

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 土井 研人

令和6（2025）年 5 月

目 次

I. 総括研究報告

集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

土井研人、西田修、井口竜太、康永秀生、久志本茂樹、卯野木健、河合佑亮、相嶋一登
原嘉孝、麻生将太郎、藤谷茂樹、安宅一晃

----- 1

II. 分担研究報告

1. 集中治療室の使用状況とアウトカムに関する研究 ----- 5

土井研人、西田修、井口竜太、康永秀生、久志本茂樹、卯野木健、河合佑亮、相嶋一登
原嘉孝、麻生将太郎

2. 早期介入による集中治療の必要性を減じる仕組みに関する研究 ----- 21

藤谷茂樹、安宅一晃

(資料) Rapid Response System運用指針

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 39

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

研究代表者 土井 研人 東京大学医学部附属病院 救急・集中治療科 教授

研究要旨

令和5年度には日本集中治療医学会 ICU 入退室指針作成タスクフォースによる ICU 入退室基準の作成を行った。令和6年度では、実際の DPC データを用いた本指針の検証作業を遂行した。7つの予定手術患者、4つの内因性疾患患者を抽出し、ICU 入室の有無及び、ICU 入退室基準を用いて層別化し、あらかじめ設定したアウトカムである死亡率や在院日数、入院費用等を比較した。ICU を使用した患者と使用しなかった患者の比較において、アウトカムの改善あるいは悪化については、ICU 入退室基準を満たす症例に限定しても、すべての病態において様々な結果が得られた。すなわち、ICU を使用しないがためにリスクが上昇した場合と、ハイリスクであるから ICU を使用した場合が混在していると推定された。加えて、Rapid response system (RRS) 等による早期の介入により集中治療医療の必要な患者が減じ得るが、その効果を客観的に示す指標、質の評価基準を作成するべく、日本集中治療医学会 RRS 検討委員会による「全国調査による Rapid Response System (RRS) の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」の2回目の調査を行うとともに、同委員会による Rapid Response System 運用指針の策定を行った。

研究分担者

西田修 藤田医科大学麻酔・侵襲制御医学講座 教授
井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師
康永秀生 東京大学大学院医学系研究科 教授
久志本成樹 東北大学救急医学分野 教授
卯野木健 札幌市立大学看護学部看護学科 成人看護学領域（急性期） 教授
河合佑亮 藤田医科大学麻酔・侵襲制御医学講座 特別研究員
相嶋一登 横浜市立市民病院臨床工学部 技士長
原嘉孝 藤田医科大学麻酔・侵襲制御医学講座 講師
藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学 主任教授
安宅一晃 奈良県総合医療センター救急・集中治療センター センター長
麻生将太郎 東京大学大学院医学系研究科特任准教授

A. 研究目的

集中治療は各臓器システムに生じた重篤な機能不全を対象とする医療であり、集中治療室（intensive care unit; ICU）において種々多様なモニタリングと臓器サポート機器を駆使して、重症患者の生命維持を行い、救命さらには社会復帰をさせることを目的としている。ICU においては、集中治療医療を専門とした医師のみならず、多くの職種からなる医療スタッフが診療にあたる必要がある。一方、我が国の医療提供は、主に臓器・診療科別に分業化された体制によって行われており、適切な集中治療医療が提供されているかについては十分に明らかにされて来なかったことが指摘されている。

令和 5 年度には、集中治療を必要とする患者背景、病態、治療提供体制などの因子について文献検索と専門家による討議（日本集中治療医学会 ICU 入退室指針作成タスクフォース）を行い、ICU 入退室指針を作成した。令和 6 年度では、実際の DPC データを用いた本指針の検証作業を遂行することを目的とした。また、本研究において Rapid Response System 運用指針を作成したが、その効果を客観的に示す指標、質の評価基準を作成するべく「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」を行った。

B. 研究方法

(1)集中治療医療提供に係る調査

DPC データベースを用いて、7 つの予定術後患者および 4 つの内因性疾患患者における ICU 使用の有無と死亡率、在院日数、入院費用といったアウトカムの比較を行った。また、ICU 入退室指針を満たした患者においても同様の検討を行った。

(2) Rapid response system (RRS) 等による早期介入に係る調査

「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」は、院内救急対応に関する現状把握と経年変化追跡を目的とした前向き観察研究（アンケート調査）であり、5 年間にわたって年 1 回の全国調査（WEB フォームによるアンケート調査）を実施している。令和 6 年度は第 3 回の全国調査である。

(3) 倫理面への配慮

(1)の DPC データを用いた解析については、本研究は既に収集されて匿名化されたデータのみを使用するので、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象外である。(2)の RRS に関する全国調査につ

いては、名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会にて承認されている。

C. 研究結果

(1) 集中治療医療提供に係る調査

DPC データベースを用いて 7 つの予定術後患者および 4 つの内因性疾患患者における ICU 使用の有無と死亡率、在院日数、入院費用といったアウトカムの比較を行ったところ、病態によって様々な結果が得られた。すなわち、ICU 使用患者の方が ICU を使用していない患者よりもアウトカムが良い場合と悪い場合が混在していた。日本集中治療医学会 ICU 入退室指針作成タスクフォースによる ICU 入退室指針を満たした患者に限定しても同様の結果が得られた。

(2) Rapid response system (RRS) 等による早期介入に係る調査

回答数は 275 施設（回収率 42.9%）であり、その中で RRS を導入済みの施設は 224 施設（81.5%）であった。病床数別にみると 600 床以上の施設では、第 1 回調査（2022 年度実施）から 9 割の施設が導入済みでありその結果は変化なかったが、それ以外の施設においては導入済み施設数が増加していた。一方で、導入後の定着を示す起動件数では、定着の国際的基準とされる 20 件（新入院千対）を超える施設は、直近の調査においても 13 施設（5.8%）に留まり、10 件（新入院千対）未満が 123 施設（54.9%）であった。

RRS 導入済み施設のうち、定着していないと回答した施設（209 施設）で障壁となっている事象を調査したところ、“対応側のマンパワーが足りない”、“主治医制の文化”、“全職員の教育不足”、“RRS の認知度が低い”、“起動すべきスタッフが起動できていない”等と回答した（複数回答あり）。

D. 考察

(1) 集中治療医療提供に係る調査

DPC データを用いて 7 つの予定手術患者、4 つの内因性疾患患者を抽出し、ICU 入室の有無及び、ICU 入退室基準を用いて層別化し、あらかじめ設定したアウトカムである死亡率や在院日数、入院費用等を比較した。ICU を使用した患者と使用しなかった患者の比較において、アウトカムの改善あるいは悪化については、ICU 入退室基準を満たす症例に限定しても、すべての病態において様々な結果であり、一貫性のある解釈が困難であった。その理由として、ICU を使用しないがためにリスクが上昇した場合と、ハイリスクであるから ICU を使用した場合が混在していると推定された。

前年度に作成した日本集中治療医学会 ICU 入退室指針作成は、①提供する治療・ケア、②患者因子、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源、⑤手術患者について検討を行ったが、DPC データベースから抽出可能な項目は、おもに①提供する治療・ケア、②患者因子に限定されており、特に③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源についての解析が今後必要になると考えられた。すなわち、施設及び地域の利用可能な医療資源の状況を客観的に測定、評価する指標が必要であろう。

また、検討したアウトカムが ICU 使用の有効性を適切に評価できていない可能性、重症度をどのように調整すべきかについての問題提起がなされた。

(2) Rapid response system (RRS) 等による早期介入に係る調査

これまで行った 3 回の全国調査により、RRS を導入している施設が着実に増加していることが明らかとなった。しかしながら、起

動件数は少なく、マンパワー不足に加えて、RRS に関する認知度、教育、文化の熟成といった普及が十分でないことを示す項目が、定着の障壁となっていることが明らかとなった。

令和 4 年度診療報酬改定により充実体制加算が開始され、RRS 導入施設数が増加したことは評価されるが、実際の運用についてはいまだ不十分な施設が多く存在するため、本研究において作成した Rapid Response System 運用指針のさらなる普及に加えて、診療報酬における RRS 運用の評価方法についても検討が必要であると考えられた。

E. 結論

集中治療医療の適正な提供を行うための ICU 入退室指針の妥当性の検証を DPC データベースを用いて試みたが、①提供する治療・ケア、②患者因子、のみならず、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源についての客観的な指標の必要性が明らかとなった。また、Rapid response system (RRS) 等による早期の介入に関する運用指針を定めるとともに、全国調査による現状の把握を行った。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

委員会報告 Rapid Response System 運用指針、日本集中治療医学会 RRS 運用指針作成ワーキンググループ、日集中医誌 2025;32:R15

2. 学会発表

日本集中治療医学会第 52 回学術集会ワークショップ 3 (WS) / 学会と行政の連携は有事に威力を発揮するか？

集中治療医療の提供体制に関する研究報告（土井研人）

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

集中治療室の使用状況とアウトカムに関する研究

研究代表者 土井 研人 東京大学医学部附属病院 救急・集中治療科 教授

研究要旨

集中治療医療を行う場である ICU への入退室基準は、適正な集中治療医療提供体制には必要不可欠である。令和 5 年度に作成した日本集中治療医学会 ICU 入退室指針の妥当性を検証するために、リアルワールドデータである DPC データベースを用いて各種アウトカムの評価を行った。予定手術 7 術式および内因性疾患 4 疾患において検証を行ったところ、病態とアウトカムにより様々な結果が得られ、一貫性のある解釈が困難であることが明らかとなった。すなわち、ICU に入室しなかったがためにリスクが上昇した患者と、ハイリスクであるから ICU を利用した患者が混在していたことが推定された。

A. 研究目的

本研究では、令和 5 年度に集中治療を必要とする患者背景、病態、治療提供体制などの因子について文献検索と専門家による討議（日本集中治療医学会 ICU 入退室指針作成タスクフォース）を行い、ICU 入退室指針を作成した。令和 6 年度では、実際の DPC データを用いた本指針の検証作業を遂行することを目的とした。

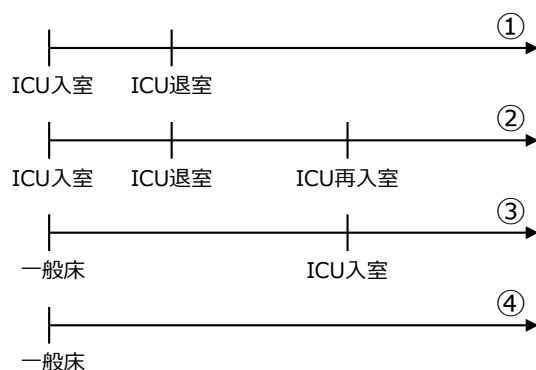
B. 研究方法

(1)集中治療医療提供に係る調査

DPC データベースは、グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンが保有する全国 281 病院（ICU あり）の 2019 年 1 月～2024 年 3 月 DPC データを用いた。また、新型コロナウイルス感染症パンデミック（コロナ禍）は 2020 年 2 月～2023 年 4 月とし、それ以外時の時期（2019 年 1 月～2020 年 1 月および 2023 年 5 月～2024 年 3 月）は非コロナ禍とした。

ICU 使用に関して以下の 4 つのパターンを設定した。術後あるいは入院時から、

- ①ICU 入室後一般床へ転床、
- ②ICU 入室後に一般床へ転床したが再度 ICU へ入室、
- ③一般床から ICU へ入院経過中に入室、
- ④入院・術後から ICU を使用していない。



