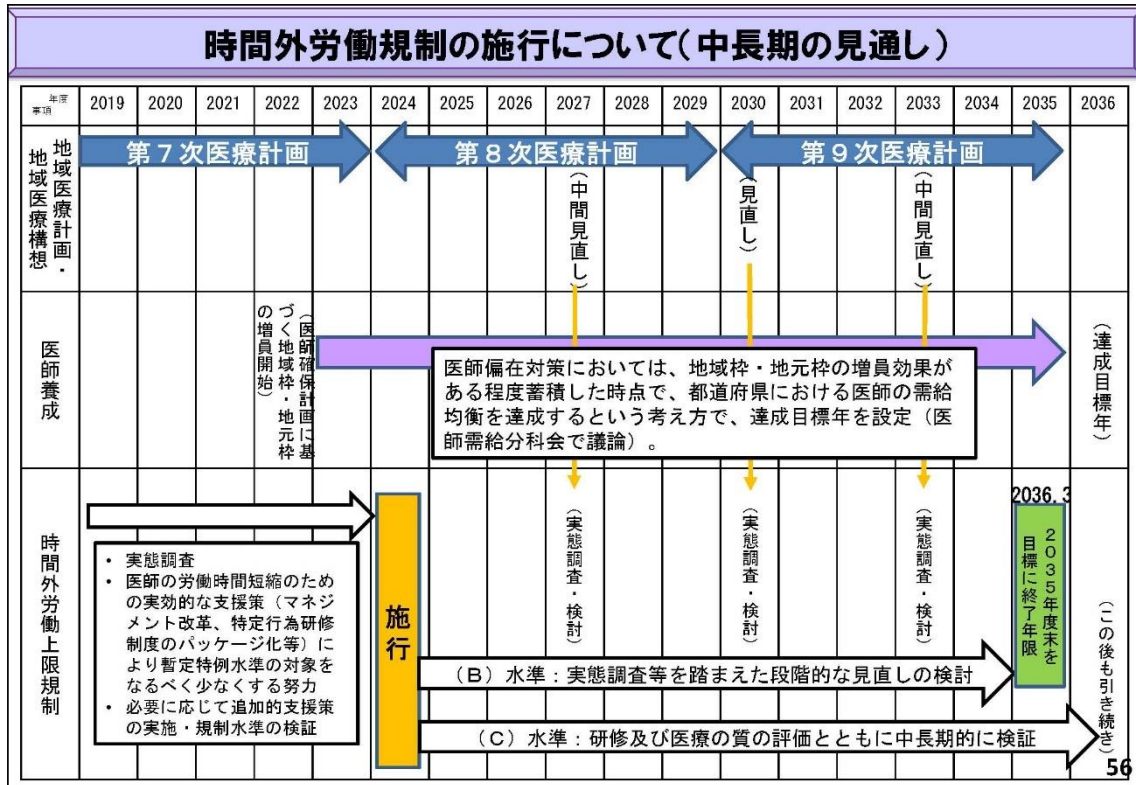
54

それでは、2-3 医師の働き方改革と治療室における宿日直についてでございます。

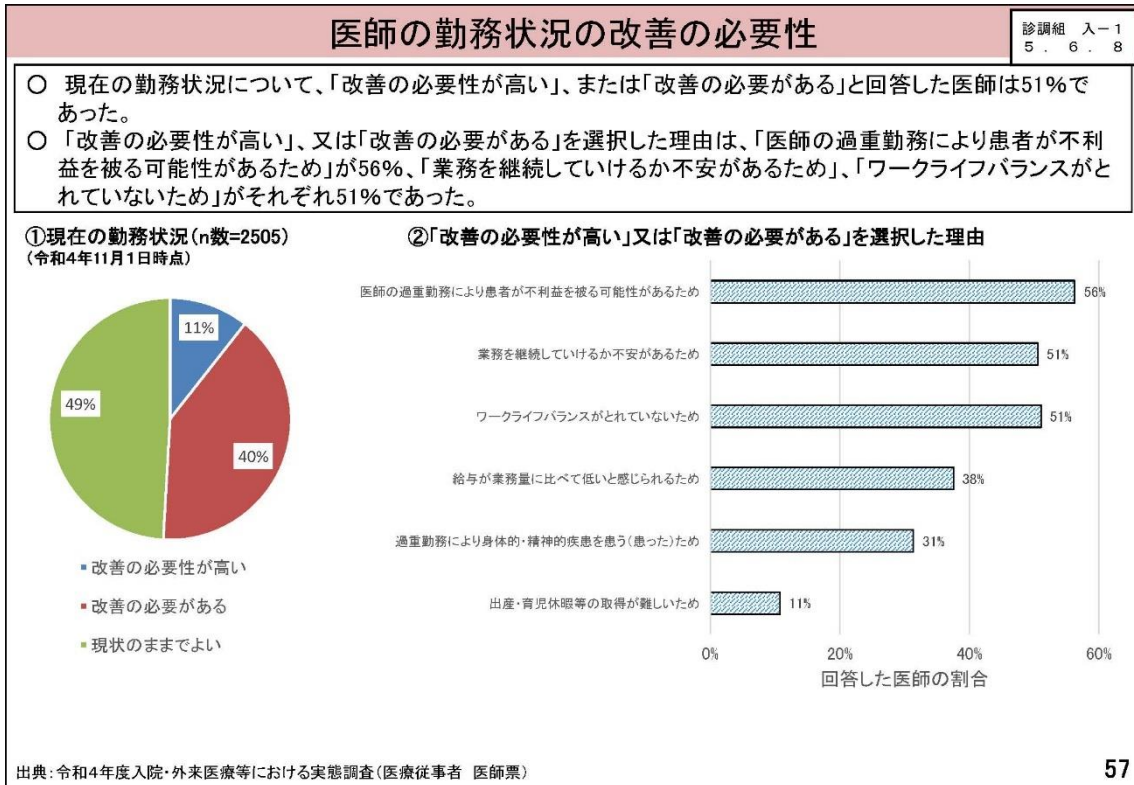


55 ページ目でございます。

こちらは医師の働き方改革の全体像。



56 ページ目が、時間外労働規制の施行の中長期の見通しとなります。



57 ページ目は、医師の勤務状況の改善の必要性でございまして、

何回か出ささせていただいてるスライドでございませうけれども、

現在の勤務状況につきまして、51%の医師が「改善の必要性が高い」または「改善の必要がある」というふうに回答しておりまして、

その理由としては、右側の棒グラフの一番上。

「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」というふうな理由を挙げていらっしゃいます。

救命救急入院料等の主な施設基準①							中医協 総-5 5. 6. 1 4	
	点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	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	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	救命救急 センターを 有している こと
	入院料2 ～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	26 200床	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8・7 II:7・6 割	※「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3 イ・ロ:～3日 10,223点 イ・ロ:～7日 9,250点 イ・ロ:～14日 7,897点 イ・ロ:～60日 8,318点	80 1,639床	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)	4対1	HCU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 イ・ロ:～60日 8,318点	80 891床	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8・7 II:7・6 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	141 1,487床	・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	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8割 II:7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	76 867床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)				
	管理料3 ～7日 9,997点 ～14日 8,118点	349 2,365床	-	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)				
	管理料4 イ・ロ:～7日 9,997点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点	62 565床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)				
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理料1 6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内)	4対1	HCU用	8割	
	管理料2 4,224点	30 309床			5対1			
脳卒中ケア ユニット 入院医療管理料 (SCU)	6,013点	194 1,592床	・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	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務(医療機関内) ・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	3対1	一般病棟 用 (I・II)	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4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

58 ページ目、59 ページ目は、

救命救急入院料等の主な施設基準について、お示しをしております。

救命救急入院料等の主な施設基準②							中医協 総-5 5. 6. 1 4	
	点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	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 8日~ 14,211点	9 100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つては35日)を限度とする。	・ 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)	・ 専任の医師が常時勤務(うち2名以上がPICU勤務経験を5年以上)(治療室内)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること	
