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

我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

令和7年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　土井　研人

令和8（2026）年 5 月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告
我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究
土井研人、黒田泰弘、志馬伸朗、西山慶、板垣大雅、井口竜太

---------- 1

II．分担研究報告
１．学会認定施設に対する施設調査と充実段階評価に関する研究 ---------- 4
土井研人、黒田泰弘、志馬伸朗、西山慶、板垣大雅、井口竜太

（資料）2025年度 日本集中治療医学会認定集中治療施設 調査報告

２．遠隔集中治療に関する研究 ---------- 58
土井研人、板垣大雅、井口竜太

（資料）遠隔集中治療に関するガイドライン

III．研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 77

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

我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

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
本研究は、我が国の集中治療提供体制の現状把握と質向上、および適正な供給体制の確立を目的とした。全国 408 の集中治療施設を対象とした施設調査では、専門医数が 1,288 名と増加する一方で、病床稼働制限の主要因が看護師不足（89.3%）であるといった人的資源のボトルネックが明らかになった。また、新たに策定した充実段階評価の有効性を検証した結果、S 評価群（48 点満点中 40 点以上）は標準化死亡比（SMR）が有意に低く、評価指標の妥当性が示された。地域間格差の解消に向けた施策として、遠隔集中治療（TCC）のガイドライン改訂と評価指標の策定を行い、機器導入に留まらない運用プロセス全体を包括する支援モデルを提示した。本研究による施設評価と TCC の標準化は、今後の質の高い集中治療体制への誘導と地域間格差の是正に寄与する基盤となる。

研究分担者
黒田泰弘　香川大学・医学部・客員教授
志馬伸朗　広島大学・大学院医系科学研究科・教授
西山慶　新潟大学・医学部附属病院・教授
板垣大雅　徳島大学・徳島大学病院・特任教授
井口竜太　東京大学・医学部附属病院・講師

A. 研究目的

本研究の主な目的は、日本集中治療医学会が行ってきた調査を基に、各医療機関の集中治療の実態を全国規模で把握し、特に二次医療圏単位での適正な医療提供体制が確立されているかを検証することにある。現在、我が国の集中治療は専門医の増加といった進展を見せているが、依然として地域間の偏在や人的資源の不足といった課題を抱えている。そこで、日本集中治療医学会の指針に基づき、「ハコ（施設）」「ヒト（人員）」「モノ（設備）」および「運用（プロセス）」に関する新たな評価指標を定め、各施設の充実度を類型化する体制を整備することを目指した。

さらに、地理的な制約や専門医不足を補完する手段として期待される遠隔集中治療（TCC）について、既存のガイドラインを再改訂し、実務および技術指針を整備することも重要な目的である。令和 6 年度の診療報酬改定で新設された「特定集中治療室遠隔支援加算」の背景も踏まえ、TCC に関する具体的な評価指標（支援実績、医療の質、経済性、働き方改革）を定めることで、質の高い集中治療の全国展開と医療資源の最適化を推進する基盤を構築する。

B. 研究方法

<u>日本集中治療医学会認定集中治療施設調査</u>
2025 年 4 月時点の学会認定施設および JIPAD 参加施設計 408 施設を対象に、Web

システムを通じて実態調査を実施した。調査データは、患者関連については2024年度分、施設関連は2025年9月時点のものを用いた。全国330の二次医療圏を人口規模や密度に基づき「大都市型（48)」「地方都市型（158)」「過疎地域型（124)」の3つに分類し、病床数や専門医数、高難度治療（ECMO等）の実施状況を解析した。

充実段階評価の策定と検証

各施設の充実度を評価するため、設備（3項目)、人員（16項目)、運用（21項目）の計40項目（48点満点）からなる評価指標を作成した。このスコアと標準化死亡比（SMR）の関連性を検討するため、成人系データが揃った147施設を対象に、期待死亡数で重み付けした線形回帰分析およびカテゴリー別（S/A/B/C評価）の比較解析を行った。

遠隔集中治療（TCC）ガイドライン改訂と指標策定

日本集中治療医学会のタスクフォースにより、従来の「遠隔ICU」から運用プロセス全体を包括する「telecritical care; TCC」へと概念を拡張し、概要・定義・導入・実務・技術指針の5セクションからなるガイドラインを作成した。同時に、TCCの有用性と普及の障壁を抽出するためのアンケート項目を策定した。

C. 研究結果

施設調査および地域格差

調査対象施設において、集中治療科専門医は1,288名と増加し、責任者の約9割が専門医資格を有していたが、病床稼働制限の要因として「看護師不足」が89.3%に達しており、極めて深刻なボトルネックとなっていることが判明した。二次医療圏別の解析では、人口10万人あたりの専門医数が大都市型の2.97人に対し、過疎地域型は1.21人と大きな格差が認められた。また、ICUを有する医療圏は全体の57.9%に留まり、高難度治療の提供体制も特定の地域に限定されていた。

充実段階評価とアウトカムの関連

全施設の平均スコアは48点満点中37.2点であり、S評価（40点以上）とA評価（35〜39点）が全体の75%を占めた。解析の結果、合計スコアが高いほどSMRが低下する傾向が確認され、特にS評価群はB評価群（30〜34点）と比較してSMRが有意に低かった（-0.13, p=0.017)。スコア上昇に寄与する主要な項目として、理学療法士、薬剤師、管理栄養士の専任配置、および早期離床や自発覚醒・呼吸試行（SAT/SBT）などのプロトコール遵守が挙げられた。

遠隔集中治療（TCC）の指針整備

新たに作成されたTCCガイドラインでは、専門医や熟練看護師の配置、双方向通信システム、運用マニュアルの策定などが求められた。TCCの評価指標として、①支援実績（診療支援回数等)、②医療の質（ICU死亡率、人工呼吸日数短縮等)、③経済的効果（病床稼働率の改善等)、④働き方改革（現場医師の負担軽減等）の4つの観点が提示された。また、施設調査の結果、遠隔集中治療の導入施設は3.0%と極めて限定的であることも明らかになった。

D. 考察

本研究の結果から、日本の集中治療における最大の課題は、施設設備というハード面よりも、看護師を中心とした「ヒト」の不足が病床稼働を制限しているという実態である。専門医の数は増加傾向にあるが、二次医療圏単位で見ると地域偏在が顕著であり、特に過疎

地域での体制強化が急務である。

充実段階評価において、スコアと SMR に有意な相関が見られたことは極めて重要である。これは、多職種チームの専任化や標準診療プロトコールの導入といった「ストラクチャー」と「プロセス」の整備が、直接的に患者の救命率向上に寄与することを示唆している。本評価システムは、単なる現状評価に留まらず、各施設を「あるべき ICU」へと誘導するための強力なインセンティブとして機能する可能性がある。

地域格差の解消に向けた鍵となるのが遠隔集中治療（TCC）である。今回のガイドライン改訂では、単なる機器の設置ではなく、支援側と被支援側の信頼関係に基づく「積極支援モデル」の重要性が強調された。令和 6 年度の診療報酬改定による経済的インセンティブの付与は前向きな変化であるが、普及のためには IT 基盤の標準化や、専門医による教育体制の構築が不可欠である。今後は、策定した評価指標を用いて TCC の効果を多角的に検証し、PDCA サイクルを回すことで、全国どこでも標準的な質の高い集中治療を提供できる体制を構築すべきである。

E. 結論

全国 408 施設の調査を通じて、我が国の集中治療提供体制における看護師不足という深刻な制約と、専門医の地域偏在が可視化された。新たに導入した充実段階評価は、体制の充実度がアウトカム改善に寄与することを科学的に実証するものであり、今後の質向上のための有用な指標となる。一方で、地域間の質の格差を埋めるためには、遠隔集中治療（TCC）の戦略的な普及が不可欠である。本研究で策定した TCC ガイドラインおよび 4 つの観点からなる評価指標は、導入施設における運用の標準化と、医療資源の最適化を促す指標となる。今後は、これらの評価指標を基盤として、有事の際のサージ能力（対応余力）の確保も含めた、強靭で持続可能な集中治療提供体制を全国規模で構築していくことが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

遠隔集中治療に関するガイドライン, 日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォース, 日本集中治療医学会雑誌, 2026, 33 巻, 公開日 2026/02/01, https://doi.org/10.3918/jsicm.33_R3（土井研人、西山慶、黒田泰弘）

2. 学会発表

日本集中治療医学会第 53 回学術集会、シンポジウム 19 施設調査からみる地域集中治療提供体制と遠隔集中治療／2025 年度認定集中治療施設調査～結果速報～（板垣大雅、土井研人、志馬伸朗、黒田泰弘）

日本集中治療医学会第 53 回学術集会、シンポジウム 19 施設調査からみる地域集中治療提供体制と遠隔集中治療／施設調査からみる地域集中治療提供体制（板垣大雅、土井研人、志馬伸朗、黒田泰弘）

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

学会認定施設に対する施設調査と充実段階評価に関する研究

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
本研究は、我が国の集中治療提供体制の現状把握と質向上を目的に、全国 408 の集中治療施設を対象とした施設調査、二次医療圏別の地域特性に関する解析、および新たに策定した「充実段階評価」の有効性を検証した。施設調査の全体像として、専門医数は 1,288 名と増加傾向にある一方、病床稼働制限の主要因が看護師不足（89.3%）であるといった人的資源のボトルネックが鮮明となった。二次医療圏別の解析では、大都市型と過疎地域型での専門医数の格差（2.97 人対 1.21 人/人口 10 万人）などの課題が明らかになった。充実段階評価（48 点満点）では、平均 37.2 点、S 評価と A 評価が全体の 75%となり、S 評価群（40 点以上）は B 評価群に比して標準化死亡比（SMR）が有意に低く、評価指標の妥当性が示された。施設調査と充実段階評価は、今後の質の高い集中治療体制への誘導と地域間格差の是正に寄与する基盤となりうる。

A. 研究目的

これまで日本集中治療医学会が行ってきた「集中治療専門医研修施設調査」をもとに、我が国の各医療機関における集中治療医療の実態を把握する全国調査を行い、特に 2 次医療圏ごとでの適正な集中治療医療提供体制が確立されているかの検証を行う。さらに、日本集中治療医学会がこれまで提示してきた指針や提言に基づき、新たにハコ、ヒト、モノに関する評価指標を定め、各医療機関の集中治療医療の充実度を評価し類型化する体制を整備する。

B. 研究方法

(1)

日本集中治療医学会認定集中治療施設調査

本調査は、日本集中治療医学会認定集中治療施設（学会認定集中治療科専門医研修施設）および JIPAD 参加施設を対象に実施された。2025 年 4 月 1 日時点の認定施設 393 施設のうち、辞退および保留となった施設を除いた 391 施設に、JIPAD 参加施設 17 施設を加えた計 408 施設を対象としている。なお、実務の一部は特定非営利活動法人集中治療コラボレーションネットワークへ外部委託されている。

調査項目および選択肢については、ICU 機能評価委員会での選定・改変作業を経て、理事会の承認を得て決定した。調査期間は 2025 年 9 月 11 日から同年 11 月 26 日までとし、まず 8 月に調査担当者返信票、9 月に調査票を送付する 2 段階の形式を採用した。各施設の責任者および担当者へ電子メールで協力を依頼し、Web システムを通じて回答を収集した。

収集したデータのうち、患者関連データについては 2024 年（暦年または年度）の期間を対象とし、病床数や職員数などの施設関連データについては 2025 年 9 月 1 日時点のものとした。

2 次医療圏ごとの評価

2024 年度（令和 6 年度）の病床機能報告から集中治療関連加算を算定するユニットを抽出し、2025 年（令和 7 年）9 月時点の認定集中治療施設調査の結果と、2020 年国勢調査の人口統計に基づく都道府県・二次医療圏コードを突合して解析した。対象は全国 47 都道府県の 330 二次医療圏、各医療圏は人口規模や人口密度に基づき、「大都市型」「地方都市型」「過疎地域型」の 3 つに分類した。

・大都市型二次医療圏: 人口が 100 万人以上、または人口密度が 2,000 人/㎢以上の地域。

・地方都市型二次医療圏: 人口が 20 万人以上、または人口が 10 万人以上かつ人口密度が 200 人/㎢以上の地域。

・過疎地域型二次医療圏: 上記の「大都市型」および「地方都市型」のいずれにも該当しない地域。

この分類に基づき、全国 330 の二次医療圏は、大都市型 48、地方都市型 158、過疎地域型 124 に区分された。

評価指標には、病床数や集中治療科専門医数、年間入室患者数などの積算値に加え、のちに述べる充実段階評価スコアや、ECMO、広範囲熱傷、Impella といった高難度治療の実施件数を用いた。

充実段階評価

各施設（ユニット）ごとに、医師やメディカルスタッフの配置、施設設備、診療プロセス、および安全管理体制がどの程度整っているかを段階的に評価するために、表 1 にあるような 40 項目について調査を行った。内訳は、設備（3 項目）、人員（16 項目）、運用（21 項目）。そのうち 8 項目については必須項目として 2 点を配点、その他は 1 点を配点、合計 48 点として評価を行った。

(2) 倫理面への配慮

本研究は「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

日本集中治療医学会認定集中治療施設調査

施設規模と病床運用の現状について、調査対象となった 408 施設のうち、「特定集中治療室管理料 1 または 2」を算定する施設は 214 施設と半数を超え、前年度から増加傾向にあった。病院 100 床あたりの学会認定集中治療病床数は 1.72 床であるが、ハイケアユニット等を含めた「重症患者管理病床」で見れば 5.68 床まで拡大しており、重症患者を受け入れるキャパシティ自体は広がりを見せた。しかし、調査施設の 13.7%において、届け出上の算定病床数と実際の稼働病床数の間に乖離が生じており、その制限要因の 89.3%は「看護師の不足」であり、次いで「集中治療医の不足」が挙げられた。

医療スタッフの体制については、集中治療科専門医は 1,288 人と増加しており、施設責任者の約 9 割が同資格を保有していた。診療形態としては、集中治療医が全患者に介入する「Mandatory critical care consultation」が 56.6%と主流であった。看護体制においては、専門・認定看護師の配置が 96.8%に達しており、特に「5 名以上の専門・認定看護師」を有する施設が 34.6%と大幅に増加していた。また、8 割以上の施設で看護補助者が配置されていた。

メディカルスタッフの関与については、職種間で差異が見られた。臨床工学技士や薬剤師は、平日日勤帯において約 7 割の施設で専従・専任化が進んでいるが、夜勤帯においては薬剤師の 6 割以上が「関与なし」となるな

ど、24 時間体制の確保には依然として課題が残る。理学療法士や管理栄養士の介入は進んでいるものの、作業療法士や言語聴覚士の介入は 1 割未満に留まった。

診療の質を担保するための組織的取り組みでは、症例カンファランスや早期離床・栄養療法に関する多職種カンファランスが、いずれも 8 割から 9 割の施設で毎日実施されていた。治療プロトコルの遵守についても、人工呼吸器離脱に向けた自発覚醒・呼吸トライアル（SAT/SBT）や、せん妄の客観的評価の実施率は 9 割を超えていた。また、院内迅速対応システム（RRS）への ICU スタッフの関与も 8 割を超えていた。さらに、76.5%の施設で人生の最終段階における意思決定支援の基準が整備されており、倫理的側面への配慮も標準化されつつある。

設備面では、人工呼吸器や血液浄化装置、さらには ECMO（体外式膜型人工肺）がほぼ全施設で常時使用可能となっており、ハード面での充実度は高かった。情報システムについては、約 7 割の施設が重症部門システムを導入しており、そのうち約半数が日本集中治療医学会診療データ登録制度（JIPAD）と連携していた。一方で、遠隔集中治療の導入は 3.0%と極めて限定的であった。

治療成績としては、ICU 死亡率が 4.2%、病院内死亡率が 9.2%であり、いずれも前年より低下していた。標準化死亡比（SMR）は 0.47 であり、患者の重症度から予測される死亡者数に対し、実際の死亡者数が半分以下に抑えられていることを意味している。

2 次医療圏ごとの評価

全国 330 の二次医療圏のうち、集中治療室（ICU）を有する医療圏は 191（57.9%）（図 1）、学会が定める認定集中治療施設を有する医療圏は 147（44.5%）であった。「集中治療科専門医数」（人口 10 万人あたり）については、大都市型の 2.97 人に対し、過疎地域型は 1.21 人と、人的資源に明らかな格差が存在した（表 2）。また、専門医数と算定病床数（r=0.834）や年間入室患者数（r=0.817）の間には強い正の相関が認められた。

認定施設における患者の重症度やアウトカムについては、大都市型と地方都市型を比較すると、重症度指標（SOFA スコア、APACHE II スコア）や ICU 死亡率（約 4%）において顕著な差は認められなかった。一方で、施設・人員・運用の総合評価である「充実段階評価スコア」の中央値は、大都市型（38.0）や地方都市型（37.0）に比べ、過疎地域型（33.0）では低かった。また、高難度治療の提供体制については、認定施設がある医療圏であっても、ECMO や Impella の実施件数が基準値を超える施設を持つ医療圏は約半数（51%）に限定されていた。

充実段階評価

408 施設から集計された充実段階評価スコアは、平均 37. 2±4.5 点、中央値 38 点（IQR 35-40）、最小 17 点、最大 45 点であった（図 2）。

合計スコアと関連の高い項目を上位より 10 個抽出した。

項目 16：専任の理学療法士（PT）の配置

項目 17：専任の薬剤師の配置

項目 19：専任の管理栄養士の配置

項目 31：早期離床・リハビリテーションプロトコールの有無

項目 28：SAT/SBT（自発覚醒・呼吸試行）の実施状況

項目 9：日勤帯 看護配置 1.5:1

項目 40：重症患者搬送チームの設置

項目 36：RRS（院内迅速対応システム）への ICU スタッフの関与

項目 11：特定行為研修修了者の配置
項目 14：専任の臨床工学技士（CE）の配置
以上のように、合計スコアとの関連が強いのは、「コメディカル（PT・薬剤師・栄養士）の専任化」および「標準診療プロトコール（早期離床・SAT/SBT）の遵守」であり、これらの項目を 1 つずつクリアしている施設ほど、合計スコアが階段状に上昇していた。

充実段階評価スコアに基づいて、S 評価（40 点以上）、A 評価（35〜39 点）、B 評価（30〜34 点）、C 評価（29 点以下）の評価カテゴリーに分類した（表 3）。S 評価及び A 評価と判定された施設は全体の 75%であった。B 評価（30〜34 点）あるいは C 評価（29 点以下）と判定された施設では、主に、臨床工学技士の専任配置（項目 14）、集中治療科専門医の勤務（項目 4）、医師による組織的管理（項目 20, 21）：集中治療医が入退室決定や治療方針（人工呼吸器、抗菌薬、循環作動薬等）に組織として関与する体制、コメディカルスタッフの「専任化」（項目 16, 17, 19）、管理プロトコールの導入と標準化（項目 28, 31, 36）を満たせていないことが判明した。