予定手術の術式の選択については、ICU 入退室指針でも引用されている Medicare 高リスク腹部 5 大手術（腹部大動脈瘤血管内手術、膀胱全摘術、膵頭十二指腸切除術、食道切除術、腹部大動脈瘤開腹手術、実際には腹部大動脈瘤手術として 1 つにまとめるため 4 術式）と、施設によって ICU 入室の有無が異なるであろうと予想された 3 術式（肝切除術、肺切除術、自家遊離皮弁術）を採用すること

とした。

内因性疾患については本研究で使用した DPC データベースにおいて、実際に ICU 入室した内因性疾患の上位 20 疾患から、心不全、敗血症、脳卒中（脳梗塞＋非外傷性頭蓋内血腫）、肺炎（誤嚥性肺炎を含む）を選択した。高齢者に対する治療の差し控えの要素を考慮して、75 歳未満と 75 才以上で層別化を行った。

日本集中治療医学会 ICU 入退室指針

(<https://www.jsicm.org/publication/guideline.html>) では、①提供する治療・ケア、②患者因子、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源、⑤手術患者、といった項目立てで構成されており、それぞれに病態、用いる医療機器や治療内容が規定されている（表 1）。①提供する治療・ケアについて、厳密な基準（A）と緩やかな基準（B）を定めた。②患者要因においては、ICU 入退室指針では SOFA スコアが 6 点および 12 点が目安となるとされていたが、令和 6 年度の診療報酬改定において、特定集中治療室管理料の要件において SOFA スコア 5 点あるいは 3 点以上の患者が一定割合で存在することが追加された経緯を鑑み、SOFA スコア 5 点（基準 A）あるいは 3 点（基準 B）とするこ

ととした。

基準 A：表 1 にある①提供する治療・ケアの全てに該当する、SOFA スコア 5 点以上

基準 B：表 1 にある①提供する治療・ケアのから少なくとも 2 項目以上、SOFA スコア 3 点以上

(2) 倫理面への配慮

本研究は既に収集されて匿名化されたデータのみを使用するので、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象外である。

C. 研究結果

予定手術患者での検討

本検討では表 2 に示す患者が検討対象となった。腹部大動脈瘤切除術および食道悪性腫瘍手術では ICU 使用が多い一方で、膀胱悪性腫瘍手術は ICU を使用しない症例が多く、膵頭十二指腸切除術、肝切除術、肺切除術では約半数から 6 割程度の患者が術後に ICU を使用していた。これらの患者について、死亡率（図 1, 2）、平均在院日数（図 3, 4）、入院費用（図 5, 6）の比較を 75 歳以上と 75 歳未満に分けて行った。②ICU→一般→ICU および③一般→ICU の 2 群のアウトカムは一貫して①ICU→一般、④ICU なしと比べて悪い結果であった。①ICU→一般と④ICU なしの比較においては、①ICU→一般がやや死亡率が高い傾向にあった。また、入院費用においては②ICU→一般→ICU および③一般→ICU の 2 群が高く、①ICU→一般においても④ICU なし、よりも入院費用が高い傾向にあった。

次に日本集中治療医学会 ICU 入退室指針に基づき、厳密な基準（A）と緩やかな基準

（B）をこれらの解析に当てはめて更なる検証を行った。特に ICU 入室割合が 50–60% 程度であった膵頭十二指腸切除術および肝切除術の死亡率（図 7-10）においては、ICU 入退室基準に基づいた入室基準を当てはめても同様の結果であることが明らかとなった。また、全体を通じてコロナ禍と非コロナ禍での有意な差異は観察されなかった。

内因性疾患での検討

4 つの内因性疾患（心不全、敗血症、脳卒中（脳梗塞＋非外傷性頭蓋内血腫）、肺炎（誤嚥性肺炎を含む））に対して、予定手術患者と同様の解析を行った。日本集中治療医学会

ICU 入退室指針に基づく厳密な基準 (A) と緩やかな基準 (B) を満たす患者に限定して、死亡率 (図 11-14)、平均在院日数 (図 15-18)、の比較を 75 歳以上と 75 歳未満に分けて行った。予定手術患者における検討と同様に、②ICU→一般→ICU および③一般→ICU の 2 群のアウトカムは一貫して①ICU→一般、④ICU なしと比べて悪い結果であった。また、①ICU→一般と④ICU の比較においては、①ICU→一般の死亡率が 1.5~2 倍程度まで高いことが、心不全を除く 3 疾患で観察された。コロナ禍と非コロナ禍での有意な差異は観察されなかった。

D. 考察

本研究においては予定手術あるいは内因性疾患の患者に対して、ICU へ入室させて集中治療医療を適切に提供するための基準について検証を行った。前年度に策定した ICU 入退室指針は、文献検索と専門家による討議により、5つの項目 (①提供する治療・ケア、②患者因子、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源、⑤手術患者) に分けて議論されている。これらの 5 項目のうち、主に①提供する治療・ケア、②患者因子について注目して DPC データベースを用いた検証作業を行ったが、ICU に入室することで死亡率が減少する、あるいは在院日数の短縮や入院費用の減少といった益は明確には観察できなかった。

ICU における集中治療の効果を明確に検出できなかったことについては、複数の理由が考えられる。第一に、ICU 入退室を判断する要素はきわめて多岐に亘り、複数の情報を統合して判断しなくてはならない。ICU 入退院指針でも指摘されているように、我が国あるいは国内外においては、人口あたりの ICU 病床数の格差が大きく、施設の有する集中治療に

関連した医療資源が異なる中で、ICU 入退室の絶対的基準を設けることは現時点では困難である。これらを考慮したうえでの検討が今後は必要であると考ええる。すなわち、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源に関する客観的かつ測定可能な指標を得ることで、これらを用いた基準を ICU 入退室に際して用いれば、ICU における集中治療の有用性が最大限に発揮できるものと期待される。言い換えると、「各施設のおかれた現状を合わせ、施設毎に ICU 入退室基準を作成する」という現状が、この議論と合致している。本研究においても令和 5 年度には、2 次・3 次医療圏ごとの ICU 病床分布を病床機能報告などの公的データベースから取得する方法を確立したが、ICU ベッド数の情報のみであること、DPC データベースとの連携が困難であること等の課題が克服できなかった。今後は、各医療機関において集中治療医療の提供についての定期的な報告を行政及び学会が一体となって収集・評価するシステムの構築が必要であると思われる。

ICU における集中治療の効果を明確に検出できなかった第二の理由は重症度による調整が行えていない点である。本検討に用いた DPC データベースにおいても、年齢や併存疾患に加えて、手術時間や輸血量、使用したカテコラミンの種類、肺炎重症度スコア (A-Drop)、意識レベルスコア (Japan Coma Scale)、心不全スコア (Killip 分類) などが得られるが、今回の検討においては施行することが出来なかった。これまで DPC データベースを用いた研究においては、処置情報を用いた患者重症度の評価が、重症患者における適切なリスク調整ツールとして使用できること (Ohbe H et al. *Acute Med Surg*. 2021;8(1):e719.)、重症肺炎、急性心筋梗塞、予定手術後の患者での ICU 入室に対する

死亡率への効果が特に重症度の高い患者では関連があることが報告されている (Ohbe H et al. Lancet Reg Health West Pac. 2021;13:100185, Ohbe H et al. Crit Care Med. 2022;50(6):977-985., Ohbe H et al. Eur J Anaesthesiol. 2022;39(5):436-444.)。

手術後 ICU 入室と内因性疾患による ICU 入室を同様に扱うべきかについては、同じ ICU 入退室基準を当てはめた場合のアウトカム比較において、両者は同様の傾向を示しており、今回の検討では明らかに出来なかった。予定手術患者よりも内因性疾患患者の方が全体的に死亡率が高く、しかも内因性疾患では入院中にどのタイミングでも ICU を使用した患者は、一度も ICU を使用しなかった患者に比べて死亡率が高いことが観察されている。このことは、予定手術患者の術後観察目的 ICU 入室と、重症度の高さにより ICU 入室が検討されるであろう内因性疾患の違いを示唆するものである。また、先に述べた DPC データベースを用いた検討でも、観察目的にて ICU 入室となった患者における院内死亡に関する効果は認められていない。

本研究におけるアウトカムは、令和 5 年度に文献検索と DPC データベースでのデータ利用可能性を考慮して、表 3 に示すアウトカムを設定した。しかしながら、ICU 入室においては、看護師の術後観察に関する業務量や医療安全に関連する事象（医療過誤の発生な

ど）が考慮されていることを鑑みると、このような要素もアウトカムとして測定できる体制を構築する必要があると考えられた。

E. 結論

集中治療医療の適正な提供を行うための ICU 入退室指針の妥当性の検証を DPC データベースで試みたが、①提供する治療・ケア、②患者因子、のみならず、③施設の有する医療資源、④地域の集中治療関連の医療資源についての客観的な指標の必要性が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

日本集中治療医学会第 52 回学術集会
ワークショップ 3 (WS) / 学会と行政の連携は有事に威力を発揮するか？
集中治療医療の提供体制に関する研究報告 (土井研人)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 ICU 入退室指針における項目

提供する治療・ケア	循環サポート(IABP, ECMO, IMPELLA, VAD, 昇圧薬・強心薬)
提供する治療・ケア	人工呼吸器（急性期に限る）
提供する治療・ケア	厳重なモニタリング（肺動脈圧、心拍出量、ICP、体温管理療法）
患者因子	重症度スコア（SOFA）
患者因子	年齢
患者因子	重要臓器の併存疾患（心不全、COPD、悪性腫瘍）
施設の有する医療資源	ICU 病床数
施設の有する医療資源	中間ユニットの有無
地域の集中治療関連の医療資源	複数の生命維持治療ができる近隣施設の有無
地域の集中治療関連の医療資源	地域における ICU 病床数
手術患者	手術部位
手術患者	侵襲
手術患者	出血量
手術患者	長時間 A2A4:B16A5:B16A4A2:B16

表 2 術式別症例数内訳

	年齢区分	ICU→一般		ICU→一般→IUC		一般→ICU		ICUなし	
		コロナ禍	非コロナ禍	コロナ禍	非コロナ禍	コロナ禍	非コロナ禍	コロナ禍	非コロナ禍
1,腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	75歳未満	4,943	3,101	196	116	57	40	2,644	1,495
	75歳以上	3,237	2,069	169	126	43	31	1,648	961
2,膀胱悪性腫瘍手術	75歳未満	723	507	23	15	60	30	37,313	22,621
	75歳以上	666	433	30	13	80	46	42,804	27,106
3,腹部大動脈瘤切除術	75歳未満	4,411	2,823	98	55	20	16	859	529
	75歳以上	2,761	1,725	103	71	10	7	418	310
4,食道悪性腫瘍手術	75歳未満	579	429	28	25	7	4	96	78
	75歳以上	212	150	16	17	4	1	54	35
5,肝切除術	75歳未満	5,180	3,169	109	76	32	18	3,398	2,016
	75歳以上	2,911	1,789	99	58	38	16	1,675	1,042
6,肺切除術	75歳未満	2,290	1,514	65	38	20	10	2,076	1,222
	75歳以上	1,221	677	53	19	19	15	1,033	665
7,自家遊離複合組織移植術, 遊離皮弁術	75歳未満	2,356	1,391	81	36	27	19	2,569	1,550
	75歳以上	581	388	31	15	12	3	225	138