新生児特定集中 治療室 管理料 (NICU)	管理料 1 10,539点 管理料 2 8,434点	80 751床 149 885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、出生時体重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	・ 専任の医師が常時勤務(治療室内)	3対1	/	
総合周産期特定集中 治療室 管理料 (MFICU)	管理料 1 7,381点 管理料 2 10,539点	134 857床 134 1,755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られた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。 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、出生時体重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 ・ 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	・ 専任の医師が常時勤務(治療室内)	3対1	総合/地域周産期母子医療センターであること	
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)	5,697点	200 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、出生時体重が1000g未満の児は120日、出生時体重が1000~1500gの児は90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	・ 専任の小児科医師の常勤医師(医療機関内) ※ 週3日以上勤務しており、かつ、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でも可	6対1	/	

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

59

この中でも医師の配置要件など、ご覧いただければというふうに思います。

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働を必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

2. 宿日直手当

宿直勤務1回についての宿直手当又は日直勤務1回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人1日平均額の1/3以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

60

60 ページ目、61 ページ目は、宿日直許可についてでございます。

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
(通常の勤務時間が終了していても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等に限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

○ 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行なった場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

61

61 ページ目にありますとおり、

医師等の宿日直許可基準は一般の許可基準より具体的なものが示されているところでございます。

これまでの中医協総会等における治療室における宿日直に係る主な意見

< 6月14日 中医協総会（働き方改革の推進について（その1）） >

- 働き方改革の中で、現場では宿日直許可の取得が進められているが、宿日直許可を取得できないような医師にも宿日直が許可されるようなことが常態化してしまえば、医師の働き方改革に逆行してしまうのではないかと懸念されている。宿日直許可と治療室の医師の配置について整理すべきではないかと懸念されている。

疑義解釈資料の送付について(その54)(令和5年7月24日 厚生労働省保険局医療課)(抄)

問1 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料1、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という。)治療室内に勤務していること」とあるが、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直許可を取得し、宿日直を行っている専任の医師が、常時治療室内にいないことではないか。

(答) 専任の医師が、常時治療室内の患者に対して自ら適切な診療を行い、昼夜に関わらず同様に勤務する体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可と特定集中治療室管理料等の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

※ 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、新生児特定集中治療室管理料2、新生児治療回復室入院医療管理料についても同様の記載

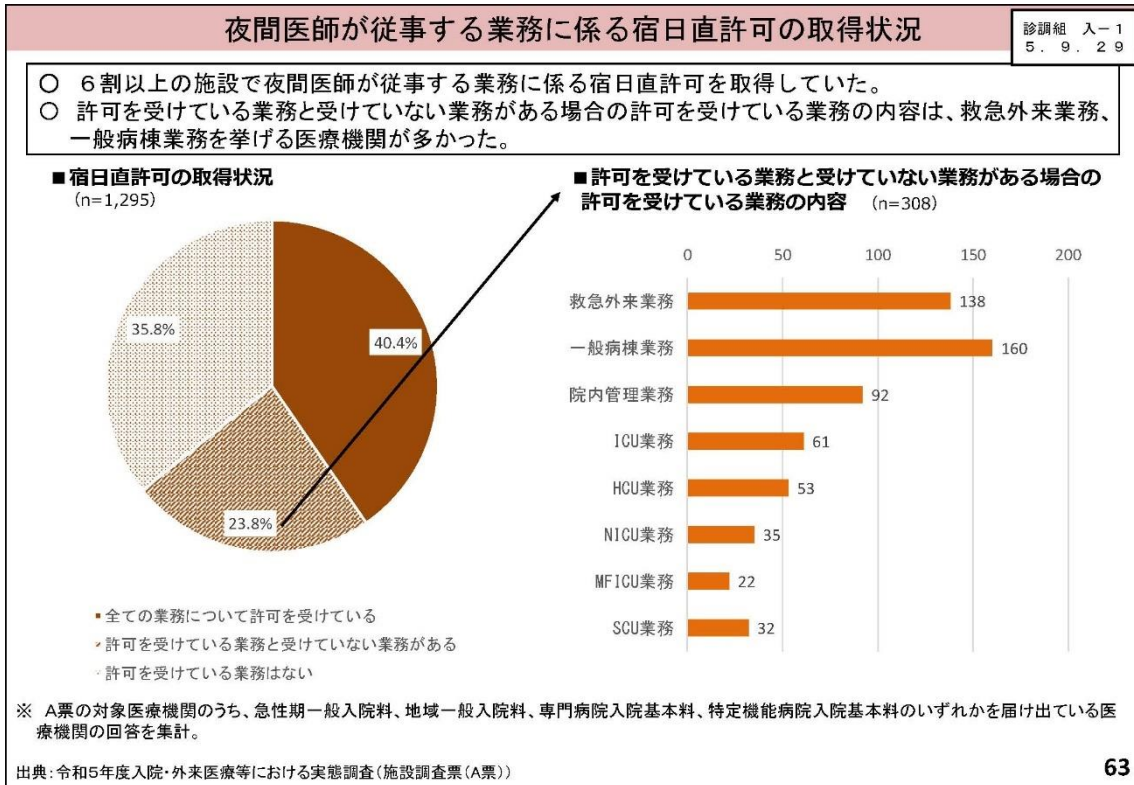
< 入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ） >

