

中 医 協 総 一 3  
2 5 . 1 1 . 1 3

# 入院医療について(その3)

平成25年11月13日

# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1)特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2)新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について
  - 3)新生児特定集中治療室管理料等の要件について
  - 4)小児特定集中治療室管理料(PICU)について
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1)総合入院体制加算について

# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

## (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

### 基本的な考え方

#### <高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
  - ・平均在院日数の短縮
  - ・長期入院患者の評価の適正化
  - ・重症度・看護必要度の見直し
  - ・入院早期からのリハビリの推進 等

#### <回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
  - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

#### <長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

#### <その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

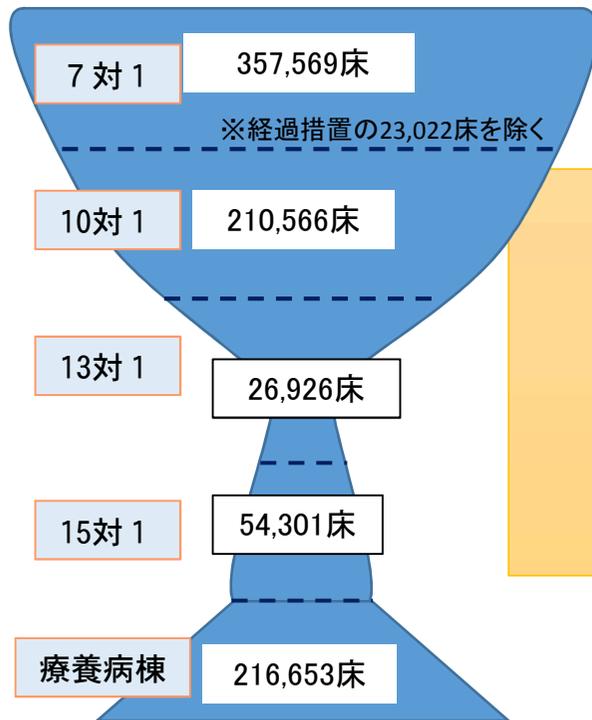
#### <在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
  - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

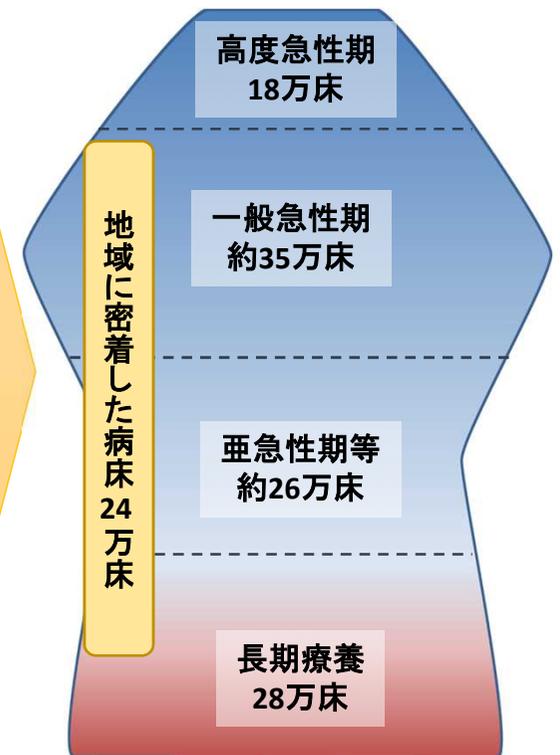
#### <外来医療>

- 身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院等を紹介する等の体制の整備
  - ・かかりつけ医機能の評価 等

### <現在の姿>



### <2025年(平成37年)の姿>



在宅医療

外来医療

# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

## 1. 基本認識

### (1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

- 急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実。
- 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべき。

### (2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

- 性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要。

病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべき。

- 入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護まで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。これらの機能がネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応じていく「地域完結型」の医療提供について、促進するような評価が必要。また、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべき。
- 私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせ対応することが適当。
- 効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討。

## 2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

### (1) 入院医療について

#### ① 高度急性期・一般急性期について

- 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
  - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
  - ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
  - ・ 退院・転院に係る連携の強化
  - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

#### ② 長期療養について

- 長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
  - ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

#### ③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

- 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいと、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

#### ④ 地域特性について

- 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要。

#### ⑤ 有床診療所における入院医療について

- 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要。

## (2) 外来医療について

- 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要。
- 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
  - ・ 大病院の専門外来の評価
  - ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

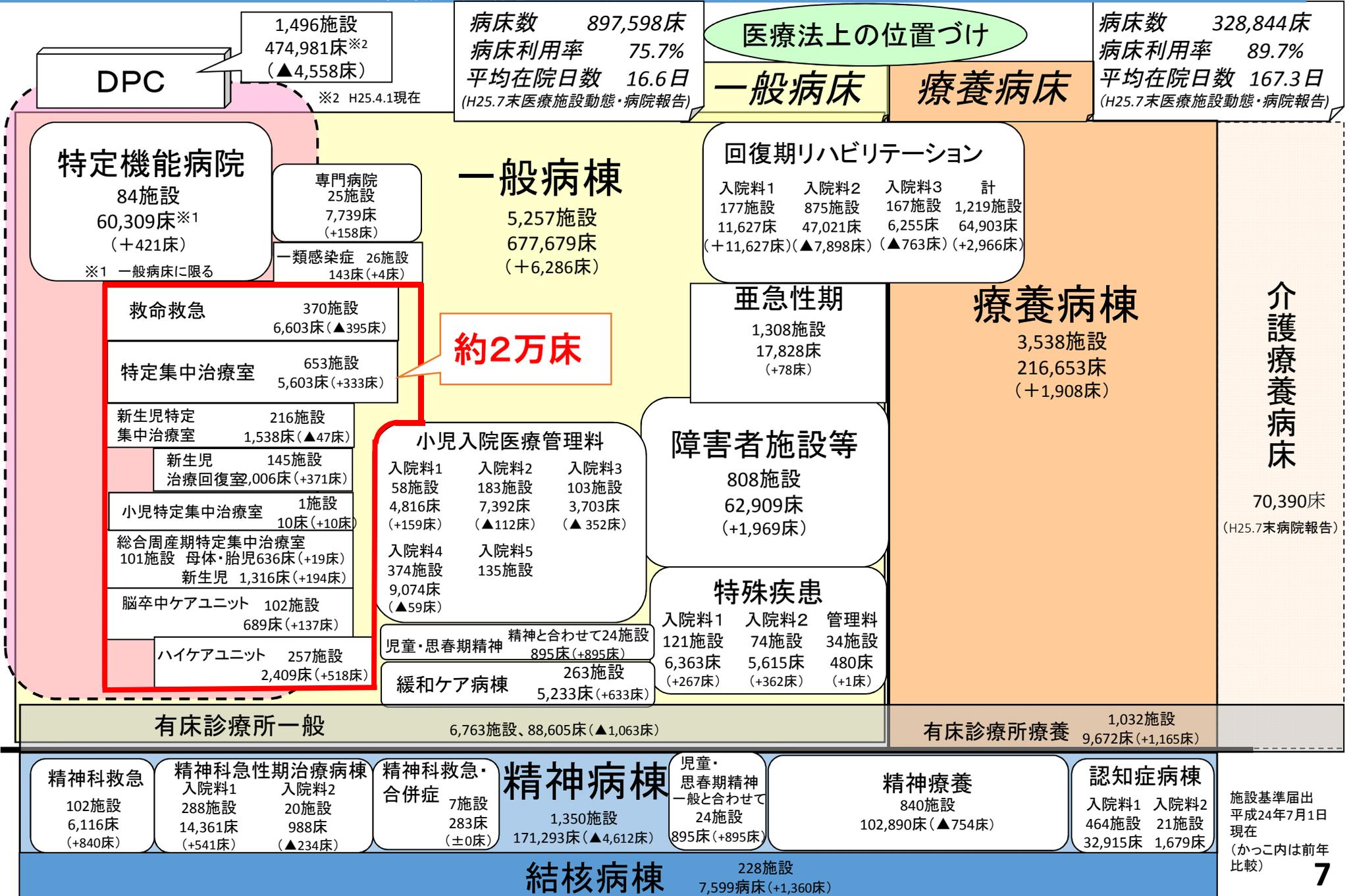
## (3) 在宅医療について

- 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要。
- 在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
  - ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
  - ・ 24時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
  - ・ 在宅歯科医療の推進
  - ・ 在宅薬剤管理指導の推進
  - ・ 訪問診療の適正化 等

## (4) 医療機関相互の連携や医療・介護によるネットワークについて

- 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要。

病院の機能に応じた分類(イメージ)  
 <高度急性期を担うと考えられる特定入院料について>



施設基準届出  
 平成24年7月1日  
 現在  
 (かっこ内は前年比較)

# 診療報酬上の急性期医療の機能の評価について (出来高部分)

## 急性期医療に係る現行の主な評価

### ①高度急性期を担う病床・病棟の評価 (特定入院料)

#### 特定入院料

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

約2万床

### ②病院全体として、総合的に急性期を 担う医療機関の評価

#### 入院基本料等加算

総合入院体制加算  
(急性期病院の総合的评价)

- ※ 届出施設数 248
- ※ 特定機能病院と専門病院を除く

約12万5千床

### ③その他 診療内容に応じた評価

#### 入院基本料等加算

救急医療管理加算 (重症者の緊急入院)  
超急性期脳卒中加算 (脳梗塞患者に対するrt-PA)  
等

#### 手術料・麻酔料

検査料

処置料

放射線治療

- 急性期医療に係る評価として、①特定入院料などの病床・病棟の評価と、②総合入院体制加算などの病院全体の評価等がある。
- 社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床としている。

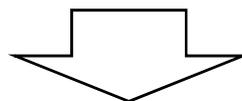
# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1) 特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2) 新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について
  - 3) 新生児特定集中治療室管理料等の要件について
  - 4) 小児特定集中治療室管理料(PICU)について
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1) 総合入院体制加算について

# 特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性

## 【課題】

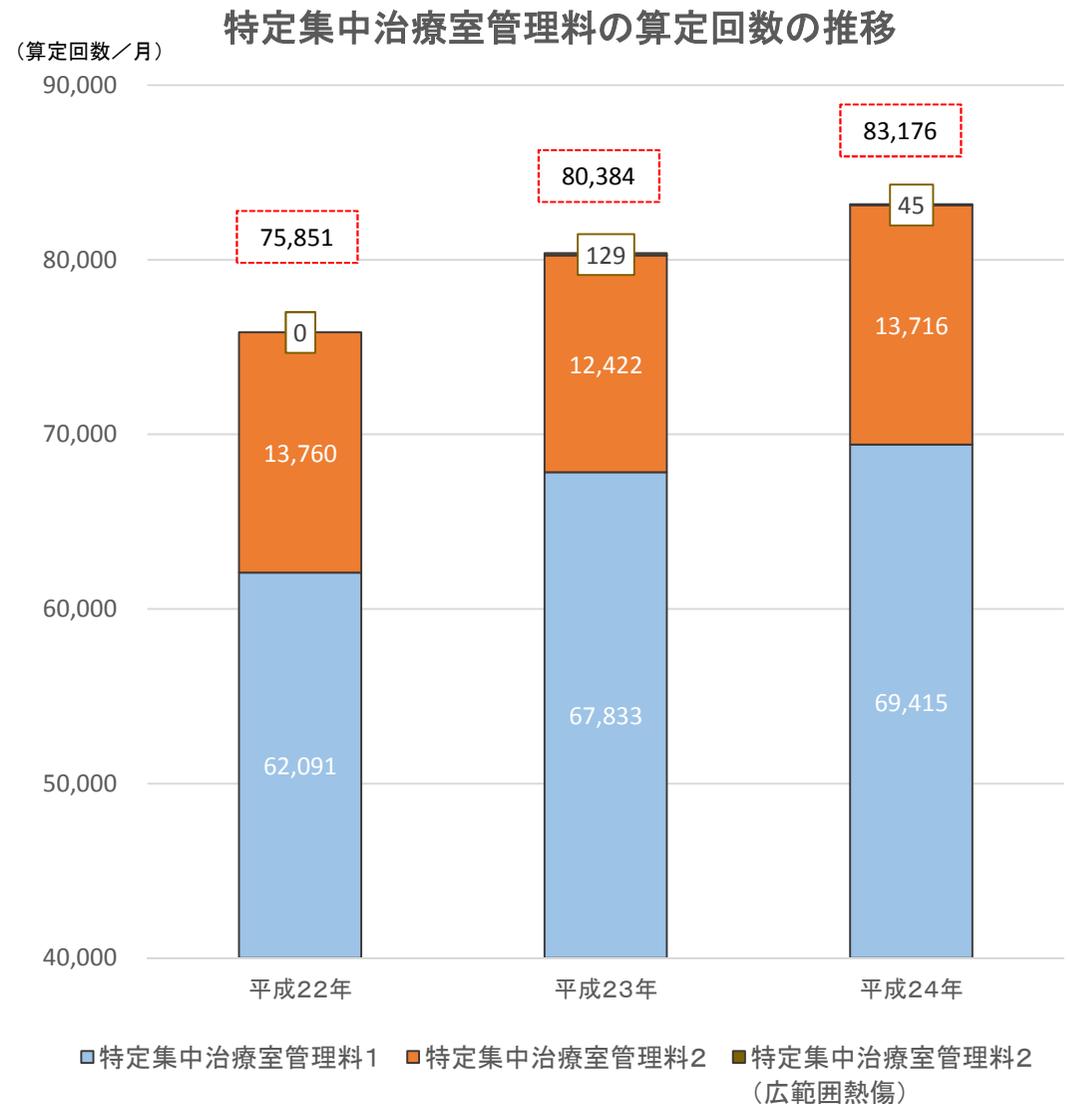
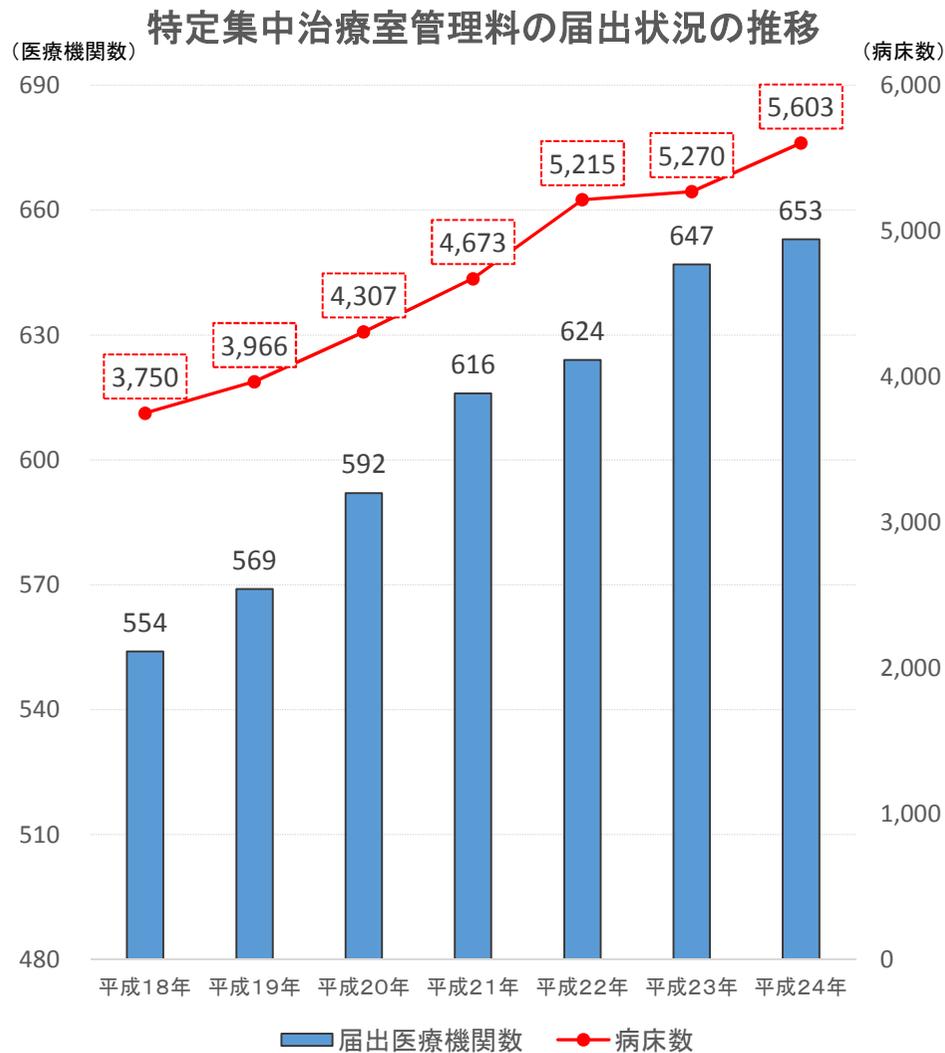
- 特定集中治療室は急性期重症患者の集中治療を行うことを目的としている。
- 特定集中治療に精通した医師が治療方針に関与する等、医療資源の投入量がより高い診療体制にある特定集中治療室において、一般的な特定集中治療室で管理する場合よりも生命予後の改善及び在院日数の短縮がみられるとの報告もある。
- 特定集中治療室の病床面積について、日本集中治療医学会では1床あたり20m<sup>2</sup>以上を推奨しており、また、急性血液浄化療法の導入とトラブルは昼夜発生し、緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から、臨床工学技士の24時間勤務体制をとる事が望ましいと考えられる。