図1 7術式における死亡率比較（非コロナ禍）

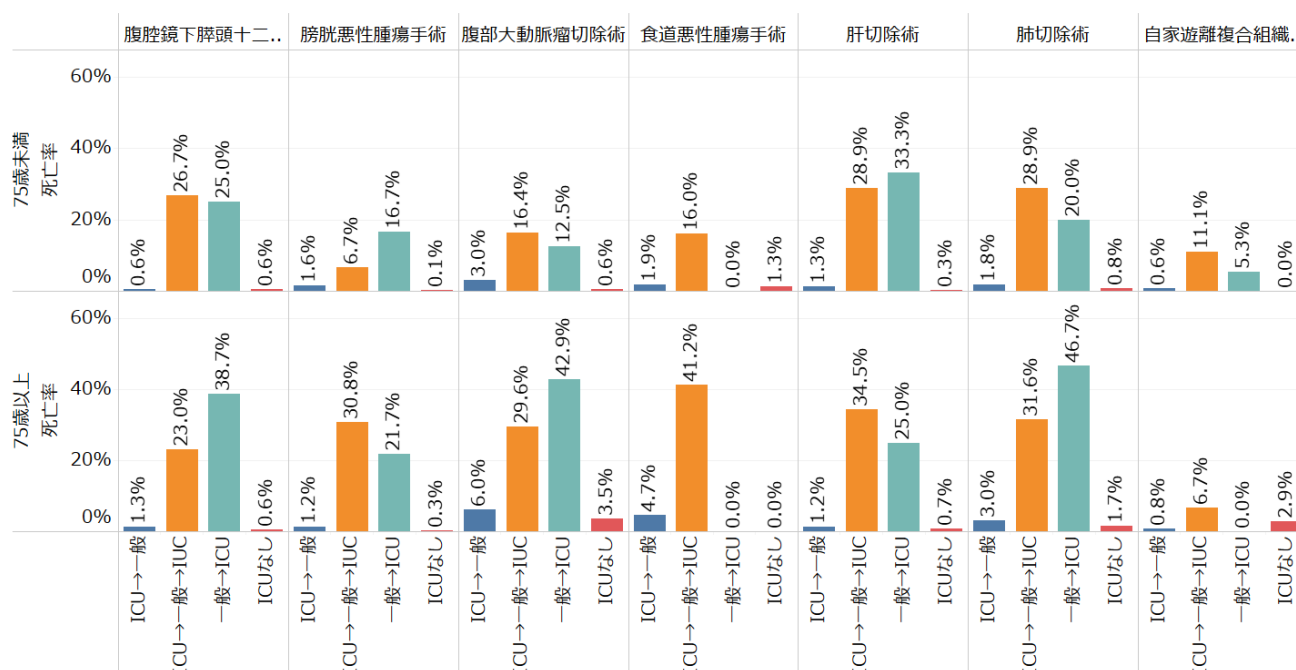


図2 7術式における死亡率比較（コロナ禍）

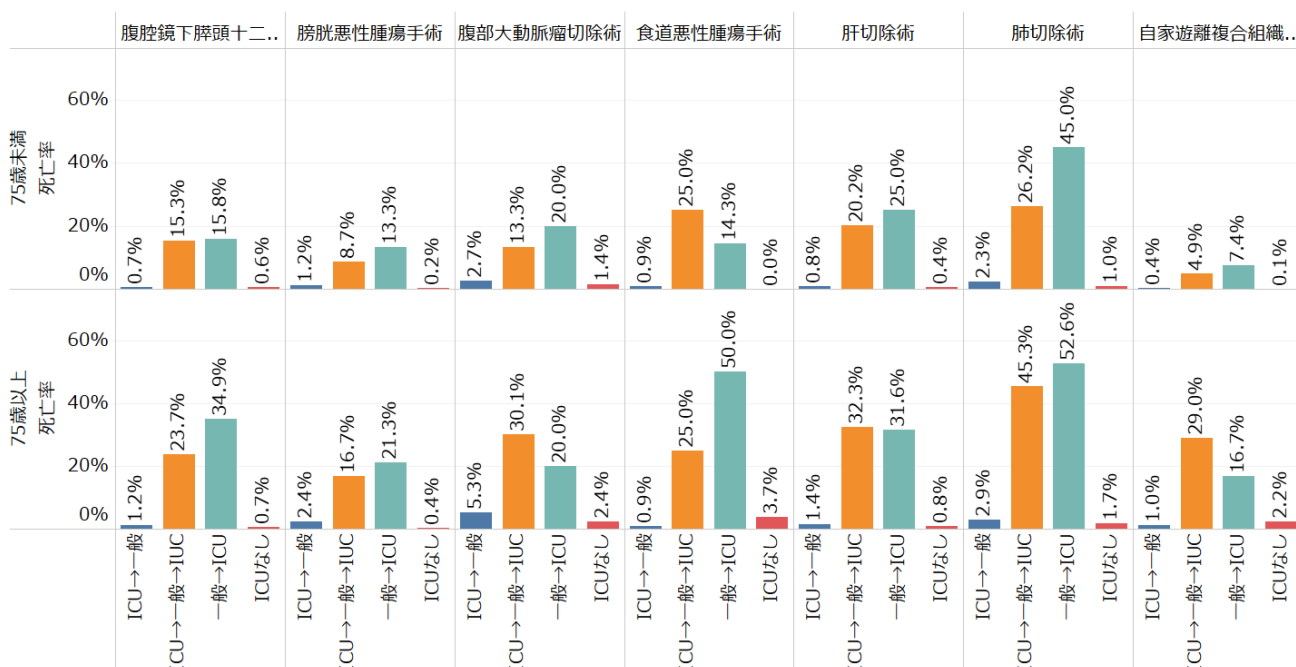


図3 7術式における平均在院日数比較（非コロナ禍）

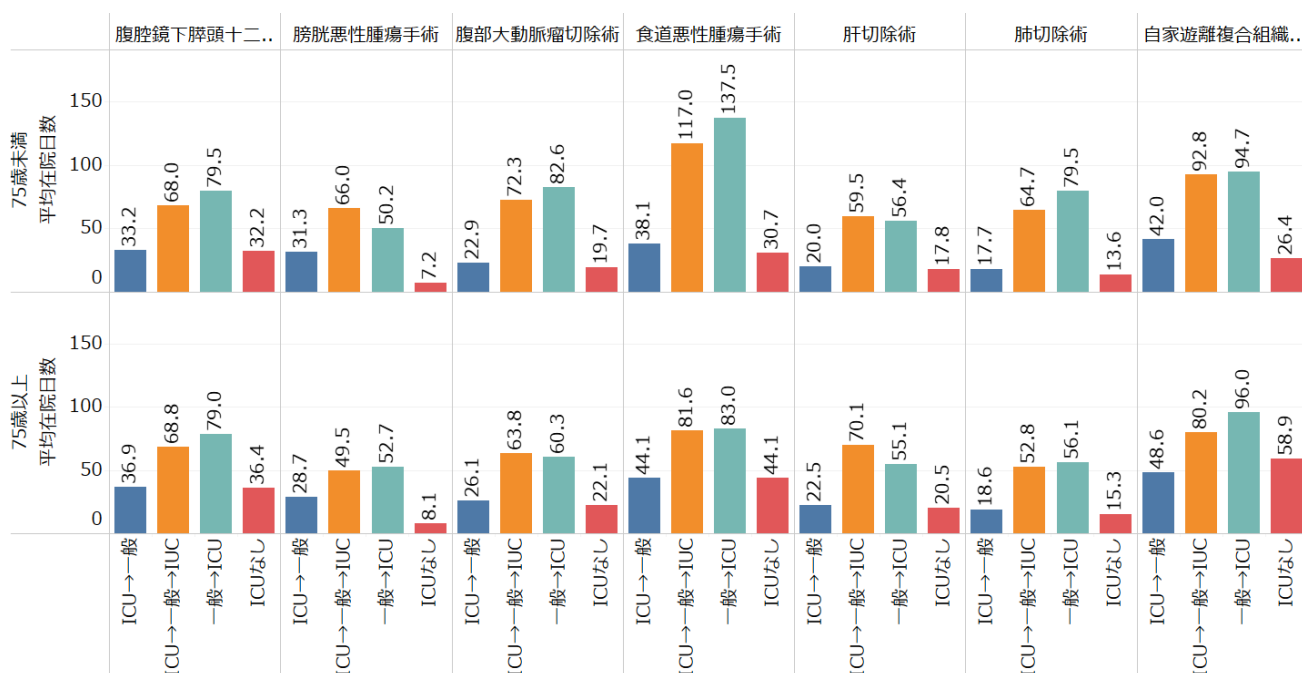


図4 7術式における平均在院日数比較（コロナ禍）

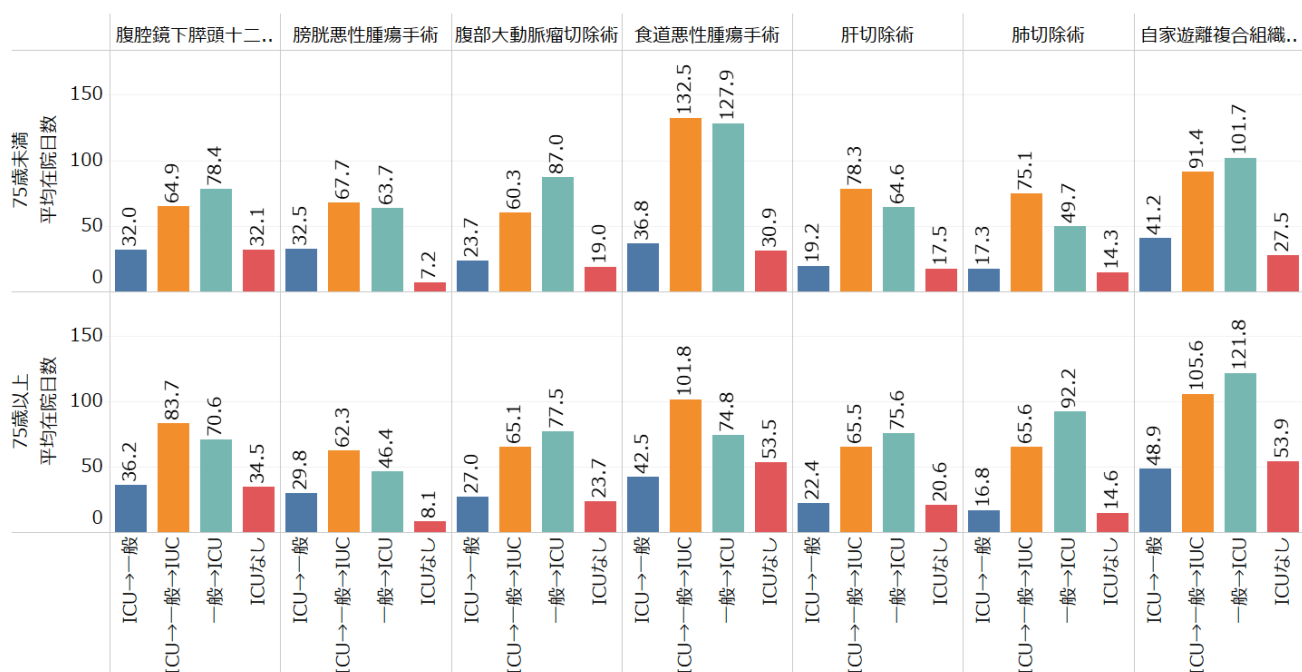


図5 7術式における入院費用比較（非コロナ禍）