- 宿日直について考える場合、多くの集中治療室での業務はチームで行われていることにも配慮すべきではないかと指摘があった。
- M F I C Uにおける宿日直許可取得の割合が高いが、医師の確保が困難であることを考慮しなければならない、との指摘があった。

62

62 ページ目は、これまでの主なご議論についてをお示ししてございまして、

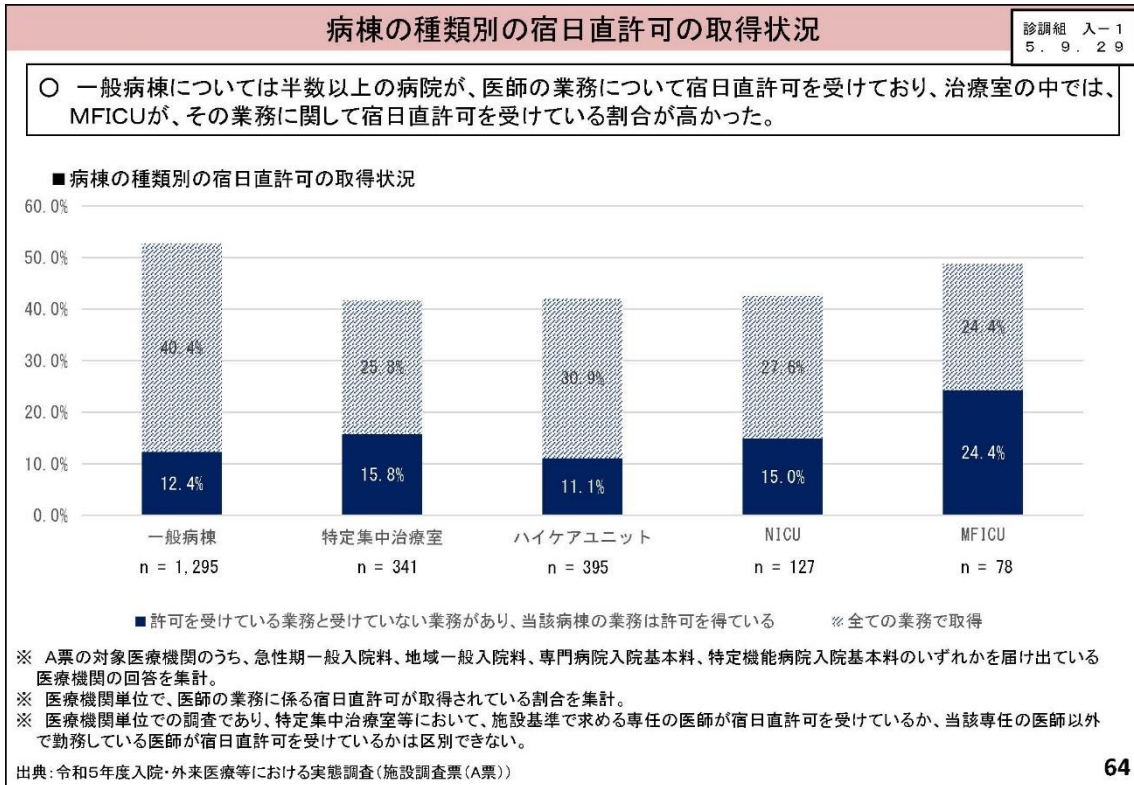
前回中医協のご議論を踏まえまして、こちらは7月24日に疑義解釈を發出してございます。