## 【論点】

○特定集中治療室管理料(ICU)について、特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保及び臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うことについて、どのように考えるか。

# 特定集中治療室管理料(ICU)の届出状況等について



出典:「主な施設基準の届出状況等」  
「社会医療診療行為別調査」

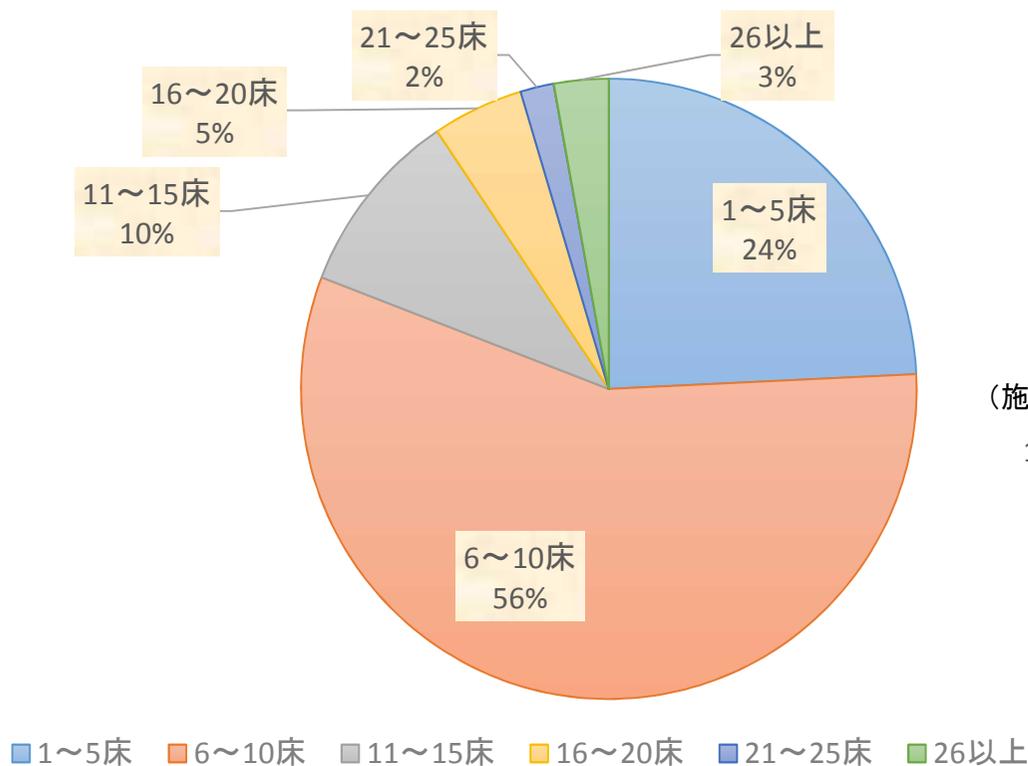
# 特定集中治療室管理料等の概要

	特定集中治療室管理料1 (ICU)	特定集中治療室管理料2 (ICU)	
		イ 特定集中治療室管理料	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
点数	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日)	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日)	9,211点(～7日) 7,901点(8日～60日)
対象患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>①意識障害又は昏睡</li> <li>②急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪</li> <li>③急性心不全(心筋梗塞を含む)</li> <li>④急性薬物中毒</li> <li>⑤ショック</li> <li>⑥重篤な代謝障害 (肝不全, 腎不全, 重症糖尿病等)</li> <li>⑦広範囲熱傷</li> <li>⑧大手術後</li> <li>⑨救急蘇生後</li> <li>⑩その他外傷, 破傷風等で重篤な状態</li> </ul>	同左	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者 (熱傷には電撃傷, 薬傷及び凍傷を含む)</li> </ul>
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>①専任の医師が常時, 特定集中治療室内に勤務</li> <li>②常時看護配置2対1以上</li> <li>③管理に必要な装置及び器具を常備</li> <li>④特定集中治療室: <b>1床当たり15m<sup>2</sup>以上</b> (新生児用: 1床当たり9m<sup>2</sup>以上)</li> <li>⑤重症者等が概ね9割以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①特定集中治療室管理料1の施設基準を満たす</li> <li>②広範囲熱傷特定集中治療を行うための十分な体制整備 (治療室: 1床当たり15m<sup>2</sup>以上) (広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師の配置)</li> </ul>	

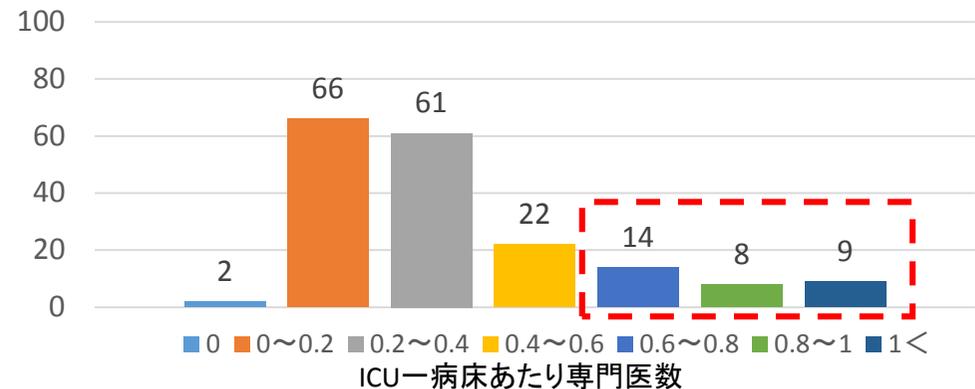
ICUについて、現状では、専任の医師は1名の勤務でよく、また、看護職以外の医療従事者の配置は要件となっていない。

# 特定集中治療室管理料(ICU)を算定している治療室について

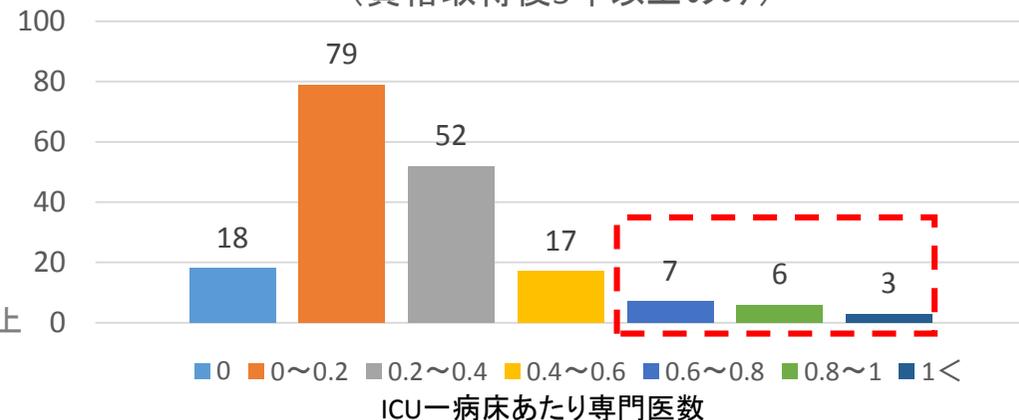
医療機関ごとのICU病床数 n=627施設



ICU一病床あたり集中治療専門医数の分布(注) n=182  
(施設数)  
(全ての資格取得者)



ICU一病床あたり集中治療専門医数の分布(注) n=182  
(施設数)  
(資格取得後5年以上のみ)



(注) 日本集中治療医学会認定施設のみを対象としている

ICUの届出を行っている施設の中でも、病床数及び病床あたりの専門医数には差がみられる。

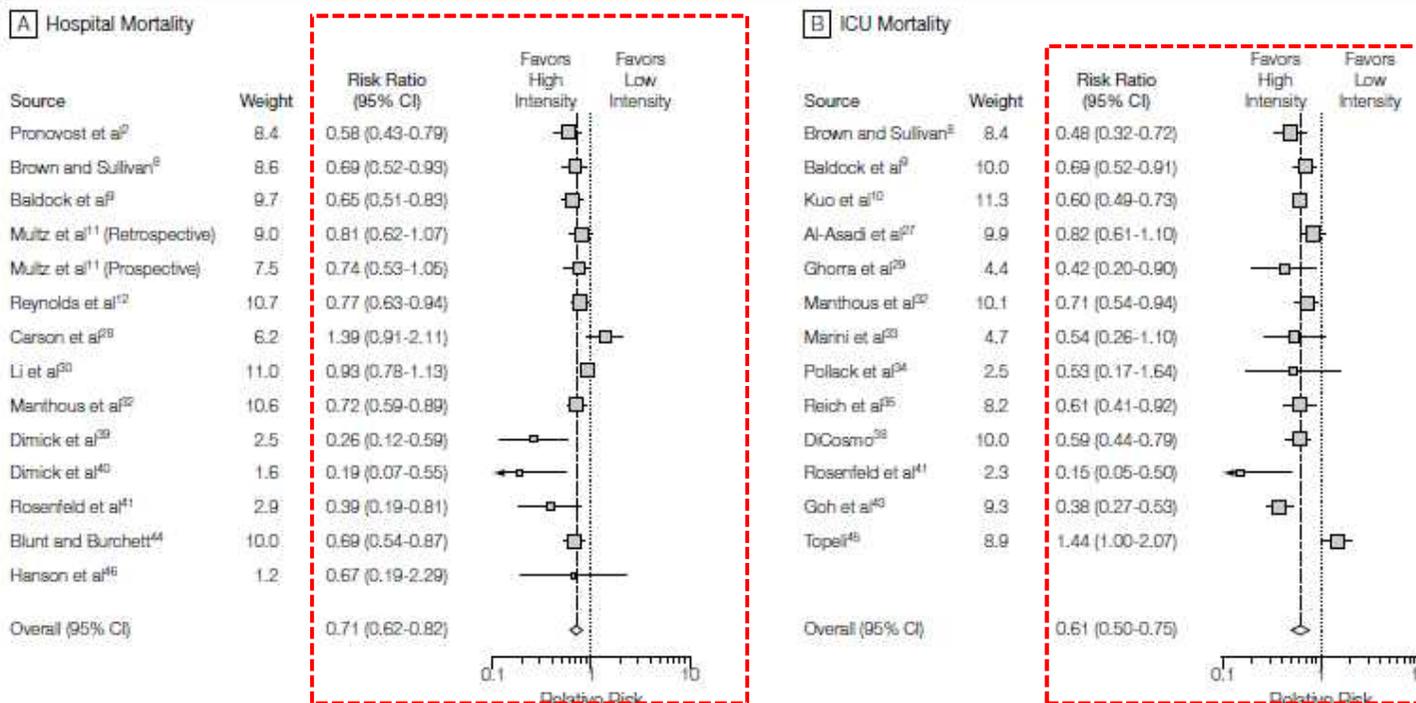
# 重症患者の生命予後の改善及び平均在院日数の短縮①

## ICUにおける集中治療医と患者のアウトカムに係るシステマティックレビュー

<Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients ; JAMA. 2002>

死亡率の比較 (High intensity ICUとLow intensity ICUの比較)

**Figure 3. Unadjusted Hospital and ICU Mortality With Low- and High-Intensity ICU Physician Staffing**



Data from studies demonstrate the relative risk (RR) with 95% confidence intervals (CI) of hospital and intensive care unit (ICU) mortality with high intensity vs low intensity ICU physician staffing. The RRs less than 1 suggest reduced mortality with high intensity staffing while RRs greater than 1 suggest increased mortality with high intensity staffing. The size of the data markers corresponds to the weight of the studies. Larger markers imply less uncertainty from the results of the individual study, and carry more weight in calculating the random effects pooled estimate from the systematic review.

High intensity ICU : 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  
 Low intensity ICU : 主治医が依頼した時のみ集中治療医がコンサルタントを行う、又は集中治療医がいない場合

High intensityの方が院内及びICU内死亡率が有意に低い

# 重症患者の生命予後の改善及び平均在院日数の短縮②

在院日数の比較 (High intensity ICUとLow intensity ICUの比較)

**Table 4. Hospital and ICU Length of Stay with Low- and High-Intensity ICU Physician Staffing\***

Source	Length of Stay (LOS)		P Value		Relative Reduction in LOS, %
	Low-Intensity ICU Staff	High-Intensity ICU Staff	Unadjusted	Adjusted†	
<b>Hospital LOS</b>					
Pronovost et al., <sup>2</sup> 1999	12.5 (11.5)	10.8 (10.5)	<.05	<.05	14
Multz et al., <sup>11</sup> 1998 (retrospective)	31.2 (31.2)‡	22.2 (22.2)‡	<.02	NR	29
Multz et al., <sup>11</sup> 1998 (prospective)	33.2 (33.2)§	19.2 (19.2)‡	<.01	NR	42
Reynolds et al., <sup>12</sup> 1988	21 (22)	24 (23)	NS	NR	-14§
Carson et al., <sup>28</sup> 1996	16.7 (19.4)	15.9 (4.2)	.75	NR	5
Manthous et al., <sup>22</sup> 1997	22.6 (22.6)‡	17.7 (17.7)‡	<.05	NR	22
Tai et al., <sup>36</sup> 1998	11 (11)‡	10 (10)‡	NS	NR	9
Dimick et al., <sup>39</sup> 2001	15 (11-25)	9 (8-11)	<.05	<.05	40
Dimick et al., <sup>40</sup> 2001	8 (6-11)	7 (6-10)	NS	NS	13
Rosenfeld et al., <sup>41</sup> 2000	9.2 (9.2)‡ O/E 0.63	9.3 (9.3)‡ O/E 0.6	NS	NS	-1§
Diringer and Edwards, <sup>42</sup> 2001	11.4 (5.8)	15.5 (24.0)	<.05	NR	-36§
Blunt and Burchett, <sup>44</sup> 2000	14 (8-24)	13 (8-24)	NS	NR	7
Hanson et al., <sup>46</sup> 1999	23.6 (23.6)‡	20.3 (20.3)‡	<.05	NR	14
<b>ICU LOS</b>					
Pronovost et al., <sup>2</sup> 1999	6 (7)	3.8 (4)	<.05	<.05	37
Kuo et al., <sup>10</sup> 2000	11.8 (13.1)	10.1 (11.0)	<.001	NR	14
Multz et al., <sup>11</sup> 1998 (retrospective)	9.3 (9.3)‡	6.1 (6.1)‡	<.05	NR	34
Multz et al., <sup>11</sup> 1998 (prospective)	12.6 (12.6)‡	6.2 (6.2)‡	<.01	NR	51
Reynolds et al., <sup>12</sup> 1988	8 (10)	10 (11)	NS	NR	-25§
Carson et al., <sup>28</sup> 1996	4.4 (7.1)	4.9 (6.3)	.57	NR	-11§
Ghorra et al., <sup>29</sup> 1999	5.8 (5.8)	5.5 (5.1)	.73	NR	5
Li et al., <sup>30</sup> 1984	4 (3.9)	3.9 (4.9)	.05	NR	3
Manthous et al., <sup>22</sup> 1997	5 (5)‡	3.9 (3.9)‡	<.05	NR	22
Marini et al., <sup>33</sup> 1995	9 (9)	4 (4)	<.05	NR	56
Pollack et al., <sup>34</sup> 1988	2 (2)	2 (2)	NS	NR	0
Tai et al., <sup>36</sup> 1998	3 (3)‡	2 (2)‡	.01	NR	33
DiCosmo, <sup>38</sup> 1999	4.1 (4.1)‡	3.6 (3.6)‡	NR	NR	12
Rosenfeld et al., <sup>41</sup> 2000	2.7 (2.7)‡ O/E 0.96	2 (2)‡ O/E 0.86	<.01	<.01	26
Diringer and Edwards, <sup>42</sup> 2001	4.5 (6.2)	7.8 (12.5)	<.05	NR	-73§
Goh et al., <sup>43</sup> 2001	6.8 (10.3)	4.0 (5.6)	<.001	NR	41
Blunt and Burchett, <sup>44</sup> 2000	2.0 (95% CI, 0.8-4.2)	1.9 (95% CI, 0.8-3.5)	NS	NR	5
Hanson et al., <sup>46</sup> 1999	2.8 (2.8)‡	2 (2)‡	<.05	NR	29

\*Results are presented as means (SDs) except where noted. ICU indicates intensive care unit; NR, not reported; NS, not significant; and O/E, observed-to-expected mortality ratio based on risk adjustment using the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Score II. Low ICU physician staffing is either no intensivist available or elective consultation; high ICU physician staffing is either mandatory consultation or closed ICU.  
 †Results were adjusted for baseline severity of illness. Unadjusted and adjusted P values shown as reported by the authors.  
 ‡The SD was not provided in the original study and was assumed to be equal to the mean LOS.  
 §Relative risk increase.  
 ||Medians reported instead of means. Range is shown in parentheses.  
 ¶Studies have more than one observation period after intervention. Information from the observation period closest to the intervention is included. Data shown are for survivors only.