次にアウトカム改善と充実段階評価スコアの関連を検討するため、標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio; SMR = ICU 入室後に院内死亡退院した患者数 / 期待死亡数）を用いた解析を行った。408 施設のうち、予測死亡率を算出し、かつ主要変数に欠損のない 165 施設を抽出、SMR <0.1 または >3 の 5 施設を外れ値として除外し、さらに小児系スコア（PIM2/PIM3）を使用している施設を除外して、成人系スコアを用いた 147 施設を最終的な解析対象とした。

・年間入室患者数 805 人 [616-1,051]
・予測死亡率年間平均値 21.3% [18.0-29.9]
・ICU 入室後院内死亡患者数 82 人 [57-116]
・期待死亡数 176.3 人 [137.8-243.2]
・観察院内死亡率 9.89% [6.50-14.85]
・施設レベル SMR0.471 [0.358-0.580]

充実段階評価合計スコアと SMR の関連期待死亡数で重み付けした線形回帰分析の結果、合計スコアが高いほど SMR が低下する傾向が確認された。[係数: -0.0917（スコアが 10 点高くなるごとに SMR が 0.092 低下）, 95% 信頼区間: -0.1920 to 0.0085, p 値: 0.073, 決定係数（R2 乗）: 0.0395]

B 評価(30-34 点)をリファレンスとして解析行ったところ、S 評価(40 点以上)群において SMR が有意に低いことが示された(表 4)。

D. 考察

本研究は、現在の日本における集中治療医療の状況と、提供体制の強化に向けた課題を浮き彫りにしていると考えられる。以下に、調査の全体像、地域解析、評価指標の 3 点から考察を行う。

施設調査の全体像から見える実態と課題

調査対象 408 施設において、集中治療科専門医数は 1,288 名に達し、責任者の約 9 割が専門医であるなど、専門的診療体制の普及が進んでいることが確認された。一方、届け出上の病床をフル稼働できない理由として、約 9 割の施設が「看護師不足」を挙げており、ハコ（病床数）の整備以上に、2 対 1 看護を維持するためのヒト（人員）の確保が日本の集中治療における制約となっている。また、コメディカルの関与についても、平日日勤帯の専従化は進んでいるものの、夜勤帯における薬剤師や臨床工学技士の関与は依然として不十分であり、24 時間 365 日の質担保には、多職種チームの勤務形態を含めた抜本的な見直しが求められよう。

二次医療圏別に見た地域格差

全国 330 の二次医療圏を分類した解析により、人口あたりの専門医数が大都市型と過疎

地域型で 2.5 倍近い開きがあるというヒトの偏在が可視化された。過疎地域型では、ICU 内の死亡率は他の地域区分と大差ないものの、ICU 退室後の院内死亡率が大都市型、地方都市型を大きく上回った。これは、ICU での急性期治療後の受け皿となるステップダウンユニット（HCU 等）の不足や、一般病棟での管理能力の差が、患者の最終的な予後に影響している可能性を示唆しているが、認定施設を有する過疎地域型の医療圏はわずか 5 圏であり、結果の解釈には慎重を要する。

一方、注目すべきは、大都市型と地方都市型で受入れ患者数の重症度、ICU 死亡率、充実段階評価スコアに顕著な差が認められなかった点である。この結果は、地方都市型の認定施設が大都市型と同等の集中治療の質を確保していることを示唆している。その要因は不明であるが、各二次医療圏には認定施設以外にも多くの集中治療室が存在し、認定施設間でも充実段階評価に幅がみられることから、本調査結果は地域集中治療の全体像の一部に過ぎない可能性がある。そして、地域内・地域間連携が結果に与えた影響は未知数である。今後は、自施設内の完結だけでなく、専門医による教育的コンサルテーションや遠隔集中治療の活用、さらには地域全体で重症患者を支えるネットワークの構築が、地域間の質の格差を解消する鍵となるだろう。

充実段階評価の意義

全 40 項目、48 点満点で構成される本評価系において、合計スコアが高い施設ほど標準化死亡比（SMR）が低下する傾向が確認され、特に 40 点以上の S 評価群では B 評価群と比較して死亡リスクが有意に低減していた。この結果は、専門医の配置、多職種によるプロトコール遵守（早期離床や SAT/SBT 等）、組織的な入退室管理といった「体制（ストラクチャー）」と「プロセス」の整備が、直接的に患者アウトカムに寄与しうることを示している。一方で、本評価は単なる死亡率予測ツールではなく、学会の指針に基づき「あるべき ICU」へと各施設を誘導するためのインセンティブとして機能することが期待されている。今後の展望として、本評価システムを継続的に更新し、G-MIS 等の公的データベースとの連携を深めることで、災害やパンデミック時の ICU サージ能力（対応余力）の実効性を担保することが重要である。また、有事の際のキャパシティ拡大計画を評価項目に組み込み、地域全体の重症患者管理をリードする体制を構築することは、日本の医療提供体制の強靭化に直結する。今回の調査で得られた知見を基盤として制度設計を推進し、全国どこでも標準化された質の高い集中治療を提供できる体制の確立を目指すべきである。

E. 結論

全国 408 施設の調査により看護師不足が病床稼働の主要な制約であるなどの現状を把握し、二次医療圏解析では専門医の偏在等の地域格差を可視化した。新たに導入した充実段階評価では、S 評価群で SMR が有意に低く、体制の充実がアウトカム改善に寄与しうることが示された。今後はこのような評価指標を基に、地域全体で質を担保できる集中治療医療の供給体制の構築を、遠隔集中治療の活用や有事のサージ能力確保と合わせて進める必要がある。

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 53 回学術集会、

シンポジウム 19 施設調査からみる地域集中治療提供体制と遠隔集中治療／2025 年度認定集中治療施設調査～結果速報～（板垣大雅、土井研人、志馬伸朗、黒田泰弘）

日本集中治療医学会第 53 回学術集会、シンポジウム 19 施設調査からみる地域集中治療提供体制と遠隔集中治療／施設調査からみる地域集中治療提供体制（板垣大雅、土井研人、志馬伸朗、黒田泰弘）

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　充実段階評価項目

1. （必須）当該集中治療室は、病院の中央診療部門である。
2. １０床以上の算定病床数を有している。
3. 隔離室が少なくとも１室ある。
4. （必須）集中治療科専門医が１名以上、専任の集中治療担当医として勤務している。
5. 専任の医師には、集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含む。
6. 小児特定集中治療室加算を算定している施設では、小児集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含む。
7. （必須）日勤帯においては、病床２床に対し看護師１名が配置されている。
8. 常時、病床２床に対し看護師１名が配置されている。
9. 日勤帯においては、病床 1.5 床に対して看護師１名が配置されている。
10. 急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、小児プライマリケア認定看護師または新生児集中ケア認定看護師が１名以上いる。
11. 特定行為研修８区分修了者が１名以上いる。
12. 日本集中治療医学会による集中治療認証看護師あるいは集中治療認証看護師－知識認証が１名以上いる。
13. 看護補助者が配置されている。
14. （必須）平日日勤帯においては、専任の臨床工学技士が１名以上いる。
15. 日本集中治療医学会による集中治療専門臨床工学技士が１名以上いる。
16. 平日日勤帯においては、専任の理学療法士が１名以上いる。
17. 平日日勤帯においては、専任の薬剤師が１名以上いる。
18. 平日日勤帯においては、専任の作業療法士あるいは言語聴覚士が１名以上いる。
19. 平日日勤帯においては、専任の管理栄養士が１名以上いる。
20. （必須）専従または専任の集中治療担当医が入退室の決定に関与している。
21. （必須）専従または専任の集中治療担当医が以下の治療方針に関与している（循環作動薬、鎮静・鎮痛薬、抗菌薬、人工呼吸および体外循環装置管理、血液浄化療法）。
22. （必須）医師交代時に申し送りがある。
23. 多職種による症例カンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。
24. （必須）人工呼吸器、血液浄化装置、が常時使用可能である。
25. 人工肺と血液ポンプを用いた体外循環装置が常時使用可能である。
26. M and M カンファランスが定期的に開催されている。
27. ICT とカンファランスを開催して連携している
28. プロトコールに基づく SAT、SBT を実施している。
29. せん妄に対する客観的評価が行われている。
30. 多職種による早期離床・リハビリテーションに関するカンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。
31. 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコールがある。
32. 多職種による栄養療法に関するカンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。
33. 当該集中治療室に特化した災害やパンデミック時における対応マニュアルがある。
34. 当該集中治療室での感染サーベイランスを行っている。
35. 病院の医療安全管理者と連携して，ICU における医療安全推進を担う「リスクマネージャー」などの役割を配置している。
36. 当該集中治療室の専任医師または看護師が当該医療施設の RRS に関与している。
37. 集中治療医療に関する診療データ登録制度へ参加し自己評価を行っている。
38. 病院内に脳死に関する委員会があり、脳死判定および臓器提供に関するマニュアルが整備されている。
39. 集中治療医療領域の人生の最終段階における基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている。
40. 病院内に集中治療科専門医を含む重症患者搬送チームが設置されている。

図１．集中治療室を有する二次医療圏の分布

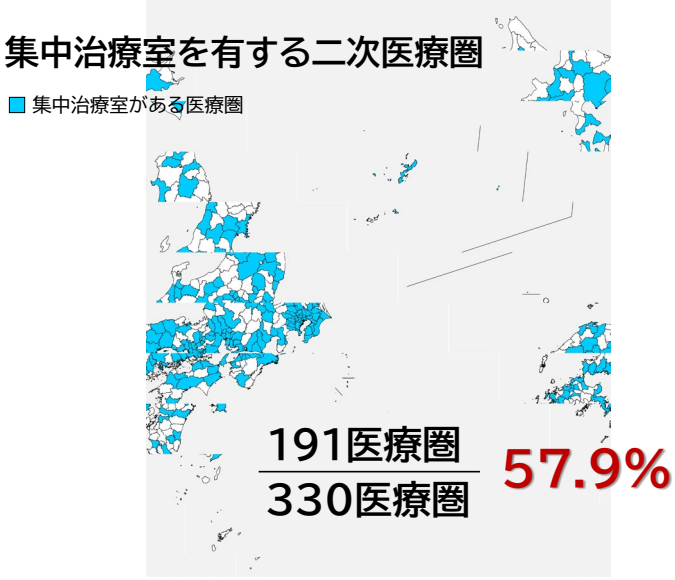


表２．３つの二次医療圏カテゴリーにおける各種データ

	大都市型	地方都市型	過疎地域型
認定施設を有する医療圏数	47	95	5
医療圏人口（万人）	5,715.2	4,236.9	74.3
医療圏あたりの認定施設数（中央値）[最小-最大]	4[1-19]	2[1-7]	1[1-1]
認定施設数［人口 10 万人あたり］	226[0.40]	177[0.42]	5[0.67]
算定病床数［人口 10 万人あたり］	2,651[4.64]	1,970[4.65]	34[4.58]
実稼働病床数［人口 10 万人あたり］	2,621[4.59]	1891[4.46]	32[4.31]
ICU に準ずる病床数［人口 10 万人あたり］	6,343[10.68]	5,032[10.74]	68[7.60]
集中治療科専門医数［人口 10 万人あたり］	1,699[2.97]	1,003[2.37]	9[1.21]
専従医数［人口 10 万人あたり］	1,344[2.35]	755[1.78]	21[2.83]
年間入室患者数［人口 10 万人あたり］	201,012[351.7]	142,173[335.6]	2,402[323.4]
年間延べ在室日数	803,488	600,094	8,111
平均在室日数	4.1	4.2	4.4
病床稼働率［医療圏中央値］	84.0% [87.1%]	86.9% [86.6%]	69.4% [69.7%]
SOFA スコア，中央値[四分位範囲]	4.5 [2.0-7.0]	4.0 [2.0-7.0]	3.0 [1.0-6.0]
APACHE Ⅱ スコア，中央値[四分位範囲]	15.0 [11.0-20.0]	15.0 [11.0-19.0]	15.0 [12.0-19.0]
ICU 内で死亡退室した患者数, n[%]	8,631 人[4.3%]	5,414 人[3.8%]	96 人[4.0%]
ICU に入室し病院内で死亡退院した患者数, n[%]	11,859 人[5.9%]	7,901 人[5.6%]	259 人[10.8%]
充実段階評価スコア，中央値[四分位範囲]	38.0 [35.0-40.0]	37.0 [35.0-40.0]	33.0 [31.0-38.5]

図２．充実段階評価スコアの分布

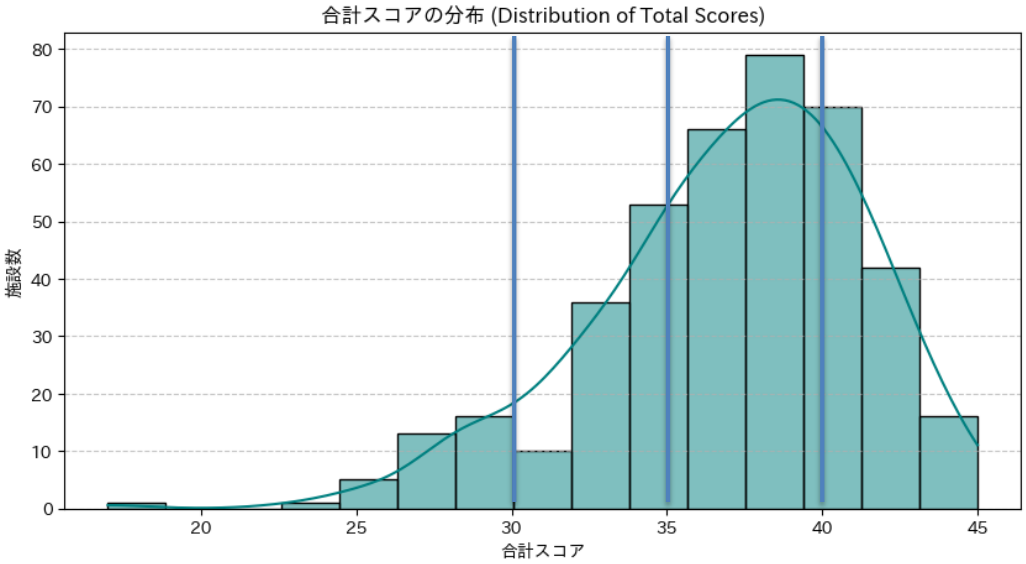


表３．充実段階評価カテゴリー分類

評価	スコア区分	施設数
S 評価	40 点以上	128 施設（31%）
A 評価	35〜39 点	180 施設（44%）
B 評価	30〜34 点	73 施設（18%）
C 評価	29 点以下	27 施設（7%）
合計		408 施設

表４．充実段階評価カテゴリー分類ごとの調整後 SMR

評価	スコア区分	施設数	調整後平均 SMR [95% CI]	B 評価との差	p 値
S 評価	40 点以上	64 施設（44%）	0.43 [0.37–0.48]	-0.13	0.017
A 評価	35〜39 点	62 施設（42%）	0.46 [0.40–0.51]	-0.10	0.067
B 評価	30〜34 点	17 施設（12%）	0.56 [0.46–0.65]	–	–
C 評価	29 点以下	4 施設（3%）	0.41 [0.28–0.55]	-0.14	0.091
合計		147 施設			

overall p 値は 0.106

2025 年度
日本集中治療医学会認定集中治療施設
調査報告

2026 年 4 月 13 日

命のために。生きるのそばに。

日本集中治療医学会
THE JAPANESE SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE

一般社団法人日本集中治療医学会
ICU 機能評価委員会

内容

1. 目的 2
2. 調査対象と方法 2
3. 結果 2
   3.1 調査対象施設 3
   3.2 病院の概要、施設認定等 3
   3.3 算定病床数 6
   3.4 集中治療室の概要 6
   3.5 医師の診療体制 12
   3.6 看護師の診療体制 15
   3.7 臨床工学技士の診療体制 17
   3.8 薬剤師の診療体制 20
   3.9 理学療法士の診療体制 21
   3.10 作業療法士の診療体制 22
   3.11 言語聴覚士の診療体制 23
   3.12 管理栄養士の診療体制 24
   3.13 患者動態 25
   3.14 治療の詳細 26
   3.15 重症度と評価 28
   3.16 アウトカム 29
   3.17 充実度段階評価 30
4. まとめ 34
5. 謝辞 36
6. 参考資料（調査項目一覧） 37

1. 目的

本調査は、2024 年度までの学会認定専門医研修施設調査と同様、集中治療が行われている施設（ユニット）ごとに、集中治療提供体制の調査と整備のため、学会認定集中治療施設の実態（病床数、医師とりわけ集中治療科医、メディカルスタッフなど)、診療内容、患者転帰および充実度を明らかにすることを目的としている。

※日本専門医機構認定集中治療科専門医研修制度の開始に伴い、2024 年度学会認定集中治療専門医研修施設は、2025 年度に「学会認定集中治療施設」としてすべての施設が認定された。

2. 調査対象と方法

- 対象施設：日本集中治療医学会認定集中治療施設（学会認定集中治療科専門医研修施設）およびJIPAD参加施設
- 対象施設数：2025年4月1日時点の認定393施設のうち、認定を辞退したもしくは認定保留となった施設を除いた391施設とJIPAD参加施設17施設を合わせた408施設。本年度は、認定集中治療施設制度移行時期のため、認定集中治療施設ではないもののJIPAD参加施設も併せて調査を行った。
- 調査の一部を外部委託とした（特定非営利法人集中治療コラボレーションネットワーク）。
- 調査項目：調査に先立ち、ICU機能評価委員会で本年度調査項目および選択肢の選定・改変作業を行い、理事会の承認を得た。
- 調査時期

  2025年9月11日～2025年11月26日
- 調査方法
  - 調査担当者返信票（8月7日依頼，8月15日回答締切）と調査票（9月11日依頼, 10月8日回答締切）による２段階調査を行った。
  - 各施設の責任者ならびに調査担当者宛に電子メールで調査協力を依頼し、Webシステム内の調査票に回答してもらった。
  - Webシステムへの未ログイン施設や回答中の施設については、電子メールないしは電話連絡にて調査協力の依頼を繰り返し行った。
  - 各施設の患者関連データについては、2024年1月1日～12月31日または2024年4月1日～2025年3月31日のデータを、病床数や職員数などの施設関連データについては、2025年9月1日時点のデータを収集した。
  - データの確認作業を行い、内容に疑義があるものについては各施設に修正を依頼した。
  - 結果では、該当する施設は実数及び割合で、病床数、患者やスタッフの人数、重症度スコアなどの調査項目は中央値［第1四分位数―第3四分位数］で記載した。