63 ページでございます。

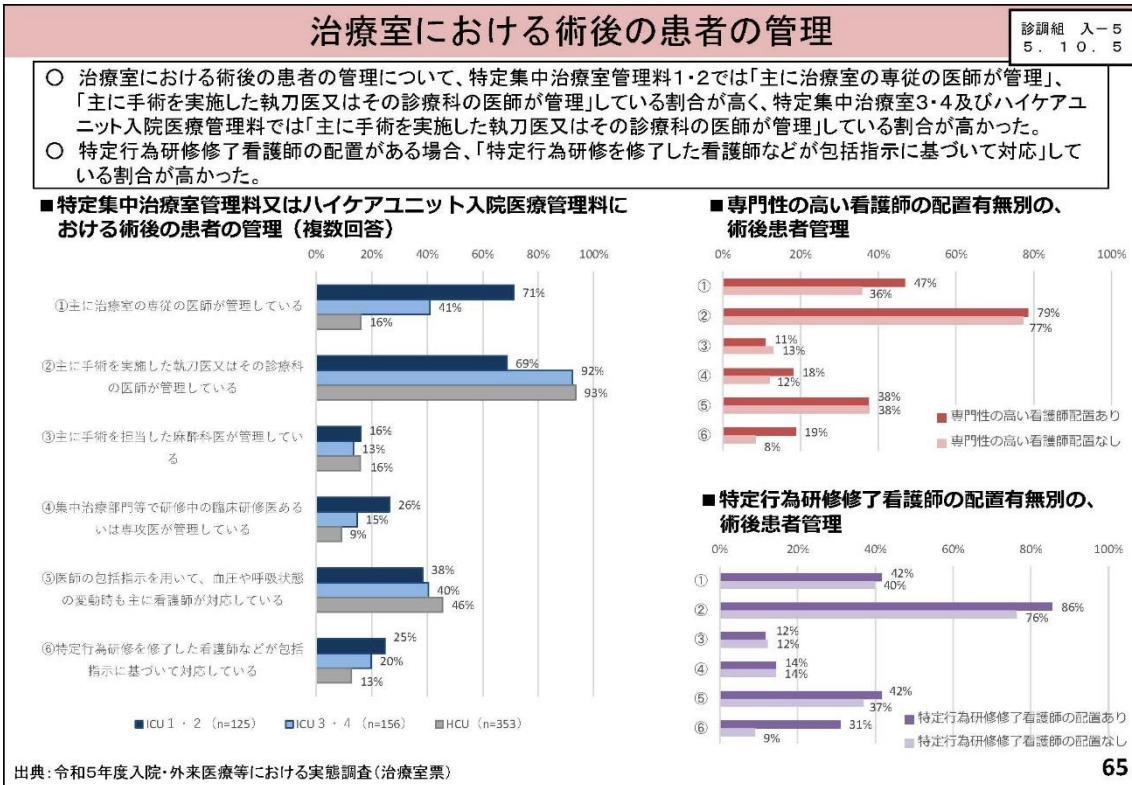
宿日直許可の取得状況でございます、

6割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していたという実態がございます。

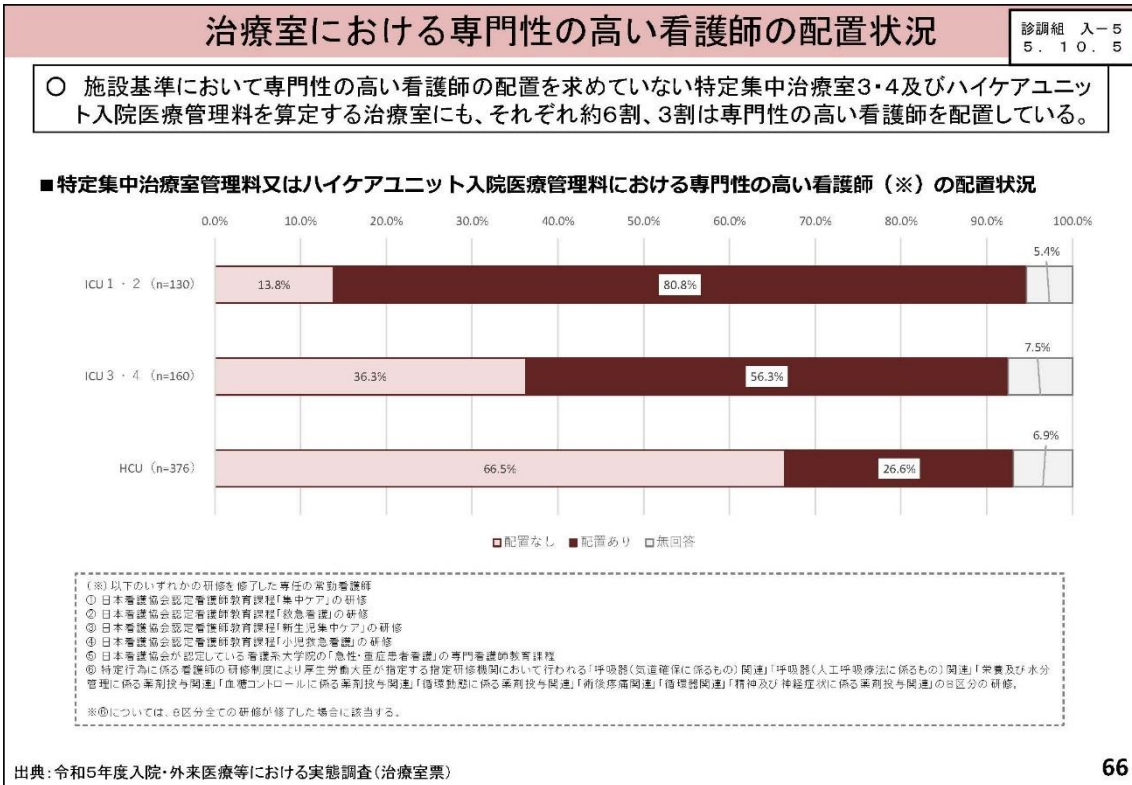


64 ページ目は、病棟の種類別の宿日直許可の取得状況でございまして、

治療室の中ではMFICUがその業務に関して宿日直を受けている割合が高いという結果でございました。



65 ページ目は、治療室における術後の患者さんの管理につきまして、医師・看護師の業務についてのデータ。



66 ページ。

専門性の高い看護師の配置状況でございます。

特定集中治療室3・4の評価料におきましても、約6割は専門性の高い看護師が配置されているところでございます。

集中治療室所属の特定行為研修修了者 好事例				集中治療室			
短時間で多くの修了者を養成し医師からのタスクシフトが急進				急性期			
関西医科大学付属病院（大阪府枚方市）							
病床数	751床	医師数	423名	看護師数	897名	特定行為研修の修了者数	68名（うち、手術部16名、GICU9名の配置）
本事例のポイント					修了者へのタスク・シフト/シェア内容		
病院長のトップダウンと修了者の活動推進チームにより、年間30~40人の修了者の養成と、1つの部門に複数の修了者の配置を実現 医師の当直時の睡眠時間や患者と向き合う時間が増加					<ul style="list-style-type: none"> GICUでは、夜勤帯も修了者を配置。日中・夜間問わず、下記の行為を修了者が実施 特に、人工呼吸器の評価や調整・抜管準備を修了者が夜勤帯に適切に行うことで、翌朝までに患者は抜管可能な状態になっている 術中のバイタルサイン変化に気づき、循環動態に係る薬剤投与等の特定行為の実践により、手術を支援 		
特定行為研修修了者の活動を推進した医師					修了者が行う処置・内容		
(病院長) ✓ 年間40人の修了者の養成と修了者の全病棟への配置を病院の組織方針に位置づけて特定行為研修を推進 ✓ 副院長（当時）として、看護部とともに修了者を配置・活用する仕組みを検討し、その計画を職員に周知するなど、修了生の本格的な養成を開始 ✓ 修了者の活動を推進するチームを設置し、熱意のある看護師長や中堅医師を参画させた					人工呼吸器の設定変更 橈骨動脈ラインの確保 直接穿刺による採血 持続点滴中の薬剤調整（カテコラミン） 気管チューブの位置調整 / 等		
(麻酔科学講座) ✓ 修了者の活動推進チームでリーダーシップを発揮して、主に手術部・GICU（※）における手順書の作成等で特定行為の修了者の活動を推進 ✓ 医師・看護師と意見交換を重ねながら、各科の合意を形成しつつ、各診療科の特徴・業務手順に合わせて、手順書を作り込む。追加研修等、研修修了後に修了者が特定行為を実践できるようフォローアップ ✓ 「当初は特定行為と直接指示の違いも分からなかったが、医師の業務負担が軽減する特定行為の良さにすぐに気づき、医師の業務を助ける原石だと思った」と話す ※GICU:総合集中治療室					修了者がいる効果		
取組を進める上でのポイント					<ul style="list-style-type: none"> GICUでは夜勤帯にも修了者が勤務。動脈ラインの再確保や人工呼吸器の設定変更を修了者が行うため、夜勤帯に医師が看護師に呼ばれる回数が減少した。当直時に夜2時頃、寝ていることが増えたと感じている 修了者が患者の体温や循環動態等の変化、硬膜外麻酔のタイミングに気づき、適切に声掛けがあるので、患者のバイタルが安定し、安全性が向上した 手術の準備、患者の評価を修了者が適切に行い、医師の業務負担が軽減されたため、麻酔科医師は患者に向き合う時間が増えた。また、医師しかできない業務に注力できる 修了者が看護師と意見交換することで看護師の病態や処置の理解力が向上。要点のみの伝達で指示の詳細が理解できるため、医師から看護師への説明時間が短縮した 		
今後の展望							
目標はすべての病棟ですべての勤務時間に少なくとも修了者が1人いる状態。全看護師の20%（200人弱）が修了者になることを目指す。							
厚生労働省HP「看護師の特定行為研修の修了者に関する医師との協働の事例集」 URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33053.html							