High intensityの方が院内及びICU内在院日数が有意に低い

High intensity ICU : 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  
 Low intensity ICU : 主治医が依頼した時のみ集中治療医がコンサルタントを行う、又は集中治療医がいない場合

Conclusions: High-intensity vs low-intensity ICU physician staffing is associated with reduced hospital and ICU mortality and hospital and ICU LOS (length of stay)

High intensityのICUの方が、Low intensityのICUよりも死亡率や在院日数が低くなるという報告がみられた

# 特定集中治療室の面積要件について

## 現状

特定集中治療室管理料(ICU)の面積要件: 1床当たり**15m<sup>2</sup>以上**

## 日本集中治療医学会の特定集中治療室の指針

- 集中治療部の病床数は4床以上とすること。
- 集中治療部病室面積は1床あたり**20m<sup>2</sup>以上**を推奨する

※病室面積とは、患者の病床として専用するベッド周り面積を指す。

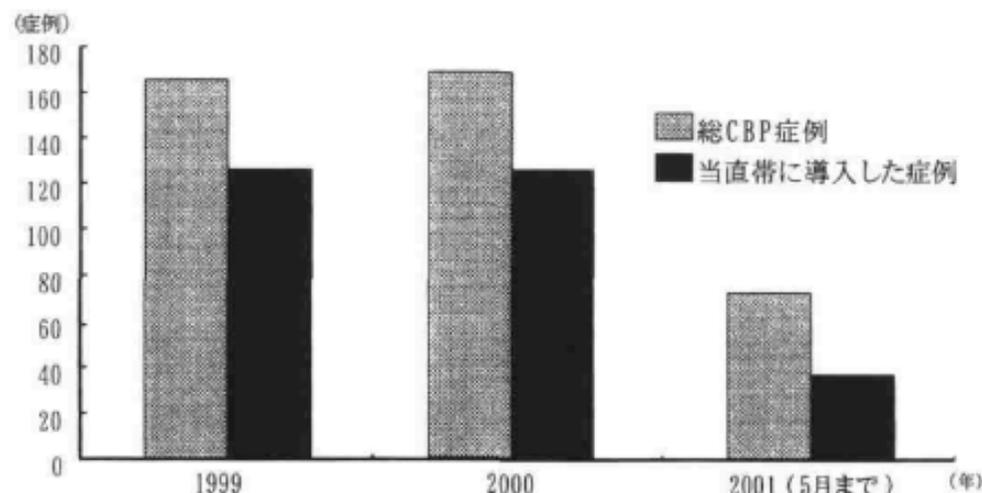
(参考)

- 国立大学病院集中治療部を対象としたアンケート調査では、42大学のうち40大学が、厚生労働省基準の「1床あたり15 m<sup>2</sup>」では狭隘であると回答。
- 国立大学病院集中治療部を対象としたアンケート調査では20 m<sup>2</sup>が望ましいとされている。
- 集中治療部で使用される大型機器のひとつであるポータブルX線撮影装置を用い集中治療部の必要作業領域を検討した長澤らの報告では、少なくとも18.36 m<sup>2</sup>以上が必要であるとされている。
- アメリカ、ヨーロッパおよびイギリス集中治療医学会、オーストラリア・ニュージーランド麻酔学会のガイドラインなどはそれぞれ20 m<sup>2</sup>以上を推奨している。
- LVAS(左心補助装置)、PCPS、IABP、血液浄化装置、人工呼吸器など大型機器を同時に3台以上稼動する症例が経験されるが、この場合は25m<sup>2</sup>以上、あるいは30 m<sup>2</sup>以上の面積が必要となる。特定機能病院では、こうした病室を有することを推奨する。

# 急性血液浄化における臨床工学技士の役割について

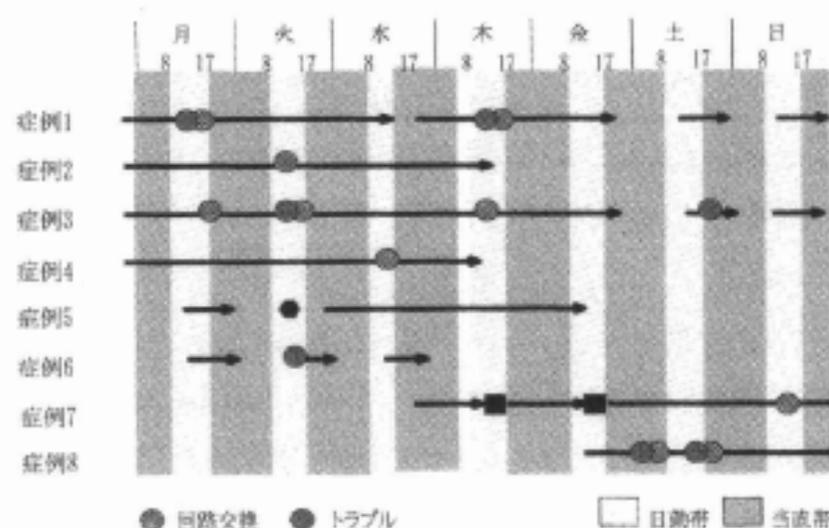
＜埼玉医科大学の報告(ベット数1,483床, 心臓血管外科ICU 7床, 循環器内科CCU 6床, 透析室25床, 第2透析室5床)＞  
 〔1999年1月から2001年5月までの2年5ヵ月間に当院臨床工学技士が施行した当直帯(17:00~8:00)における急性血液浄化を, 「血液浄化法の種類」, 「施行件数」, 「施行時間(開始・終了)」, 「施行場所及び施行中のトラブル」について分類検討。〕

## 1. 当直帯におけるCBP(持続的血液浄化療法)導入症例



施行した全症例数は405症例であり, その70%である285症例は当直帯にて導入していた。

## 2. 急性血液浄化1週間の経過(回路交換とトラブル)



トラブルが昼夜を問わず発生していた。

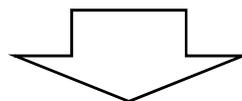
### 考察

導入症例, トラブルともに昼夜問わず発生し, 緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から, 急性血液浄化を施行する施設において臨床工学技士は24時間勤務体制をとる事が望ましいと考える。

## 特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性

### 【課題】

- 特定集中治療室は急性期重症患者の集中治療を行うことを目的としている。
- 特定集中治療に精通した医師が治療方針に関与する等、医療資源の投入量がより高い診療体制にある特定集中治療室において、一般的な特定集中治療室で管理する場合よりも生命予後の改善及び在院日数の短縮がみられるとの報告もある。
- 特定集中治療室の病床面積について、日本集中治療医学会では1床あたり20m<sup>2</sup>以上を推奨しており、また、急性血液浄化療法の導入とトラブルは昼夜発生し、緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から、臨床工学技士の24時間勤務体制をとる事が望ましいと考えられる。



### 【論点】

○特定集中治療室管理料(ICU)について、特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保及び臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うことについて、どのように考えるか。

# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1) 特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2) 新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について**
  - 3) 新生児特定集中治療室管理料等の要件について
  - 4) 小児特定集中治療室管理料(PICU)について
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1) 総合入院体制加算について

# 新生児特定集中治療室等の評価に係る課題と論点

## 【課題】

- 出生体重が1,500g以上であっても新生児特定集中治療室管理料を算定日数上限まで算定している患者が一定程度存在している。
- 出生体重1,500g以上であっても呼吸窮迫症候群等の周産期に何らかの病態が発生した患者及び先天奇形、染色体異常等の患者については、一般的な低出生体重児、早産児等と比較して平均在院日数が長く、包括範囲出来高実績点数が高い傾向にある。また、一部の先天奇形、染色体異常等の患者については、算定日数上限まで算定している患者の割合が、一般的な低出生体重児、早産児等よりも多い。
- 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)の届出病床はNICU全体の91.1%となっている。
- 新生児特定集中治療室管理料1等を算定している医療機関においても、出生体重の少ない患者や先天奇形等の患者の受入をあまり行っていない医療機関が含まれている。
- 新生児特定集中治療室管理料2の届出施設全体の包括範囲出来高実績点数については、超低出生体重児や先天奇形の患者の受入割合が低い新生児特定集中治療室管理料1等の届出施設より高い。

## 【論点】

- 
- 出生体重1,500g以上であっても、先天奇形等を合併している一部の患者について新生児特定集中治療室管理料等の算定可能日数を引き上げることにについて、どのように考えるか。
  - 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の急性期医療を担う医療機関の機能分化を推進するため、超低出生体重児や先天奇形の患者を一定程度受け入れていることを要件とすることについて、どのように考えるか。
  - 新生児特定集中治療室管理料2の届出施設においても、新生児の急性期医療を担う医療機関の機能分化を推進するため、低出生体重児等の患者を一定程度受け入れることを要件とした上で、新生児特定集中治療室管理料2の評価を引き上げることにについて、どのように考えるか。

# 新生児医療に関する主な診療報酬と主な要件

	新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)*	新生児特定集中治療室管理料2	新生児回復室入院医療管理料**
点数	10,011点	6,011点	5,411点
医師の配置	専任の医師が常時、治療室内に勤務	専任の医師が常時、医療機関内に勤務 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加できること	
看護師の配置	常時3対1以上		常時6対1以上
構造設備等①	1床あたり7平方メートル以上 バイオクリーン・ルームであること		—
構造設備等②	救急蘇生装置等の装置及び器具を常時備えている 自家発電装置を有し、電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	当該治療室に勤務している医師は、当該治療室、中間室、回復室以外での当直をあわせて行わない。(一般小児科や正常新生児室の当直兼務不可)	—	
看護師の夜勤	当該治療室勤務の看護師は、当該治療室以外での夜勤をあわせて行わない。		—
算定可能日数***	出生時体重1,000g未満: 90日 出生時体重1,000g以上1,500g未満: 60日 上記以外(出生体重1,500g以上): 21日		出生時体重1,000g未満: 120日 出生時体重1,000g以上1,500g未満: 90日 上記以外(出生体重1,500g以上): 30日

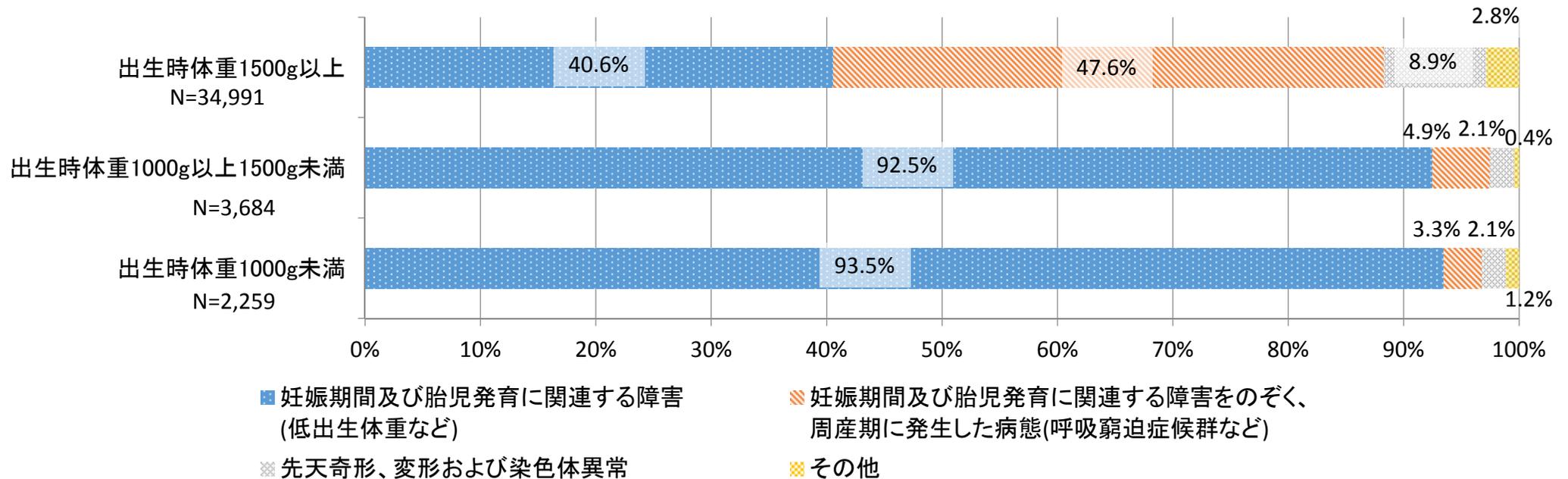
\* 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)は、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること

\*\*新生児回復室入院医療管理料は新生児集中治療室管理料又は総合周産期集中治療室管理料の届出を行っていること

\*\*\*新生児特定集中治療室管理料と新生児回復室入院医療管理料の算定日数は通算する

# 新生児特定集中治療室管理料等算定患者の主病名の内訳

○出生体重別、新生児特定集中治療室管理料等算定患者の主病名の内訳



<参考> 出生体重による在胎週数と、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限時における修正週数

出生体重	平均出生週数	新生児特定集中治療室管理料等の算定期間	新生児回復室入院医療管理料の算定期間
1,500g以上	約31週(1,500gの場合)	修正約31～34週	修正約35～36週
1,000g～1,500g未満	約31週(1,499gの場合)	修正約31～39週	修正約40～43週
1,000g未満	約27週(999gの場合)	修正約27～40週	修正約41～44週

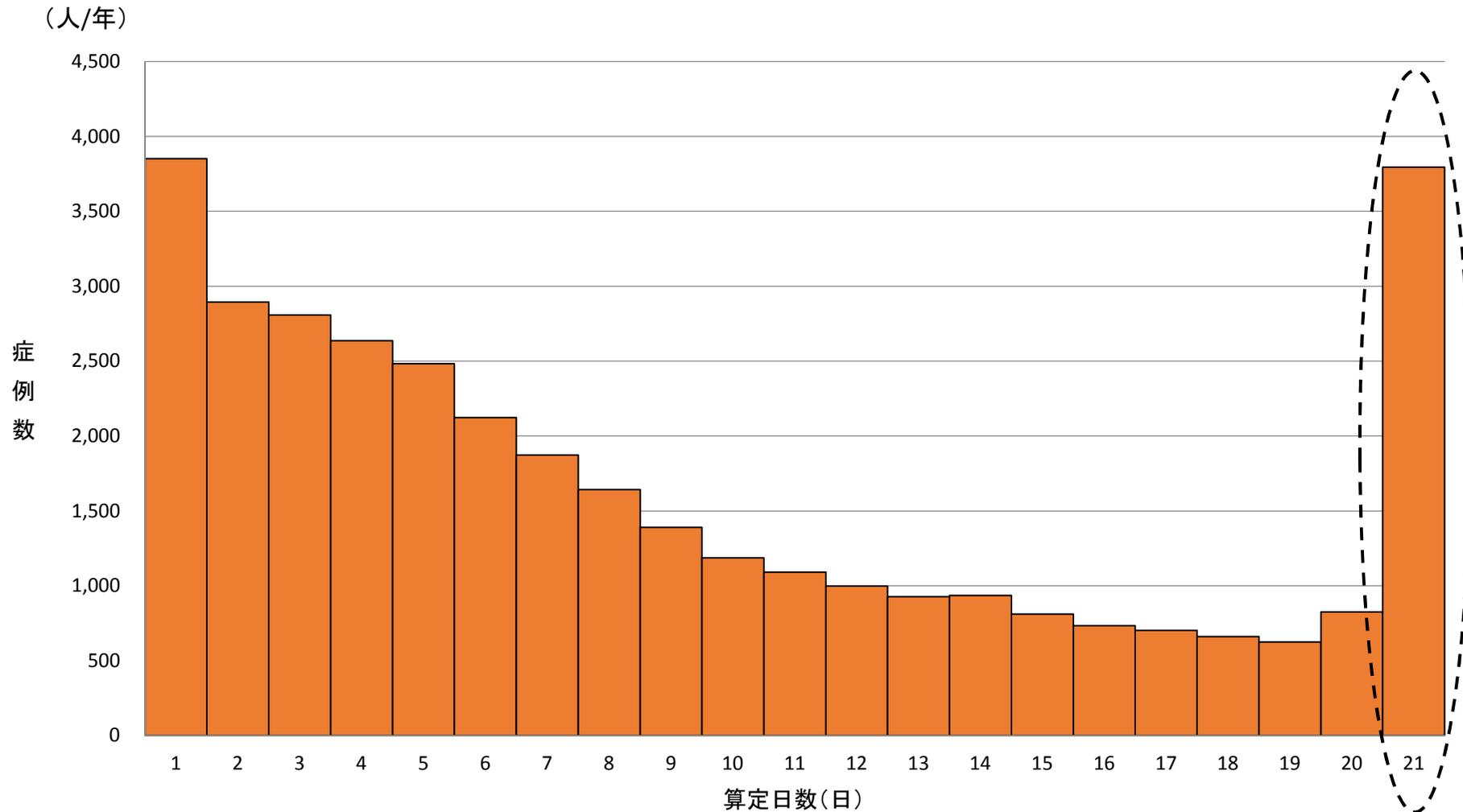
出典:小川雄之 他 日本人の在胎別出生時体重基準値 日本新生児学会誌 1998; 34 : 624-632

出生体重が1,500g未満の場合、新生児特定集中治療室管理料を算定する患者の主病名は妊娠期間及び胎児発育に関する障害の割合が大きい。その場合、算定期間中に修正在胎週数は正期産に相当する。