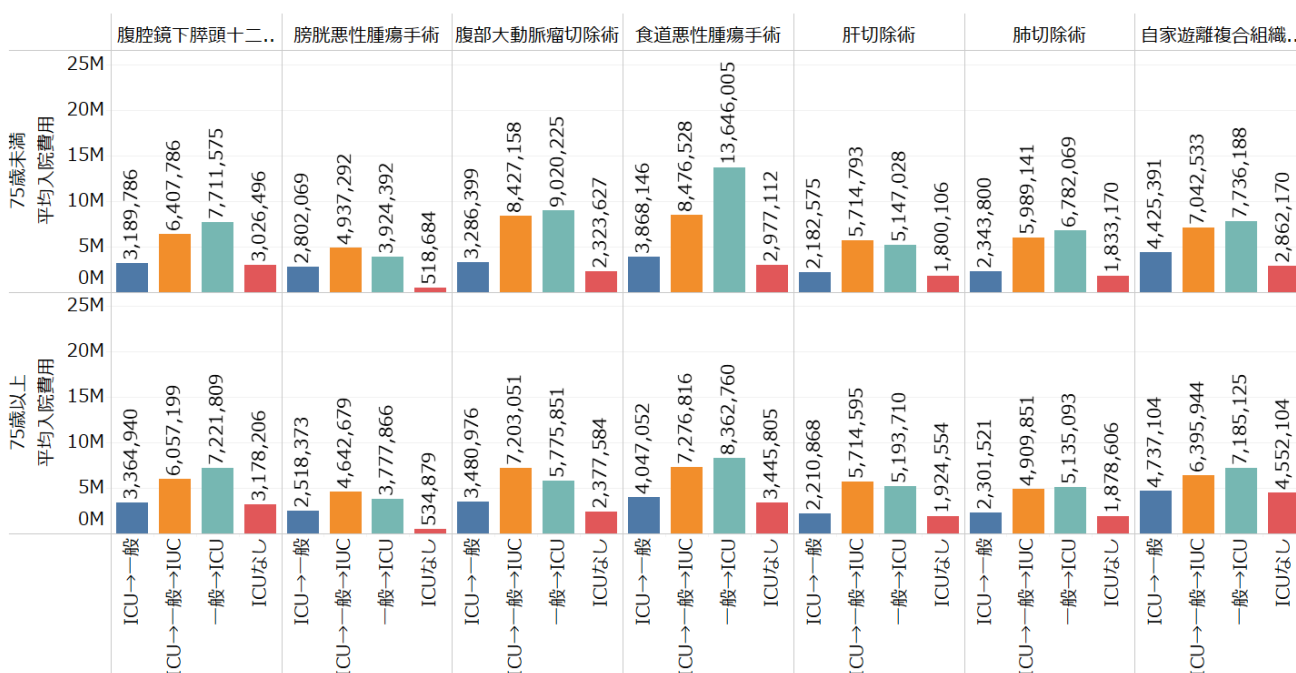


図6 7術式における入院費用比較（コロナ禍）

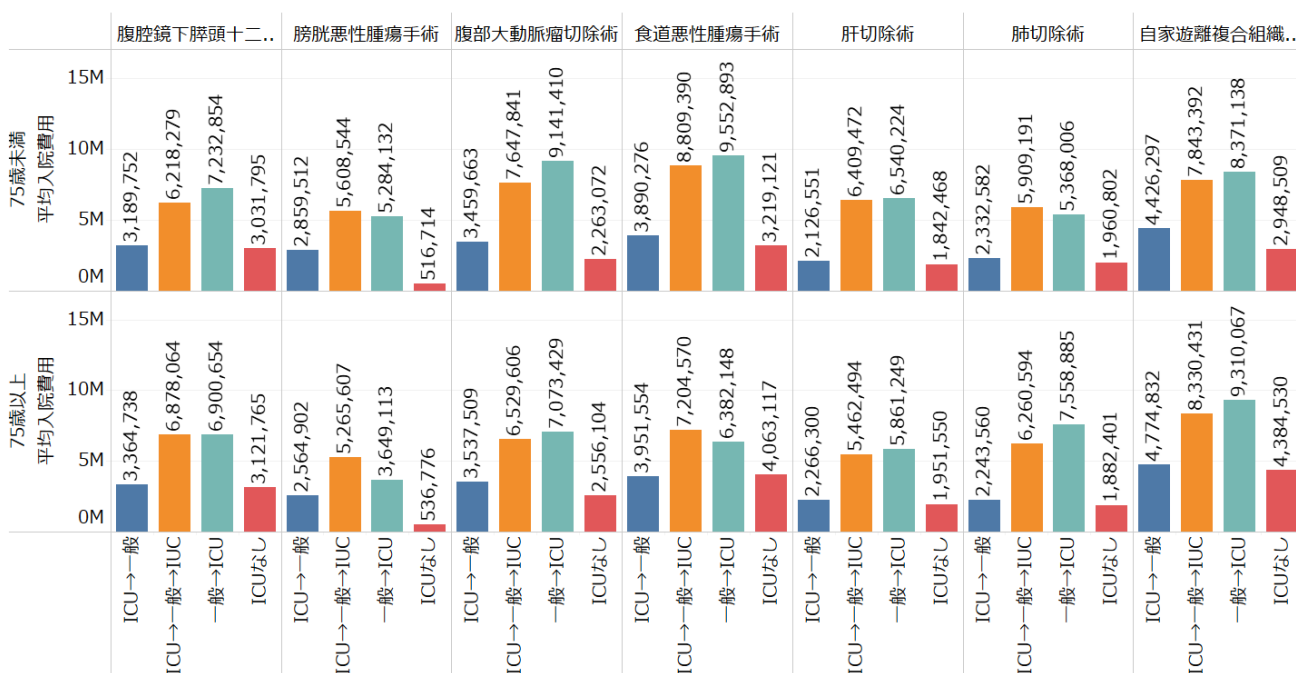


図7 死亡率比較 (ICU入室基準A 非コロナ禍)

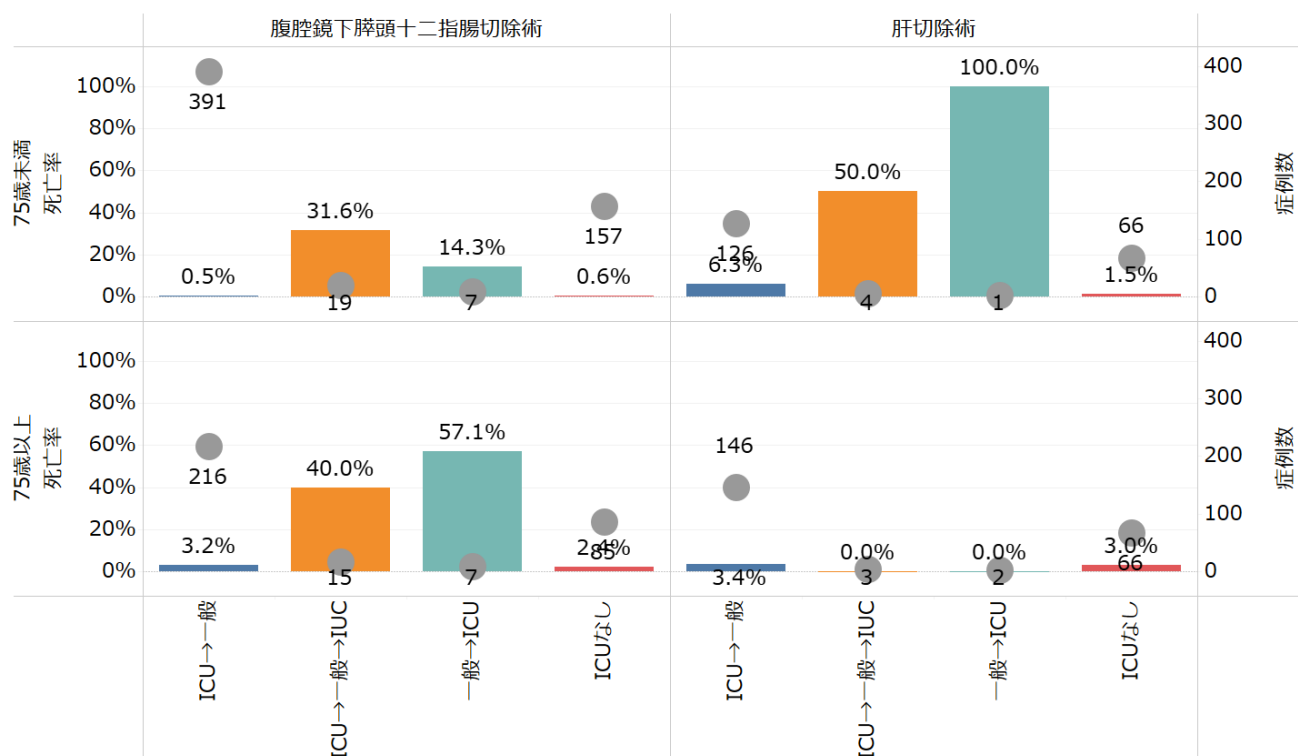


図8 死亡率比較 (ICU入室基準A コロナ禍)

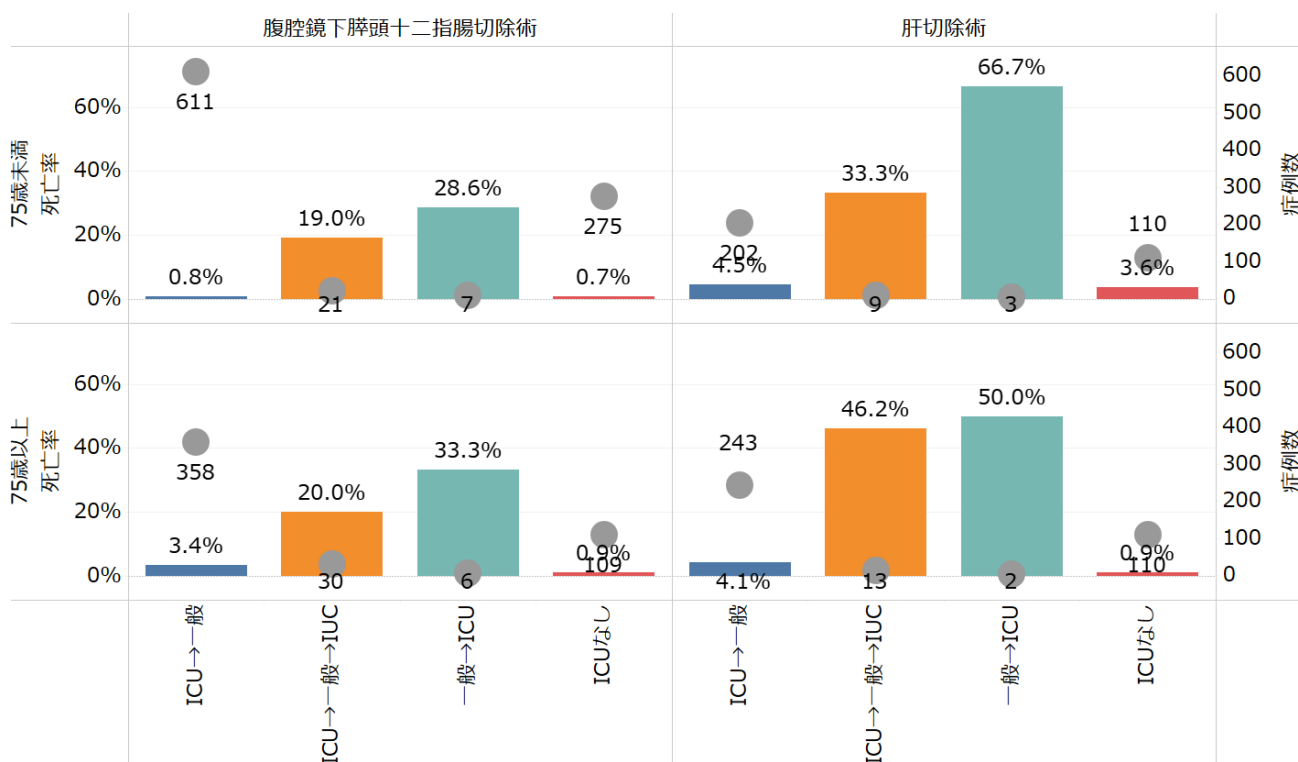


図 9 死亡率比較 (ICU 入室基準 B 非コロナ禍)