67 ページ目。

こちらは医師から特定行為研修修了看護師へのタスクシフトの事例について。

ICUにおける特定行為研修修了看護師による特定行為実践の効果

○ 特定行為研修修了者2名を専従で集中治療室へ配置し、すべての人工呼吸器装着患者に対して特定行為を行うことで、人工呼吸器装着期間の短縮に寄与した事例もある。

A病院の概要

- 集中治療室：29床
 - 新規入院患者を受け入れ：毎月100名程度（うち人工呼吸器装着患者は1割程度）
 - 人工呼吸器平均装着期間は：7日程度（1日から数か月単位に及ぶケースなど様々）
- 集中治療室は主治医ごとに管理されているオープンICU*であるため、マンパワー不足などで迅速な対応が困難となるケースも多々あった。
- *集中治療室が専らICUに所在しないか、または患者数に集中治療室が偏りすぎた集中治療室（ICU）の運営形態のこと

特定行為研修修了者が行う処置・内容

特定行為が業務割合の8割以上の専任業務となる特定行為研修修了者を配置し、ICUに入室した全ての人工呼吸器装着患者に対して手順書に基づき特定行為を実施。

（2018年9月から2019年8月までを対象群、特定看護師配置後の2019年9月から2019年12月までを介入群とした）

特定行為研修修了者を配置した効果

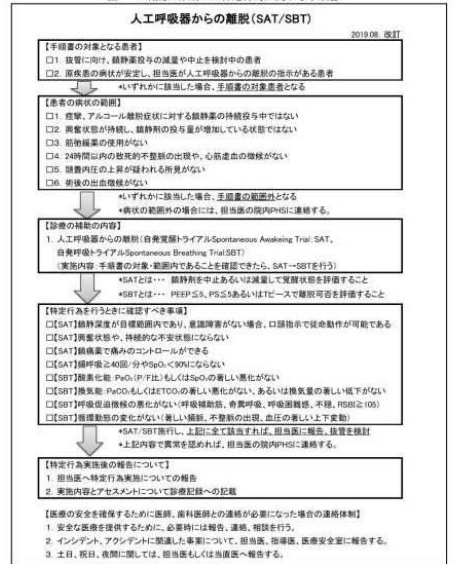
	介入群	対照群	
人数	28名（男性17名、女性11名）	28名（男性19名、女性9名）	
平均年齢	64.39（±19.11）歳	65.95（±10.21）歳	P=0.70
SOFASコア	5.29（±3.15）	5.43±2.57	P=0.85
人工呼吸器装着期間	3.61（±2.09）日	5.93（±4.70）日	P<0.05

- 特定行為を専任業務として行う特定行為研修修了者は、他の受け持ち看護師が迅速に対応できないケースをサポートしながら、更に専門的な知識や技術を提供でき、患者の人工呼吸管理の短縮に寄与した。
- 人工呼吸管理においては医師と看護師だけでなく、理学療法士、臨床工学技士、薬剤師など様々な職種がかかわるため、多職種連携の仲介役も重要な業務を担った。

出典：藤田勇介（2020）：人工呼吸器装着期間の短縮を目指して特定看護師を専任業務とした成果、静岡済生会総合病院医学雑誌 31（1）36-39

A病院で作成した手順書

図1 A病院で作成した特定行為に関する手順書



68 ページ目は ICUにおける特定行為実践の効果についてでございます。

人工呼吸器装着期間の短縮に寄与したという事例が示されているところがございます。

遠隔 I C Uについて

- 集中治療室においては、昼夜を問わずに手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医が夜間も重症患者の治療に対応する必要がある場合があり、長時間労働の一因となっている。
- 遠隔ICUは、特に夜間帯に支援側医療機関における集中治療専門の医師が被支援側の若手医師等に専門的な助言を行うことにより診療の質を保つものとして実施されている。

遠隔ICU体制整備促進事業 令和4年度予算額 201,788千円【運営費:51,788千円 設備整備費:150,000千円】

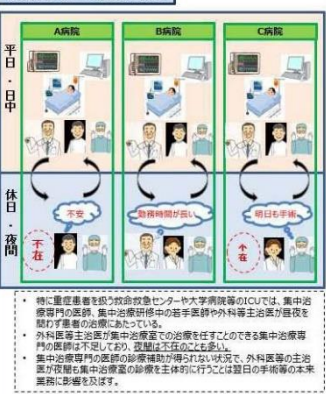
背景

救急・集中治療室において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わずに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

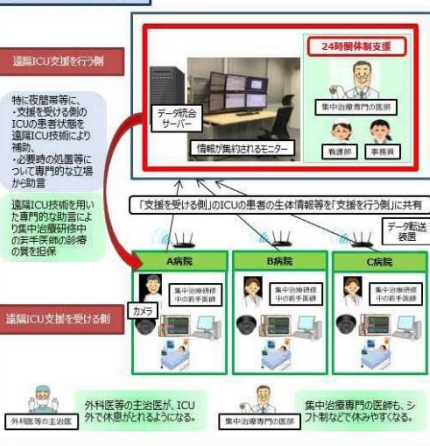
本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔ICU支援を受ける側」に入院する重症の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を実施する事業であり、令和元年度から実施している。