# 新生児特定集中治療室管理料等の算定日数(出生体重1,500g以上のみ)

N=34,991

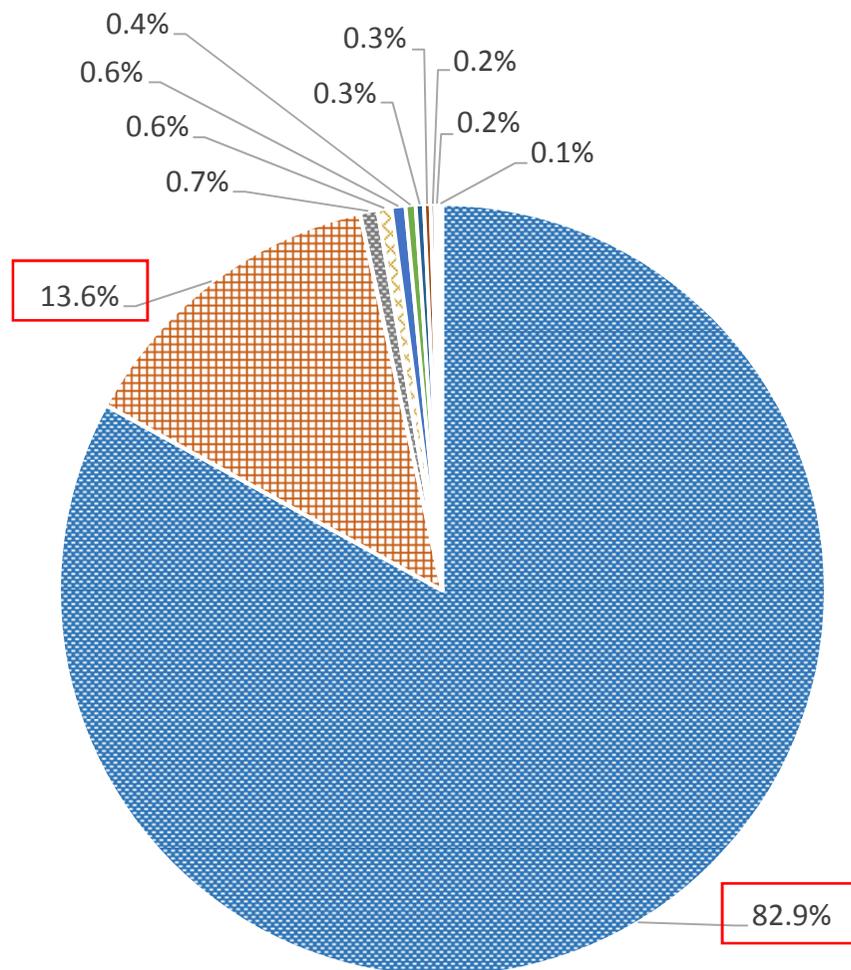
(注) 出生体重1,500g以上の者のNICUの算定上限は21日



出生体重1,500g以上の新生児では、新生児特定集中治療室管理料等を算定日数上限まで算定している患者が一定程度存在する。

# 算定日数21日の患者の主病名の分類 (1500g以上、在院日数21日のみ)

N=3,794



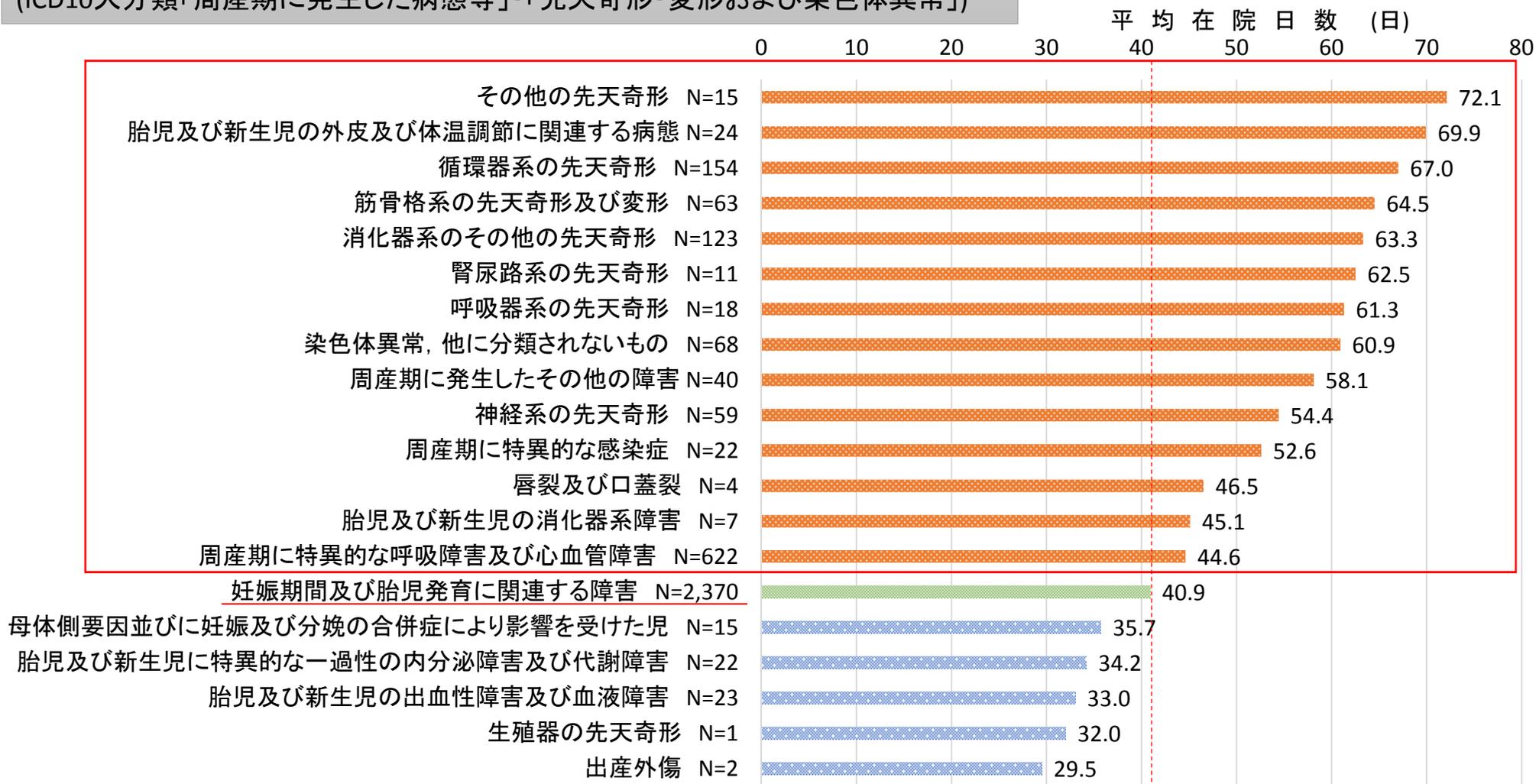
<ICD10 大分類>

- 周産期に発生した病態
- 先天奇形,変形および染色体異常
- 新生物
- 循環器系の疾患
- 神経系の疾患
- 消化器系の疾患
- 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
- 呼吸器系の疾患
- 内分泌,栄養および代謝疾患
- 感染症および寄生虫症
- その他

算定日数が上限に達している患者の8割以上は「周産期に発生した病態」が主病名の患者であり、その他の理由としては「先天奇形、変形および染色体異常」の患者が多い。

# 算定日数21日患者の主病名別、平均在院日数

出生体重1,500g以上、算定日数21日患者の平均在院日数、主病名ICD10中分類別 (ICD10大分類「周産期に発生した病態等」・「先天奇形・変形および染色体異常」)

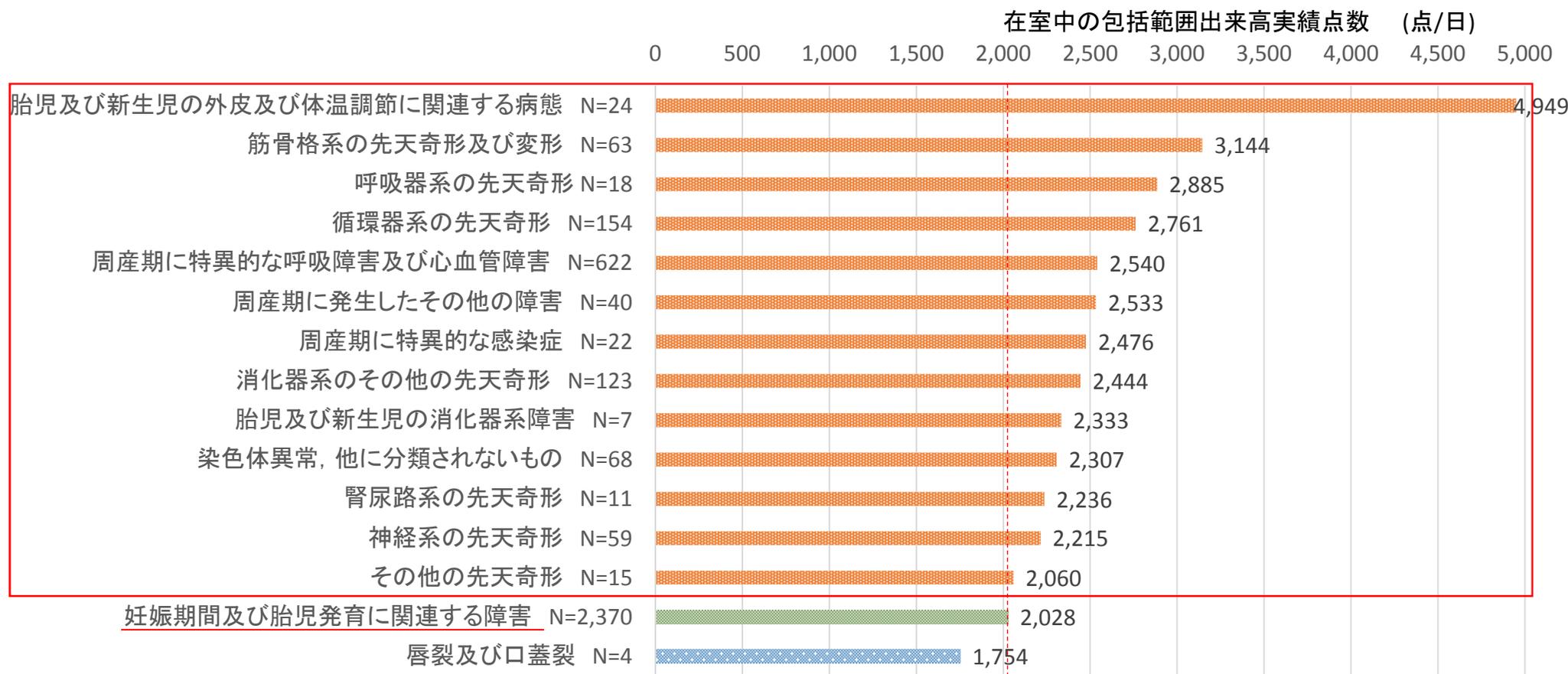


「周産期に発生した病態」・「先天奇形、変形および染色体異常」が主病名 (ICD10大分類) の患者のうち、NICUで一般的に想定されている「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」より平均在院日数が長い患者の主病名は14疾患(ICD10中分類)であった。

# 算定日数21日患者の主病名別、包括範囲出来高実績点数\*

\*包括範囲出来高実績点数はDPCにおける包括範囲となる

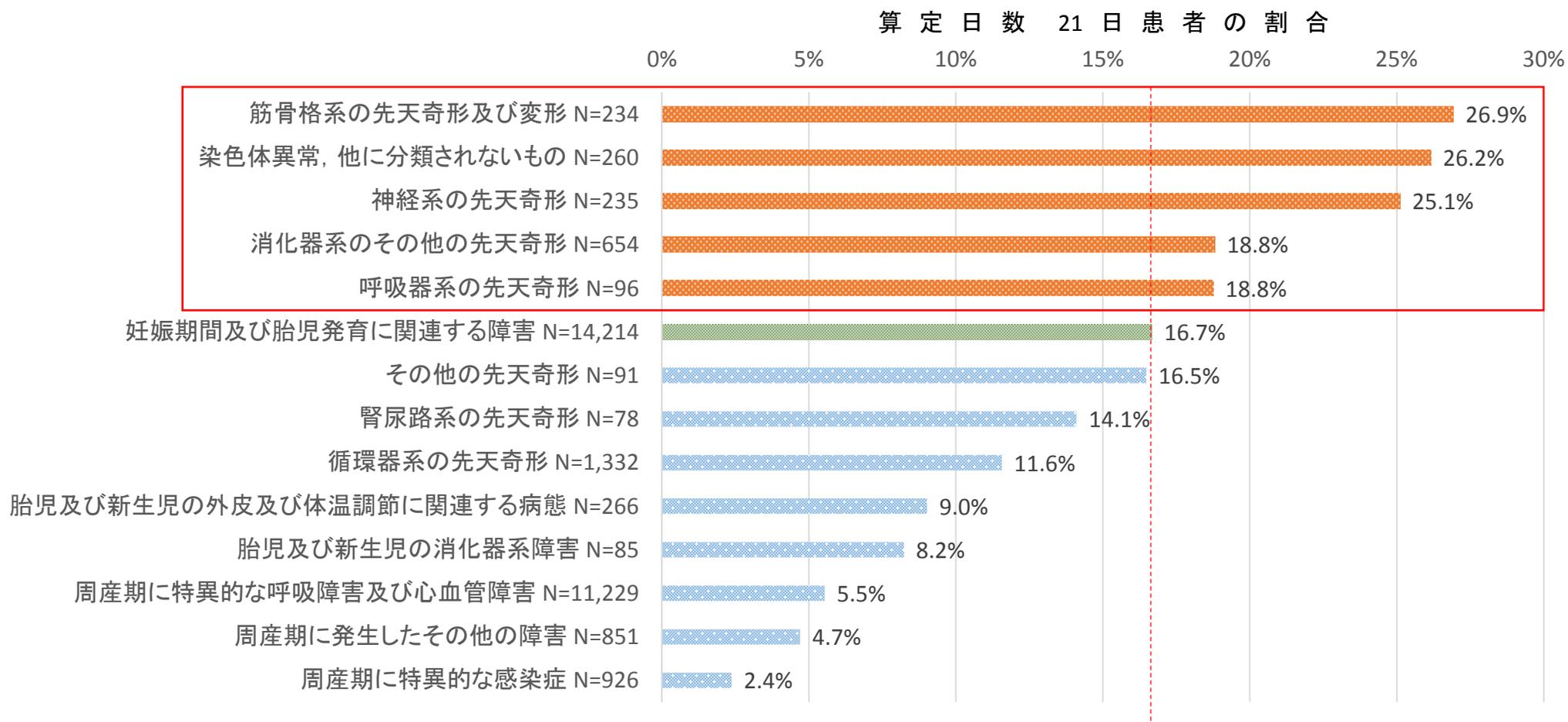
出生体重1,500g以上で算定日数21日患者のNICU在室中の包括範囲出来高実績点数、主病名ICD10中分類別  
(平均在院日数が「妊娠期間及び胎児発育に関する障害」より長いもののみ)



NICUで一般的に想定されている「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」より平均在院日数が長い14疾患のうち、さらに包括範囲出来高実績点数も高い患者の主病名は13疾患(ICD10中分類)であった。

# 主病名別の算定日数21日患者の割合 (出生体重1500g以上のみ)

出生体重1,500g以上の患者の算定日数21日患者の割合、主病名ICD10中分類別  
(平均在院日数、包括範囲出来高実績点数が「妊娠期間及び胎児発育に関する障害」より多いもののみ)