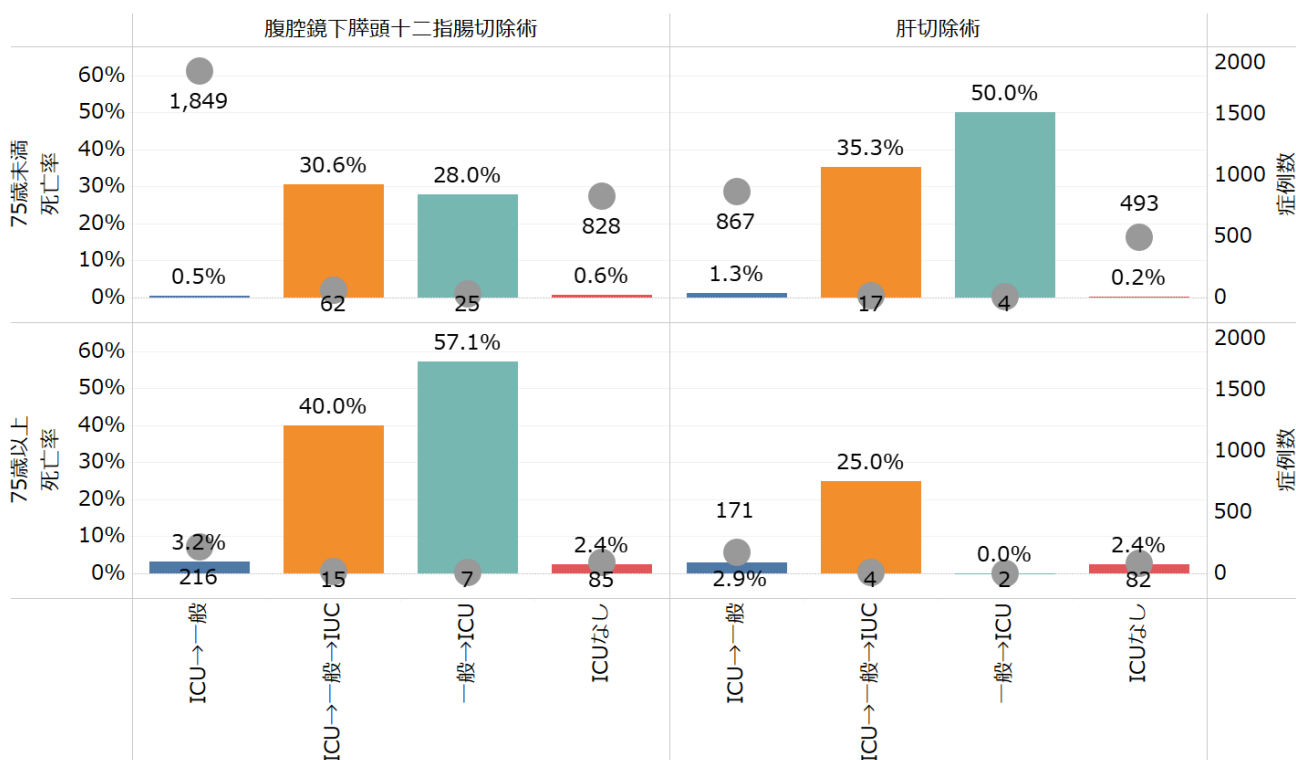


図 10 死亡率比較 (ICU 入室基準 B コロナ禍)