整備前の I C U の診療体制



出典:医政局地域医療計画課提供資料

遠隔ICU体制イメージ



69 ページ目。

こちらは遠隔 I C Uの概要でございます。

特に夜間帯に支援側医療機関における集中治療専門の医師が被支援側の若手医師等に専門的な助言を行うことによりまして、診療の質を保つものとして実施されているところでございます。

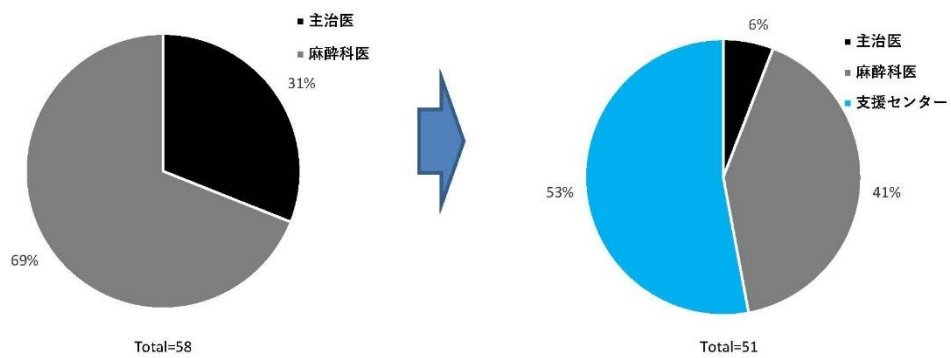
遠隔 I C U による医師の働き方への影響について

○ 遠隔ICUを導入し支援センターから支援されている施設においては、夜間・土日祝日における治療室から担当医師への直接の連絡が53%減少したとの報告がある。

【夜間・土日祝日における緊急コール件数】

(導入前：2019年9月～2020年8月)

(導入後：2022年4月～2023年3月)



出典：横浜市立大学

70

70 ページ目は、

こうした遠隔 I C U の取組により医師の働き方に、いい影響を及ぼしたというデータでございます。

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

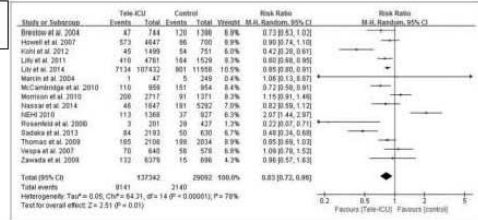


Figure 2. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: ICU mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects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

院内死亡リスク

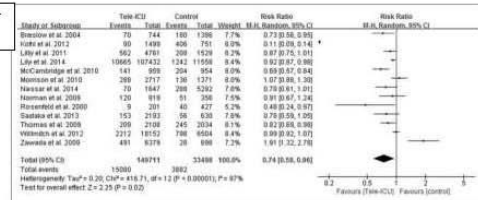


Figure 3. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: hospital mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects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

出典: Journal of Intensive Care Medicine, 2018 Jul; 33(7):383-393

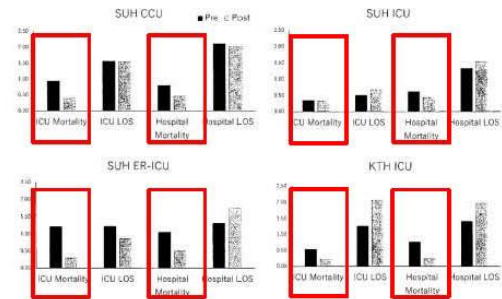


図3 eCareManager™ で得られた入室患者の死亡率比と滞在日数比。比はICU入室時のAPACHE IVスコアで予選される個で実績値を除外求めた。Pre: ICU運用前 (2016年1-3月), Post: ICU運用後 (2019年1-3月), LOS: length of stay (滞在期間), SUH: 昭和大学病院, KTH: 江東豊洲病院。

出典: 医織学 Vol.91, No.1(2021)(25)

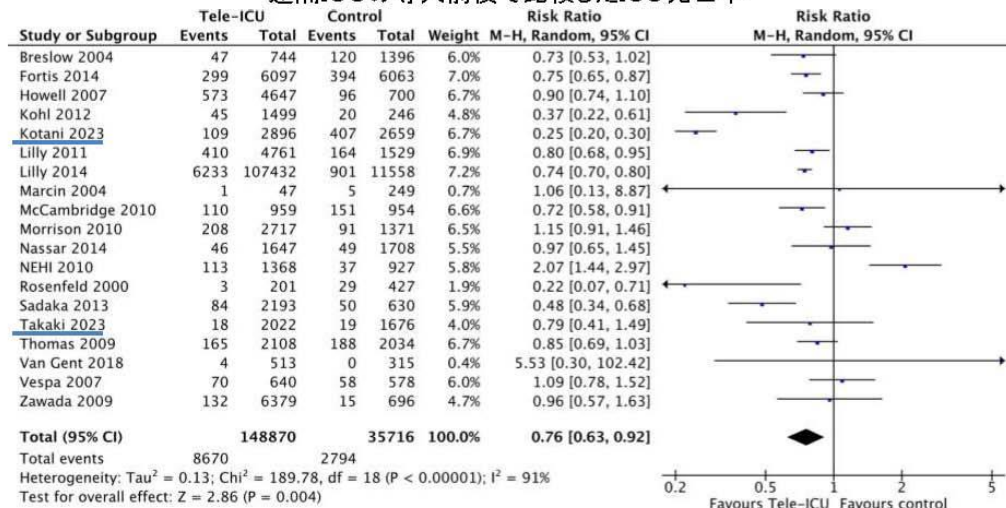
71 ページ目、72 ページ目は、この遠隔 I C U 導入による効果を示してございまして、

国内施設におけるデータを含めて行った解析では、遠隔 I C U を導入した治療室におきましては死亡率が減少したという報告もあったところがございます。

遠隔 ICU による死亡率への影響について

○ 国内施設におけるデータを含めて行った解析では、遠隔ICUを導入した治療室において、死亡率が減少したとの報告がある。

遠隔ICUの導入前後で比較したICU死亡率



出典: ICUとCCU, 47:223, 2023

遠隔 I C U の運用等に関する指針について

○ 日本集中治療医学会において、遠隔ICUの設置と運用に関するガイドラインが策定されており、遠隔ICUによる診療の質を担保する観点から、施設基準やシステムの技術的指針等を定めている。

○施設基準

(支援医療機関施設基準)