3. 結果

- 充実段階評価に関わる調査項目については、表記の後ろに★あるいは☆を付記した。☆は充実段

階評価の必須項目を表す。

3.1 調査対象施設

3.1.1 調査対象施設：408 施設（前年差+7 施設）

3.1.2 主な医療保険区分：特定集中治療室管理料 1 または 2　214 施設　（前年差＋14 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4　39 施設　（前年差－5 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6　82 施設　（前年差＋4 施設）
救命救急入院料 2 または 4　59 施設　（前年差－7 施設）
小児特定集中治療室管理料　13 施設　（前年差　0 施設）
救命救急入院料 1 または 3　1 施設　（前年差＋1 施設）

3.1.3 回答施設：408 施設

3.1.4 回答率　：100%

3.1.5 1 病院あたりの学会認定集中治療施設数（340 病院）（前年差－1 施設）

1 つ　82.1%（279 病院）（前年差－7 施設）
2 つ　16.2%（ 55 病院）（前年差＋4 施設）
3 つ　1.5%（ 5 病院）（前年差＋2 施設）
4 つ　0.29%（ 1 病院）（前年差 0 施設）

3.2 病院の概要、施設認定等

3.2.1 病院のタイプ（408 施設）

公的病院　19.1%（78 施設，前年差－11）
公立大学　3.9%（16 施設，前年差±0）
公立病院　22.1%（90 施設，前年差＋8）
国立大学　14.2%（58 施設，前年差＋3）
国立病院　4.9%（20 施設，前年差±0）
私立大学　19.9%（81 施設，前年差＋3）
私立病院　15.9%（65 施設，前年差＋4）

3.2.2 医療保険区分別の病院病床数

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）　636 床 [506-801]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）　537 床 [469-753]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）　503 床 [406-593]
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）　697 床 [530-899]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　316 床 [241-490]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　1160 床
全体（408 施設）　602 床 [477-772]

3.2.3 病院内に高機能病床§を有する割合

有り	無し
87.0% （355 施設）	13.0% （53 施設）

§ 救命救急入院料 1,3、ハイケアユニット入院管理料 1,2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している施設

3.2.4 救急関連の施設認定等

救命救急センター	6.4%（ 26 施設）
救急科専門医研修施設※	13.5%（ 55 施設）
救命救急センターと救急科専門医研修施設※	32.6%（133 施設）
該当なし	47.5%（194 施設）

※ 日本専門医機構認定

3.2.5 重症患者対応体制強化加算を算定している割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	25.2%	前年差－3.3
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	20.5%	前年差＋4.6
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	18.3%	前年差－0.9
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	23.7%	前年差－0.5
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	0.0%	前年差±0.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	100%	
全体（408 施設）	22.5%	前年差－1.2

3.2.6 病棟薬剤業務実施加算 2 を算定している割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	79.0%	前年差＋4.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	71.8%	前年差＋5.9
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	56.1%	前年差＋3.5
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	83.1%	前年差＋2.8
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	30.8%	前年差±0.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	0.0%	
全体（408 施設）	72.5%	前年差＋3.4

3.2.7 早期栄養介入管理加算を算定している割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	78.5%	前年差＋3.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	69.2%	前年差＋3.3
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	65.9%	前年差＋1.8
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	66.1%	前年差＋8.5
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	23.1%	前年差±0.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	100%	
全体（408 施設）	71.6%	前年差＋4.0

3.2.8 早期離床・リハビリテーション加算を算定している割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	89.3%	前年差＋1.8
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	82.1%	前年差＋2.6
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	76.8%	前年差＋3.7
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	76.3%	前年差＋8.1
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	76.9%	前年差＋23.1
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	100%	
全体（408 施設）	83.8%	前年差＋4.2

3.2.9 重症患者初期支援充実加算を算定している割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	64.0%	前年差＋4.5
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	71.8%	前年差＋5.9
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	63.4%	前年差＋7.0
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	59.3%	前年差＋9.3
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	38.5%	前年差＋7.7
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	100%	
全体（408 施設）	63.2%	前年差＋6.1

3.2.10 院内迅速対応システム（rapid response system, RRS）

主たる医療保険区分	RRS があり、ICU スタッフ※が関与している	RRS はあるが、ICU スタッフ※は関与していない	RRS はない
特定集中治療室管理料 1, 2（214 施設）	85.5%（183 施設）	9.8%（21 施設）	4.7%（10 施設）
特定集中治療室管理料 3, 4（39 施設）	76.9%（30 施設）	12.8%（5 施設）	10.3%（4 施設）
特定集中治療室管理料 5, 6（82 施設）	70.7%（58 施設）	12.2%（10 施設）	17.1%（14 施設）
救命救急入院料 2, 4（59 施設）	81.4%（48 施設）	8.5%（5 施設）	10.2%（6 施設）
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	69.2%（9 施設）	7.7%（1 施設）	23.1%（3 施設）
救命救急入院料 1, 3（1 施設）	100.0%（1 施設）	0.0%（0 施設）	0.0%（0 施設）
全体（408 施設）	80.6%（329 施設）	10.3%（42 施設）	9.1%（37 施設）

※　当該集中治療室に所属する医師もしくは看護師

RRT, rapid response team; CCOT, critical care outreach team; MET, medical emergency team.

3.2.11　RRS のチーム形態

Rapid response team, RRT（190 施設）		51.2%
Medical emergency team, MET（148 施設）		39.9%
Critical care outreach team, CCOT（8 施設）		2.2%
その他（上記全てあるいは組み合わせ）	（22 施設）	5.9%

3.2.12　RRS の起動件数

主たる医療保険区分	起動件数※
特定集中治療室管理料 1, 2（168 施設）	73 [35-165]
特定集中治療室管理料 3, 4（29 施設）	56 [20-132]
特定集中治療室管理料 5, 6（58 施設）	48 [14-108]
救命救急入院料 2, 4（43 施設）	92 [44-179]
小児特定集中治療室管理料（9 施設）	40 [10-79]

救命救急入院料 1, 3（1 施設）	180
全体（308 施設）	71 [31-155]

※　CCOT が回診し介入した件数は除く。介入の有無にかかわらず、起動された場所（患者）に出向いた件数（電話相談のみは除く）

3.3 算定病床数

3.3.1 学会認定集中治療施設が算定している病床数★

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	11 床	[8-16]	前年差＋1
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	10 床	[8-12]	前年差±0
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	8 床	[6-10]	前年差±0
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	10 床	[8-15]	前年差±0
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	12 床	[9-16]	前年差±0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	10 床		
全体（408 施設）	10 床	[8-14]	前年差±0

3.3.2 学会認定集中治療施設が算定している病床数（病院 100 床あたり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	1.77 床	[1.35-2.51]	前年差＋0.03
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	1.80 床	[1.30-2.20]	前年差－0.03
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	1.61 床	[1.25-2.00]	前年差＋0.08
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	1.69 床	[1.03-2.37]	前年差＋0.10
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	4.00 床	[2.39-4.30]	前年差＋0.43
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	1.38 床		
全体（408 施設）	1.72 床	[1.31-2.40]	前年差＋0.05

※　（学会認定施設の算定病床数／病院病床数）×100 床　より算出

3.3.3 病院内にある重症患者管理病床数（病院 100 床あたり）

集中治療病床§の数（408 施設）	2.50 床	[1.75-3.60]	前年差＋0.10
集中治療病床§と高機能病床§§の数（408 施設）	5.68 床	[4.36-7.55]	前年差＋0.12

※　（病床数／病院病床数）×100 床　より算出

§　特定集中治療室管理料 1-6、救命救急入院料 2, 4、小児特定集中治療室管理料

§§ 救命救急入院料 1, 3、ハイケアユニット入院管理料 1, 2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料

3.4 集中治療室の概要

3.4.1　当該集中治療室は、病院の中央診療部門である割合☆

中央診療部門	中央診療部門ではない
90.2% （368 施設）	9.8% （40 施設）

3.4.2　当該集中治療室の責任者が集中治療科専門医である割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	92.1%
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	87.2%

特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）　89.0%
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）　78.0%
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　84.6%
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　100%
全体（408 施設）　88.7%

3.4.3　当該集中治療室の責任者が保有する専門医資格（複数回答あり）

集中治療科専門医　88.7%（362 施設）
救急科専門医　51.2%（209 施設）
麻酔科専門医　47.5%（194 施設）
小児科専門医　6.4%（ 26 施設）
内科専門医　11.3%（ 46 施設）
外科専門医　11.0%（ 45 施設）
脳神経外科専門医　2.5%（ 10 施設）
上記のいずれでもない　0.2%（ 1 施設）

3.4.4　算定病床数と稼働病床数の差

0 床	1 床	2 床	3 床	4 床	5 床	6 床	8 床
86.3% (352)	1.2% (5)	7.1% (29)	0.4% (2)	3.9% (16)	0.2% (1)	0.2% (1)	0.4% (2)

下段カッコ内は施設数

3.4.5　算定病床数と稼働病床数の差異の理由（複数回答あり）

看護師が不足している　89.3%（50 施設）
集中治療医が不足している　12.5%（ 7 施設）
施設改修中　1.8%（ 1 施設）
その他　10.7%（ 6 施設）

3.4.6　算定病床数に占める個室の割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）　40.0% [25.0-66.7]　前年差±0.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）　33.3% [25.0-47.7]　前年差＋4.4
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）　31.7% [20.0-50.0]　前年差＋1.7
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）　40.0% [25.0-50.0]　前年差±0.0
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　33.3%[25.0-44.4]　前年差＋2.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　100%
全体（408 施設）　37.5% [25.0-60.0]　前年差±0.0

3.4.7　陰圧病床の有無

有り	無し
87.0% (355 施設)	13.0% (53 施設)

3.4.8　隔離室（陰圧室，陽陰圧切替室）の算定病床数に占める割合★

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）　2 床 [1-3]　27.3% [8.3-30.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）　2 床 [1-3]　20.0% [10.0-25.0]

特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	2 床 [1-2]	20.0% [12.5-33.3]
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	2 床 [1-4]	20.0% [12.5-27.5]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	3 床 [2-5]	25.0% [12.5-31.3]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	3 床	18.8%
全体（408 施設）	2 床 [1-3]	18.8% [10.0-30.0]

3.4.9　集中治療室の総延べ床面積（1 病床あたり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（202 施設）	62.1 m^2/床 [47.2-80.9]	前年差－1.9
特定集中治療室管理料 3 または 4（35 施設）	48.9 m^2/床 [42.8-60.2]	前年差＋1.6
特定集中治療室管理料 5 または 6（74 施設）	51.1 m^2/床 [40.3-66.0]	前年差－3.7
救命救急入院料 2 または 4（53 施設）	45.1 m^2/床 [35.1-73.7]	前年差－1.2
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	73.2 m^2/床 [38.5-96.6]	前年差－6.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	91.8 m^2/床	
全体（377 施設）	55.6 m^2/床 [42.5-78.4]	前年差－0.7

3.4.10　個室病床の平均面積（1 病床あたり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（203 施設）	21.9 m^2/床 [20.7-24.1]	前年差±0.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（36 施設）	18.7 m^2/床 [16.3-22.0]	前年差＋1.3
特定集中治療室管理料 5 または 6（78 施設）	20.1 m^2/床 [16.9-21.3]	前年差＋0.1
救命救急入院料 2 または 4（53 施設）	18.8 m^2/床 [16.3-21.4]	前年差±0.0
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	20.2 m^2/床 [18.0-21.5]	前年差±0.0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	21.5 m^2/床	
全体（384 施設）	21.0 m^2/床 [19.2-23.1]	前年差±0.0

3.4.11　オープン病床の平均面積（1 病床あたり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（172 施設）	21.5 m^2/床 [20.5-23.9]	前年差±0.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（35 施設）	18.3 m^2/床 [16.4-21.4]	前年差＋0.5
特定集中治療室管理料 5 または 6（66 施設）	20.7m^2/床 [16.8-23.8]	前年差－0.3
救命救急入院料 2 または 4（46 施設）	19.0m^2/床 [16.2-22.3]	前年差－0.2
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	20.4 m^2/床 [18.3-23.9]	前年差±0.0
全体（332 施設）	21.0 m^2/床 [19.3-23.5]	前年差±0.0

3.4.12　集中治療室の器材室の面積（1 病床あたり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（206 施設）	2.9 m^2/床 [1.8-5.0]	前年差±0.0
特定集中治療室管理料 3 または 4（33 施設）	2.6 m^2/床 [1.9-3.7]	前年差＋0.1
特定集中治療室管理料 5 または 6（69 施設）	3.1 m^2/床 [1.9-5.0]	前年差－0.3
救命救急入院料 2 または 4（48 施設）	2.5 m^2/床 [1.7-4.3]	前年差－0.2
小児特定集中治療室管理料（11 施設）	1.8 m^2/床 [1.1-3.2]	前年差－0.4
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	3.2 m^2/床	
全体（368 施設）	2.9 m^2/床 [1.8-4.7]	前年差±0.0

3.4.13　主な運用形態

Emergency ICU 兼 Medical-Surgical ICU	Medical-Surgical ICU	Emergency ICU	Surgical ICU	Cardiac care unit	Pediatric ICU	Medical ICU	Stroke care unit, Neuro-logical ICU
52.9% (216 施設)	21.1% (86 施設)	13.5% (55 施設)	4.9% (20 施設)	1.2% (5 施設)	5.9% (24 施設)	0.2% (1 施設)	0.2% (1 施設)

3.4.14　運用体制

主たる医療保険区分	Closed ICU	Mandatory critical care consultation	Elective critical care consultation	No critical care physician
特定集中治療室管理料 1,2 (214 施設)	19.2% (-0.8%) (41 施設)	61.7% (+0.2%) (132 施設)	19.2% (+0.7%) (41 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)
特定集中治療室管理料 3,4 (39 施設)	5.1% (+2.9%) (2 施設)	64.1% (-1.8%) (25 施設)	30.8% (-1.0%) (12 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)
特定集中治療室管理料 5,6 (82 施設)	7.3% (-1.7%) (6 施設)	58.5% (-0.5%) (48 施設)	34.1% (+2.0%) (28 施設)	0.0% (0 施設)
救命救急入院料 2,4 (59 施設)	42.4% (-3.1%) (25 施設)	35.6% (+2.3%) (21 施設)	22.0% (+0.8%) (13 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	61.5% (±0%) (8 施設)	38.5% (±0%) (5 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)
救命救急入院料 1, 3 (1 施設)	100% (1 施設)	0% (0 施設)	0% (0 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)
全体 (408 施設)	20.3% (-1.1%) (83 施設)	56.6% (+0.5%) (231 施設)	23.0% (+0.6%) (94 施設)	0.0% (±0%) (0 施設)

(括弧内の%は前年差)

※　Closed ICU：集中治療医が治療方針をすべて決定する

※　Mandatory critical care consultation：集中治療医は全患者に介入する

※　Elective critical care consultation：主治医から依頼があった患者のみ集中治療医は介入する

※　No critical care physician：集中治療医がいない

3.4.15　専従または専任の集中治療担当医が入退室の決定に関与している割合☆

関与している	関与していない
96.6% (394 施設)	3.4% (14 施設)

3.4.16　専従または専任の集中治療担当医が治療方針に関与している割合☆

関与している	関与していない
97.3% (397 施設)	2.7% (11 施設)

3.4.17　多職種による症例カンファランスが毎平日に開催されカルテに記載されている割合★

有り	無し
92.4% (377 施設)	7.6% (31 施設)

3.4.18　多職種による早期離床・リハビリテーションに関するカンファランスが毎平日に開催され、かつ内容がカルテに記載されている割合

有り	無し

89.0% (363 施設)	11.0% (45 施設)

3.4.19　多職種による栄養療法に関するカンファランスが毎平日に開催され、かつ内容がカルテに記載されている割合★

有り	無し
78.9% (322 施設)	21.1% (86 施設)

3.4.20　M&M カンファランスを開催している割合★

定期的に開催	不定期に開催	開催していない
15.2% (62 施設)	67.4% (275 施設)	17.4% (71 施設)

3.4.21　感染制御チームとカンファランスを開催して連携している割合★

有り	無し
51.2% (209 施設)	48.8% (199 施設)

3.4.22　人工呼吸器、血液浄化装置が常時使用可能である割合☆

使用できる	使用できない
100% (408 施設)	0% (0 施設)

3.4.23　人工肺と血液ポンプを用いた体外循環装置が常時使用可能である割合★

使用できる	使用できない
96.1% (392 施設)	3.9% (16 施設)

3.4.24　人工呼吸器離脱プロトコールに基づく自発覚醒トライアル，自発呼吸トライアルを実施している割合★

全例で実施	一部で実施	実施していない
67.4% (275 施設)	28.4% (116 施設)	4.2% (17 施設)

3.4.25　せん妄に対する客観的評価が行われている割合★

行われている	行われていない
94.4% (385 施設)	5.6% (23 施設)

3.4.26　早期離床・リハビリテーションに関するプロトコールがある割合★

ある	ない
80.4% (328 施設)	19.6% (80 施設)

3.4.27　当該集中治療室に特化した災害やパンデミック時における対応マニュアルがある割合★

ある	ない
60.3% (246 施設)	39.7% (162 施設)

3.4.28　感染症サーベイランスを行っている割合★

行っている	行っていない
91.4%	8.6%

(373 施設)	(35 施設)

3.4.29　ICU における医療安全推進を担う「リスクマネージャー」などの役割を配置している割合★

配置している	配置していない
85.8% (350 施設)	14.2% (58 施設)

3.4.30　脳死判定および臓器提供に関するマニュアルが整備されている割合★

整備されている	整備されていない
89.5% (365 施設)	10.5% (43 施設)

3.4.31　人生の最終段階における基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている割合★

行われている	行われていない
76.5% (312 施設)	23.5% (96 施設)

3.4.32　集中治療科専門医を含む重症患者搬送チームが設置されている割合★

設置されている	設置されていない
25.7% (105 施設)	74.3% (303 施設)

3.4.33　JIPAD への参加の有無★

有り	無し
51.0% (208 施設)	49.0% (200 施設)

3.4.34　重症部門システム導入の有無

有り	無し
69.4% (283 施設)	30.6% (125 施設)