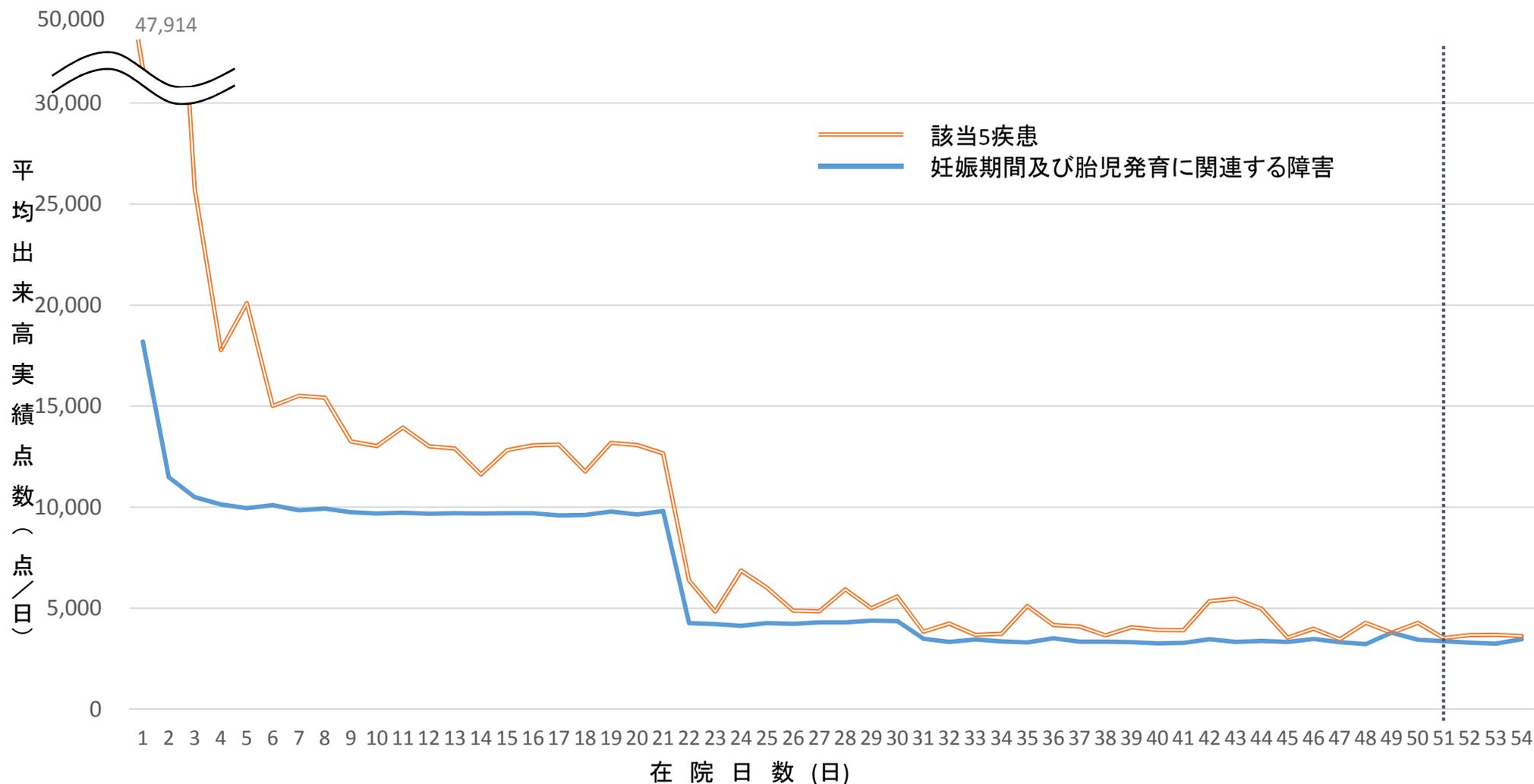


前ページの13疾患のうち、「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」より、NICUの算定上限である21日間算定していた患者の割合が高い主病名は5疾患であった。

# 該当疾患の1日あたり平均出来高実績点数の推移

1日あたり平均出来高実績点数 (出生体重1,500g以上、算定日数21日患者のみ)

n=2,700



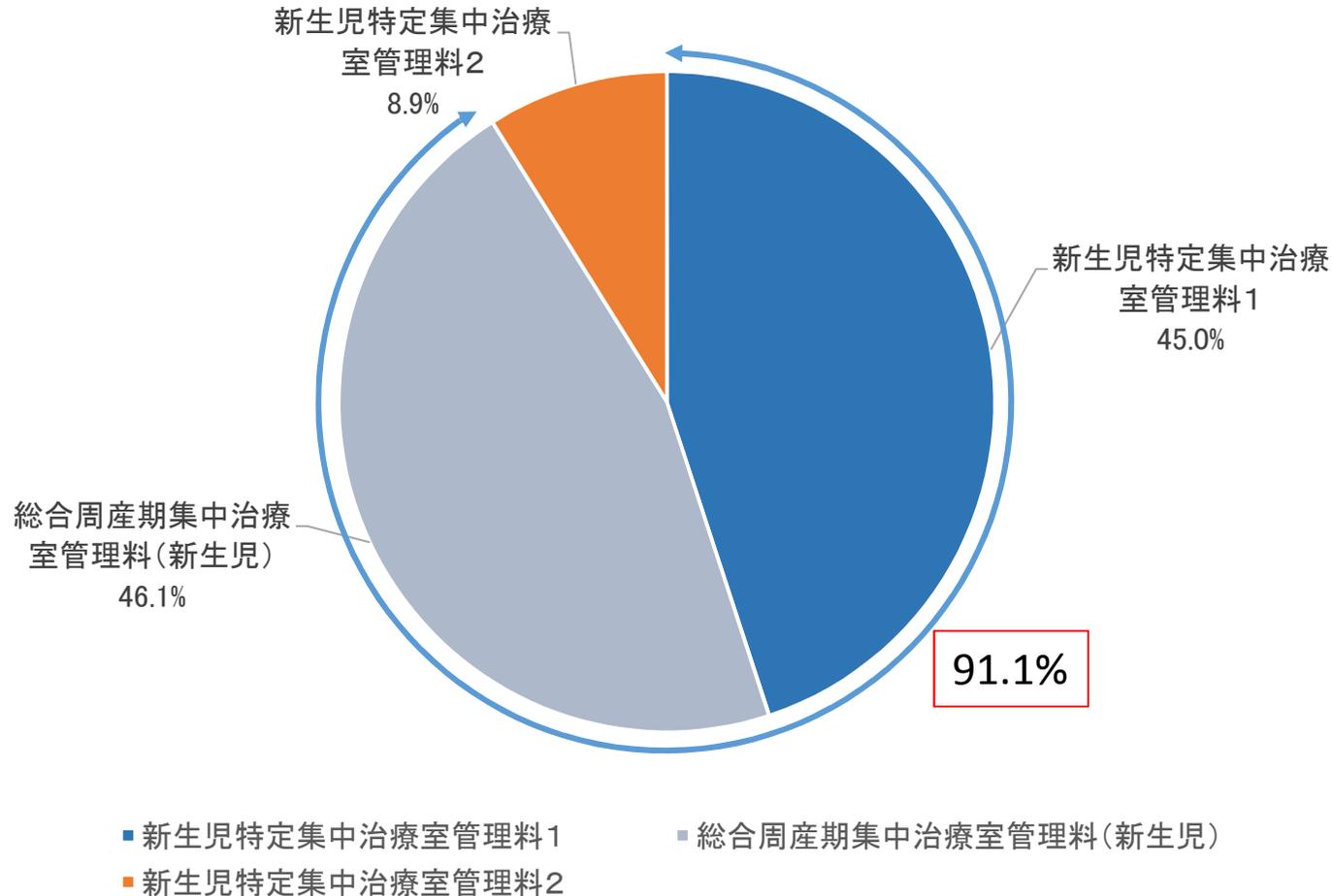
前ページの5疾患の1日あたり平均出来高実績点数が、「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」とおおむね同程度になるのは約51日目以降であった。

# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1) 特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2) 新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について
  - 3) 新生児特定集中治療室管理料等の要件について**
  - 4) 小児特定集中治療室管理料(PICU)について
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1) 総合入院体制加算について

# 新生児特定集中治療室管理料等の内訳

平成24年7月1日現在における、届出病床数の内訳

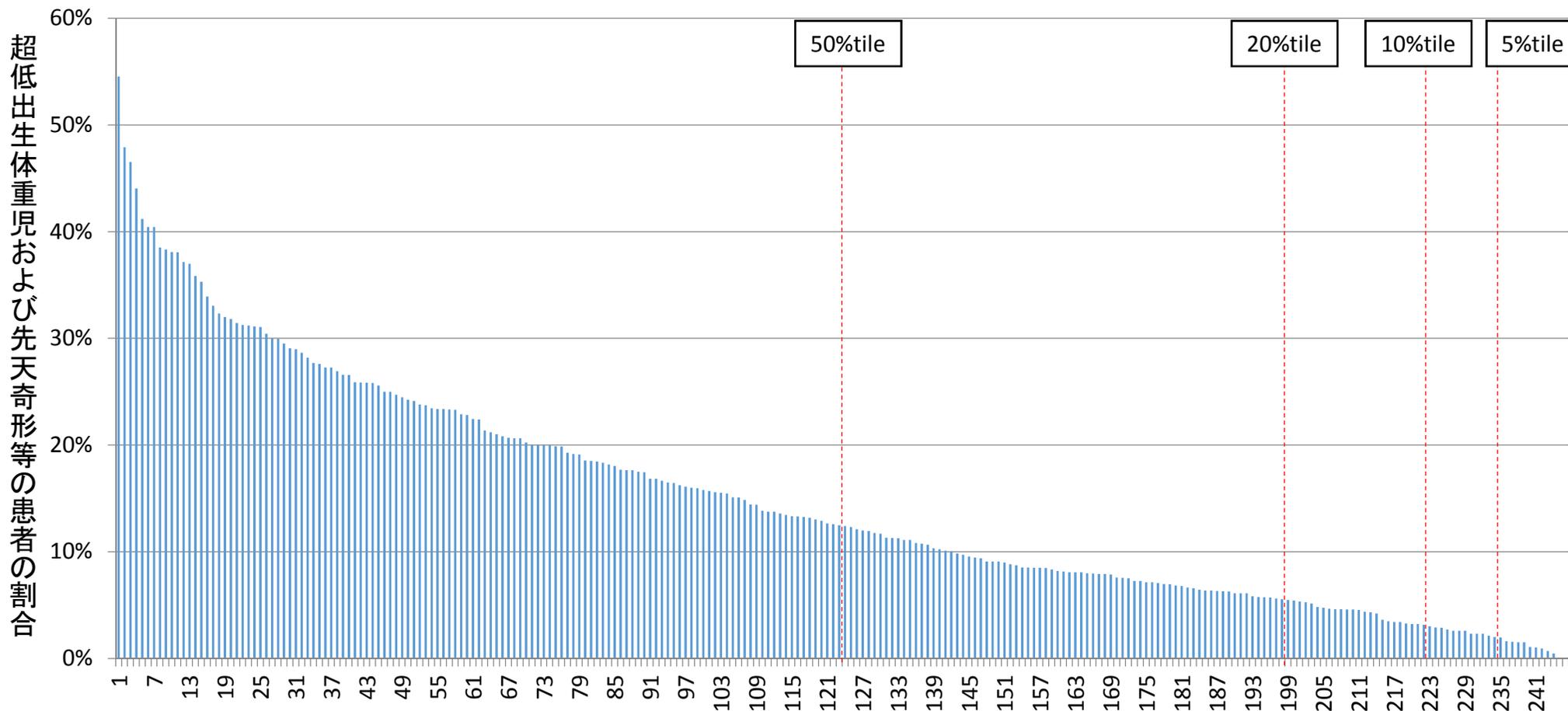


新生児特定集中治療室管理料等の届出病床数は、90%以上が新生児特定集中治療室管理料1又は総合周産期集中治療室管理料(新生児)となっている。

# 新生児特定集中治療室管理料1等届出施設の状況

○ 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)の届出施設における超低出生体重児\*および先天奇形等\*\*の患者の割合

\*出生体重1,000g未満の児 \*\*出生体重1,000g以上でICD10大分類「先天奇形、変形および染色体異常」が主病名の患者

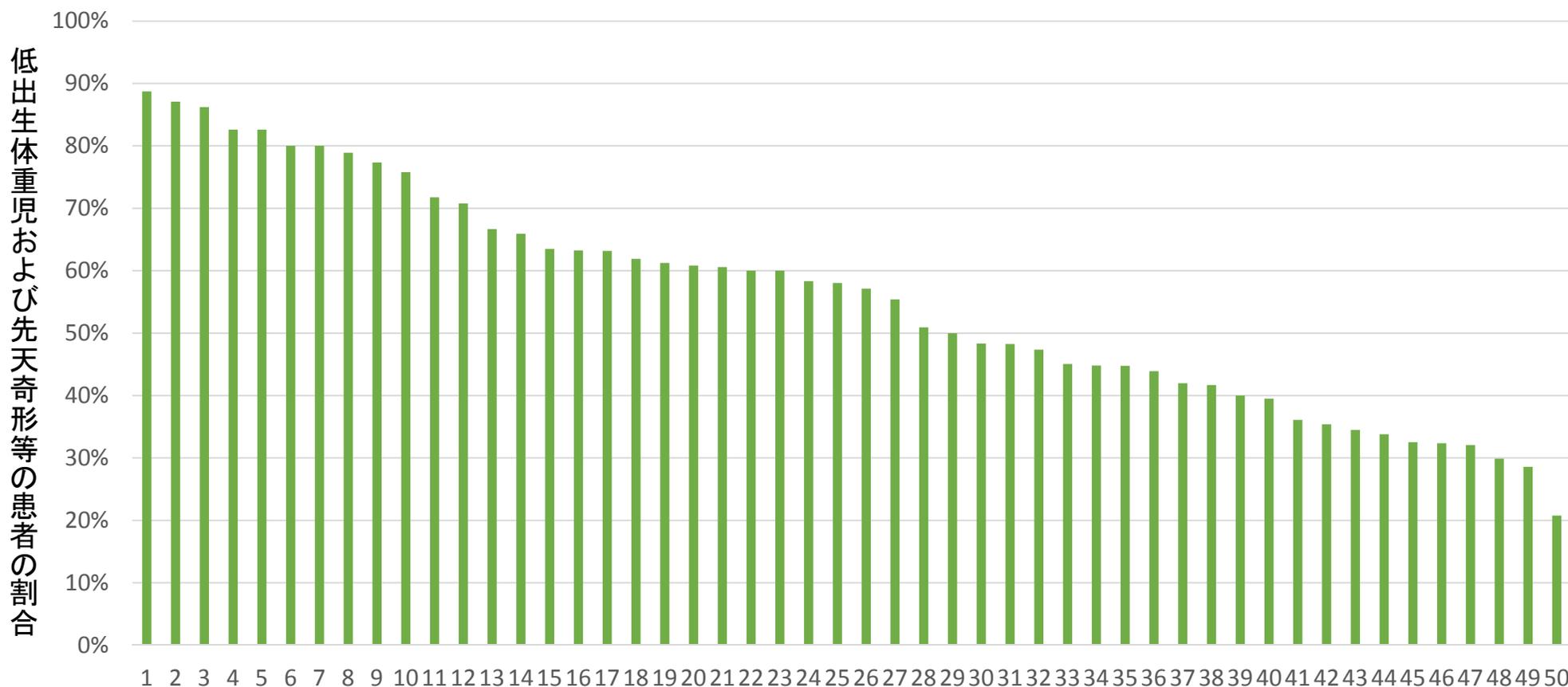


新生児特定集中治療室管理料1等の届出を行っている施設であっても、超低出生体重児や先天奇形の患者の診療に大きな差が見られる。

# 新生児特定集中治療室管理料2届出施設の状況

○ 新生児特定集中治療室管理料2の届出施設における低出生体重児\*および先天奇形等\*\*の患者の割合

\*出生体重2,500g未満の児 \*\*出生体重2,500g以上でICD10大分類「先天奇形、変形および染色体異常」が主病名の患者

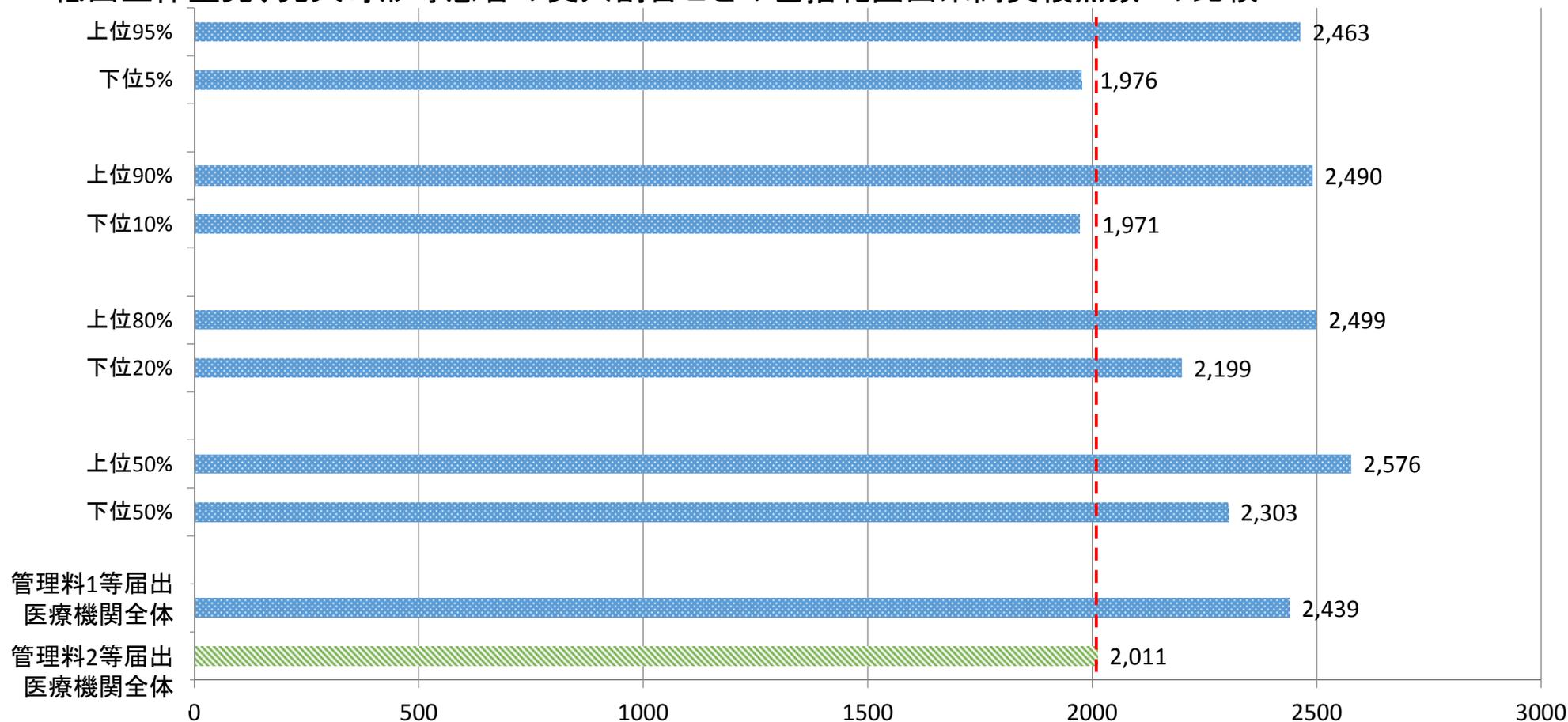


新生児特定集中治療室管理料2の届出を行っている施設についても、低出生体重児や先天奇形の患者の診療に一定の差が見られる。

# 超低出生体重児、先天奇形等患者の受入割合別の 包括範囲出来高実績点数\*

\*包括範囲出来高実績点数はDPCの包括範囲に基づく

○ 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)の届出医療機関における超低出生体重児、先天奇形等患者の受入割合ごとの包括範囲出来高実績点数\*の比較