- 責任者は、日本集中治療医学会が認定した集中治療専門医(以下 専門医)であること。支援医療施設で診療支援するものは日本集中治療医学会会員であることが望ましい。
- 専門医が常時1名以上、アクセスできる状態であること。集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、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を支援医療施設内に配置すること。
- 集中治療室で看護を行った経験を常勤で通算3年以上有する看護師が常時1名以上勤務し、当該施設が有する支援センター機能が示す情報の収集を行い、必要な場合には医師に報告、指示を受ける体制を確保していること。
- 支援医療施設および被支援医療施設の双方向のコミュニケーションが可能、かつ支援医療施設から能動的な診療支援を行う機能を有すること。
- 被支援医療施設の患者の重症度スコアを自動算出する機能を支援医療施設側のシステム上に有している、もしくは重症度スコアを遅滞なく算出するためのスタッフ等の配置を支援医療施設もしくは被支援医療施設が行っていること。
- 日本集中治療医学会もしくは関連する団体により、上記すべての要件を満たしていることの認定を受けること。

(被支援医療施設基準)

- 被支援医療施設の病床は緊急な処置が必要になった際に気道確保・蘇生行為などが行える医師が院内に勤務している等の適切な急性期医療提供体制を備えていること。

○技術的指針

- 遠隔ICUシステムでは、診療における継続性を確保する観点で24時間365日のシステム稼働を前提とした信頼性を示せる最適なビデオ音声通話の技術を提供する必要がある。その技術の選択にあたっては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針(3)通信環境(情報セキュリティ・利用端末)」及び医療情報システムの安全管理に関するガイドライン最新版への準拠が前提となる。
- 支援側医療施設において、医師が当該施設の外から支援を行う場合には、画像や検査結果を含め診療に必要な情報セキュリティが担保された状態で直ちに送受信できるよう、当該施設内の体制に加えて、スマートフォンやタブレット端末、自宅設置パソコンなどによる体制を整える必要がある。遠隔ICUシステムでは、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、遠隔ICUの運用達成や患者ケアの質を担保するために必要なテレコミュニケーションの適切な帯域、周波数や容量等を設定する必要がある。医療安全の観点から、診療における品質が担保できない環境下での運用を制限する必要がある。医療機器該当性のある機能をソフトウェアに含む場合は、薬事承認または認証を受けているものを使用すること。
- 患者の状態を視覚的に把握し、臨床的判断を行う目的に照らし十分な程度のビデオ解像度を有すること。
- 支援医療施設および被支援医療施設の双方向のコミュニケーションが可能且つ支援医療施設側から能動的な診療支援を行う医療技術要件を検討すること。

出典: 遠隔ICU設置と運用に関する指針 一2023年5月一 (日本集中治療医学会 ad hoc 遠隔ICU委員会)

73

73 ページ目は遠隔 I C U の運用等に関する指針。

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

総合周産期特定集中治療室管理料

➤ リスクの高い妊産婦(産褥婦を含む)や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

	母体・胎児集中治療室管理料 <small>(総合周産期特定集中治療室管理料1)</small>	新生児集中治療室管理料 <small>(総合周産期特定集中治療室管理料2)</small>
評価	7,381点 (1日につき・14日を限度)	10,539点 (1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度)
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体又は胎児に対するリスクの高い妊産婦(産褥婦)	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後などの状態にある新生児
要件	上記の対象に対して、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に算定。	
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> • 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 • 専任の医師が常時治療室内に勤務している(ただし、看護師と連携をとって一時的に離れることは可能)。 • 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 • 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 • 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 • 当該治療室勤務の医師/看護師は、同時間帯は治療室以外での当直勤務/夜勤を併せて行わない。 	<ul style="list-style-type: none"> • 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。 • 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器 • 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。

74

74 ページ目は、

こちらは母体・胎児集中治療室管理料の施設基準でございます。

専任の医師が常時、治療室内に勤務していること。

帝王切開術が必要な場合は 30 分以内に児の娩出が可能であること

等が施設基準の要件とされているところでございます。

74 ページの左下の所でございます。

周産期医療の体制構築に係る指針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について
(令和5年医政地発0331第14号)

周産期医療の体制構築に係る指針 第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(2) 各医療機関と連携

③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(ウ) 職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

b 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(エ) 職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めること。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うこと。

a MFICU

(a) **24時間体制で産科を担当する複数**（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）**の医師が当該医療施設内に勤務していること。**

(b) MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

75

次、75 ページ目は周産期医療の体制構築に係る指針の中で、関連する部分を抜粋しており、

MFICU※¹における診療体制

○ MFICU内常駐医師に限らず、院内にいる医師は概ね10分以内に診察開始可能であった。

医療機関	①当直体制		②当直帯において、MFICU内に診療が必要となった場合に、●人目に産婦人科医が診察開始までにかかる時間の目安(分)			
	MFICU内常駐医師数	院内当直医師数	1人目	2人目	3人目	4人目
A	1人	2人	5	10	20	60
B	1人	1人	5	10	30	30
C	1人	2人	5	10	10	60
D	1人	1人	5	10	30	60
E	1人	1人	5	10	30	30
F	1人	2人	5	10	10	60
G	1人	1人	5	10	20	30
H	1人	1人	5	10	20	60
I	1人	1人	5	10	20	30
J	1人	1人	5	30	30	30
K	1人	2人	5	10	10	60
L	1人	1人	10	10	30	30
M	1人	1人	5	10	30	60
N	1人	1人	5	10	30	30
O	1人	1人	5	30	30	30
P	1人	1人	5	10	30	30
Q	0人	1人	5	20	20	30
R	0人	1人	5	20	30	30
S	0人	1人	5	10	20	30
T	0人	1人	5	30	30	30
U	0人	1人	5	10	30	30

出典:医政局地域医療計画課調べ

MFICU内常駐医師
院内当直医師

※1 母体・胎児集中治療室
(診療報酬上の母体・胎児集中治療室管理料
の施設基準を満たさないものも含む)

76

76 ページ目は、MFICUにおける診療体制で、

こちらの常駐のいかにかわらず、院内にいる医師はおおむね10分以内に診察可能であったということをお示ししているものとございます。

説明**3. 課題と論点****高度急性期入院医療について**

1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
2. 高度急性期入院医療に係る評価について
3. 課題と論点