3.4.35　重症部門システムのメーカー

フィリップス　39.6%（112 施設）
日本光電　20.5%（ 58 施設）
富士通　18.0%（ 51 施設）
富士フィルム　9.5%（ 27 施設）
フクダ電子　8.5%（ 24 施設）
その他　3.9%（ 11 施設）

3.4.36　重症部門システムと JIPAD の連携の有無

有り	無し
50.9% (144 施設)	49.1% (139 施設)

3.4.37　集中治療に関する遠隔診療支援への関与

主たる医療保険区分	支援側	被支援側	関与なし
特定集中治療室管理料 1,2 (214 施設)	2.3% (5 施設)	0.9% (2 施設)	96.7% (207 施設)

特定集中治療室管理料 3,4 （39 施設）	0% （0 施設）	2.6% （1 施設）	97.4% （38 施設）
特定集中治療室管理料 5,6 （82 施設）	1.2% （1 施設）	1.2% （1 施設）	97.6% （80 施設）
救命救急入院料 2,4 （59 施設）	0% （0 施設）	3.4% （2 施設）	96.6% （57 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （13 施設）
救命救急入院料 1,3 （1 施設）	0% （0 施設）	0% （0 施設）	100% （1 施設）
全体 （408 施設）	1.5% （6 施設）	1.5% （6 施設）	97.1% （396 施設）

3.4.38　被支援側医療機関が特定集中治療室遠隔支援加算を算定している割合

有り	無し
31.4% （2 施設）	68.6% （4 施設）

3.4.39　特定集中治療室遠隔支援加算を報酬按分している割合

有り	無し
31.4% （2 施設）	68.6% （4 施設）

3.4.40　支援先の被支援側医療機関が算定している管理料等

特定集中治療室管理料 1 または 2	5 施設
特定集中治療室管理料 3 または 4	2 施設
特定集中治療室管理料 5 または 6	4 施設
救命救急入院料 2 または 4	0 施設
救命救急入院料 1 または 3	3 施設
小児特定集中治療室管理料	0 施設
ハイケアユニット入院管理料 1	2 施設
ハイケアユニット入院管理料 2	0 施設
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	1 施設
その他	0 施設

3.4.41　遠隔診療支援に関与していない場合、遠隔診療支援の導入を検討しているか

支援側医療機関として検討中	11.1%（ 44 施設）
被支援側医療機関として検討中	2.3%（ 9 施設）
検討していない	86.6%（343 施設）

3.5 医師の診療体制

	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
専従医	1944 人/375 施設 3 人 [2-7]	2185 人/403 施設 3 人 [1-7]	2151 人/401 施設 3 人 [1-7]	2120 人/408 施設 3 人 [1-8]

専任医	1197 人/374 施設 1 人 [0-4]	1204 人/403 施設 1 人 [0-4]	1179 人/401 施設 1 人 [0-4]	1225 人/408 施設 1 人 [0-4]
専従医＋専任医	3134 人/374 施設 6 人 [3-12]	3389 人/403 施設 6 人 [3-12]	3330 人/401 施設 6 人 [3-11]	3345 人/408 施設 6 人 [3-11]

3.5.1　専従医数および専任医数の年次推移

（上段：総人数／回答施設数）

※　専従医：業務時間の 80%以上かつ週 4 日以上 32 時間以上を集中治療室で勤務

※　専任医：専従医に該当しないが、業務時間の 50%以上かつ週 20 時間以上を集中治療室で勤務

※　いずれも手術室での麻酔業務、救急外来での診療は含めない。

3.5.2　専従医および専任医が所有する専門医資格（複数回答あり）

	集中治療科	救急科	麻酔科	小児科	内科	外科	脳神経外科	上記保有なし
専従医（2120 人/408 施設）	952 人	839 人	478 人	201 人	232 人	159 人	27 人	485 人
専任医（1225 人/408 施設）	336 人	366 人	249 人	61 人	101 人	140 人	18 人	357 人

（括弧内は総人数／回答施設数）

3.5.3 専従医および専任医の運用体制別の人数と集中治療科専門医の数☆

		Closed ICU（83 施設）	Mandatory（231 施設）	Elective（94 施設）	全体（408 施設）
専従医	総人数	8 人 [4-14]	3 人 [1-6]	1 人 [1-3]	3 人 [1-8]
	集中治療科専門医	3 人 [2-5]	2 人 [1-3]	1 人 [1-2]	2 人 [1-3]
専任医	総人数	0 人 [0-5]	1 人 [0-3]	2 人 [0-5]	1 人 [0-4]
	集中治療科専門医	0 人 [0-1]	0 人 [0-1]	0 人 [0-1]	0 人 [0-1]
専従医または専任医	総人数	13 人 [8-18]	5 人 [3-10]	4 人 [2-10]	6 人 [3-11]
	集中治療科専門医	4 人 [3-6]	2 人 [1-4]	2 人 [1-3]	3 人 [1-4]

3.5.4 専従または専任勤務する集中治療科専門医数の年次推移

	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
専従医	804 人/375 施設 2 人 [1-3]	853 人/403 施設 2 人 [1-3]	914 人/401 施設 2 人 [1-3]	952 人/408 施設 2 人 [1-3]
専任医	212 人/374 施設 0 人 [0-1]	264 人/403 施設 0 人 [0-1]	281 人/401 施設 0 人 [0-1]	336 人/408 施設 0 人 [0-1]
専従医＋専任医	1016 人/374 施設 2 人 [1-4]	1117 人/403 施設 2 人 [1-3]	1195 人/401 施設 2 人 [2-4]	1288 人/408 施設 3 人 [1-4]

（上段：総人数／回答施設数）

3.5.5 各時間帯に勤務する医師数（医療保険区分別）

主たる医療保険区分	平日			土日祝日		
	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時
特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	3.0 人 [2.0-4.8]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	2.0 人 [1.0-3.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	2.0 人 [1.7-4.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.6]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	2.0 人 [1.0-2.1]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	4.0 人 [2.0-5.3]	1.6 人 [1.0-2.1]	1.6 人 [1.0-2.0]	2.0 人 [1.8-4.0]	1.2 人 [1.0-2.5]	1.5 人 [1.0-2.0]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	5.0 人 [3.7-9.0]	2.0 人 [2.0-3.0]	2.0 人 [1.0-3.0]	3.0 人 [2.5-4.0]	2.0 人 [1.0-3.0]	2.0 人 [1.0-3.0]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	5.0 人	2.0 人	2.0 人	5.0 人	2.0 人	2.0 人
全体（408 施設）	3.0 人 [2.0-4.2]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.5 人 [1.0-3.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]

※ 初期研修医は除く

3.5.6 各時間帯に勤務する医師数（運用体制別）

運用体制	平日			土日祝日		
	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時
Closed（83 施設）	4.5 人 [3.0-6.0]	2.0 人 [1.3-3.0]	2.0 人 [1.0-2.5]	3.0 人 [2.0-4.0]	2.0 人 [1.0-2.8]	2.0 人 [1.0-2.6]
Mandatory（231 施設）	3.0 人 [2.0-4.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.4]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.5]	1.0 人 [1.0-1.0]
Elective（94 施設）	2.0 人 [1.0-3.2]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-1.0]	1.0 人 [1.0-1.0]
全体（408 施設）	3.0 人 [2.0-4.2]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.5 人 [1.0-3.0]	1.0 人 [1.0-2.0]	1.0 人 [1.0-2.0]

※ 初期研修医は除く

3.5.7 医師の勤務体制

	2 交代（8-17, 17-8 等）	2 交代（12 時間毎）	1 交代（24 時間勤務）	その他
平日	83.6%（341 施設）	3.9%（16 施設）	7.6%（31 施設）	4.9%（20 施設）
土日祝	56.9%（232 施設）	3.4%（14 施設）	34.1%（139 施設）	5.6%（23 施設）

3.5.8 24 時間を超える連続勤務の有無

有り	無し
12.3%（50 施設）	87.7%（358 施設）

例：日勤→夜勤→日勤

3.5.9 病院内に勤務している集中治療科専門医の総数

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設） 6 人 [4-10]

特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設） 4 人 [2-5]

特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設） 3 人 [2-4]

救命救急入院料 2 または 4（59 施設）　7 人 [5-11]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　7 人 [4-12]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　19 人
全体（408 施設）　5 人 [3-9]

3.5.10 勤務する医師の交代時に申し送りがある割合☆

有り	無し
93.4% （381 施設）	6.6% （27 施設）

3.6 看護師の診療体制

3.6.1 看護師の他部署との兼任の有無

有り	無し
9.6% （39 施設）	90.4% （369 施設）

3.6.2 専門・認定看護師の人数★

専門・認定資格	0 人	1 人	2 人	3 人以上
急性・重症患者看護専門看護師 （408 施設）	68.9% （281 施設）	26.0% （106 施設）	4.7% （19 施設）	0.5% （2 施設）
集中ケア認定看護師 （408 施設）	52.0% （212 施設）	36.0% （147 施設）	8.3% （34 施設）	3.7% （15 施設）
救急看護認定看護師 （408 施設）	73.8% （301 施設）	20.3% （83 施設）	3.9% （16 施設）	2.0% （8 施設）
クリティカルケア認定看護師 （408 施設）	56.6% （231 施設）	32.4% （132 施設）	9.1% （37 施設）	2.0% （8 施設）
小児救急看護認定看護師 （408 施設）	92.6% （378 施設）	6.9% （28 施設）	0.2% （1 施設）	0.2% （1 施設）
小児プライマリケア認定看護師 （408 施設）	98.8% （403 施設）	1.2% （5 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）
新生児集中ケア認定看護師 （408 施設）	95.8% （391 施設）	3.4% （14 施設）	0.7% （3 施設）	0.0% （0 施設）
集中治療認証看護師（ICRN） （408 施設）	64.2% （262 施設）	14.2% （58 施設）	10.5% （43 施設）	11.0% （45 施設）
集中治療認証看護師（ICRN-K） （408 施設）	98.3% （401 施設）	1.0% （4 施設）	0.5% （2 施設）	0.2% （1 施設）
特定行為研修 8 区分修了看護師 （408 施設）	49.8% （203 施設）	19.6% （80 施設）	12.5% （51 施設）	18.1% （74 施設）

3.6.3 専門・認定看護師※の合計人数

0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人以上
3.2% （13 施設）	13.5% （55 施設）	18.6% （76 施設）	15.9% （65 施設）	14.2% （58 施設）	34.6% （141 施設）

※　3.6.2 における専門・認定看護師（いずれかのデータが欠損している施設は除外）

3.6.4 算定病床 2 床当たりの看護師配置人数

特定集中治療室管理料 1 または 2（191 施設）　1.38 人 [1.21-1.58] 前年差－0.01
特定集中治療室管理料 3 または 4（31 施設）　1.31 人 [1.21-1.47] 前年差－0.04

特定集中治療室管理料 5 または 6（64 施設）　1.39 人 [1.23-1.61] 前年差＋0.01
救命救急入院料 2 または 4（48 施設）　1.41 人 [1.26-1.70] 前年差－0.05
小児特定集中治療室管理料（12 施設）　1.31 人 [1.27-1.51] 前年差－0.03
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　0.69 人
全体（347 施設）　1.38 人 [1.22-1.59] 前年差－0.01

※　看護師の 8 月延べ勤務時間数の合計∫／（算定病床数×31 日×24 時間）×2 床　より算出
∫　入院基本料等の施設基準に係わる届出添付書類（様式 9）の 4. 勤務実績表から抜粋

3.6.5 稼働病床 2 床当たりの看護師配置人数☆

特定集中治療室管理料 1 または 2（191 施設）　1.45 人 [1.27-1.58] 前年差＋0.04
特定集中治療室管理料 3 または 4（31 施設）　1.34 人 [1.22-1.49] 前年差－0.03
特定集中治療室管理料 5 または 6（64 施設）　1.44 人 [1.29-1.67] 前年差＋0.01
救命救急入院料 2 または 4（48 施設）　1.44 人 [1.27-1.75] 前年差－0.08
小児特定集中治療室管理料（12 施設）　1.37 人 [1.30-1.51] 前年差－0.12
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　0.69 人
全体　（347 施設）　1.43 人 [1.27-1.61] 前年差±0.0

※　看護師の 8 月延べ勤務時間数の合計∫／（稼働病床数×31 日×24 時間）×2 床　より算出
∫　入院基本料等の施設基準に係わる届出添付書類（様式 9）の 4. 勤務実績表から抜粋

3.6.6 算定病床 2 床当たりの各時間帯に勤務する看護師数☆

主たる医療保険区分	平日			土日祝日		
	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時
特定集中治療室管理料 1 または 2（213 施設）	2.00 人 [1.60-2.50]	1.00 人 [1.00-1.20]	1.00 人 [1.00-1.14]	1.50 人 [1.20-1.80]	1.00 人 [1.00-1.14]	1.00 人 [1.00-1.12]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	1.80 人 [1.45-2.21]	1.00 人 [1.00-1.12]	1.00 人 [1.00-1.08]	1.25 人 [1.12-1.49]	1.00 人 [1.00-1.00]	1.00 人 [1.00-1.00]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	2.15 人 [1.61-2.86]	1.00 人 [1.00-1.17]	1.00 人 [1.00-1.00]	1.45 人 [1.20-1.75]	1.00 人 [1.00-1.00]	1.00 人 [1.00-1.00]
救命救急入院料 2 または 4（57 施設）	1.88 人 [1.50-2.50]	1.00 人 [1.00-1.33]	1.00 人 [1.00-1.25]	1.50 人 [1.25-2.00]	1.00 人 [1.00-1.25]	1.00 人 [1.00-1.20]
小児特定集中治療室管理料　（13 施設）	2.20 人 [2.12-2.63]	1.00 人 [0.99-1.00]	1.00 人 [0.99-1.00]	1.70 人 [1.50-2.20]	1.00 人 [0.98-1.00]	1.00 人 [0.98-1.00]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	2.15 人	1.21 人	1.21 人	2.15 人	1.20 人	1.20 人
全体 （405 施設）	2.00 人 [1.60-2.50]	1.00 人 [1.00-1.20]	1.00 人 [1.00-1.14]	1.50 人 [1.20-1.80]	1.00 人 [1.00-1.15]	1.00 人 [1.00-1.10]

※　（各時間帯で勤務するおおよその看護師数／算定病床数）× 2 床　より算出

3.6.7 稼働病床 2 床当たりの各時間帯に勤務する看護師数

主たる医療保険区分	平日			土日祝日		
	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時	午前 10 時	午後 8 時	午前 4 時
特定集中治療室管理料 1 または 2（213 施設）	2.00 人 [1.64-2.50]	1.01 人 [1.00-1.20]	1.00 人 [1.00-1.17]	1.50 人 [1.22-1.83]	1.00 人 [1.00-1.17]	1.00 人 [1.00-1.14]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	1.80 人 [1.45-2.31]	1.00 人 [1.00-1.16]	1.00 人 [1.00-1.16]	1.25 人 [1.12-1.50]	1.00 人 [1.00-1.03]	1.00 人 [1.00-1.01]

特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	2.18 人 [1.69-3.00]	1.00 人 [1.00-1.20]	1.00 人 [1.00-1.09]	1.50 人 [1.23-1.79]	1.00 人 [1.00-1.11]	1.00 人 [1.00-1.05]
救命救急入院料 2 または 4（57 施設）	2.00 人 [1.55-2.60]	1.13 人 [1.00-1.33]	1.03 人 [1.00-1.25]	1.50 人 [1.30-2.00]	1.14 人 [1.00-1.25]	1.07 人 [1.00-1.25]
小児特定集中治療室 管理料　（13 施設）	2.20 人 [2.12-2.63]	1.00 人 [1.00-1.00]	1.00 人 [1.00-1.00]	1.80 人 [1.59-2.20]	1.00 人 [0.99-1.00]	1.00 人 [0.09-1.00]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	2.15 人	1.21 人	1.21 人	2.15 人	1.20 人	1.20 人
全体 （405 施設）	2.00 人 [1.63-2.56]	1.00 人 [1.00-1.20]	1.00 人 [1.00-1.17]	1.50 人 [1.25-1.85]	1.00 人 [1.00-1.17]	1.00 人 [1.00-1.14]

※　（各時間帯で勤務するおおよその看護師数／稼働病床数）×2 床　より算出

3.6.8 当該集中治療室の看護師の月平均夜勤時間

特定集中治療室管理料 1 または 2（192 施設）	81.5 時間/月 [74.0-92.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（33 施設）	84.0 時間/月 [72.0-93.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（66 施設）	77.0 時間/月 [67.5-86.8]
救命救急入院料 2 または 4（48 施設）	77.5 時間/月 [70.8-87.8]
小児特定集中治療室管理料（11 施設）	74.0 時間/月 [68.0-83.5]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	78.0 時間/月
全体（351 施設）	80.0 時間/月 [72.0-90.0]

3.6.9 看護師の勤務体制

2 交代 （16 時間以上／夜勤 1 回）	2 交代 （16 時間未満／夜勤 1 回）	3 交代	その他
42.9% （175 施設）	35.8% （146 施設）	18.6% （76 施設）	2.7% （11 施設）

3.6.10 看護師補助者の配置の有無★

有り	無し
82.1% （335 施設）	17.9% （73 施設）

3.7 臨床工学技士の診療体制

3.7.1 平日・日勤の専従体制☆

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	58.4% （125 施設）	23.8% （51 施設）	17.3% （37 施設）	0.5% （1 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	28.2% （11 施設）	20.5% （8 施設）	48.7% （19 施設）	2.6% （1 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	29.3% （24 施設）	26.8% （22 施設）	42.7% （35 施設）	1.2% （1 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	35.6% （21 施設）	22.0% （13 施設）	40.7% （24 施設）	1.7% （1 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	30.8% （4 施設）	23.1% （3 施設）	46.2% （6 施設）	0.0% （0 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）

全体 （408 施設）	45.6% （186 施設）	23.8% （97 施設）	29.7% （121 施設）	1.0% （4 施設）

※ 専従：1 日における業務時間の 80%以上が集中治療室での勤務

※ 専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が集中治療室での勤務

※ 兼任：1 日における業務時間の 50%未満が集中治療室での勤務

※ いずれも日替わり勤務を含む

3.7.2 平日・日勤に専従勤務している臨床工学技士の人数ｒ

特定集中治療室管理料 1 または 2（124 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（11 施設）	1.0 人 [1.0-1.5]
特定集中治療室管理料 5 または 6（24 施設）	1.0 人 [1.0-1.0]
救命救急入院料 2 または 4（21 施設）	2.0 人 [1.0-2.0]
小児特定集中治療室管理料（4 施設）	1.0 人 [1.0-1.3]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	2.0 人
全体（185 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]