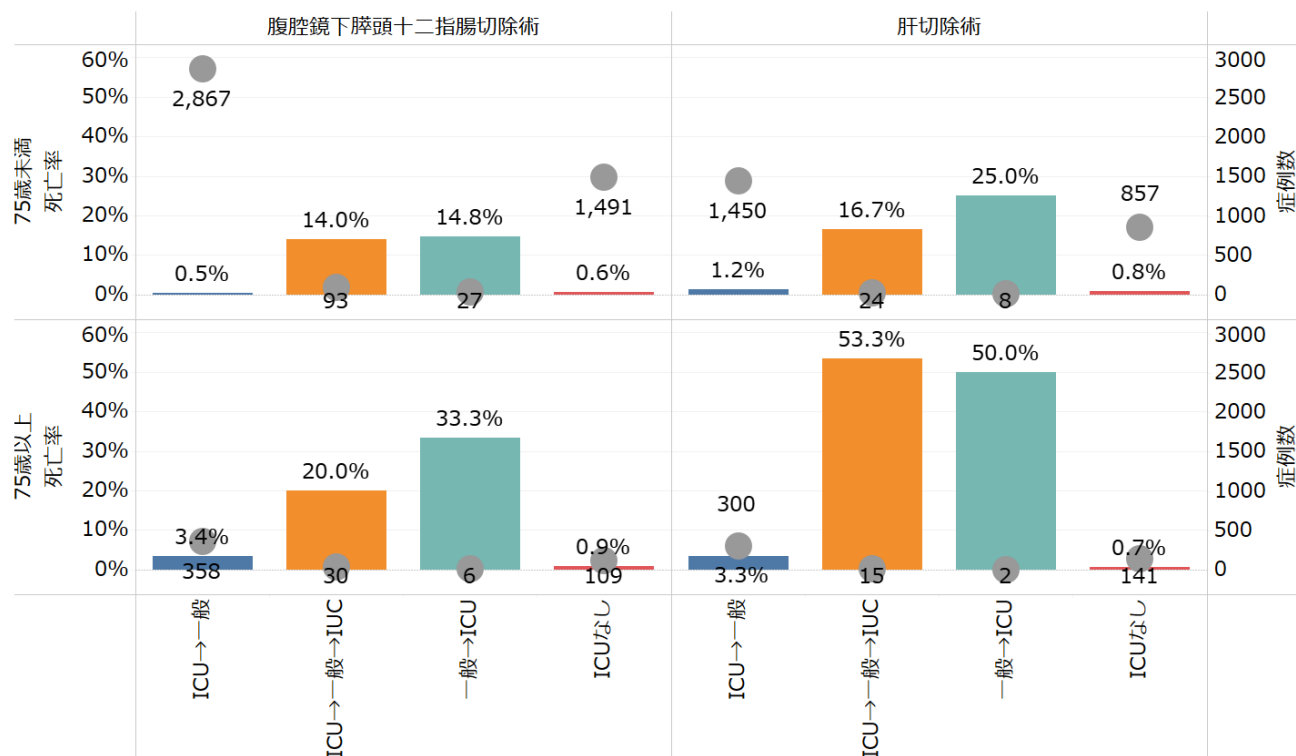


図 11 内因性疾患における死亡率比較（ICU 入室基準 A 非コロナ禍）

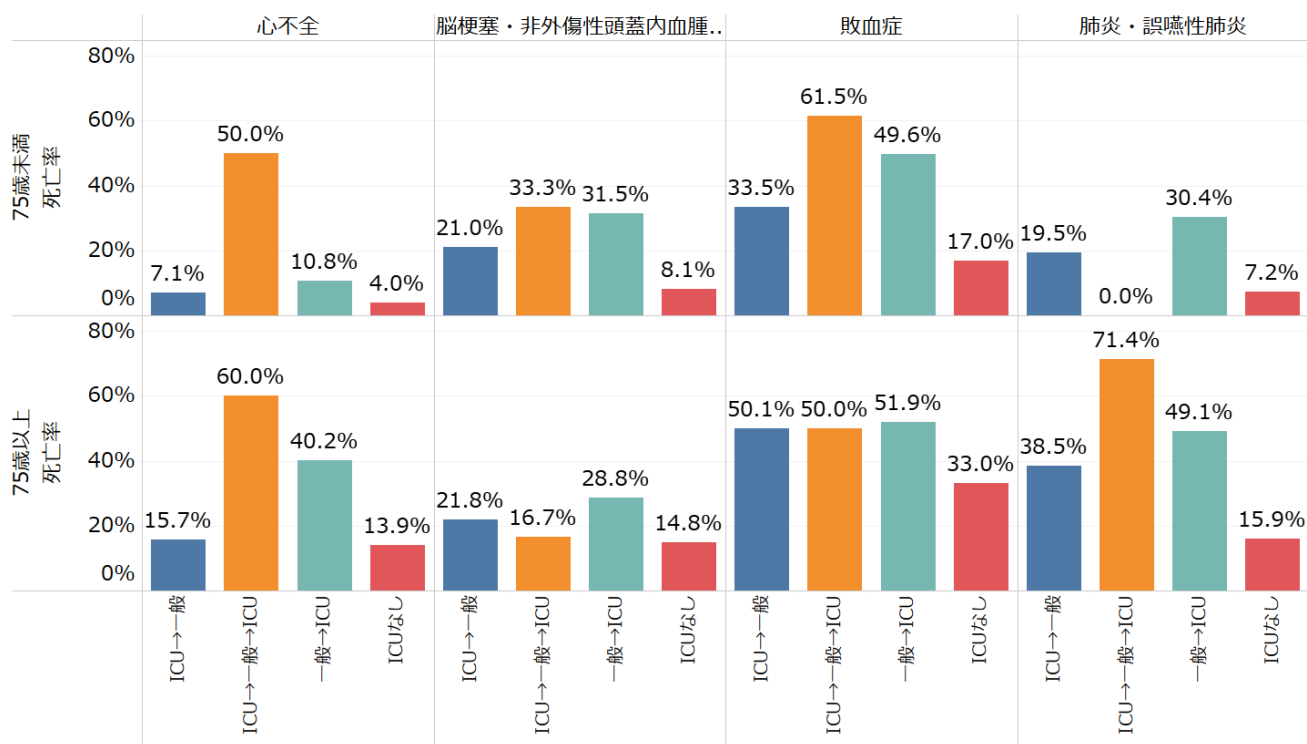


図 12 内因性疾患における死亡率比較（ICU 入室基準 A コロナ禍）

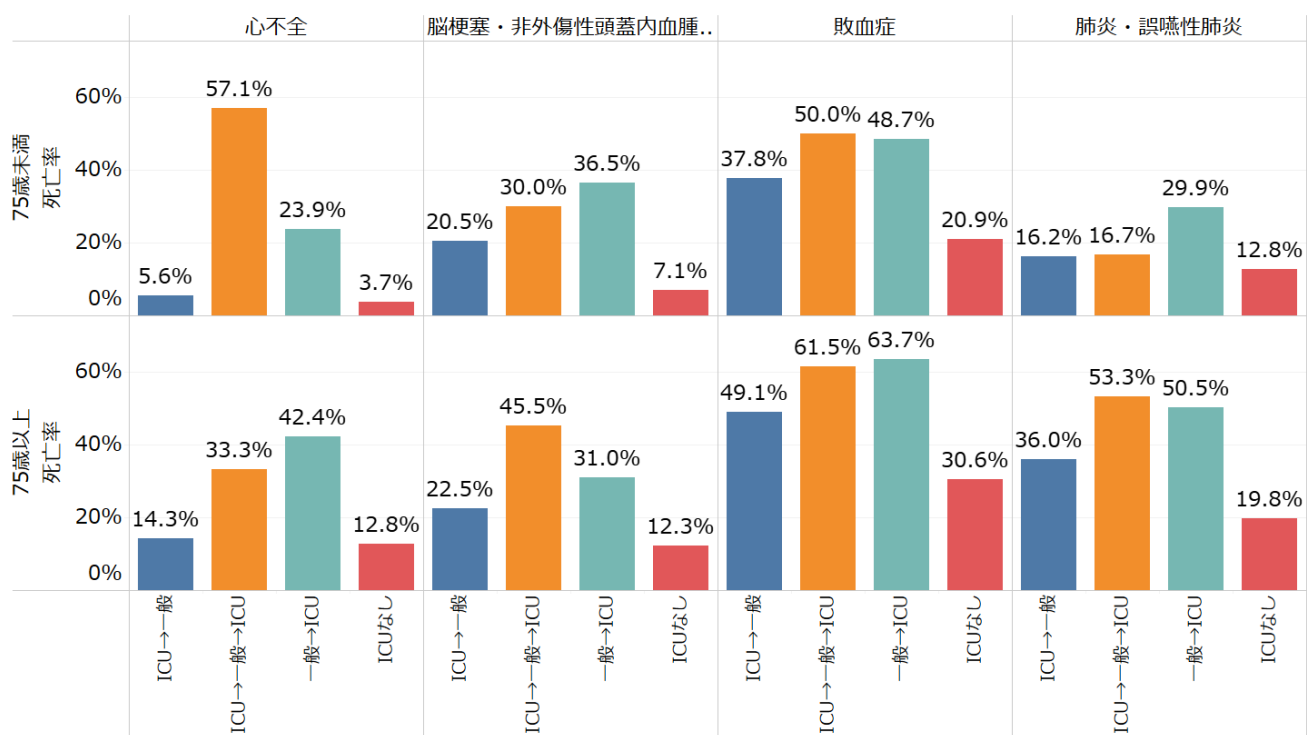


図 13 内因性疾患における死亡率比較（ICU 入室基準 B 非コロナ禍）

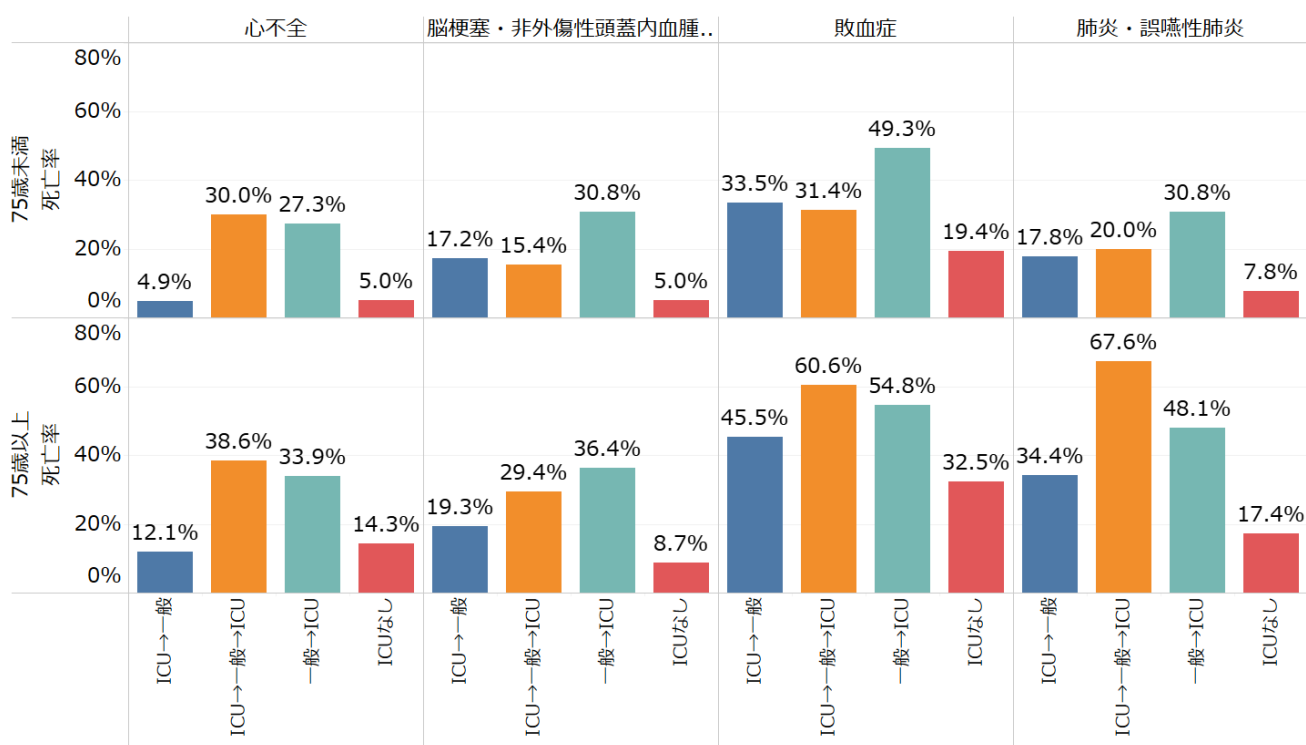


図 14 内因性疾患における死亡率比較（ICU 入室基準 B コロナ禍）

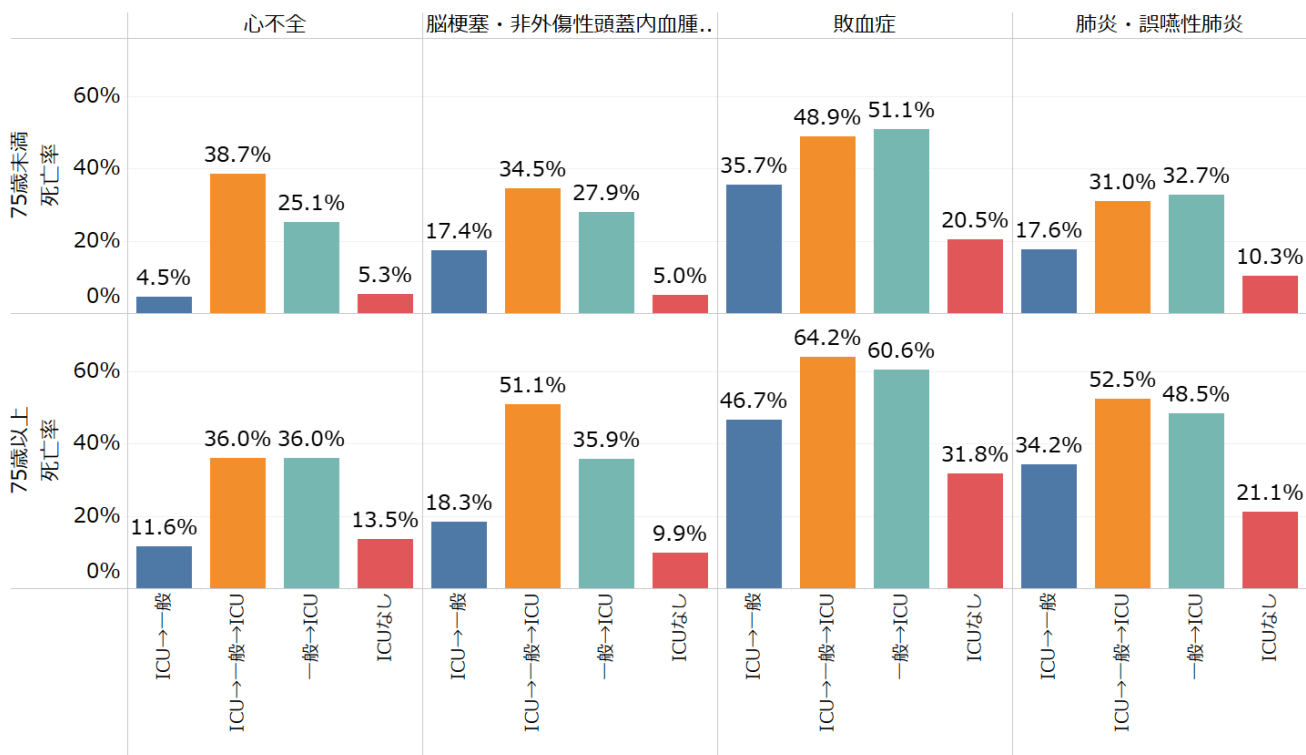


図 15 内因性疾患における在院日数比較（ICU 入室基準 A 非コロナ禍）

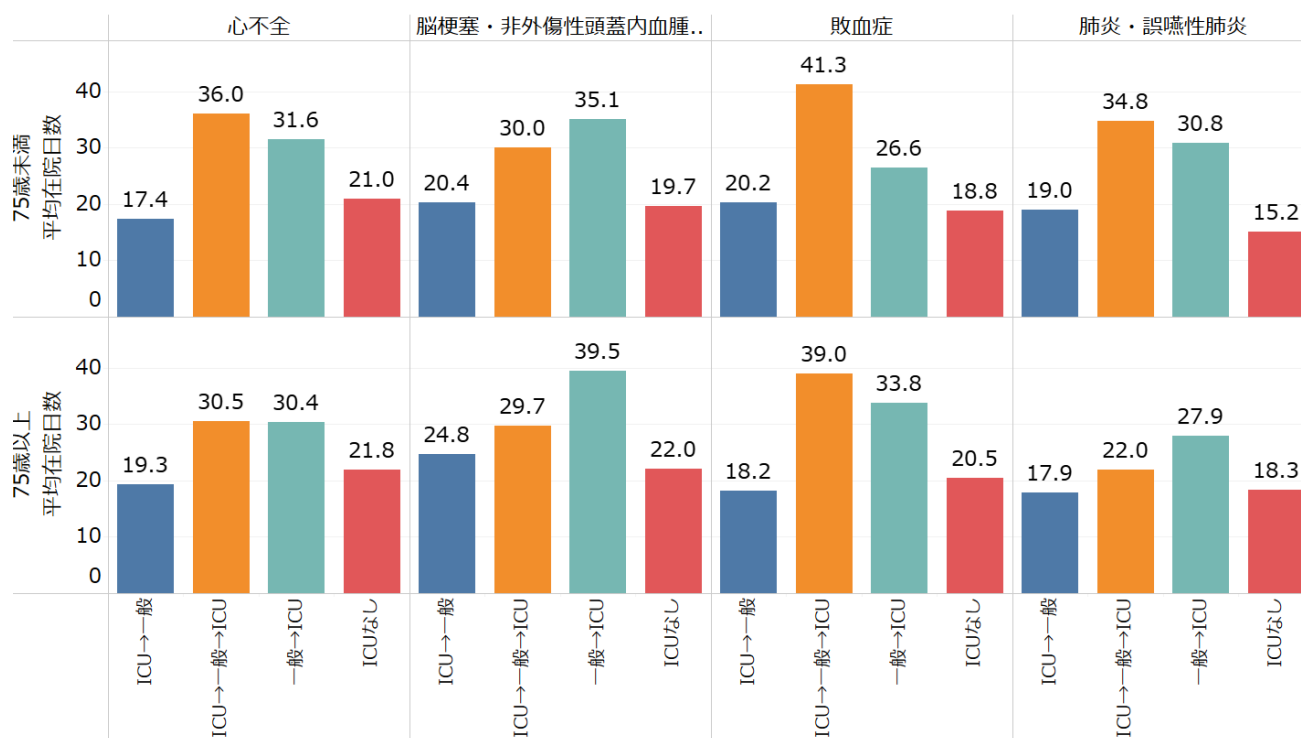


図 16 内因性疾患における在院日数比較（ICU 入室基準 A コロナ禍）

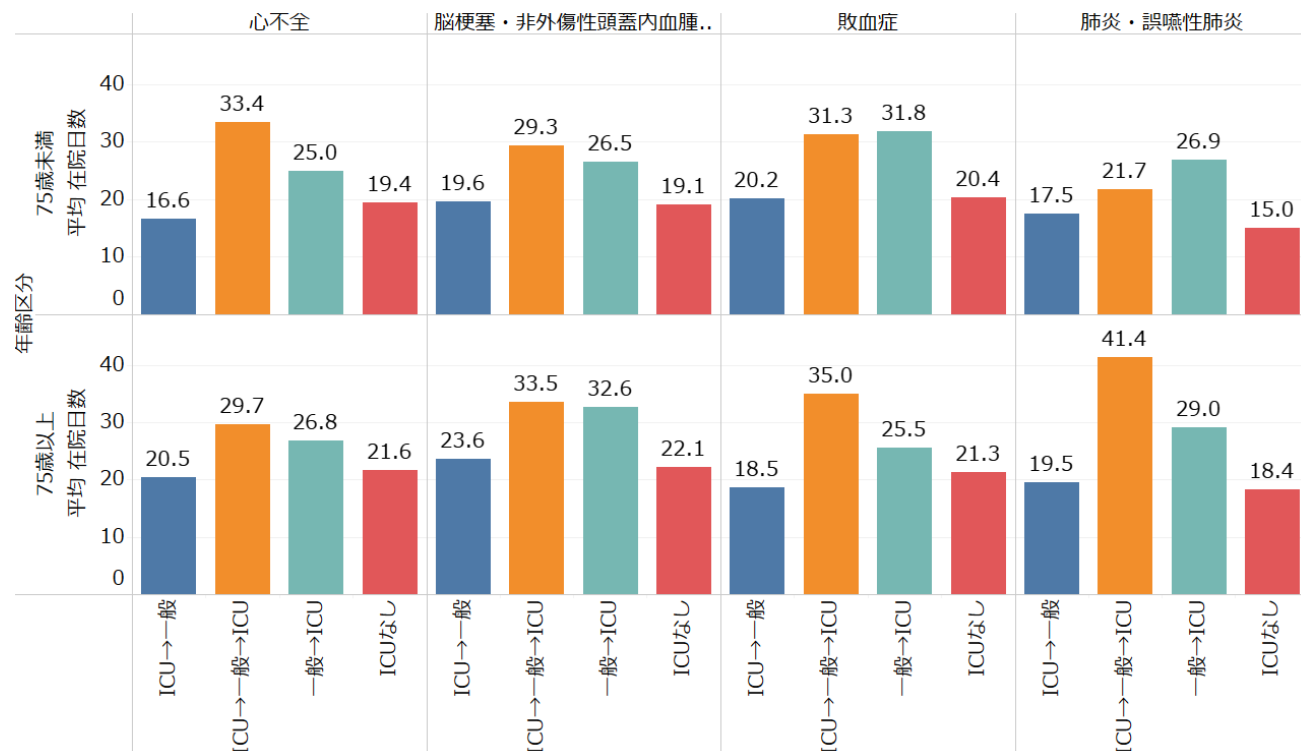


図 17 内因性疾患における在院日数比較（ICU 入室基準 A 非コロナ禍）

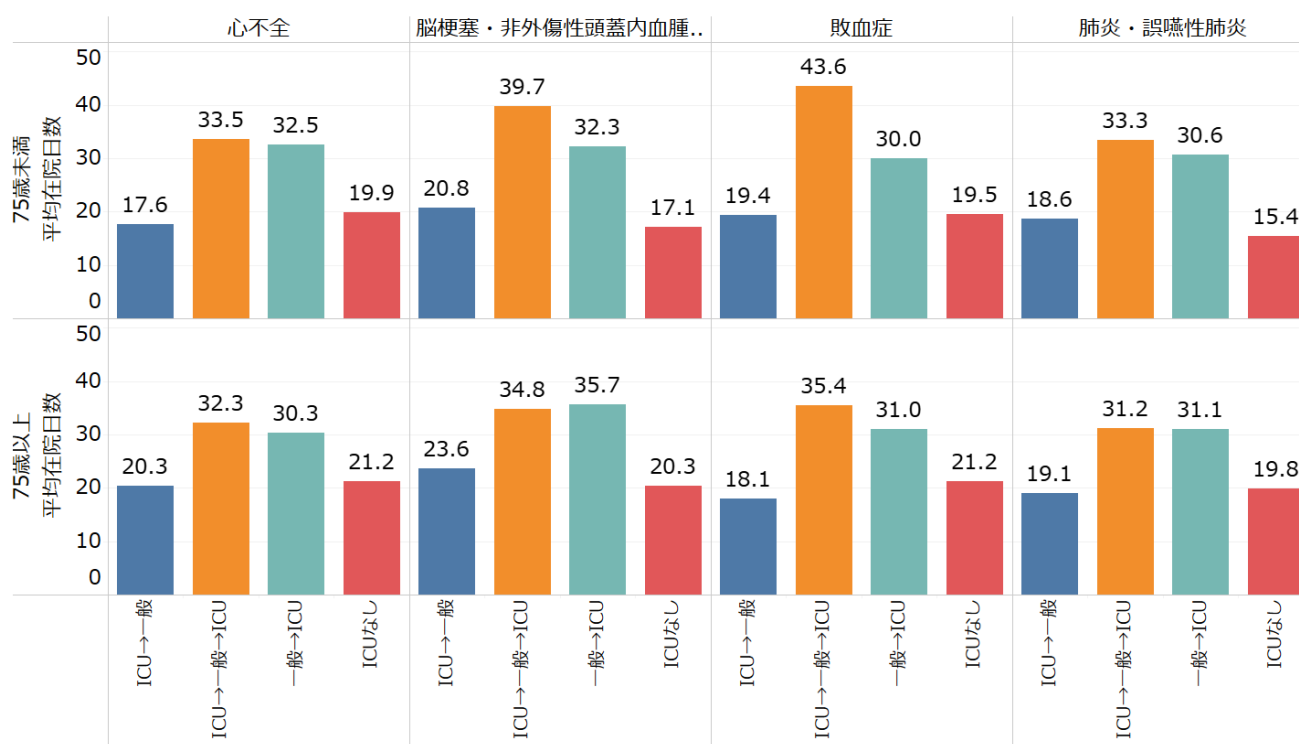


図 18 内因性疾患における在院日数比較（ICU 入室基準 A コロナ禍）

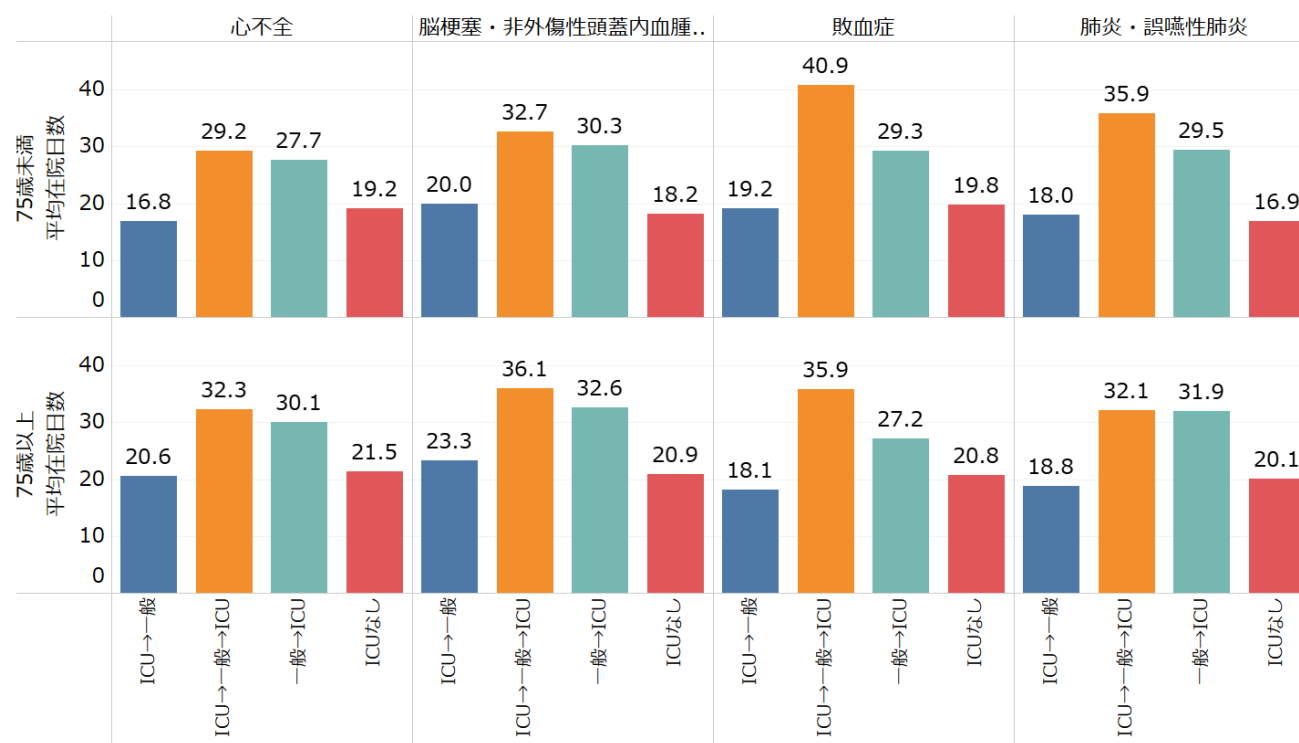


表 3 ICU 入退室指針の妥当性評価のためのアウトカム

院内死亡
在院日数
再入院率（同一医療機関における）
再手術率（同一医療機関における）
入院後発症病病名
術後塞栓症発生率
QOL（入退院時 ADL 変化量）
医療費

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

早期介入による集中治療の必要性を減じる仕組みに関する研究

研究代表者 土井 研人 東京大学医学部附属病院 救急・集中治療科 教授

研究要旨

「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」を実施した。導入施設数が増加している一方で、起動件数については十分とは言えない状況が明らかとなった。RRS の確実な広がりと定着を促進するためには、Rapid Response System 運用指針の普及など、さらなる方策が必要である。

A. 研究目的