超低出生体重児や先天奇形の患者の受入割合が低い新生児特定集中治療室管理料1等の届出施設より、新生児特定集中治療室管理料2の届出施設全体の包括範囲出来高実績点数が高い。

# 今後の新生児特定集中治療室管理料等の届出病室の担う主な機能

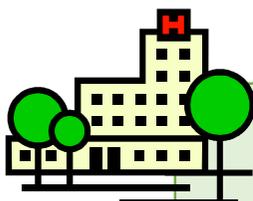


## ○ 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)届出施設の担う主な機能

- ・超低出生体重児等、集中的な管理を要する新生児の受入・診療
- ・重度の先天奇形等、難易度の高い手術や管理を要する新生児の受入・診療



機能分化



## ○ 新生児特定集中治療室管理料2 届出施設の担う主な機能

- ・極低出生体重児、低出生体重児等、一定の管理を要する新生児の受入・診療
- ・軽度の先天奇形等、一定の手術や管理を要する新生児の受入・診療
- ・その他、新生児特有の疾患(新生児黄疸、過呼吸など)への対応



(参考) 超低出生体重児: 出生体重 1,000g未満  
極低出生体重児: 出生体重 1,500g未満  
低出生体重児: 出生体重 2,500g未満

# 新生児医療に関する主な診療報酬と主な要件 (再掲)

	新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)*	新生児特定集中治療室管理料2	新生児回復室入院医療管理料**
点数	10,011点	6,011点	5,411点
医師の配置	専任の医師が常時、 <u>治療室内に勤務</u>	専任の医師が常時、 <u>医療機関内に勤務</u> 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加できること	
看護師の配置	常時3対1以上		常時6対1以上
構造設備等①	1床あたり7平方メートル以上 バイオクリーン・ルームであること		—
構造設備等②	救急蘇生装置等の装置及び器具を常時備えている 自家発電装置を有し、電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	当該治療室に勤務している医師は、当該治療室、中間室、回復室以外での当直をあわせて行わない。(一般小児科や正常新生児室の当直兼務不可)	—	
看護師の夜勤	当該治療室勤務の看護師は、当該治療室以外での夜勤をあわせて行わない。		—
算定可能日数***	出生時体重1,000g未満: 90日 出生時体重1,000g以上1,500g未満: 60日 上記以外(出生体重1,500g以上): 21日		出生時体重1,000g未満: 120日 出生時体重1,000g以上1,500g未満: 90日 上記以外(出生体重1,500g以上): 30日
受入実績	—	—	—

\* 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)は、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こと

\*\* 新生児回復室入院医療管理料は新生児集中治療室管理料又は総合周産期集中治療室管理料の届出を行っていること

\*\*\* 新生児特定集中治療室管理料と新生児回復室入院医療管理料の算定日数は通算する

# 新生児特定集中治療室等の評価に係る課題と論点

## 【課題】

- 出生体重が1,500g以上であっても新生児特定集中治療室管理料を算定日数上限まで算定している患者が一定程度存在している。
- 出生体重1,500g以上であっても呼吸窮迫症候群等の周産期に何らかの病態が発生した患者及び先天奇形、染色体異常等の患者については、一般的な低出生体重児、早産児等と比較して平均在院日数が長く、包括範囲出来高実績点数が高い傾向にある。また、一部の先天奇形、染色体異常等の患者については、算定日数上限まで算定している患者の割合が、一般的な低出生体重児、早産児等よりも多い。
- 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)の届出病床はNICU全体の91.1%となっている。
- 新生児特定集中治療室管理料1等を算定している医療機関においても、出生体重の少ない患者や先天奇形等の患者の受入をあまり行っていない医療機関が含まれている。
- 新生児特定集中治療室管理料2の届出施設全体の包括範囲出来高実績点数については、超低出生体重児や先天奇形の患者の受入割合が低い新生児特定集中治療室管理料1等の届出施設より高い。

## 【論点】

- 出生体重1,500g以上であっても、先天奇形等を合併している一部の患者について新生児特定集中治療室管理料等の算定可能日数を引き上げることに、どのように考えるか。
- 新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の急性期医療を担う医療機関の機能分化を推進するため、超低出生体重児や先天奇形の患者を一定程度受け入れていることを要件とすることについて、どのように考えるか。
- 新生児特定集中治療室管理料2の届出施設においても、新生児の急性期医療を担う医療機関の機能分化を推進するため、低出生体重児等の患者を一定程度受け入れることを要件とした上で、新生児特定集中治療室管理料2の評価を引き上げることに、どのように考えるか。

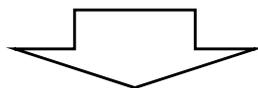
# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1) 特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2) 新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について
  - 3) 新生児特定集中治療室管理料等の要件について
  - 4) 小児特定集中治療室管理料(PICU)について**
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1) 総合入院体制加算について

# 小児特定集中治療室管理料に関する課題と論点

## 【課題】

- 平成24年度診療報酬改定で小児特定集中治療室管理料が新設されたが、届出医療機関が1施設にとどまっている。
- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たすことが困難となっている。
- 他院で救命救急入院料等を算定はしていないが、①当該入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入、②救急搬送診療料を算定した患者の受入、③ドクターヘリを用いて広域搬送された患者の受入について、一定程度の実績のある医療機関が存在している。
- 小児の集中治療を行っている治療室の入室患者のうち転院搬送及び救急車等を用いて直接当該治療室に入室した患者が一定割合ある医療機関が存在している。
- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たしていなくても、救命救急入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入実績等を有している医療機関の集中治療室では、重症患者の実死亡率が予測死亡率より有意に低くなっている。

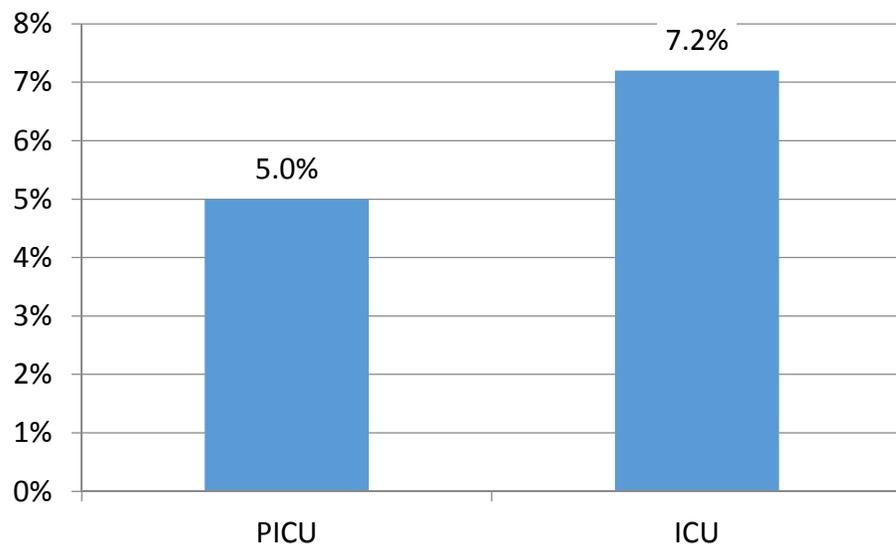


## 【論点】

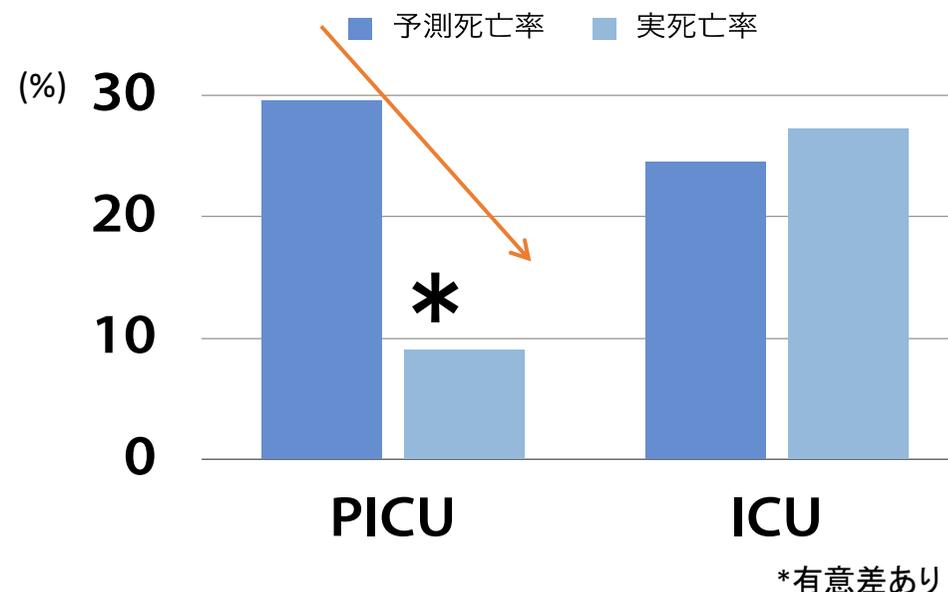
- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たしていない医療機関であっても、救命救急入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入実績、救急搬送診療料を算定した患者の受入実績、ドクターヘリを用いて広域搬送された患者の受入、入室患者のうち転院患者や救急車等を用いて直接当該治療室に入室した患者の割合等、一定の実績を有する医療機関については、小児特定集中治療室管理料の算定を認めることについてどのように考えるか。

## 重症救急小児患者の予後

<死亡率(海外)>



<PICUへ移送した場合の死亡率(国内)>



- 成人患者と小児患者が混在した特定集中治療室(ICU)より小児専用の小児特定集中治療室(PICU)で管理する方が死亡率が低い。
- 救急施設での初期診療→PICU(成育研究医療センター)へ搬送した場合、一般的なICUで管理した場合に比べ生命予後の改善が認められた。

## 小児の集中治療の評価

- 従来からある一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日につき)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

## [算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

## [施設基準]

- ① 小児入院医療管理料1を届け出る医療機関であること。
- ② 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ③ 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ④ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ⑤ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑥ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑦ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

# 小児特定集中治療室管理料の届出医療機関

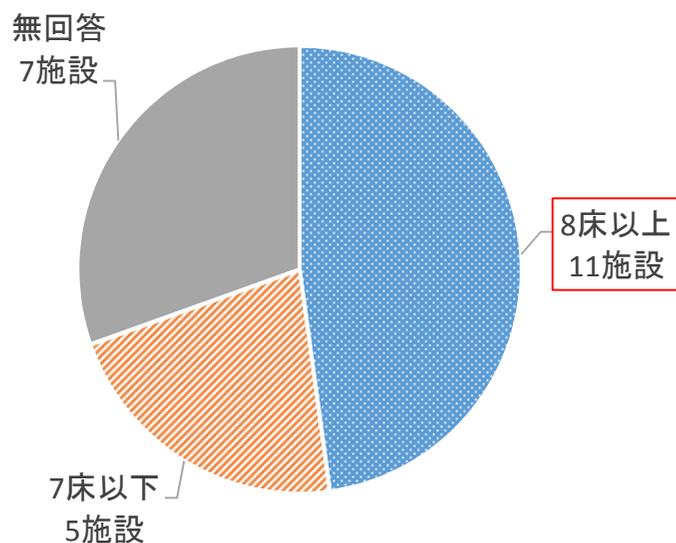
<平成24年度7月1日現在での届出実績>

	届出医療機関数	届出病床数
小児特定集中治療室管理料	1	10

<JACHRI(日本小児総合医療施設協議会)加盟施設の調査 (平成24年度)>

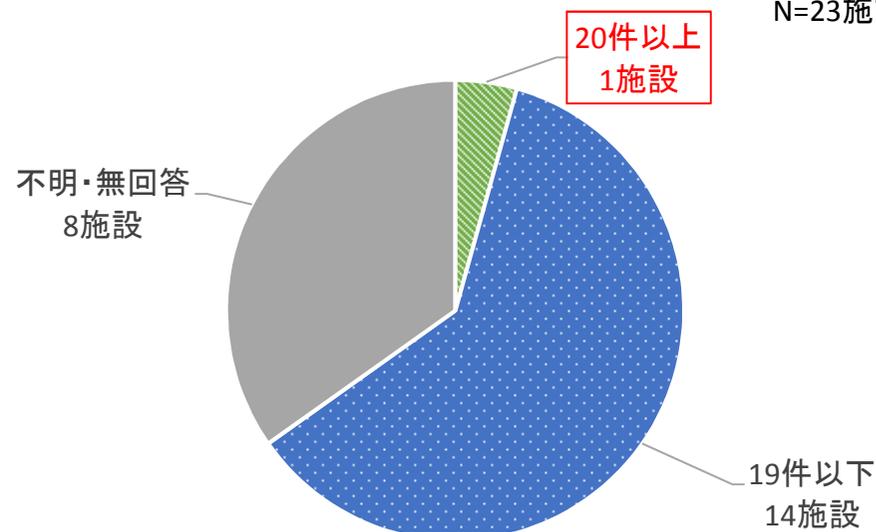
ICUの病床数  
(特定集中治療室管理料の届出病院のみ)

N=23施設



他院のICU等からの転院件数  
(特定集中治療室管理料の届出病院のみ)

N=23施設

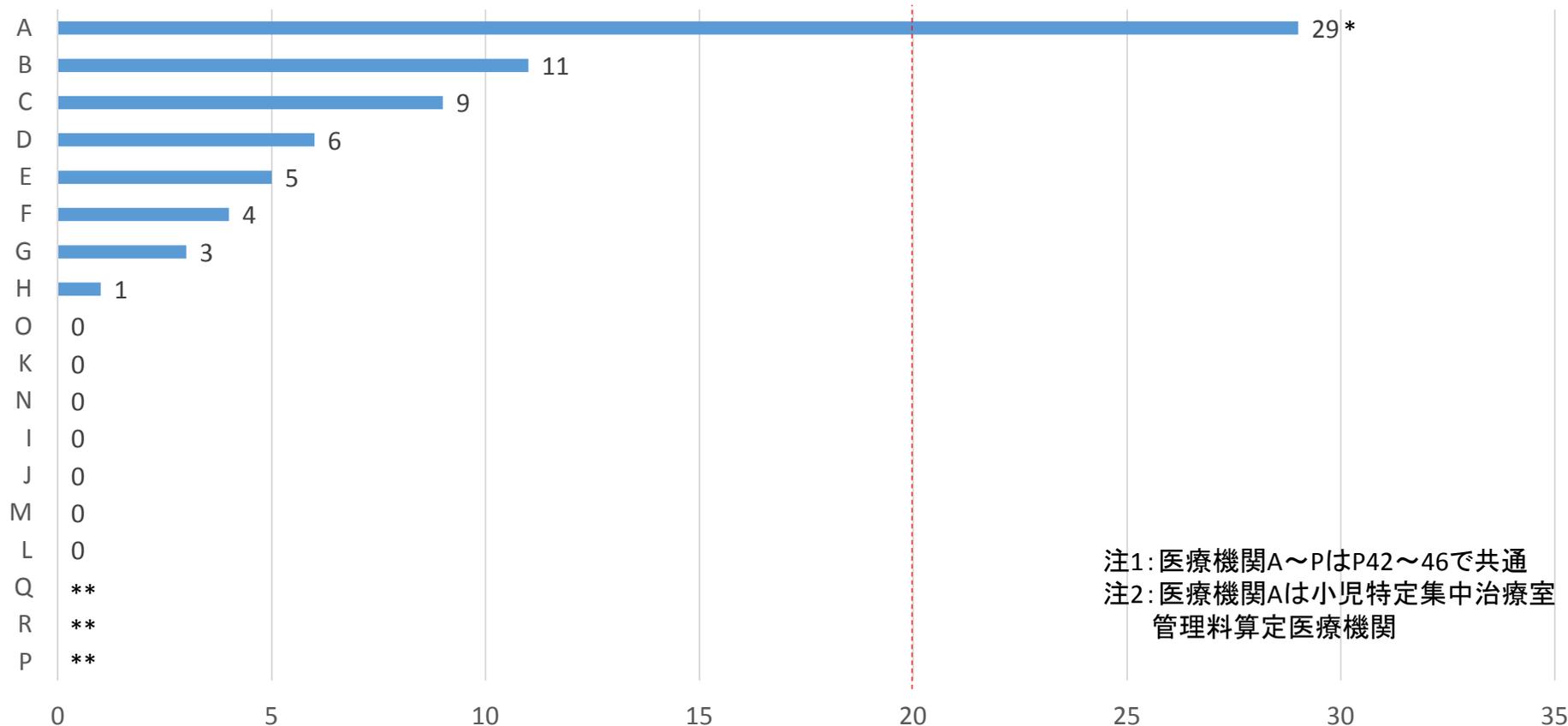


小児特定集中治療室管理料の届出は平成24年7月1日時点で1施設にとどまっており、他院のICU等からの転院件数20件以上の要件が要因と思われる。

# JACHRI加盟施設による医療機関別の実績 ①

他院のICU等からの転院件数<sup>(注)</sup> (特定集中治療室管理料の届出病院のうち、回答のあった病院のみ)