※ 3.7.1 で専従体制のある施設に限定

3.7.3 平日・夜勤の専従体制☆

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	14.5% （31 施設）	24.3% （52 施設）	58.9% （126 施設）	2.3% （5 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	5.1% （2 施設）	17.9% （7 施設）	56.4% （22 施設）	20.5% （8 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	4.9% （4 施設）	12.2% （10 施設）	54.9% （45 施設）	28.0% （23 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	11.9% （7 施設）	13.6% （8 施設）	69.5% （41 施設）	5.1% （3 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	7.7% （1 施設）	0.0% （0 施設）	61.5% （8 施設）	30.8% （4 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）
全体 （408 施設）	11.0% （45 施設）	18.9% （77 施設）	59.6% （243 施設）	10.5% （43 施設）

3.7.4 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	20.1% （43 施設）	23.4% （50 施設）	55.1% （118 施設）	1.4% （3 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	7.7% （3 施設）	15.4% （6 施設）	59.0% （23 施設）	17.9% （7 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	3.7% （3 施設）	14.6% （12 施設）	61.0% （50 施設）	20.7% （17 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	16.9% （10 施設）	11.9% （7 施設）	66.1% （39 施設）	5.1% （3 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	7.7% （1 施設）	7.7% （1 施設）	61.5% （8 施設）	23.1% （3 施設）
救命救急入院料 1 または 3	0.0%	0.0%	100%	0.0%

（1 施設）	（0 施設）	（0 施設）	（1 施設）	（0 施設）
全体 （408 施設）	14.7% （60 施設）	18.6% （76 施設）	58.6% （239 施設）	8.1% （33 施設）

3.7.5 土日祝日・日勤に専従勤務している臨床工学技士の人数

特定集中治療室管理料 1 または 2（43 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（3 施設）	1.0 人 [1.0-1.5]
特定集中治療室管理料 5 または 6（3 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]
救命救急入院料 2 または 4（10 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]
小児特定集中治療室管理料（1 施設）	1.0 人
救命救急入院料 1 または 3（0 施設）	0.0 人
全体（60 施設）	1.0 人 [1.0-2.0]

※　3.7.4 で専従体制のある施設に限定

3.7.6 土日祝日・夜勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	13.6% （29 施設）	22.4% （48 施設）	61.7% （132 施設）	2.3% （5 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	5.1% （2 施設）	15.4% （6 施設）	59.0% （23 施設）	20.5% （8 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	2.4% （2 施設）	13.4% （11 施設）	56.1% （46 施設）	28.0% （23 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	10.2% （6 施設）	11.9% （7 施設）	71.2% （42 施設）	6.8% （4 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	7.7% （1 施設）	0.0% （0 施設）	61.5% （8 施設）	30.8% （4 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）
全体 （408 施設）	9.8% （40 施設）	17.6% （72 施設）	61.8% （252 施設）	10.8% （44 施設）

3.7.7 病院内に勤務している認定集中治療関連臨床工学技士（日本臨床工学技士会）の人数

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	2.0 人 [1.0-3.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	1.0 人 [0.0-2.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	1.0 人 [0.0-1.8]
救命救急入院料 2 または 4（58 施設）	1.0 人 [0.0-3.0]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	1.0 人 [0.0-6.0]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	2.0 人
全体（407 施設）	1.0 人 [0.0-3.0]

3.7.8 病院内に勤務している集中治療専門臨床工学技士（日本集中治療医学会）の人数★

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
救命救急入院料 2 または 4（58 施設）	0.0 人 [0.0-0.8]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]

救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	0.0 人
全体（407 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]

3.8 薬剤師の診療体制

3.8.1 平日・日勤の専従体制★

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	34.6%（74 施設）	41.6%（89 施設）	21.0%（45 施設）	2.8%（6 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	20.5%（8 施設）	51.3%（20 施設）	28.2%（11 施設）	0.0%（0 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	22.0%（18 施設）	35.4%（29 施設）	39.0%（32 施設）	3.7%（3 施設）
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	39.0%（23 施設）	49.2%（29 施設）	11.9%（7 施設）	0.0%（0 施設）
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	30.8%（4 施設）	38.5%（5 施設）	30.8%（4 施設）	0.0%（0 施設）
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	100%（1 施設）	0.0%（0 施設）	0.0%（0 施設）	0.0%（0 施設）
全体（408 施設）	31.4%（128 施設）	42.2%（172 施設）	24.3%（99 施設）	2.2%（9 施設）

※　専従：1 日における業務時間の 80%以上が、集中治療室での勤務

※　専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が、集中治療室での勤務

※　兼任：1 日における業務時間の 50%未満が、集中治療室での勤務

※　いずれも日替わり勤務を含む

3.8.2 平日・夜勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	0.9%（2 施設）	1.9%（4 施設）	31.8%（68 施設）	65.4%（140 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	0.0%（0 施設）	2.6%（1 施設）	41.0%（16 施設）	56.4%（22 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	0.0%（0 施設）	1.2%（1 施設）	40.2%（33 施設）	58.5%（48 施設）
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	1.7%（1 施設）	1.7%（1 施設）	39.0%（23 施設）	57.6%（34 施設）
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	0.0%（0 施設）	0.0%（0 施設）	23.1%（3 施設）	76.9%（10 施設）
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	0.0%（0 施設）	0.0%（0 施設）	100%（1 施設）	0.0%（0 施設）
全体（408 施設）	0.7%（3 施設）	1.7%（7 施設）	35.3%（144 施設）	62.3%（254 施設）

3.8.3 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	1.4%（3 施設）	4.2%（9 施設）	37.4%（80 施設）	57.0%（122 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4	0.0%	2.6%	48.7%	48.7%

(39 施設)	(0 施設)	(1 施設)	(19 施設)	(19 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	2.4% (2 施設)	2.4% (2 施設)	42.7% (35 施設)	52.4% (43 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	3.4% (2 施設)	5.1% (3 施設)	47.5% (28 施設)	44.1% (26 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	7.7% (1 施設)	15.4% (2 施設)	76.9% (10 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)	0.0% (0 施設)
全体 (408 施設)	1.7% (7 施設)	3.9% (16 施設)	40.4% (165 施設)	53.9% (220 施設)

3.8.4 土日祝日・夜勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	0.0% (0 施設)	1.9% (4 施設)	32.7% (70 施設)	65.4% (140 施設)
特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	0.0% (0 施設)	2.6% (1 施設)	41.0% (16 施設)	56.4% (22 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	43.9% (36 施設)	56.1% (46 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	1.7% (1 施設)	1.7% (1 施設)	39.0% (23 施設)	57.6% (34 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	23.1% (3 施設)	76.9% (10 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)	0.0% (0 施設)
全体 (408 施設)	0.2% (1 施設)	1.5% (6 施設)	36.5% (149 施設)	61.8% (252 施設)

3.8.5 病院内に勤務している日本集中治療医学会 認定集中治療専門薬剤師の数

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	0.0 人
全体（408 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]

3.9 理学療法士の診療体制

3.9.1 平日・日勤の専従体制★

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	27.1% (58 施設)	30.4% (65 施設)	41.6% (89 施設)	0.9% (2 施設)
特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	15.4% (6 施設)	43.6% (17 施設)	41.0% (16 施設)	0.0% (0 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6	11.0%	29.3%	58.5%	1.2%

(82 施設)	(9 施設)	(24 施設)	(48 施設)	(1 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	30.5% (18 施設)	30.5% (18 施設)	37.3% (22 施設)	1.7% (1 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	7.7% (1 施設)	23.1% (3 施設)	69.2% (9 施設)	0.0% (0 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)	0.0% (0 施設)
全体 (408 施設)	22.5% (92 施設)	31.1% (127 施設)	45.3% (185 施設)	1.0% (4 施設)

※　専従：1 日における業務時間の 80%以上が、集中治療室での勤務

※　専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が、集中治療室での勤務

※　兼任：1 日における業務時間の 50%未満が、集中治療室での勤務

※　いずれも日替わり勤務を含む

3.9.2 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	12.6% (27 施設)	15.0% (32 施設)	39.3% (84 施設)	33.2% (71 施設)
特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	7.7% (3 施設)	15.4% (6 施設)	41.0% (16 施設)	35.9% (14 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	3.7% (3 施設)	12.2% (10 施設)	48.8% (40 施設)	35.4% (29 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	10.2% (6 施設)	10.2% (6 施設)	32.2% (19 施設)	47.5% (28 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	38.5% (5 施設)	61.5% (8 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)
全体 (408 施設)	9.6% (39 施設)	13.2% (54 施設)	40.2% (164 施設)	37.0% (151 施設)

3.9.3 病院内に勤務している日本集中治療医学会 認定集中治療理学療法士の数

特定集中治療室管理料 1 または 2（214 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]
特定集中治療室管理料 5 または 6（82 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	0.0 人 [0.0-0.0]
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	1.0 人
全体（408 施設）	0.0 人 [0.0-1.0]

3.10 作業療法士の診療体制

3.10.1 平日・日勤の専従体制★

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	1.9% (4 施設)	4.2% (9 施設)	65.9% (141 施設)	28.0% (60 施設)

特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	0.0% (0 施設)	15.4% (6 施設)	61.5% (24 施設)	23.1% (9 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	2.4% (2 施設)	2.4% (2 施設)	68.3% (56 施設)	26.8% (22 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	6.8% (4 施設)	8.5% (5 施設)	76.3% (45 施設)	8.5% (5 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	84.6% (11 施設)	15.4% (2 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)	0.0% (0 施設)
全体 (408 施設)	2.5% (10 施設)	5.4% (22 施設)	68.1% (278 施設)	24.0% (98 施設)

※　専従：1 日における業務時間の 80%以上が、集中治療室での勤務

※　専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が、集中治療室での勤務

※　兼任：1 日における業務時間の 50%未満が、集中治療室での勤務

※　いずれも日替わり勤務を含む

3.10.2 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	0.9% (2 施設)	2.3% (5 施設)	36.4% (78 施設)	60.3% (129 施設)
特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	0.0% (0 施設)	7.7% (3 施設)	41.0% (16 施設)	51.3% (20 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	2.4% (2 施設)	2.4% (2 施設)	39.0% (32 施設)	56.1% (46 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	5.1% (3 施設)	1.7% (1 施設)	37.3% (22 施設)	55.9% (33 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	23.1% (3 施設)	76.9% (10 施設)
救命救急入院料 1 または 3 (1 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	100% (1 施設)
全体 (408 施設)	1.7% (7 施設)	2.7% (11 施設)	37.0% (151 施設)	58.6% (239 施設)

3.11 言語聴覚士の診療体制

3.11.1 平日・日勤の専従体制★

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 (214 施設)	0.0% (0 施設)	5.6% (12 施設)	70.1% (150 施設)	24.3% (52 施設)
特定集中治療室管理料 3 または 4 (39 施設)	0.0% (0 施設)	5.1% (2 施設)	76.9% (30 施設)	17.9% (7 施設)
特定集中治療室管理料 5 または 6 (82 施設)	1.2% (1 施設)	2.4% (2 施設)	63.4% (52 施設)	32.9% (27 施設)
救命救急入院料 2 または 4 (59 施設)	0.0% (0 施設)	5.1% (3 施設)	81.4% (48 施設)	13.6% (8 施設)
小児特定集中治療室管理料 (13 施設)	0.0% (0 施設)	0.0% (0 施設)	76.9% (10 施設)	23.1% (3 施設)

救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）
全体 （408 施設）	0.2% （1 施設）	4.7% （19 施設）	71.3% （291 施設）	23.8% （97 施設）

※　専従：1 日における業務時間の 80%以上が、集中治療室での勤務

※　専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が、集中治療室での勤務

※　兼任：1 日における業務時間の 50%未満が、集中治療室での勤務

※　いずれも日替わり勤務を含む

3.11.2 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	0.0% （0 施設）	1.9% （4 施設）	37.4% （80 施設）	60.7% （130 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	0.0% （0 施設）	5.1% （2 施設）	41.0% （16 施設）	53.8% （21 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	1.2% （1 施設）	1.2% （1 施設）	32.9% （27 施設）	64.6% （53 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	0.0% （0 施設）	1.7% （1 施設）	35.6% （21 施設）	62.7% （37 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	23.1% （3 施設）	76.9% （10 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）
全体 （408 施設）	0.2% （1 施設）	2.0% （8 施設）	36.0% （147 施設）	61.8% （252 施設）

3.12 管理栄養士の診療体制

3.12.1 平日・日勤の専従体制★

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	14.5% （31 施設）	41.1% （88 施設）	36.9% （79 施設）	7.5% （16 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	2.6% （1 施設）	46.2% （18 施設）	48.7% （19 施設）	2.6% （1 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	8.5% （7 施設）	36.6% （30 施設）	45.1% （37 施設）	9.8% （8 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	16.9% （10 施設）	28.8% （17 施設）	42.4% （25 施設）	11.9% （7 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	0.0% （0 施設）	7.7% （1 施設）	53.8% （7 施設）	38.5% （5 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）
全体 （408 施設）	12.0% （49 施設）	37.7% （154 施設）	41.2% （168 施設）	9.1% （37 施設）

※　専従：1 日における業務時間の 80%以上が、集中治療室での勤務

※　専任：1 日における業務時間の 50%以上 80%未満が、集中治療室での勤務

※　兼任：1 日における業務時間の 50%未満が、集中治療室での勤務

※　いずれも日替わり勤務を含む

3.12.2 土日祝日・日勤の専従体制

主たる医療保険区分	専従	専任	兼任	関与なし
特定集中治療室管理料 1 または 2 （214 施設）	2.3% （5 施設）	10.7% （23 施設）	25.2% （54 施設）	61.7% （132 施設）
特定集中治療室管理料 3 または 4 （39 施設）	0.0% （0 施設）	15.4% （6 施設）	23.1% （9 施設）	61.5% （24 施設）
特定集中治療室管理料 5 または 6 （82 施設）	1.2% （1 施設）	7.3% （6 施設）	31.7% （26 施設）	59.8% （49 施設）
救命救急入院料 2 または 4 （59 施設）	3.4% （2 施設）	5.1% （3 施設）	27.1% （16 施設）	64.4% （38 施設）
小児特定集中治療室管理料 （13 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	15.4% （2 施設）	84.6% （11 施設）
救命救急入院料 1 または 3 （1 施設）	0.0% （0 施設）	0.0% （0 施設）	100% （1 施設）	0.0% （0 施設）
全体 （408 施設）	2.0% （8 施設）	9.3% （38 施設）	26.5% （108 施設）	62.3% （254 施設）

3.13 患者動態

3.13.1 算定病床あたりの年間総入室患者数

特定集中治療室管理料 1 または 2（213 施設）	76.9 人／床	[60.9-94.4]	前年差＋2.2
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	81.6 人／床	[56.2-89.1]	前年差＋3.3
特定集中治療室管理料 5 または 6（81 施設）	70.5 人／床	[54.8-92.6]	前年差－3.6
救命救急入院料 2 または 4（59 施設）	62.9 人／床	[46.9-84.6]	前年差＋2.7
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	44.9 人／床	[38.9-49.3]	前年差－0.3
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	42.0 人／床		
全体（406 施設）	72.7 人／床	[55.0-91.0]	前年差－0.8

※　総入室患者数／算定病床数　より算出

3.13.2 算定病床あたりの年間延べ在室日数

特定集中治療室管理料 1 または 2（210 施設）	325 日／床	[280-384]	前年差＋12
特定集中治療室管理料 3 または 4（39 施設）	305 日／床	[267-358]	前年差＋28
特定集中治療室管理料 5 または 6（80 施設）	282 日／床	[232-321]	前年差＋9
救命救急入院料 2 または 4（52 施設）	305 日／床	[270-335]	前年差＋5
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	287 日／床	[239-373]	前年差＋8
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	363 日／床		
全体（394 施設）	310 日／床	[266-363]	前年差＋17

※　総在室日数／算定病床数　より算出

※　在室日数は「（退室日－入室日）＋1 日」より算出

3.13.3 年間あたりの広範囲熱傷患者数

0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	7 人	8 人以上
66.2% （266 施設）	11.2% （45 施設）	5.2% （21 施設）	4.0% （16 施設）	2.2% （9 施設）	3.5% （14 施設）	2.0% （8 施設）	1.5% （6 施設）	4.2% （17 施設）

全体（402 施設）　0 人 [0-1]

3.13.4 特定集中治療室管理料や救命救急入院料が非算定となった日数の割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（158 施設）　11.6% [6.2-19.6]　前年差－0.5
特定集中治療室管理料 3 または 4（26 施設）　11.8% [4.6-22.2]　前年差－1.0
特定集中治療室管理料 5 または 6（51 施設）　11.1% [6.5-21.0]　前年差－1.0
救命救急入院料 2 または 4（41 施設）　17.6% [9.1-26.4]　前年差＋2.4
小児特定集中治療室管理料（7 施設）　33.5% [23.0-34.5]　前年差＋14.1
救命救急入院料 1 または 3（0 施設）
全体（283 施設）　12.4% [6.6-21.7]　前年差－0.2

※　管理料が非算定となった年間延べ在室日数／年間延べ在室日数　より算出

3.14 治療の詳細

3.14.1 人工呼吸器使用患者数（NPPV は含めない）（合計）

回答施設数	集中治療室の病床数	人工呼吸器装着患者数
372 施設 （前年差＋4）	4,272 床 （前年差＋65）	109,677 人 （前年差＋4637）

3.14.2 入室患者に占める人工呼吸器使用患者の割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（197 施設）　37.0% [24.7-49.7]　前年差＋0.1
特定集中治療室管理料 3 または 4（36 施設）　31.3% [23.2-43.2]　前年差－0.6
特定集中治療室管理料 5 または 6（71 施設）　30.6% [18.2-47.5]　前年差＋0.6
救命救急入院料 2 または 4（53 施設）　43.7% [30.0-54.3]　前年差＋5.6
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　50.6% [43.2-61.5]　前年差－10.3
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　14.4%
全体（371 施設）　36.7% [24.5-50.3]　前年差＋0.6