Rapid response system (RRS) 等による早期の介入により集中治療医療の必要な患者が減じ得るが、早期介入が重症患者の発生を減少させるには、介入に関する指標と介入の質の評価が必要不可欠である。令和 5 年度には本研究において日本集中治療医学会 RRS 検討委員会 **RRS** 運用指針作成ワーキンググループが Rapid Response System 運用指針を作成した。本指針の効果を客観的に示す指標、質の評価基準を作成するべく、日本集中治療医学会 RRS 検討委員会による「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」を行った。

B. 研究方法

日本集中治療医学会 RRS 検討委員会による「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」は、院内救急対応に関する現状把握と経年変化追跡を目的とした前向き観察研究（アンケート調査）であり、毎年 2 月時点で厚生労働省に集中治療室として届け出（特定集中治療室管理料または救命救急入院料を算定）をしている部署がある病院を対象としたものである。5 年間にわたって年 1

回の全国調査（WEB フォームによるアンケート調査）を実施している。令和 6 年度は第 3 回の全国調査である。

(3) 倫理面への配慮

「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」は、2022 年 7 月 6 日付で名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会にて承認されている（管理番号 60-22-0013）。

C. 研究結果

「全国調査による Rapid Response System(RRS)の問題点抽出と経年変化追跡：前向き観察研究」令和 6 年度第 3 回全国調査では、日本国内の特定集中治療管理料 1～4 または救急加算 1～4 を取得している 641 施設に対して **RRS** 実施の調査をおこなった。回答数は 275 施設（回収率 42.9%）であり、その中で **RRS** を導入済みの施設は 224 施設（81.5%）であった（図 1）。

導入施設数と起動件数

病床数別にみると 600 床以上の施設では、第 1 回調査（2022 年度実施）から 9 割の施設が導入済みでありその結果は変化なかったが、

200 床以上 600 床未満の施設では、第 1 回調査時は導入済みが 50%程度であったのに対し、第 2 回調査時では、60～70%程度まで増加し、第 3 回調査時では、200 床以上 400 床未満は、66.0%と変化はなかったが、400 床以上 600 床未満では、82.8%にまで増加した。