注: 他院で特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定しているもの



注1: 医療機関A~PはP42~46で共通  
 注2: 医療機関Aは小児特定集中治療室管理料算定医療機関

\* 4月~12月9ヶ月間の実績を元に概算  
 \*\*不明

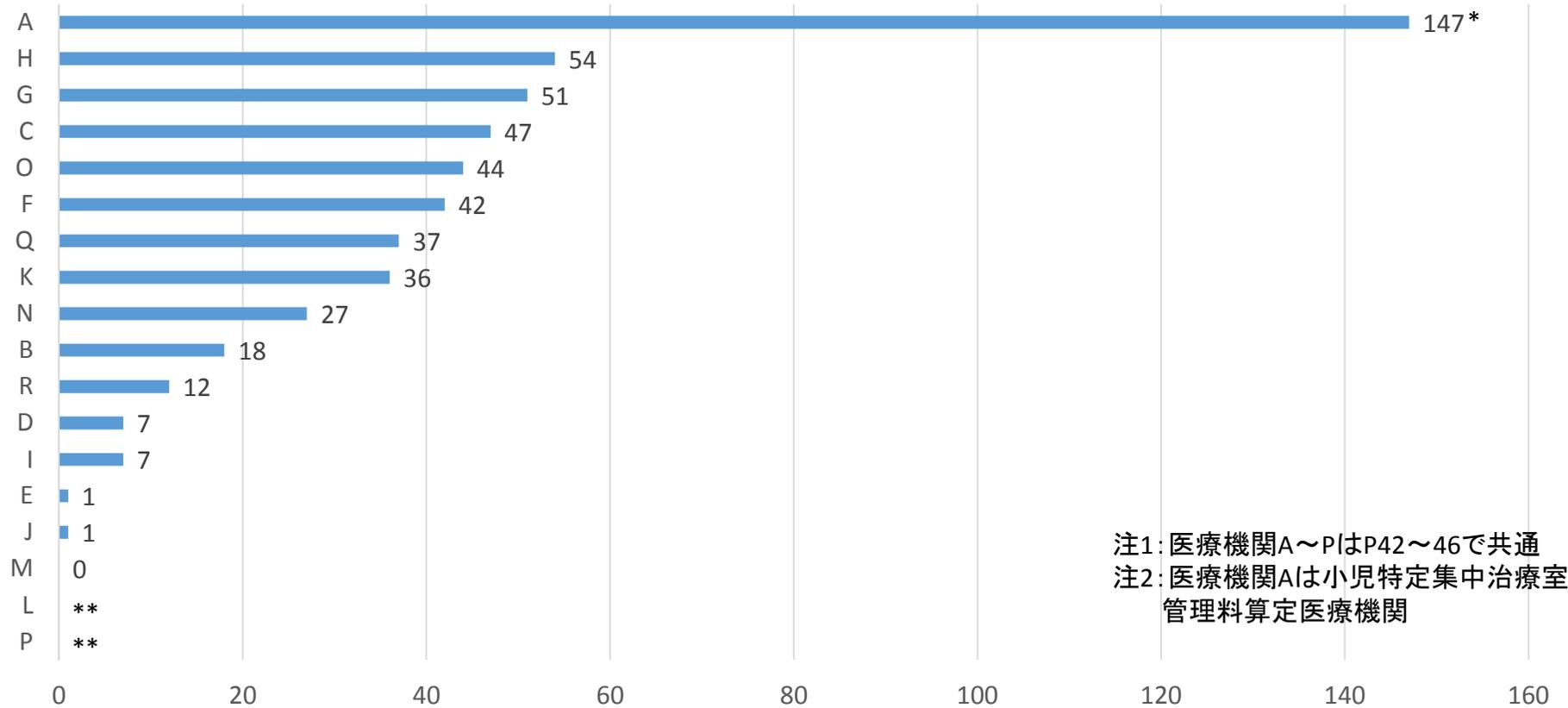
他院のICU等からの転院件数 (件/年)

JACHRI加盟施設のうち、他院のICU等からの転院件数が2番目に多い施設であっても、実際の件数は最も多い施設の半分以下であった。

# JACHRI加盟施設による医療機関別の実績 ②

ICU等を持つ他院からの転院件数<sup>(注)</sup> (特定集中治療室管理料の届出病院のうち、回答のあった病院のみ)

注: 他院で特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定していないもの。入院せずに初療室から搬送のあった患者を含む。



注1: 医療機関A~PはP42~46で共通  
 注2: 医療機関Aは小児特定集中治療室管理料算定医療機関

\* 4月~12月9ヶ月間の実績を元に概算  
 \*\*不明

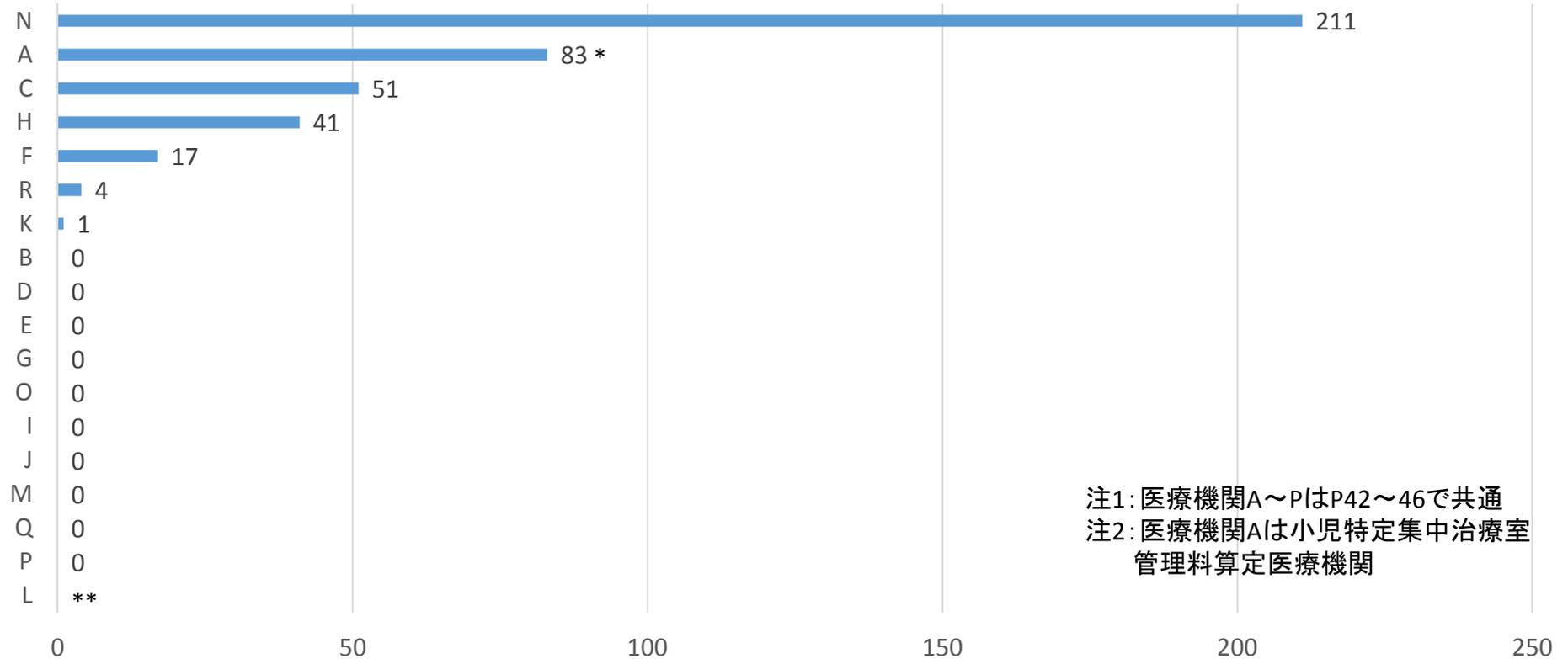
ICU等を持つ他院からの転院件数 (件/年)

JACHRI加盟施設のうち、他院でICU等の入院料を算定しなくても、救命救急入院料等の届出を行っている医療機関からの転院を一定程度受けている医療機関が存在する。

# JACHRI加盟施設による医療機関別の実績 ③

救急搬送診療料<sup>(注)</sup>を算定した患者の入室件数 (特定集中治療室管理料の届出病院のうち、回答のあった病院のみ)

注:救急車等に医師が同乗して診療を行った場合の評価



注1: 医療機関A~PはP42~46で共通  
 注2: 医療機関Aは小児特定集中治療室管理料算定医療機関

\* 4月~12月9ヶ月間の実績を元に概算  
 \*\*不明

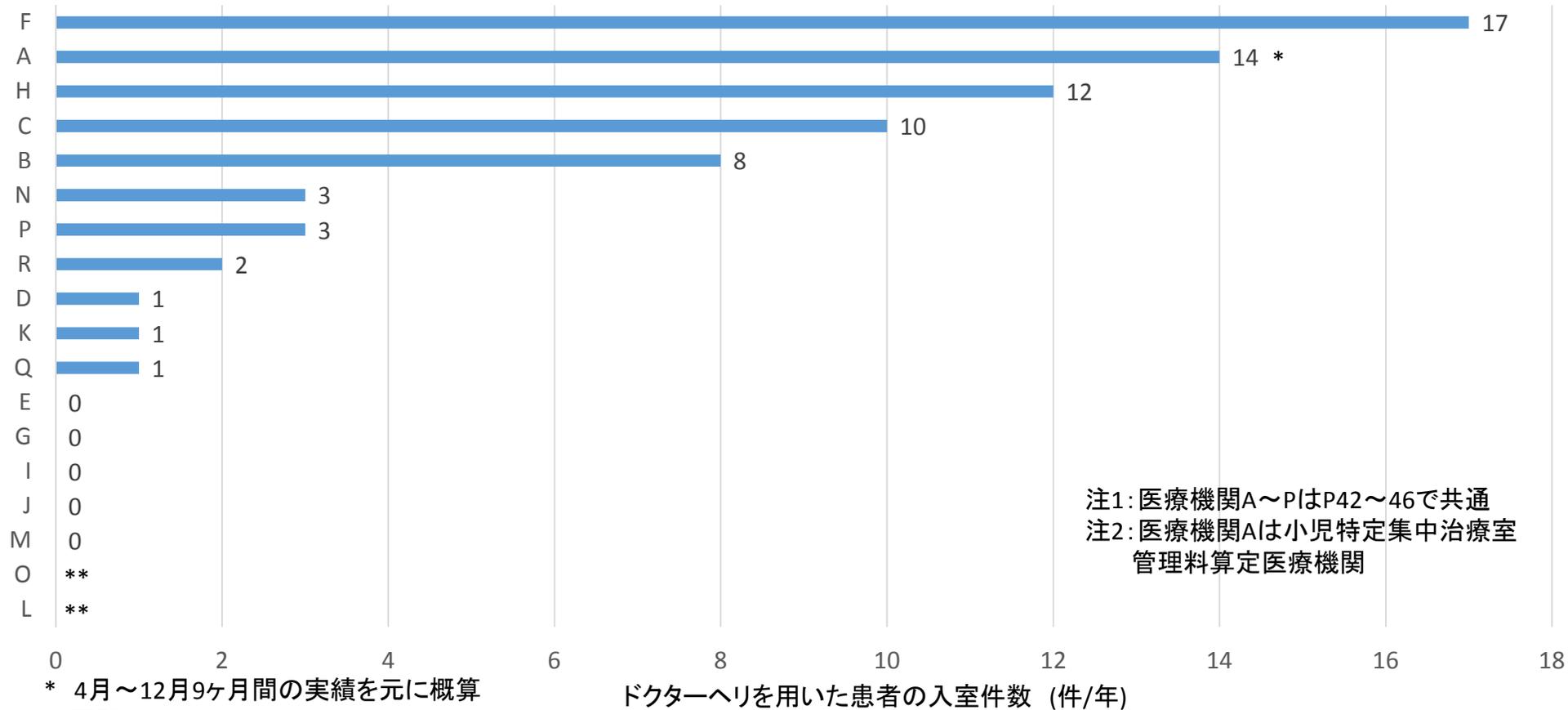
救急搬送診療料を算定した患者の入室件数 (件/年)

JACHRI加盟施設のうち、救急搬送診療料を算定した患者の入室について一定の実績を有する医療機関が存在している。

# JACHRI加盟施設による医療機関別の実績 ④

ドクターヘリ<sup>注</sup>による広域搬送患者の入室件数 (特定集中治療室管理料の届出病院のうち、回答のあった病院のみ)

注: 防災ヘリを除く



JACHRI加盟施設のうち、ドクターヘリを用いた広域搬送患者の入室について一定の実績を有する医療機関が存在している。

# 医療機関別の転院患者、搬送直接入院患者の割合

ICU等に入室した患者のうち、転院搬送及び直接入室患者の割合（平成24年度実績 医政局指導課）

注1: 医療機関A～PはP42～46で共通

注2: 医療機関Aは小児特定集中治療室管理料算定医療機関

医療機関	年間入室者数	転院搬送及び直接入室患者の数	割合
A*	1083	421	38.9%
F	593	222	37.4%
C*	780	288	36.9%
H	430	81	18.8%

\*小児入院医療管理料1算定病床を含む

小児の集中治療を行っている治療室の入室患者のうち、転院搬送及び救急車等を用いて直接当該治療室に入室した患者が一定割合ある医療機関が存在している。

# 小児特定集中治療室管理料を算定していない医療機関における実績

## 東京都立小児総合医療センターの実績 (平成24年度)

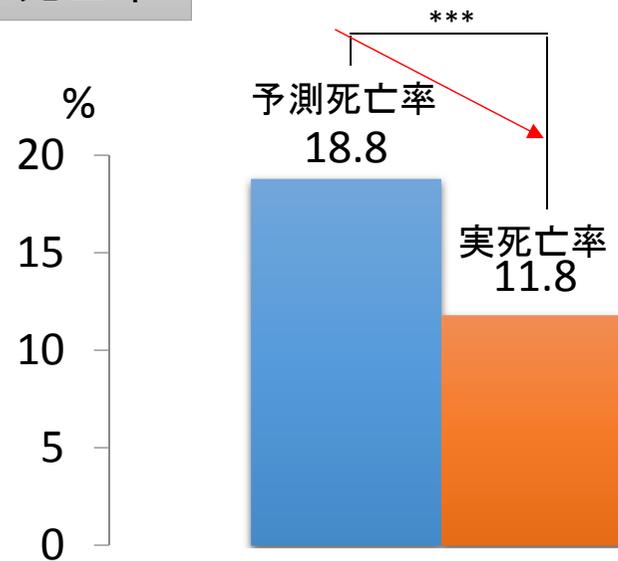
他院のICU等からの転院件数	ICU等を持つ他院からの転院件数	救急搬送診療料 <sup>(注1)</sup> を算定した患者の入室件数	ドクターヘリの受入件数	転院搬送及び直接入室患者の件数 <sup>(注2)</sup>	転院搬送及び直接入室患者の割合 <sup>(注2)</sup>
9件	47件	51件	10件	288件	36.9%

注1: 救急車等に医師が同乗して診療を行った場合の評価  
 注2: 小児入院医療管理料1 算定病床12床を含む

## 当該医療機関において、他院のICU等から入室した患者の死亡率

2010年9月～2012年3月に当該医療機関のICUに入室した患者のうち、他院の救命救急センターで初療を行った後、搬送された症例76例

- ・ 心拍再開後の集中治療管理 17例
- ・ けいれん重積 12例
- ・ 重症頭部外傷 11例
- ・ 多発外傷を含むその他の外傷 7例 など



“\*\*\*\*” p < 0.0001 : Mann – Whitney U Test

予測死亡率はPIM2 (pediatric index of mortality 2)により推計

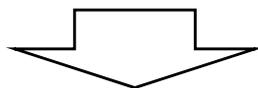
出典: 東京都立小児総合医療センター

他院のICU等からの受け入れが20件に満たない医療機関であっても、重症患者について予測死亡率を有意差を持って下回る実死亡率を示している。

# 小児特定集中治療室管理料に関する課題と論点

## 【課題】

- 平成24年度診療報酬改定で小児特定集中治療室管理料が新設されたが、届出医療機関が1施設にとどまっている。
- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たすことが困難となっている。
- 他院で救命救急入院料等を算定はしていないが、①当該入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入、②救急搬送診療料を算定した患者の受入、③ドクターヘリを用いて広域搬送された患者の受入について、一定程度の実績のある医療機関が存在している。
- 小児の集中治療を行っている治療室の入室患者のうち転院搬送及び救急車等を用いて直接当該治療室に入室した患者が一定割合ある医療機関が存在している。
- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たしていなくても、救命救急入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入実績等を有している医療機関の集中治療室では、重症患者の実死亡率が予測死亡率より有意に低くなっている。