※　人工呼吸器使用患者数（NPPV 含めず）／年間入室の総患者数　より算出

3.14.3 血液浄化療法実施患者数（CHDF，HD，PMX-HP，PE など）（合計）

回答施設数	集中治療室の病床数	血液浄化療法実施患者数
376 施設 （前年差＋4）	4,297 床 （前年差＋45）	27,327 人 （前年差＋136）

3.14.4 入室患者に占める血液浄化療法実施患者の割合

特定集中治療室管理料 1 または 2（199 施設）　8.4% [5.7-12.8]　前年差－0.4
特定集中治療室管理料 3 または 4（35 施設）　6.5% [4.5-8.4]　前年差－0.5
特定集中治療室管理料 5 または 6（73 施設）　6.7% [4.4-10.7]　前年差－1.1
救命救急入院料 2 または 4（55 施設）　8.2% [6.3-10.7]　前年差＋0.8
小児特定集中治療室管理料（13 施設）　2.0% [1.3-3.6]　前年差－0.5
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　7.0%
全体（376 施設）　7.8% [5.0-11.6]　前年差－0.3

※　血液浄化療法実施患者数／年間入室の総患者数　より算出

3.14.5 IABP 実施患者の数（合計）

回答施設数	集中治療室の病床数	IABP 実施患者数

368 施設	4,207 床	7,379 人

3.14.6 IABP 実施患者数

特定集中治療室管理料 1 または 2（196 施設）	18 人 [9-31]	前年差＋2
特定集中治療室管理料 3 または 4（36 施設）	19 人 [4-27]	前年差＋2
特定集中治療室管理料 5 または 6（69 施設）	12 人 [8-22]	前年差＋2
救命救急入院料 2 または 4（54 施設）	12 人 [6-25]	前年差－1
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	0 人 [0-0]	前年差±0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	2 人	
全体（368 施設）	15 人 [7-27]	前年差＋1

3.14.7 ECMO（V-A，V-V）実施患者の数（合計）

回答施設数	集中治療室の病床数	ECMO 実施患者数
381 施設 （前年差＋8）	4,370 床 （前年差＋120）	6,042 人 （前年差＋930）

3.14.8 ECMO（V-A，V-V）実施患者数

特定集中治療室管理料 1 または 2（188 施設）	14 人 [7-23]	前年差＋1
特定集中治療室管理料 3 または 4（40 施設）	8 人 [2-18]	前年差±0
特定集中治療室管理料 5 または 6（71 施設）	6 人 [2-13]	前年差±0
救命救急入院料 2 または 4（61 施設）	18 人 [13-33]	前年差＋4
小児特定集中治療室管理料（13 施設）	6 人 [3-13]	前年差＋1
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	35 人	
全体（381 施設）	13 人 [5-22]	前年差＋3

3.14.9 補助人工心臓使用患者数

0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	7 人	11 人以上
89.8% (343 施設)	2.9% (11 施設)	1.0% (4 施設)	0.5% (2 施設)	0.3% (1 施設)	1.6% (6 施設)	0.8% (3 施設)	0.3% (1 施設)	2.9% (11 施設)

全体（382 施設） 0 人[0-0] （最大値 51 人）

3.14.10 頭蓋内圧（ICP）測定実施患者数

特定集中治療室管理料 1 または 2（187 施設）	0 人 [0-2.0]	前年差±0
特定集中治療室管理料 3 または 4（35 施設）	0 人 [0-0.0]	前年差±0
特定集中治療室管理料 5 または 6（76 施設）	0 人 [0-0.0]	前年差±0
救命救急入院料 2 または 4（47 施設）	8 人 [1-15.0]	前年差＋3
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	1 人 [0-3.0]	前年差±0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	5 人	
全体（358 施設）	1 人 [0-5]	前年差＋1

3.14.11 IMPELLA 実施患者数

特定集中治療室管理料 1 または 2（201 施設）	0 人 [0-0]	前年差－4
特定集中治療室管理料 3 または 4（37 施設）	0 人 [0-0]	前年差±0
特定集中治療室管理料 5 または 6（79 施設）	0 人 [0-0]	前年差±0

救命救急入院料 2 または 4（52 施設）	0 人 [0-0]	前年差－2
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	0 人 [0-0]	前年差±0
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	0 人	
全体（382 施設）	0 人 [0-0]	前年差－1

3.15 重症度と評価

3.15.1 重症度評価実施率の年次推移

運用体制	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
Closed ICU	83.1% 89 施設	85.9% 85 施設	89.4% 85 施設	87.2% 75 施設	92.8% 77 施設
Mandatory critical care consultation	76.1% 155 施設	84.8% 191 施設	86.6% 223 施設	91.6% 206 施設	90.0% 208 施設
Elective critical care consultation	75.6% 119 施設	77.3% 97 施設	79.0% 95 施設	80.0% 72 施設	89.4% 84 施設
全体	78.9% 355 施設	77.7% 363 施設	83.1% 373 施設	85.4% 403 施設	90.4% 369 施設

3.15.2 使用している主な重症度評価指標　※ 複数選択可

SOFA	74.5%（304/408 施設）	前年差＋6.9
APACHEII	55.9%（228/408 施設）	前年差＋2.3
APACHEIII	13.0%（ 53/408 施設）	前年差＋1.0
APACHEIV	1.7%（ 7/408 施設）	前年差＋0.2
SAPSII	12.5%（ 51/408 施設）	前年差＋0.8
SAPSIII	0.0%（ 0/408 施設）	前年差±0.0
PIM2	8.2%（ 33/408 施設）	前年差－0.1
PIM3	8.8%（ 36/408 施設）	前年差－0.2
pSOFA	17.4%（ 71/408 施設）	前年差－7.2
JROD	2.2%（ 9/408 施設）	前年差＋0.2
その他	1.0%（ 4/408 施設）	前年差±0.0

3.15.3 APACHE II スコア

特定集中治療室管理料 1 または 2（126 施設）	15 [11-20]	前年差±0
特定集中治療室管理料 3 または 4（21 施設）	14 [11-18]	前年差－1
特定集中治療室管理料 5 または 6（28 施設）	14 [10-20]	前年差－1
救命救急入院料 2 または 4（32 施設）	16 [12-20]	前年差－3
小児特定集中治療室管理料（2 施設）	12 [8-16]	前年差＋4
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	21 [16-29]	
全体（235 施設）	15 [11-20]	前年差±0

3.15.4 SOFA スコア

特定集中治療室管理料 1 または 2（157 施設）	4 [2-7]	前年差＋1
特定集中治療室管理料 3 または 4（28 施設）	3 [2-7]	前年差＋1

特定集中治療室管理料 5 または 6（49 施設）	4	[2-6]	前年差－1
救命救急入院料 2 または 4（34 施設）	5	[2-7]	前年差±0
小児特定集中治療室管理料（1 施設）	5	[3-7]	前年差－1
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	6	[4-8]	
全体（289 施設）	4	[3-6]	前年差±0

3.16 アウトカム

3.16.1 年間 ICU 死亡率

特定集中治療室管理料 1 または 2（184 施設）	3.8%	[2.4-6.6]	前年差－0.2
特定集中治療室管理料 3 または 4（33 施設）	4.7%	[3.0-6.1]	前年差＋0.4
特定集中治療室管理料 5 または 6（55 施設）	5.0%	[3.0-6.9]	前年差＋1.2
救命救急入院料 2 または 4（46 施設）	6.9%	[3.6-12.4]	前年差－1.7
小児特定集中治療室管理料（12 施設）	2.1%	[1.8-2.6]	前年差－0.2
救命救急入院料 1 または 3（0 施設）			
全体（330 施設）	4.2%	[2.6-7.1]	前年差－0.2

3.16.2 ICU 入室患者の年間病院内死亡率（ICU を死亡退院した患者を含む）

特定集中治療室管理料 1 または 2（138 施設）	8.9%	[6.2-12.8]	前年差－0.2
特定集中治療室管理料 3 または 4（29 施設）	8.4%	[6.3-12.2]	前年差－0.5
特定集中治療室管理料 5 または 6（37 施設）	9.2%	[5.9-12.1]	前年差＋1.3
救命救急入院料 2 または 4（31 施設）	14.0%	[10.1-20.9]	前年差－0.8
小児特定集中治療室管理料（8 施設）	2.3%	[1.9-2.6]	前年差＋0.3
救命救急入院料 1 または 3（1 施設）	30.8%		
全体（244 施設）	9.2%	[6.1-13.9]	前年差－0.2

3.16.3 予測死亡率に用いた重症度評価指標

APACHE II	32.8%	（134 施設）	前年差－0.9%
APACHE III	13.2%	（54 施設）	前年差＋4.2%
APACHEIV	0.7%	（3 施設）	前年差±0.0%
PIM2	1.0%	（4 施設）	前年差＋0.3%
PIM3	4.9%	（20 施設）	前年差＋0.4%
SAPS II	0.5%	（2 施設）	前年差±0.0%
SAPS III	0.0%	（0 施設）	前年差－0.2%
算出なし	46.8%	（191 施設）	前年差－3.3%

3.16.4 予測死亡率の年間平均値

特定集中治療室管理料 1 または 2（114 施設）	20.4%	[16.6-28.2]	前年差＋0.2
特定集中治療室管理料 3 または 4（19 施設）	20.1%	[15.7-27.7]	前年差＋5.8
特定集中治療室管理料 5 または 6（21 施設）	20.8%	[14.7-26.5]	前年差＋3.1
救命救急入院料 2 または 4（27 施設）	22.8%	[18.0-32.6]	前年差－10.4
小児特定集中治療室管理料（9 施設）	3.1%	[2.5-3.4]	前年差－0.8

救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　43.6%

全体（191 施設）　20.4%　[15.2-28.5]　前年差＋0.1

3.16.5 標準化死亡比

特定集中治療室管理料 1 または 2（99 施設）　0.43　[0.32-0.55]　前年差＋0.02

特定集中治療室管理料 3 または 4（18 施設）　0.45　[0.40-0.58]　前年差－0.04

特定集中治療室管理料 5 または 6（17 施設）　0.59　[0.43-0.68]　前年差－0.02

救命救急入院料 2 または 4（22 施設）　0.59　[0.37-0.90]　前年差＋0.14

小児特定集中治療室管理料（8 施設）　0.71　[0.62-0.87]　前年差＋0.05

救命救急入院料 1 または 3（1 施設）　0.71

全体（165 施設）　0.47　[0.34-0.68]　前年差＋0.02

3.17 充実度段階評価

3.17.1（必須）当該集中治療室は、病院の中央診療部門である。

はい	いいえ
90.2% （368 施設）	9.8% （40 施設）

3.17.2 1 0 床以上の算定病床数を有している。

はい	いいえ
59.6% （243 施設）	40.4% （165 施設）

3.17.3 隔離室が少なくとも 1 室ある。★

はい	いいえ
87.0% （355 施設）	13.0% （53 施設）

3.17.4（必須）集中治療科専門医が 1 名以上、専任の集中治療担当医として勤務している。

はい	いいえ
96.1% （392 施設）	3.9% （16 施設）

3.17.5 専任の医師には、集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含む。

はい	いいえ
79.9% （326 施設）	20.1% （82 施設）

3.17.6 小児特定集中治療室加算を算定している施設では、小児集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含む。

はい	いいえ
3.2% （13 施設）	96.8% （395 施設）

3.17.7（必須）日勤帯においては、病床 2 床に対し看護師 1 名が配置されている。

はい	いいえ
99.3% （405 施設）	0.7% （3 施設）

3.17.8 常時、病床 2 床に対し看護師 1 名が配置されている。

はい	いいえ
93.1%	6.9%

（380 施設）	（28 施設）

3.17.9 日勤帯においては、病床 1.5 床に対して看護師 1 名が配置されている。

はい	いいえ
92.4% （377 施設）	7.6% （31 施設）

3.17.10 急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、小児プライマリケア認定看護師または新生児集中ケア認定看護師が 1 名以上いる。

はい	いいえ
93.9% （383 施設）	6.1% （25 施設）

3.17.11 特定行為研修 8 区分修了者が 1 名以上いる。

はい	いいえ
50.2% （205 施設）	49.8% （203 施設）

3.17.12 日本集中治療医学会による集中治療認証看護師あるいは集中治療認証看護師－知識認証が 1 名以上いる。

はい	いいえ
36.8% （150 施設）	63.2% （258 施設）

3.17.13 看護補助者が配置されている。

はい	いいえ
82.1% （335 施設）	17.9% （73 施設）

3.17.14（必須）平日日勤帯においては、専任の臨床工学技士が 1 名以上いる。

はい	いいえ
69.4% （283 施設）	30.4% （125 施設）

3.17.15 日本集中治療医学会による集中治療専門臨床工学技士が 1 名以上いる。

はい	いいえ
27.5% （112 施設）	72.5% （296 施設）

3.17.16 平日日勤帯においては、専任の理学療法士が 1 名以上いる。

はい	いいえ
53.7% （219 施設）	46.3% （189 施設）

3.17.17 平日日勤帯においては、専任の薬剤師が 1 名以上いる。

はい	いいえ
73.5% （300 施設）	26.5% （108 施設）

3.17.18 平日日勤帯においては、専任の作業療法士あるいは言語聴覚士が 1 名以上いる。

はい	いいえ
9.6% （39 施設）	90.4% （369 施設）

3.17.19 平日日勤帯においては、専任の管理栄養士が 1 名以上いる。

はい	いいえ
49.8% （203 施設）	50.2% （205 施設）

3.17.20（必須）専従または専任の集中治療担当医が入退室の決定に関与している。

はい	いいえ
96.6% （394 施設）	3.4% （14 施設）

3.17.21（必須）専従または専任の集中治療担当医が以下の治療方針に関与している（循環作動薬、鎮静・鎮痛薬、抗菌薬、人工呼吸および体外循環装置管理、血液浄化療法）。

はい	いいえ
97.3% （397 施設）	2.7% （11 施設）

3.17.22（必須）医師交代時に申し送りがある。

はい	いいえ
93.4% （381 施設）	6.6% （27 施設）

3.17.23 多職種による症例カンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。

はい	いいえ
92.4% （377 施設）	7.6% （31 施設）

3.17.24（必須）人工呼吸器、血液浄化装置が常時使用可能である。

はい	いいえ
100.0% （408 施設）	0.0% （0 施設）

3.17.25 人工肺と血液ポンプを用いた体外循環装置が常時使用可能である。

はい	いいえ
96.1% （392 施設）	3.9% （16 施設）

3.17.26M and M カンファランスが定期的に開催されている。

はい	いいえ
82.6% （337 施設）	17.4% （71 施設）

3.17.27ICT とカンファランスを開催して連携している。

はい	いいえ
51.2% （209 施設）	48.8% （199 施設）

3.17.28 プロトコールに基づく SAT、SBT を実施している。

はい	いいえ
95.8% （391 施設）	4.2% （17 施設）

3.17.29 せん妄に対する客観的評価が行われている。

はい	いいえ
94.4% （385 施設）	5.6% （23 施設）

3.17.30 多職種による早期離床・リハビリテーションに関するカンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。

はい	いいえ
89.0% (363 施設)	11.0% (45 施設)

3.17.31 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコールがある。

はい	いいえ
80.4% (328 施設)	19.6% (80 施設)

3.17.32 多職種による栄養療法に関するカンファランスが毎平日開催され、かつ内容がカルテ記載されている。

はい	いいえ
78.9% (322 施設)	21.1% (86 施設)

3.17.33 当該集中治療室に特化した災害やパンデミック時における対応マニュアルがある。

はい	いいえ
60.3% (246 施設)	39.7% (162 施設)

3.17.34 当該集中治療室での感染サーベイランスを行っている。

はい	いいえ
91.4% (373 施設)	8.6% (35 施設)

3.17.35 病院の医療安全管理者と連携して，ICU における医療安全推進を担う「リスクマネージャー」などの役割を配置している。

はい	いいえ
85.8% (350 施設)	14.2% (58 施設)

3.17.36 当該集中治療室の専任医師または看護師が当該医療施設の RRS に関与している。

はい	いいえ
80.6% (329 施設)	19.4% (79 施設)

3.17.37 集中治療医療に関する診療データ登録制度へ参加し自己評価を行っている。

はい	いいえ
51.0% (208 施設)	49.0% (200 施設)

3.17.38 病院内に脳死に関する委員会があり、脳死判定および臓器提供に関するマニュアルが整備されている。

はい	いいえ
89.5% (365 施設)	10.5% (43 施設)

3.17.39 集中治療医療領域の人生の最終段階における基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている。

はい	いいえ
76.5%	23.5%

（312 施設）	（96 施設）

3.17.40 病院内に集中治療科専門医を含む重症患者搬送チームが設置されている。

はい	いいえ
25.7% （105 施設）	74.3% （303 施設）

3.17.41 合計スコアの分布。

25 点未満	25 点～29 点	30 点～34 点	35 点～39 点	40 点～45 点
0.5% （2 施設）	6.1% （25 施設）	17.9% （73 施設）	44.1% （180 施設）	31.4% （128 施設）

4. まとめ

- 調査対象施設（学会認定集中治療施設および JIPAD 参加施設）は 408 施設で（前年差＋7 施設）、全施設から回答を受領した（回収率 100%）。
- 医療保険区分別では、特定集中治療室管理料 1 または 2 が 214 施設（前年差＋14 施設）、特定集中治療室管理料 5 または 6 が 82 施設（前年差＋4 施設）と増加したが、特定集中治療室管理料 3 または 4 や救命救急入院料 2 または 4 を算定する施設が減少した（前年差それぞれ－5 施設，－7 施設）。
- 学会認定集中治療施設の病床数は、100 病床あたり 1.72 床で、前年度より 0.05 床増加していた。病院全体の集中治療室病床数は、100 病床あたり 2.50 床であり、高機能病床を加えた重症患者管理病床数は、100 病床あたり 5.68 床であった。
- 院内迅速対応システムに ICU スタッフが関与している施設は 80.6%であり、チーム形態は rapid response team（51.2%）が最多であった。起動件数の中央値は 71 件であった。
- 当該集中治療室責任者の 88.7%は、集中治療科専門医であった。
- 当該集中治療室の算定病床数と稼働病床数に差があった施設は 13.7%（56 施設）で、理由として看護師の不足が 89.3%（50 施設）と最も多かった。
- 算定病床数に占める個室病床の割合は 37.5% で前年度と同等であった。医療保険区分別では特定集中治療室管理料 1, 2 と救命救急入院料 2, 4 で、40.0%と最も高かった。
- 算定病床数に占める陰圧病床数の割合は 18.8%（中央値 2 床）であった。
- 集中治療室の総延べ床面積（1 病床あたり）は 55.6m2 で、医療保険区分別では救命救急入院料 1 または 3（91.8 m2/床）と小児特定集中治療室管理料（73.2 m2/床）が広かった。
- 集中治療室の器材室の面積（1 病床あたり）は 2.9 m2 で、前年度と同等であった。
- 集中治療室に関連する加算の算定状況は、早期離床・リハビリテーション加算が 83.8%（前年差＋4.2%）、病棟薬剤業務実施加算 2 が 72.5%（前年差＋3.4%）、早期栄養介入管理加算が 71.6%（前年差＋4.0%）、重症患者初期支援充実加算が 63.2%（前年差＋6.1%）と増加した一方で、重症患者対応体制強化加算は 22.5%（前年差－1.2%）と前年度より減少した。
- 運用形態では、Emergency ICU 兼 Medical-Surgical ICU が最多（52.9%）であった。
- 運用体制では、Mandatory critical care consultation（56.6%、前年差＋0.5%）と Elective critical care consultation（23.0%、前年差＋0.6%）が増加し、Closed ICU （20.3%、前年差－1.1%）