一方で、導入後の定着を示す起動件数では、定着の国際的基準とされる 20 件（新入院千対）を超える施設は、13 施設（5.8%）に留まり、10 件（新入院千対）未満が 123 施設（54.9%）であった（図 2）。また、起動件数に影響を与えた要因を探索すると、若干の相関を示したのは、RRS を導入してからの期間のみであった（ $r = .289$ ）（図 3）。

導入後の障壁

RRS 導入済み施設のうち、定着していると回答した施設は 15 施設（6.7%）のみであり、定着していないと回答した施設（209 施設）で障壁となっている事象を調査した。142 施設（67.9%）が“対応側のマンパワーが足りない”、106 施設（50.7%）が“主治医制の文化”、105 施設（50.2%）が“全職員の教育不足”、100 施設（47.8%）が“RRS の認知度が低い”、55 施設（26.3%）が“起動すべきスタッフが起動できていない”等と回答している（複数回答あり）。

D. 考察

これまで行った 3 回の全国調査により、RRS を導入している施設が着実に増加していることが明らかとなった。特に 600 床以下の施設でその傾向が顕著であった。しかしながら、起動件数においては定着を示唆する国際的基準を超えた施設は第 3 回目調査においても

10%以下であり、マンパワー不足に加えて、RRS に関する認知度、教育、文化の熟成といった普及が十分でないことを示す項目が、定着の障壁となっていることが明らかとなった。

令和 4 年度診療報酬改定により充実体制加算が開始され、RRS 導入施設数が増加したことは評価されるが、実際の運用についてはいまだ不十分な施設が多く存在するため、本研究において作成した Rapid Response System 運用指針のさらなる普及に加えて、診療報酬における RRS 運用の評価方法についても検討が必要であると考えられた。

E. 結論

Rapid Response System(RRS)運用体制に関する全国調査を実施した。RRS の広がりのみならず定着を促進するためには Rapid Response System 運用指針の普及などの方策が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

委員会報告 Rapid Response System 運用指針，日本集中治療医学会 RRS 運用指針作成ワーキンググループ，日集中医誌 2025;32:R15

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図 1. RRS 導入施設数

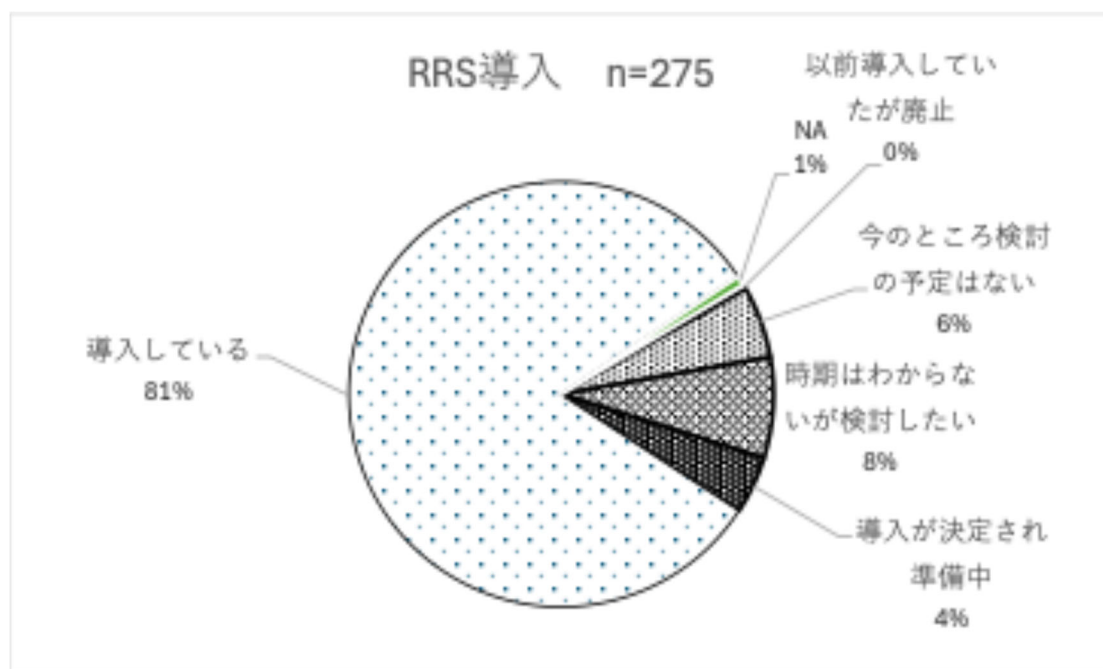


図 2. RRS 起動件数

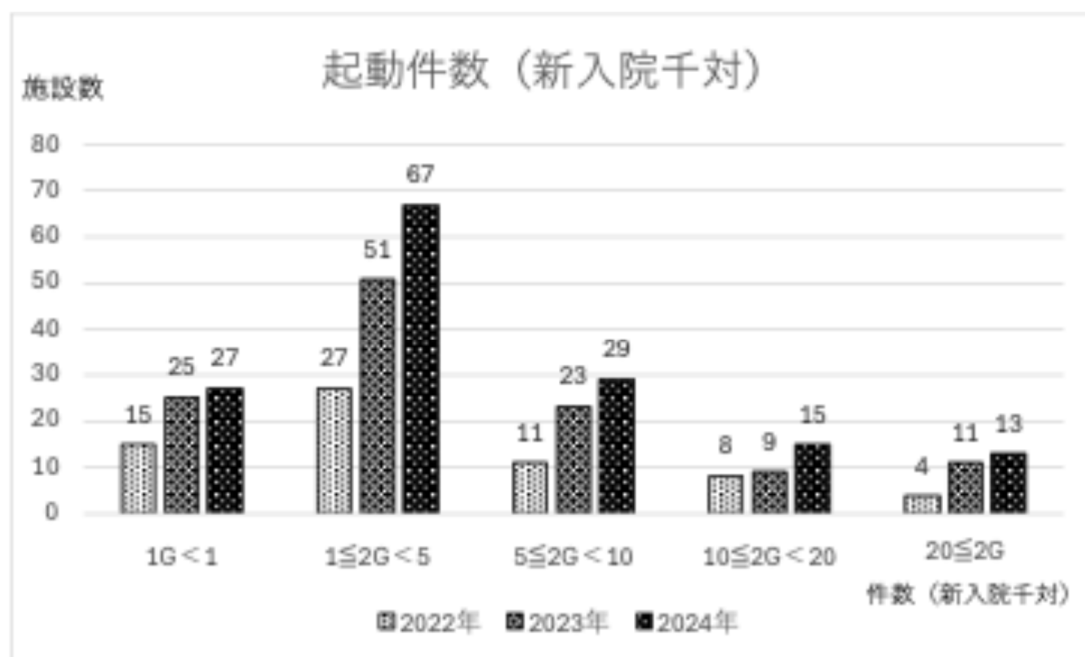
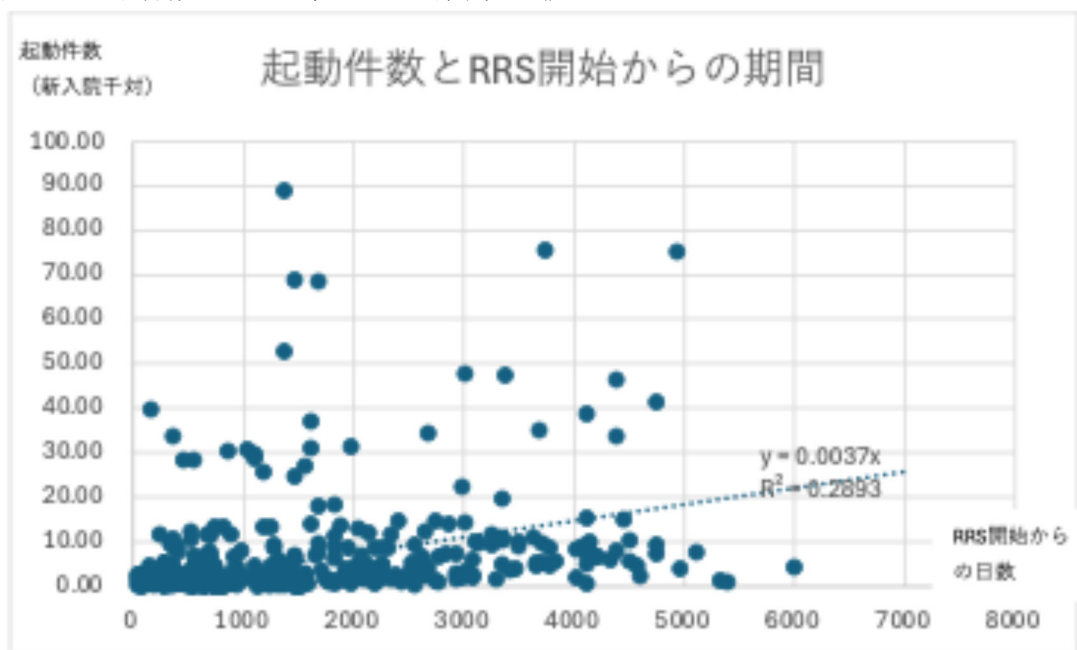


図3. 起動件数と RRS 導入からの期間 ()



n=343(全調査期間)

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・教授
(氏名・フリガナ) 土井 研人 (ドイ ケント)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 4月 28日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 藤田医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 岩田 仲生

次の職員の(元号) 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 麻酔・侵襲制御医学講座 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 西田 修 ・ ニシダ オサム

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年2月6日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・講師
(氏名・フリガナ) 井口 竜太 (イノクチ リョウタ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 大学院医学系研究科 ・ 教授
康永 秀生 (ヤスナガ ヒデオ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	東京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東北大学
所属研究機関長 職 名 総長
氏 名 富永 悌二

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学系研究科・教授
- (氏名・フリガナ) 久志本 成樹・クシモト シゲキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した。)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 5月 17日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 札幌市立大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 中島秀之

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 札幌市立大学 看護学部 教授
(氏名・フリガナ) 卯野木 健・ウノキ タケシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無 の 場 合 は そ の 由 :)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無 の 場 合 は 委 託 先 関 :)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☐ 無 ☒ (無 の 場 合 は そ の 由 :)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 4月 28日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 藤田医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 岩田 仲生

次の職員の(元号) 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 麻酔・侵襲制御医学講座 ・特別研究員

(氏名・フリガナ) 河合 佑亮 ・ カワイ ユウスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月28日

厚生労働大臣 殿

機関名 横浜市立市民病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 中澤 明尋

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 臨床工学部 技士長

(氏名・フリガナ) 相嶋 一登 (アイシマ カズト)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 4月 28日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 藤田医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 岩田 仲生

次の職員の(元号) 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 麻酔・侵襲制御医学講座 ・ 准教授

(氏名・フリガナ) 原 嘉孝 ・ ハラ ヨシタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 北川 博昭

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
- 3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・主任教授
(氏名・フリガナ) 藤谷 茂樹・フジタニ シゲキ
- 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2017年4月28日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人 奈良県立病院機構
所属研究機関長 職名 奈良県総合医療センター
氏名 院長 上田 裕一

次の職員の(元号) 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う・体制確立のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 救急・集中治療センター センター長
(氏名・フリガナ) 安宅 一晃、 アタギカズアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由: 委員会にて判断をおこなう)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 集中治療医療の適正な提供を行う体制確立のための研究
3. 研究者名 大学院医学系研究科 ・ 特任准教授
麻生 将太郎 (アソウ ショウタロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	東京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号 ページ	出版年
日本集中治療医学会 RRS運用指針作成ワーキンググループ	委員会報告 Rapid Response System 運用指針	日本集中治療医 学会雑誌	32 R15	2025年