## 【論点】

- 他院で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している患者の受入実績を満たしていない医療機関であっても、救命救急入院料等の届出を行っている医療機関で診察を受けた後に転院してくる患者の受入実績、救急搬送診療料を算定した患者の受入実績、ドクターヘリを用いて広域搬送された患者の受入、入室患者のうち転院患者や救急車等を用いて直接当該治療室に入室した患者の割合等、一定の実績を有する医療機関については、小児特定集中治療室管理料の算定を認めることについてどのように考えるか。

# 特定集中治療室(ICU)等の 急性期を担う医療機関の評価について

- ①急性期を担う病床・病棟の評価について
  - 1)特定集中治療室管理料(ICU)の評価について
  - 2)新生児特定集中治療室管理料(NICU)の評価について
  - 3)新生児特定集中治療室管理料等の要件について
  - 4)小児特定集中治療室管理料(PICU)について
  
- ②病院全体として、総合的に急性期を担う医療機関の評価について
  - 1)総合入院体制加算について

## 急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

### 【課題】

- 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、急性期後の患者の自宅や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。
- 一方で、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等の評価である総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、人工心肺を用いた手術等の実績に差がみられる。



### 【論点】

- 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行い、精神病棟等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を行うことについて、どう考えるか。
- また、これらの一定の実績を有する医療機関については、急性期医療を担う医療機能をより充実させる観点から、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。

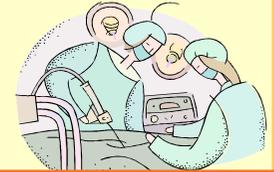
# 急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

高度急性期

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



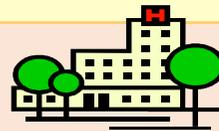
② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の総合的かつ専門的な医療の提供

救急搬送  
(24時間)



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。

# 急性期医療の評価について

総合入院体制加算（1日につき）120点＜14日まで＞ 届出数 248施設（H24年7月1日時点）

趣旨：十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等の評価

## 主な施設基準

1. 内科、精神科※、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科にかかる入院医療を提供している保険医療機関
2. 精神科医師が24時間対応できる体制（精神科を標榜していない場合）
3. 24時間の救急医療体制（第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等）
4. 外来縮小体制（初診に係る選定療養の徴収、診療情報提供料の注7加算を算定する者及び転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数の割合が4割以上であること）
5. 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制
6. 全身麻酔による手術件数が年800件以上
7. 地域連携室の設置
8. 24時間の画像及び検査体制
9. 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制

（注）特定機能病院、専門病院は算定できない

※精神科については、標榜していなくても24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。

必ずしも要件とはなっていないものの、望ましいとされているもの。

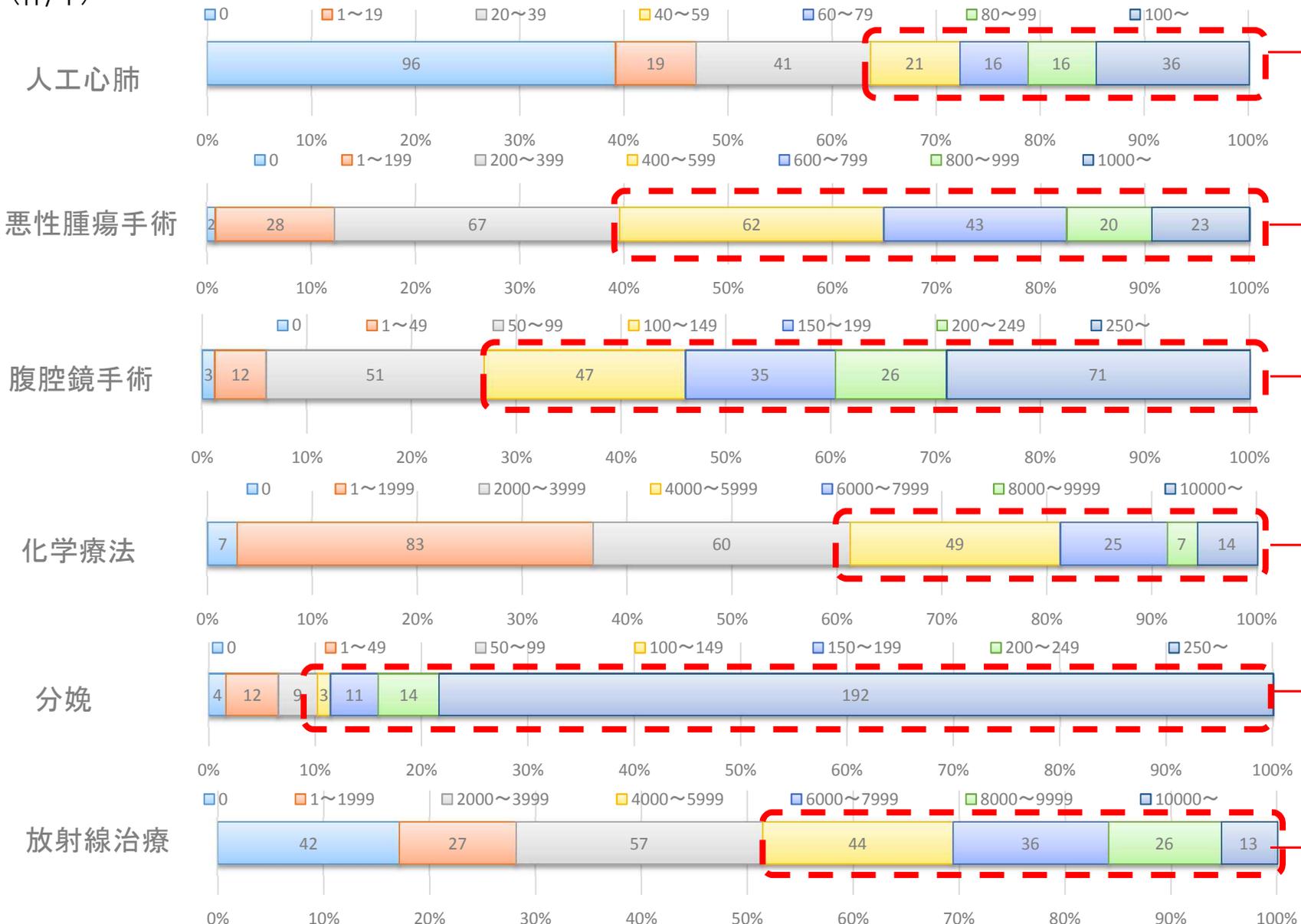
- ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法） 4000件／年以上
- オ 化学療法 4000件／年以上
- カ 分娩件数 100件／年以上

# 総合入院体制加算を算定している医療機関の実績について

標榜診療科: 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科

N=245

(件/年)



望ましい規定を満たす医療機関

総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、実績に差がみられる

出典: 医療課調べ

# 急性期病院の精神病床の有無別診療実績の評価

(改) 診調組 D - 1  
2 5 . 9 . 2 0

(改) 中医協 総 - 1 - 2  
2 5 . 1 0 . 1 6

## 目的

- 精神病床の併設の有無によって、精神疾患の受け入れに違いがあるかについて一般病棟のみ入院症例において、精神疾患合併症を持つ患者の取扱いについて把握を行う。

## 方法

- 一般病棟のみで、かつMDC17(精神疾患)の病名をもつ精神疾患合併症入院症例に限定して、精神病床併設ありなし医療機関別に1施設当たりの患者数を集計した。更に、当該症例での救急車で搬送された1施設当たりの患者数を集計した。

※精神病床併設ありなしの判定においては、A103精神病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(精神の場合)、A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料およびA312精神療養病棟入院料で判定を行っている。

## 結果

(一般病床の入院患者)	施設数	1病院当たりの精神合併症あり症例数	1病院当たりの精神合併症あり、救急車搬送あり症例数
精神病床併設なし	1,560	202.3	55.6
精神病床併設あり	214	505.7	111.0
		(p<0.05)	(p<0.05)

(参考) 精神病床併設あり医療機関のうち、一般病棟入院症例数と精神病棟入院症例数の内訳

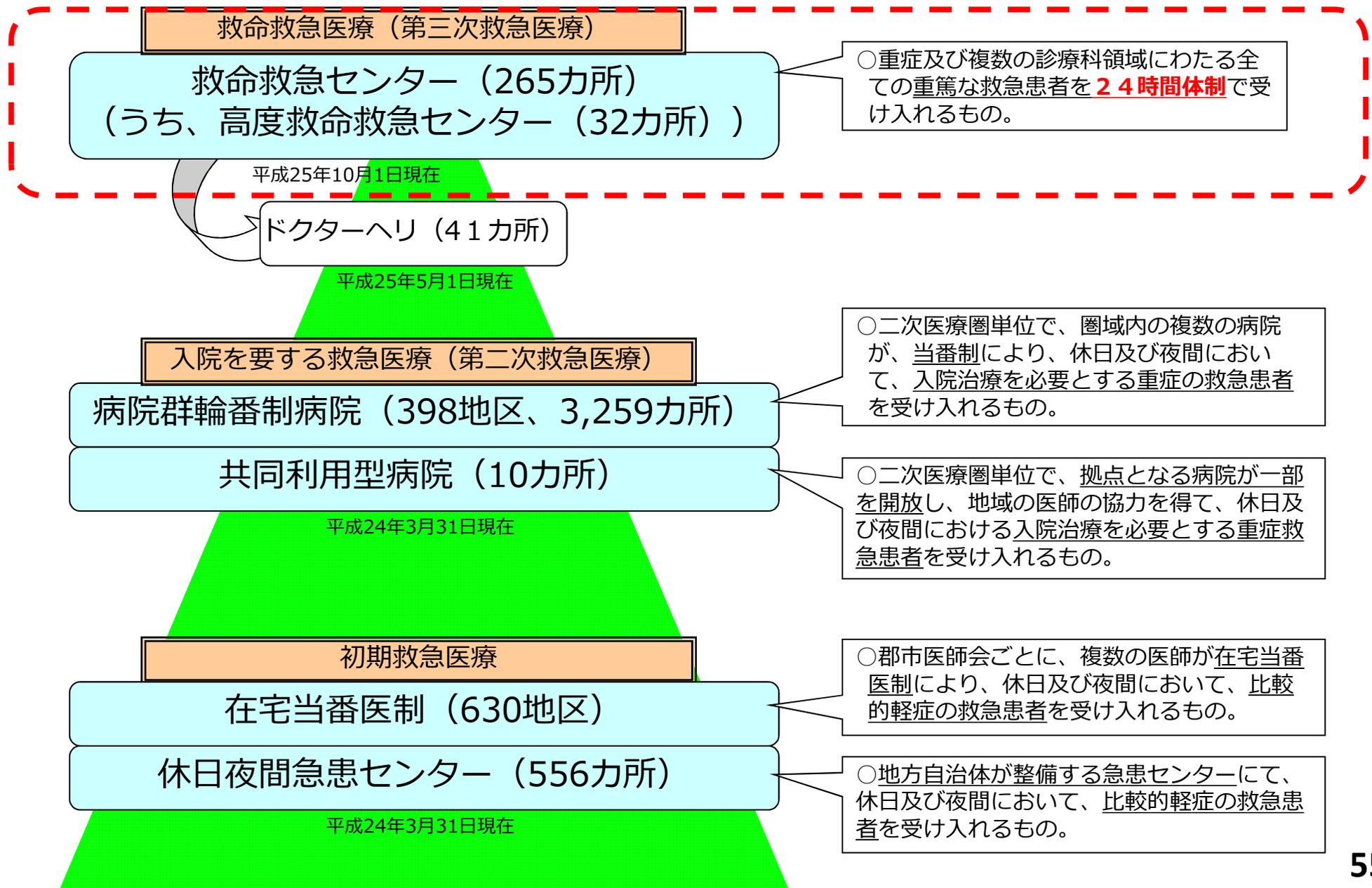
	症例数	比率
一般病床のみ入院症例数	2,164,840	97.5%
精神病床のみ入院症例数	36,835	1.7%
一般病床と精神病床入院症例数	5,006	0.2%

## 考察

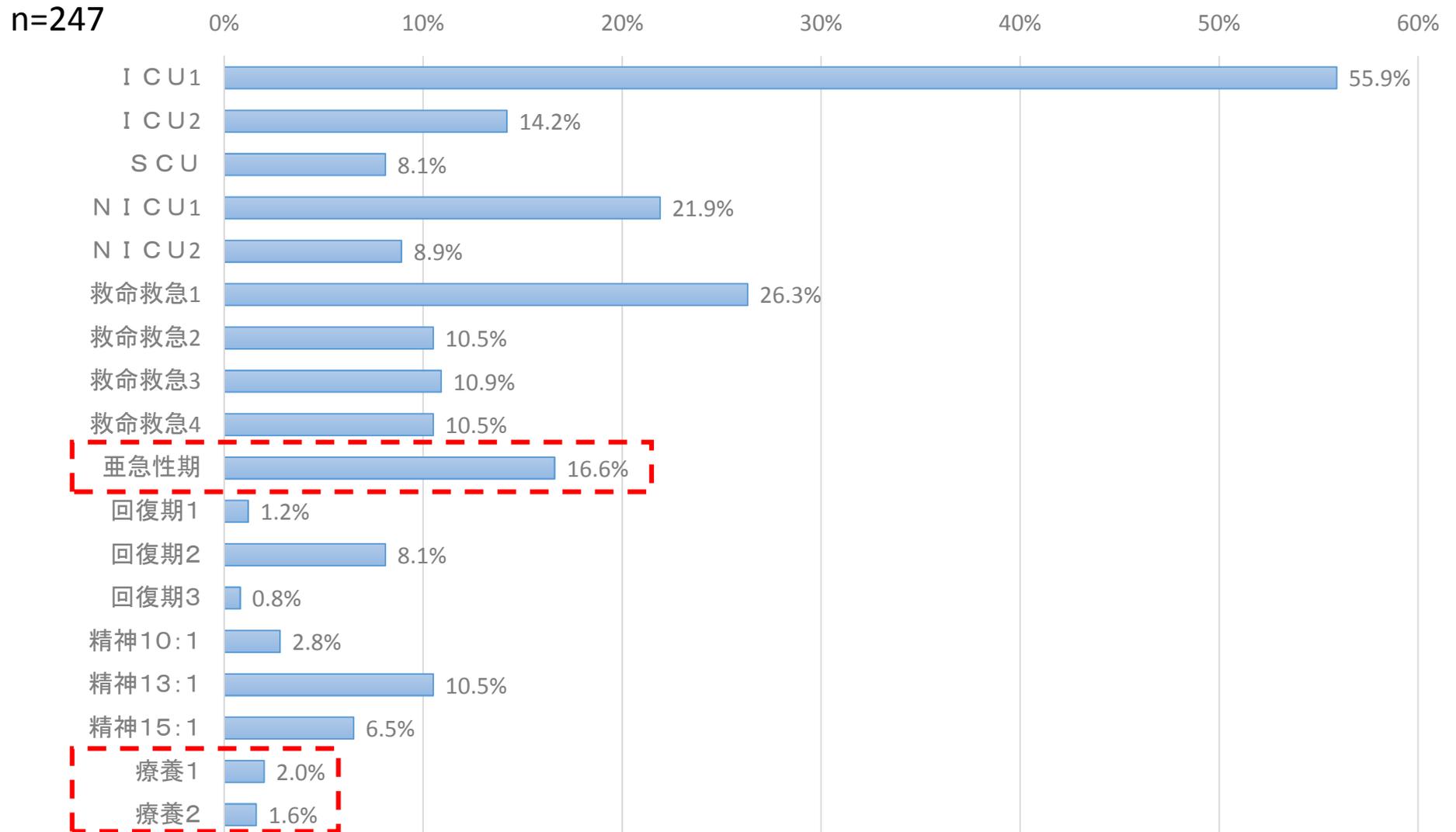
一般病床のみ症例に限定して精神合併症あり症例を精神病床併設の有無で見た場合、1病院当たりの患者数は精神病床併設あり医療機関の方が2倍以上高く、有意差が認められた。

また、精神合併症症例でかつ救急車で搬送された症例に着目した場合であっても、併設あり医療機関の方が扱う症例数は多く、有意差が認められた。

# 救急医療体制体系図



## 総合入院体制加算の届出医療機関について (その他の届出について)

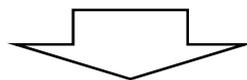


総合入院体制加算を届出している医療機関は、ICU、NICU、救命救急入院料等の届出している割合が高い一方で、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の急性期医療以外の届出もみられる

## 急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

### 【課題】

- 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、急性期後の患者の自宅や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。
- 一方で、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等の評価である総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、人工心肺を用いた手術等の実績に差がみられる。



### 【論点】

- 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行い、精神病棟等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を行うことについて、どう考えるか。
- また、これらの一定の実績を有する医療機関については、急性期医療を担う医療機能をより充実させる観点から、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。