が減少した。

- JIPAD に参加している施設は 208 施設（51.0%）であった。
- 重症部門システムは、69.4%の施設で導入されており、そのうち 50.9%が JIPAD と連携していた。
- 集中治療室に勤務する専従医の総数は 2,120 人で、2024 年度と比較し減少した（前年差－31 人）。また、専任医の総数は 1,225 人で、2024 年度と比較し増加した（前年差＋46 人）。
- 一方で、集中治療室に専従または専任する集中治療科専門医の総数は 1,288 人と増加した（前年差：＋93 人［専従医＋38 人、専任医＋55 人］）。1 施設あたりの人数の中央値は 3 人で前年度より増加した。運用体制別では Closed ICU が 4 人（前年差＋1）と増加したが、Mandatory critical care consultation は 2 人（前年差±0 人）、Elective critical care consultation は 2 人（前年差＋1 人）であった。
- 専従医における麻酔科専門医は前年より 14 人増加していたが、専任医は 2 人減少していた。
- 当該集中治療室における遠隔診療支援に関与している施設は 12 施設（支援側 6 施設、被支援側 6 施設）に留まり、遠隔診療支援の導入を検討している施設は 53 施設（支援側 44 施設、被支援側 9 施設）であった。
- 96.8%の施設で専門・認定看護師を有しており、5 人以上を有する施設の割合は 34.6%（前年差＋8.4%）と増加した。
- 算定病床 2 床当たりの看護師配置人数は 1.38 人で、前年度より減少した。また、稼働病床 2 床あたりの看護師配置人数は 1.43 人であった。看護師の月平均夜勤時間の中央値は 80.0 時間で、小児特定集中治療室管理料が 74.0 時間で最も少なく、特定集中治療室管理料 1-4 はいずれも 81 時間を上回っていた。
- 臨床工学技士の平日日勤における診療体制は、専従（45.6%）が最多で、兼任（29.7%）、専任（23.8%）、関与なし（1.0%）と続いた。また、平日夜勤では、兼任（59.6%）が最多で、専任（18.9%）、専従（11.0%）、関与なし（10.5%）と続いた。
- 薬剤師の平日日勤における診療体制は、専任（42.2%）が最多で、専従（31.4%）、兼任（24.3%）、関与なし（2.2%）と続いた。また、平日夜勤では、関与なし（62.3%）が半数以上を占め、兼任（35.3%）、専任（1.7%）、専従（0.7%）と続いた。
- 理学療法士の平日日勤における診療体制は、兼任（45.3%）が最多で、専任（31.1%）、専従（22.5%）、関与なし（1.0%）と続き、関与なしは前年度より 0.2%減少していた。
- 作業療法士の平日日勤における診療体制は、兼任（68.1%）が最多で、関与なし（24.0%）は前年度より 1.9%減少していた。
- 言語聴覚士の平日日勤における診療体制は、兼任（71.3%）が最多で、関与なしは 23.8%であった。
- 管理栄養士の平日日勤における診療体制は、兼任（41.2%）が最多で、専任（37.7%）、専従（12.0%）、関与なし（9.1%）と続いた。専任は前年度より 5.4%減少していた。
- 算定病床あたりの年間総入室患者数は 72.7 人で、前年度より 0.8 人減少した。特定集中治療室管理料 1, 2 で 2.2 人、特定集中治療室管理料 3, 4 で 3.3 人、救命救急入院料 2, 4 では 2.7 人増加していたが、特定集中治療室管理料 5, 6 では 3.6 人減少していた。

- 算定病床あたりの年間延べ在室日数は 310 日で、前年度より 17 日増加した。特定集中治療室管理料 1, 2 で 12 日、特定集中治療室管理料 3, 4 で 28 日、特定集中治療室管理料 5, 6 で 9 日、救命救急入院料 2, 4 では 5 日増加していた。
- 入院管理料の非算定日数の割合（12.4%）は前年度と同等（−0.2%）であったが、小児特定集中治療室管理料（33.5%）では大幅に上昇していた（+14.1%）。
- 人工呼吸器（NPPV 含めず）を使用した患者の総数は 109,677 人で、前年度より 4,637 人増加した。入室患者数に占める割合は 36.7%であったが、小児特定集中治療室管理料では 50.6%と高値であった。
- 重症度評価の実施率は 90.4%（前年差+2.4%）で、重症度評価指標として、SOFA（74.5%）と APACHE II（55.9%）が主に使用されていた。
- ICU 死亡率は 4.2%（前年差−0.2%）、病院内死亡率は 9.2%（前年差−0.2%）で前年度よりわずかに低下した。
- 予測死亡率は 53.2%の施設で算出され、うち 61.8%の施設が APACHE II を使用していた。病院内死亡率と予測死亡率から算出した標準化死亡比は 0.47 で前年度（0.45）よりわずかに上昇した。

5. 謝辞

本調査にご協力いただきました日本集中治療医学会認定集中治療施設の皆様方に深く御礼申し上げます。

6. 参考資料（調査項目一覧）

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

一般社団法人日本集中治療医学会
ICU機能評価委員会

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
1. 基本項目（病院全体について）				
1	入力者の氏名，e-mail，電話番号		文字列	
2	入力者の職種		単一選択	【選択肢】ICU所属医師、ICU外の医師、看護師、事務職員
3	病院名		文字列	
	病院機関コード		数値	キーワード検索
4	病院のタイプ	1. 大学附属病院（センター等も含む）はすべて「大学」を選択してください。 2. 都道府県立病院，市立病院は「公立病院」を選択してください。 3. 日本赤十字，済生会，地域医療機能推進機構（JCHO），厚生連（JA）などの病院は「公的病院」を選択してください。	単一選択	【選択肢】公的病院、公立大学、公立病院、国立大学、国立病院、私立大学、私立病院
5	病院全体の病床数（2025年9月1日時点）	2025年9月1日時点での医療法に基づく許可病床数を入力してください。	数値	単位：床
6	病院全体の保険加算区分ごとの病床数（当該集中治療室の病床数も含める）（2025年9月1日時点）			
	特定集中治療室管理料1または2	実稼働病床数ではなく、特定集中治療室管理料1, 2を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	特定集中治療室管理料3または4	実稼働病床数ではなく、特定集中治療室管理料3, 4を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	特定集中治療室管理料5または6	実稼働病床数ではなく、特定集中治療室管理料5, 6を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	小児特定集中治療室管理料	実稼働病床数ではなく、小児特定集中治療室管理料を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	救命救急入院料2または4	実稼働病床数ではなく、救命救急入院料2, 4を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	救命救急入院料1または3	実稼働病床数ではなく、救命救急入院料1, 3を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	ハイケアユニット入院管理料1	実稼働病床数ではなく、ハイケアユニット入院管理料1を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	ハイケアユニット入院管理料2	実稼働病床数ではなく、ハイケアユニット入院管理料2を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	実稼働病床数ではなく、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している総病床数をご回答ください。	数値	単位：床
2. 集中治療室の概要				
7	当該集中治療室の名称	学会に届け出ている名称を下記ページにて確認をし正確に記載してください。 https://www.jsicm.org/certification/specialist.html 尚、改称などの後届け出を行っていない場合には専門医制度・審査委員会まで「名称変更届」を提出し、変更後の名称を記載くださいますようお願いいたします。	文字列	
8	学会認定専門医研修施設の施設番号	※非学会認定専門医研修施設は調査用の識別番号が記入されています。	数値	
9	当該集中治療室の責任者名	病院全体の責任者や専門研修プログラムの統括責任者ではなく、当該集中治療室の責任者をお答えください。 尚、責任者の変更後届け出を行っていない場合には専門医制度・審査委員会まで「責任者変更届」を提出し、変更後の責任者名を記載くださいますようお願いいたします。	文字列	
10	当該集中治療室の責任者が保有する専門医資格	複数の専門医資格をお持ちの方は、それぞれをお選びください。	複数選択	【選択肢】 集中治療専門医 救急専門医 麻酔科専門医 小児科専門医 内科専門医 外科専門医 脳神経外科専門医 上記のいずれでもない
11	当該集中治療室の責任者の連絡先　電話番号		数値	
12	当該集中治療室の責任者の連絡先　e-mail		英数字	
13	当該集中治療室の看護管理者名	ご回答いただいた看護管理者様を対象に後日集中治療看護委員会による看護関連の別途調査を行いたく存じます。恐れ入りますが，必ずご記入いただきます様何卒よろしくお願い申し上げます。	文字列	
14	看護管理者の連絡先　e-mail	ご回答いただいた看護管理者様を対象に後日集中治療看護委員会による看護関連の別途調査を行いたく存じます。恐れ入りますが，必ずご記入いただきます様何卒よろしくお願い申し上げます。	英数字	
15	当該集中治療室の算定病床数（2025年9月1日時点）	当該集中治療室のうち特定集中治療室管理料1, 2, 3, 4, 5, 6または救命救急入院料2, 4または小児特定集中治療室管理料 を算定している病床数をご回答ください。 ※2025年9月1日時点で救命救急入院料1, 3のみを算定している施設は、救命救急入院料1, 3を算定している病床数をご回答ください。	数値	単位：床
16	当該集中治療室の実稼働病床数（2025年9月1日時点）	当該集中治療室のうち特定集中治療室管理料1, 2, 3, 4, 5, 6または救命救急入院料2, 4または小児特定集中治療室管理料を算定し、2025年9月1日時点で運用・稼働している病床数をご回答ください。曜日により稼働している病床数が異なる場合、週平均の稼働病床数をお答えください。 ※救命救急入院料1, 3のみを算定している施設は、2025年9月1日時点で救命救急入院料1, 3を算定している実稼働病床数をご回答ください。	数値	単位：床
17	算定病床数と実稼働病床数が異なる場合、その理由		複数選択	【選択肢】 看護師が不足している 集中治療医が不足している 施設改修中 その他（具体的に「フリーテキスト入力」）

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

一般社団法人日本集中治療医学会
ICU機能評価委員会

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
18	当該集中治療室の算定病床数のうち、個室である病床数	隔離室が個室の場合は、個室に合算してください。	数値	単位：床
19	当該集中治療室の算定病床数のうち、隔離室（陰圧室，陽陰圧切替室）である病床数	個室・複数床室に関わらず、陰圧室、陽陰圧切替室である病床数をご入力ください。	数値	単位：床
20	当該集中治療室の総面積	病室のみでなく、廊下、スタッフステーション、医師室、看護師室、当直室、更衣室、器材室などすべてを含めた面積（設計図（平面図）からの概算値でも可）	数値	単位：m^2
21	当該集中治療室の個室（1床あたり）の平均面積(m^2)	地方厚生局（保健所）に届けた内法面積をご入力ください 個室病床がない場合には、@をご入力ください	数値	単位：m^2
22	当該集中治療室のオープンベッド（1床あたり）の平均面積(m^2)	地方厚生局（保健所）に届けた内法面積をご入力ください。	数値	単位：m^2
23	当該集中治療室の器材室の面積（複数ある場合は合計面積)(m^2)	当該集中治療室のエリアにある器材室のみご回答ください。 設計図（平面図）からの概算値でも可	数値	単位：m^2
24	当該集中治療室の加算分類(1つ目) （2025年9月1日時点）	1つの集中治療室で複数の加算分類を持つ場合には、加算分類ごとに分けて入力してください。 ※救命救急入院料1または3は、2025年9月1日時点で他の加算区分を取得していない施設のみ選択してください。	単一選択	【選択肢】 特定集中治療室管理料1または2 特定集中治療室管理料3または4 特定集中治療室管理料5または6 救命救急入院料2または4 救命救急入院料1または3 小児特定集中治療室管理料
25	当該集中治療室の病床数(1つ目) （2025年9月1日時点）		数値	単位：床
26	当該集中治療室の加算分類(2つ目) （2025年9月1日時点）	1つの集中治療室で複数の加算分類を持つ場合には、加算分類ごとに分けて入力してください。	単一選択	【選択肢】 特定集中治療室管理料1または2 特定集中治療室管理料3または4 特定集中治療室管理料5または6 救命救急入院料2または4 小児特定集中治療室管理料 ２つ目の加算分類は存在しない
27	当該集中治療室の病床数(2つ目) （2025年9月1日時点）		数値	単位：床
28	当該集中治療室の加算分類(3つ目) （2025年9月1日時点）	1つの集中治療室で複数の加算分類を持つ場合には、加算分類ごとに分けて入力してください。	単一選択	【選択肢】 特定集中治療室管理料1または2 特定集中治療室管理料3または4 特定集中治療室管理料5または6 救命救急入院料2または4 小児特定集中治療室管理料 ３つ目の加算分類は存在しない
29	当該集中治療室の病床数(3つ目) （2025年9月1日時点）		数値	単位：床
30	当該集中治療室は、救急関連の施設認定を同時に受けているか？		単一選択	【選択肢】 救命救急センター 救急科専門医研修施設(日本専門医機構認定) 両方 なし
31	RRS（Rapid Response System）について	※ICUスタッフ：当該集中治療室に所属する医師もしくは看護師	単一選択	【選択肢】 RRSがあり、ICUスタッフが関与している RRSがあるが、ICUスタッフは関与していない RRSはない
32	RRS（Rapid Response System）のチーム形態	MET: medical emergency team（医師を1名以上含み、気管挿管などの二次救命処置をベッドサイドで開始できる能力を備えた対応チーム） RRT: rapid response team（医師を必ずしも含まず、起動された患者を評価し基本的な初期対応を行った上で、必要に応じて患者の院内トリアージや医師の緊急招請を行うチーム） CCOT: critcal care outreach team（集中ケアの訓練を受けた看護師らが主体となって、ICU退室患者と何らかの懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見することを目指した対応チーム）	単一選択	【選択肢】 MET RRT CCOT わからない その他（自由記載）
33	RRS（Rapid Response System）の起動件数	CCOTが回診し介入した件数は除きます。介入の有無に関わらず、起動された場所(患者)に出向いた件数（電話相談のみの件数は除く）を回答してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：件
34	重症患者対応体制強化加算の算定の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
35	病棟薬剤業務実施加算２の算定の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
36	早期栄養介入管理加算の算定の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
37	早期離床・リハビリテーション加算の算定の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
38	重症患者初期支援充実加算の算定の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
39	JIPADへの参加の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
40	重症部門システム導入の有無	重症部門システムとは、ICU専用電子カルテを意味します。	単一選択	【選択肢】あり、なし
41	重症部門システム導入有の場合、メーカー名		単一選択	【選択肢】 フィリップス 日本光電 富士通 フクダ電子 富士フィルム その他
42	重症部門システム導入有の場合、JIPADと連携の有無		単一選択	【選択肢】あり、なし
43	遠隔集中治療による診療支援への関与	特定集中治療室遠隔支援加算の算定の有無を問いません。	単一選択	【選択肢】 遠隔集中治療による診療支援をしている（支援側医療機関） 遠隔集中治療による診療支援を受けている（被支援側医療機関） 遠隔集中治療による診療支援には関与していない
44	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 遠隔集中治療による診療支援をしている被支援医療施設について	貴施設が遠隔集中治療による支援をしている施設の名称について回答してください。	文字列	※複数回答可（支援をしている相手先が複数になる場合があるため、複数回答可能とする必要あり）