77

そして、それでは、課題と論点に移らせていただきます。

課題はお示ししたとおりでございまして、論点でございます。

高度急性期入院医療に係る課題と論点

(1) 高度急性期医療を取りまく現状等について

- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

(2) 特定集中治療室管理料の施設基準等について

- ・ 特定集中治療室において、入室している多くの患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たしていた。
- ・ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。
- ・ 特定集中治療室の治療室ごとの重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。
- ・ 入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあり、重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合はばらついていました。
- ・ 重症患者対応体制強化加算を届け出していない治療室であっても、施設基準に含めない適切な研修を修了した看護師を2人以上配置している治療室があり、これらの看護師は他の医療機関等への支援等を一定程度実施していた。
- ・ 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、年間該当患者割合が15%以上の治療室のうち、令和4年度においていずれの月も該当患者割合が15%以上である治療室は1/4程度である。

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について

- ・ 入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者で該当していた。
- ・ ICUを併設するHCUのうち入室後の重症化率が高い群と低い群の比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く差が見られなかったが、重症化率の高い群では「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低い群では「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。
- ・ 人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等、常時監視の必要性が高い治療を行っている割合の高いHCUと低いHCUの比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、これらの項目と「呼吸ケア」は2群間で差が見られなかった。
- ・ ICU併設の有無や病床規模、入室経路によらず、A得点3点以上の患者は、ほぼ全てB得点4点以上となっていた。
- ・ 業務負担軽減の観点から、一般病棟用及び特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度においてレセプト電算処理システムコードを用いた評価が導入されているが、ハイケアユニット用においては導入がなされていない。

78

高度急性期入院医療に係る課題と論点

(4) 医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について

- ・ 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、特定労務管理対象機関(B、連携B、C水準)においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
- ・ 令和3年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024年4月1日に向け段階的に施行されている。
- ・ 2024年4月以降も、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる。
- ・ 医師の働き方改革が進められる中で、医師等の宿日直勤務については、一般的な許可基準に関して、改めて判断基準の解釈が示されている。
- ・ 救命救急入院料等の治療室においては、医師の常時勤務が施設基準で要件とされている。施設基準においては、治療室内の勤務を定めるものと、医療機関内の勤務を定めるものがある。
- ・ 医療機関単位での宿日直許可の取得について、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。
- ・ 治療室における術後の患者管理について、特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。
- ・ 特定行為研修修了看護師を配置したICUでは、夜勤帯に医師が看護師に呼ばれる回数が減少した、患者の循環動態等の変化等に気づき適切に声掛けがあるため患者のバイタルが安定し安全性が向上した、人工呼吸器装着期間が短縮したといった事例もある。
- ・ 特に夜間における医師の働き方改革等の観点から遠隔ICUによる特定集中治療室管理の取組がなされており、実際に導入した医療機関においては、被支援側のICUの担当医がコールを受ける頻度が減少したとの報告がある。
- ・ MFICUにおいては、治療室内常駐医師に限らず、院内にいる医師は概ね10分以内に診察開始可能であった。

79

高度急性期入院医療についての論点

【論点】

(特定集中治療室管理料の施設基準等について)

- 特定集中治療室管理料の患者指標において、重症度、医療・看護必要度に加え、入室日のSOFAスコアを活用していくことについてどのように考えるか。
- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、病床数が少ない等の治療室の特徴も踏まえ、評価手法を見直すことについてどのように考えるか。

(ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について)

- ハイケアユニットの届出施設数の増加率が高い現状等を踏まえ、一般病棟ではなく治療室における入院管理が必要な患者をより評価する観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の各項目に関する以下の点についてどのように考えるか。
 - ・ 入室時の状態及び手術の実施有無によらずほぼ全ての患者が該当していることを踏まえた「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目の取扱い
 - ・ 患者の重症化率の高いHCUにおいて「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低いHCUにおいて「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かったことを踏まえた評価の在り方
 - ・ A項目の要件を満たしている場合はほぼ全ての患者がB項目の要件も満たしていることを踏まえたB項目の取扱い
- 業務負担の軽減等の観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度におけるレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

(医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について)

- 治療室の施設基準と、宿日直許可の関係について、医療機関内での勤務を求める施設基準においては、2024年4月に医師の時間外・休日労働時間の上限規制が施行されることを踏まえ、宿日直許可を受けて宿日直を行っている医師により施設基準を満たすことを想定することについて、どのように考えるか。
- 特定集中治療室においては、現状においても、入室日のSOFAスコアでは患者の重症度が多様であることも踏まえ、宿日直による勤務の医師が治療室にいる新たな区分を設けることについて、どのように考えるか。
 - ・ 新たな区分では、夜間に治療室内の医師が宿日直であることを踏まえ、手順書に基づく看護師の特定行為の実施が有用である場面が増加することが想定されることから、特定行為研修修了看護師等の専門性の高い看護師の活用についてどのように考えるか。
 - ・ 新たな区分において、遠隔ICUの導入により、被支援側の医師の業務負担が減少するとともに宿日直を行った場合でも診療の質が一定程度保たれると考えられることを踏まえ、遠隔ICUを用いた診療に対する評価についてどのように考えるか。
- MFICUについては、宿日直におけるMFICU内での現状の診療実態や、緊急帝王切開に迅速に対応する必要があることを踏まえ、宿日直許可との関係を含めた、母体・胎児集中治療室管理料(MFICU管理料)における施設基準の在り方をどのように考えるか。

80

括弧が3つございまして、「特定集中治療室管理料の施設基準等について」ということで。

1つ目の丸はSOFAスコアを活用していくことについて、どのように考えるか。

そして、2つ目の丸でありますけれども、ここは「特殊な治療法等」の該当患者割合につきまして、出入りによりまして大きな影響あることについてどのように考えるかということでございます。

2つ目。「ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について」ということでもございまして、これは重症度、医療・看護必要度の各項目に関する点について、どのように考えるか。

そして、2つ目の丸は、これはレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入について、どう考えるか。

3つ目は、医師の働き方改革と治療室における宿日直許可についてでございます。

こちらは宿日直許可を受けて宿日直を行っている医師により施設基準を満たすことを想定することについて、どのように考えるか。

そして、2つ目の丸におきましては、入室日のS O F Aスコアでは、患者の重症度は多様であることも踏まえ、宿日直による勤務の医師が治療している新たな区分を設けることについて、どのように考えるか。

そして、新たな区分においての想定されることを下のポツで示してございます。

最後の丸。M F I C Uでございます。

こちらは宿日直におけるM F I C U内での現状の診療実態、緊急帝王切開に迅速に対応する必要があることを踏まえまして、宿日直許可との関係を含めたこのM F I C U管理料における施設基準のあり方をどのように考えるか。というふうにまとめさせていただいてございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。