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
45	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 支援先の被支援側医療機関が算定している加算分類	貴施設が支援しているユニット（被支援側医療機関）の状況（2025年9月1日時点）ついて回答してください。	複数選択	【選択肢】 特定集中治療室管理料1または2 特定集中治療室管理料3または4 特定集中治療室管理料5または6 小児特定集中治療室管理料 救命救急入院料2または4 救命救急入院料1または3 ハイケアユニット入院管理料1 ハイケアユニット入院管理料2 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 その他
46	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 特定集中治療室遠隔支援加算の算定の有無	貴施設が支援しているユニット（被支援側医療機関）の特定集中治療室遠隔支援加算の算定の有無（2025年9月1日時点）について回答してください。	単一選択	【選択肢】あり、なし
47	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 特定集中治療室遠隔支援加算の報酬按分の有無	貴施設が支援しているユニット（被支援側医療機関）が特定集中治療室遠隔支援加算を算定した際に、取得した診療報酬を支援医療機関側へ按分する取り決めの有無について回答してください。	単一選択	【選択肢】あり、なし
48	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 遠隔集中治療による診療支援をしている施設向けの研修実施の有無	貴施設が遠隔集中治療において支援した連携先に定期的な研修を自施設で独自に研修内容を作成して実施しているか否かについて回答してください。	単一選択	【選択肢】はい、いいえ
49	【遠隔集中治療による診療支援をしている場合（支援側医療機関）】 研修の実施を外部団体に委託することを希望するか	貴施設が遠隔集中治療において支援した連携先に定期的な研修を実施するにあたり、外部の団体に委託することを希望しているか否かを回答してください 外部の団体とは、集中治療医学会が指名する遠隔集中治療に関するセミナーを実施する団体を指します。	単一選択	【選択肢】はい、いいえ
50	【遠隔集中治療による診療支援に関与していない場合】 遠隔集中治療による診療支援の導入を検討しているか		単一選択	【選択肢】 支援側医療機関として検討中 被支援側医療機関として検討中 検討していない
3. 集中治療室の運用・連携				
51	当該集中治療室は、病院の中央診療部門（各診療科担当医が集中治療科専門医と共同して診療を行う部門）である		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
52	主な形態	当該集中治療室の形態に最も近いものを選択してください。	単一選択	【選択肢】 Medical ICU（主に院内発症の重症患者が入室するICU） Surgical ICU（主に術後患者が入室するICU） Medical-surgical ICU（院内発症の重症患者および術後患者が入室するICU） Emergency ICU（院外発症の重症患者が入室するICU） Emergency ICU 兼 medical-surgical ICU（院内院外発症を問わずすべての重症患者が入室するICU） Pediatric ICU（小児患者のICU） Cardiac care unit（循環器疾患患者のICU） Stroke care unit、neurological ICU（神経疾患患者のICU）
53	運用体制		単一選択	【選択肢】 Closed ICU(集中治療医が治療方針をすべて決定する) Mandatory critical care consultation(集中治療医は全患者に介入する) Elective critical care consultation(主治医から依頼があった患者のみ、集中治療医は介入する) No critical care physician(集中治療医がいない)
54	当該集中治療室では、専従または専任の集中治療担当医が入退室の決定に関与している	最終的な決定だけでなくとも、入退室の相談・意見・報告も含めます。	単一選択	【選択肢】関与している、関与していない
55	当該集中治療室では、専従または専任の集中治療担当医が以下のいずれかの治療方針に関与している（循環作動薬、鎮静・鎮痛薬、抗菌薬、人工呼吸および体外循環装置管理、血液浄化療法）		単一選択	【選択肢】関与している、関与していない
56	当該集中治療室では、多職種による症例カンファランスが毎平日に開催され、かつ内容がカルテに記載されている	症例カンファランスには、ベッドサイドやウォーキングカンファランスを含みます。	単一選択	【選択肢】あり、なし
57	当該集中治療室では、多職種による早期離床・リハビリテーションに関するカンファランスが毎平日に開催され、かつ内容がカルテに記載されている	症例カンファランスにおいて、早期離床・リハビリテーションに関する内容が含まれていれば「あり」とする。	単一選択	【選択肢】あり、なし
58	当該集中治療室では、多職種による栄養療法に関するカンファランスが毎平日に開催され、かつ内容がカルテに記載されている	症例カンファランスにおいて、栄養療法に関する内容が含まれていれば「あり」とする。	単一選択	【選択肢】あり、なし
59	当該集中治療室では、M＆M（Morbidity and Mortality）カンファランスを開催している	院内で発生した合併症や死亡症例に関する症例検討会を指します。	単一選択	【選択肢】定期的に開催している、不定期に開催している、開催していない
60	当該集中治療室では、感染制御チーム（ICT）とカンファランスを開催して連携している		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
61	当該集中治療室では、人工呼吸器、血液浄化装置が常時使用可能である		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
62	当該集中治療室では、人工肺と血液ポンプを用いた体外循環装置（ECMO）が常時使用可能である		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
63	当該集中治療室では、人工呼吸器離脱プロトコールに基づく自発覚醒トライアル（SAT）、自発呼吸トライアル（SBT）を実施している		単一選択	【選択肢】全例で実施している、一部実施している、実施していない
64	当該集中治療室では、せん妄に対する客観的評価が行われている	客観的(スケール)評価とは、CAM-ICU, pCAM-ICU, ICDSCなどを示します。	単一選択	【選択肢】はい、いいえ
65	当該集中治療室では、早期離床・リハビリテーションに関するプロトコールがある		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
66	当該集中治療室に特化した災害やパンデミック時における対応マニュアルがある		単一選択	【選択肢】ある、ない
67	当該集中治療室では、感染症サーベイランスを行っている	感染症リーベイランスとは、感染症の発生状況を把握し、得られた情報を解析することです。当該集中治療室の感染症サーベイランスを、院内の感染制御チームが行っている場合にも「はい」を選択してください。	単一選択	【選択肢】はい、いいえ
68	当該集中治療室では、病院の医療安全管理者と連携して、ICUにおける医療安全推進を担う「リスクマネジャー」などの役割（医療安全推進者）を配置している		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
69	病院内に脳死に関する委員会があり、脳死判定および臓器提供に関するマニュアルが整備されている		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
70	集中治療医療領域の人生の最終段階における基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている		単一選択	【選択肢】はい、いいえ
71	病院内に集中治療科専門医を含む重症患者搬送チームが設置されている		単一選択	【選択肢】はい、いいえ

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

一般社団法人日本集中治療医学会
ICU機能評価委員会

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
4. 医師の診療体制				
72	病院内に勤務している集中治療専門医の総数	大学院生・非常勤医師を含む	数値	単位：人
73	当該集中治療室における専従医（2025年9月1日時点） 専従医とは、業務時間の80%以上かつ週4日以上32時間以上を集中治療室で勤務する医師です（手術室での麻酔業務、救急外来での診療は含めない）			
	専従医の総人数		数値	単位：人
	専従医のうち、集中治療の経験を５年以上有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、小児集中治療の経験を５年以上有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、集中治療科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、麻酔科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、救急科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、小児科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、内科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、外科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、脳神経外科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専従医のうち、上記専門医を所有していない人数	他診療科からの派遣・ローテーション医師を含む人数をご入力ください。	数値	単位：人
74	当該集中治療室における専任医（2025年9月1日時点） 専任医とは、専従には該当しないが、業務時間の50%以上かつ週20時間以上を集中治療室で勤務する医師です（手術室での麻酔業務、救急外来での診療は含めない）			
	専任医の総人数		数値	単位：人
	専任医のうち、集中治療の経験を５年以上有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、小児集中治療の経験を５年以上有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、集中治療科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、麻酔科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、救急科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、小児科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、内科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、外科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、脳神経外科専門医を所有する人数		数値	単位：人
	専任医のうち、上記専門医を所有していない人数	他診療科からの派遣・ローテーション医師を含む人数をご入力ください。	数値	単位：人
75	各時間帯で当該集中治療室に勤務するおおよその医師数（初期研修医を除く）（2025年9月時点）			
	平日　午前10時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
	平日　午後8時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
	平日　午前4時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
	土、日、祝日　午前10時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
	土、日、祝日　午後8時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
	土、日、祝日　午前4時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例2.4人など）。	数値	単位：人
5. 当該集中治療室に勤務する集中治療科専門医（大学院生・非常勤医師を含める）				
76	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医の人数			単位：人
77	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医1の氏名		文字列	
78	集中治療科専門医1　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
79	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医2の氏名		文字列	
80	集中治療科専門医2　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
81	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医3の氏名		文字列	
82	集中治療科専門医3　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
83	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医4の氏名		文字列	
84	集中治療科専門医4　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
85	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医5の氏名		文字列	
86	集中治療科専門医5　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
87	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医6の氏名		文字列	
88	集中治療科専門医6　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
89	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医7の氏名		文字列	
90	集中治療科専門医7　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
91	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医8の氏名		文字列	
92	集中治療科専門医8　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
93	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医9の氏名		文字列	
94	集中治療科専門医9　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
95	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医10の氏名		文字列	
96	集中治療科専門医10　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
97	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医11の氏名		文字列	
98	集中治療科専門医11　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
99	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医12の氏名		文字列	
100	集中治療科専門医12　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
101	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医13の氏名		文字列	
102	集中治療科専門医13　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
103	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医14の氏名		文字列	
104	集中治療科専門医14　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
105	集中治療室の診療に関与する集中治療科専門医15の氏名		文字列	
106	集中治療科専門医15　の診療密度	施設長・教授職など所属は当該集中治療室である一方で、実際の勤務が専従医・専任医の定義に該当しない場合は、「その他」とご回答ください。病院内他部署に勤務する集中治療科専門医は含めないでください。	単一選択	【選択肢】専従、専任、その他
6.　当該集中治療室に勤務する医師の働き方・環境				
107	勤務体制　（平日）		単一選択	【選択肢】 2交代（12時間毎） 2交代（8-17,17-8,またはそれに準ずる体制） 1交代（24時間勤務） その他
108	勤務体制　（土日祝日）		単一選択	【選択肢】 2交代（12時間毎） 2交代（8-17,17-8,またはそれに準ずる体制） 1交代（24時間勤務） その他
109	24時間を超える連続勤務（例：日勤→夜勤→日勤）		単一選択	【選択肢】有、無
110	当該集中治療室では、勤務する医師の交代時の申し送りがある		単一選択	【選択肢】あり、なし
7.　当該集中治療室における看護職員の診療体制				
111	当該集中治療室の看護師が他部署と兼任している	勤務体系が他部署と同じ（勤務表が一つ）か否かで回答してください。例外的に他部署と兼任している看護師が若干名いる場合は「無」を選択してください。	単一選択	【選択肢】有、無
112	当該集中治療室における看護師の月延べ勤務時間数の合計（2025年8月分）	『入院基本料等の施設基準に係わる届出添付書類(様式9）』のうち、『4.勤務実績表』の『月延べ勤務時間数（上段と中段の計）（C）』より抜粋してください。一般的には、ICU1床あたり600時間/月程度になります。	数値	単位：時間/月
113	当該集中治療室における看護師の月平均夜勤時間数（2025年8月分）	『入院基本料等の施設基準に係わる届出添付書類(様式9）』の『⑥月平均夜勤時間数 時間（（D－E）／B）※小数点第２位以下切り捨て』より抜粋してください。	数値	単位：時間/月
114	当該集中治療室に所属する認定看護師等の数（2025年9月1日時点）			
	急性・重症患者看護専門看護師		数値	単位：人
	集中ケア認定看護師		数値	単位：人
	救急看護認定看護師		数値	単位：人
	クリティカルケア認定看護師		数値	単位：人
	小児救急看護認定看護師		数値	単位：人
	小児プライマリケア認定看護師		数値	単位：人
	新生児集中ケア認定看護師		数値	単位：人
	集中治療認証看護師（ICRN）		数値	単位：人
	集中治療認証看護師一知識認証（ICRN-K）		数値	単位：人
	特定行為研修8区分修了者	特定集中治療室管理料1または2の施設基準で求められる8区分に限る	数値	単位：人
115	各時間帯で集中治療室に勤務するおおよその看護師数（2025年9月時点）			
	平日　午前10時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人
	平日　午後8時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人
	平日　午前4時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人
	土、日、祝日　午前10時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人
	土、日、祝日　午後8時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
	土、日、祝日　午前4時	勤務人数が変動する場合は、2025年9月、1ヶ月間の平均値を概算して入力してください（例 10.4人など）。	数値	単位：人
116	看護師の勤務形態		単一選択	【選択肢】 三交代制（変則含む） 二交代制（夜勤1回あたり 16時間以上） 二交代制（夜勤1回あたり 16時間未満） その他
117	当該集中治療室には、看護補助者が配置されている		単一選択	【選択肢】有、無
8.　当該集中治療室における臨床工学技士の診療体制				
118	各時間帯で集中治療室に勤務する臨床工学技士の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	平日日勤に専従勤務している臨床工学技士の人数	当該集中治療室に専従する臨床工学技士の人数を入力してください。	数値	単位：人
	平日夜勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤に専従勤務している臨床工学技士の人数	当該集中治療室に専従する臨床工学技士の人数を入力してください。	数値	単位：人
	土、日、祝日夜勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
119	病院内に勤務している認定臨床工学技士等の数（2025年9月1日時点）			
	日本臨床工学技士会　認定集中治療関連臨床工学技士		数値	単位：人
	日本集中治療医学会　集中治療専門臨床工学技士		数値	単位：人
9.　当該集中治療室における薬剤師の診療体制				
120	各時間帯で集中治療室に勤務する薬剤師の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	平日夜勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日夜勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
121	病院内に勤務している日本集中治療医学会 認定集中治療専門薬剤師の数（2025年9月1日時点）		数値	単位：人
10.　当該集中治療室におけるリハビリテーション専門職の診療体制				
10-1.　理学療法士の診療体制				
122	各時間帯で集中治療室に勤務する理学療法士の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
123	病院内に勤務している日本集中治療医学会 認定集中治療理学療法士の数（2025年9月1日時点）		数値	単位：人

分担報告書ページ　055

2025年度 学会認定集中治療施設調査 調査票

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
10-2. 作業療法士の診療体制				
124	各時間帯で集中治療室に勤務する作業療法士の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
10-3. 言語聴覚士の診療体制				
125	各時間帯で集中治療室に勤務する言語聴覚士の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
11. 当該集中治療室における管理栄養士の診療体制				
126	各時間帯で集中治療室に勤務する管理栄養士の診療体制（2025年9月時点） 専従：業務時間の80%以上が、集中治療室での勤務 専任：業務時間の50%以上80%未満が、集中治療室での勤務 兼任：業務時間の50%未満が、集中治療室での勤務 ※ 日替わり勤務を含む			
	平日日勤		単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
	土、日、祝日日勤	土、日、祝日の関与の程度が異なる場合には、もっとも多い（あてはまる）選択肢を選んでください。	単一選択	【選択肢】 専従 専任 兼任 関与無し
12. 患者動態（在室日数は（退室日－入室日）＋1日で計算）				
127	年間入室の総患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1入室を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
128	一つ前の質問のうち、広範囲熱傷患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1入室を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
129	年間延べ在室日数	複数回のICU入室の間にHCUや一般病床在室があった場合は、通算のICU在室日数にて集計してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：日
130	特定集中治療室管理料・救命救急入院料が非算定となった年間延べ日数	ICU在室日数のうち、特定集中治療室管理料もしくは救命救急入院料が算定できなかった年間延べ日数をご入力ください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：日
13. 治療内容				
131	人工呼吸器使用患者数（NPPVは含めない）	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者が人工呼吸器を離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
132	血液浄化法実施患者数（CHDF, HD, PMX-HP, 血漿交換など）	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者が血液浄化療法を離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
133	IABP実施患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者がIABPを離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人

質問番号	質問	注意	入力規則	入力規則（補足）
134	ECMO（VA, VVどちらでも）実施患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者がECMOを離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
135	補助人工心臓使用患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者が補助人工心臓を離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
136	頭蓋内圧（ICP）測定実施患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者がICP測定を終了後に再測定した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
137	IMPELLA実施患者数	【注意：患者数の算出方法が変わりました】 当該集中治療室での実施人数のみを回答ください。 また1回の入室中において、同一患者がIMPELLAを離脱後に再導入した場合は、1名として算出してください。同一患者が複数回入室した場合は、入室理由に関わらず1回の入室中の実施を1人として加算してください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
14. 重症度評価				
138	重症度指標のサーベイランス		単一選択	【選択肢】実施、未実施
139	日常診療で算出している重症度指標	複数の重症度指標を用いている施設は、複数選択してください。JIPAD参加施設はほぼすべての重症度指標を算出できますが、そのうち日常診療で使用しているものをすべて回答してください。	複数選択	【選択肢】SOFA、APACHE II、APACHEIII、APACHEIV、 SAPS II、SAPSIII、PIM2、PIM3、Pediatric SOFA、JROD、その他（具体的に「フリーテキスト入力」）
140	SOFA 中央値	SOFAは、治療開始日の値をご入力ください。 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	
141	SOFA 25パーセンタイル（第一四分位）	GCSは鎮静薬投与前の状態をスコア化してください。	数値	
142	SOFA 75パーセンタイル（第三四分位）	GCSは鎮静薬投与前の状態をスコア化してください。	数値	
143	APACHE II 中央値	GCSは鎮静薬投与前の状態をスコア化してください 2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	
144	APACHE II 25パーセンタイル（第一四分位）	GCSは鎮静薬投与前の状態をスコア化してください。	数値	
145	APACHE II 75パーセンタイル（第三四分位）	GCSは鎮静薬投与前の状態をスコア化してください。	数値	
15. アウトカム				
146	ICU mortality（ICU死亡率）のサーベイランス		単一選択	【選択肢】実施、未実施
147	ICU内で死亡退室した患者数	2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
148	ICU入室患者のHospital mortality（院内死亡率）のサーベイランス		単一選択	【選択肢】実施、未実施
149	ICUに入室し、病院内で死亡退院した患者数 （ICUを死亡退室した患者を含める）	2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：人
150	予測死亡率に用いたスコア	JIPAD参加施設はほぼすべてのスコアを用いることができますが、ここでは施設の運営上利用しているスコアを回答してください。	単一選択	【選択肢】APACHE II、 APACHE III、APACHEIV、 SAPS II、SAPS III、PIM2、PIM3、JROD、算出していない
151	予測死亡率（年間平均値）%	2024年1月から12月、または2024年4月から2025年3月の1年間の状況を回答してください。	数値	単位：%A230:E246A227:E246A224:E2A1:E246

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

遠隔集中治療に関する研究

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
本研究は、日本集中治療医学会による遠隔集中治療（TCC）ガイドラインの改訂と評価指標の策定を目的とした。機器導入に留まらない運用プロセス全体を包括する TCC を再定義し、実務・技術指針を整備。評価指標として、支援実績、医療の質、経済性、働き方改革の 4 つの観点から提示した。TCC の普及には、診療報酬等の制度整備、IT 標準化、専門医による教育体制に加え、施設間の信頼に基づく積極支援モデルの構築が重要である。今後はアンケート調査により導入障壁を特定し、TCC の標準化を通じて、質の高い集中治療の全国展開、医療資源の最適化、地域格差の是正を目指す。

A. 研究目的

本研究では、遠隔診療を用いた集中治療提供について、日本集中治療医学会が発出したガイドラインの再改訂を行い、その内容を踏まえて遠隔集中治療に関する評価指標を定めることを目的とした。

B. 研究方法

(1)遠隔集中治療に関するガイドライン改定

日本集中治療医学会では，遠隔集中治療（telecritical care; TCC）に関するガイドラインを新たに作成することとした。過去には、「米国遠隔医療学会が作成している Tele-ICU 運用ガイドライン」(Telemed J E Health 2016;22:971-80.)を参考に作成された「遠隔 ICU 設置と運用に関するガイドライン」およびその改訂版（2023 年 5 月）が日本集中治療医学会より発出されている。加えて、米国集中治療医学会（Telecritical Care Collaborative Network）が発表したエキスパートコンセンサス(Crit Care Med 2024;52:1750-67)にある提言も取り入れ，日本の医療事情を考慮して、「遠隔集中治療に関するガイドライン」を作成する事とした。ガイドライン作成においては、遠隔集中治療に関する評価指標を定める作業も行う事とした。

遠隔集中治療に関するアンケート調査

令和 6 年度診療報酬改定にて特定集中治療室遠隔支援加算が新設されたものの、実際に遠隔支援が導入された施設はごく少数であるため、障壁となる要素を抽出できるようなアンケート調査を計画した。加えて、医師少数区域などにおける遠隔集中治療の有用性についても検証できるようなアンケート内容を立案した。

(2) 倫理面への配慮

本研究は「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

遠隔集中治療に関するガイドライン改定

日本集中治療医学会日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォースにより、「遠隔集中治療に関するガイドライン」が作成された。本ガイドラインは、従来の「遠隔 ICU」とい

う概念を広げ、運用プロセス全体を包括する「遠隔集中治療（TCC)」を明確に定義しているのが特徴である。ガイドラインは、概要、定義、導入、実務（クリニカル・プラクティス)、技術的指針の 5 つのセクションで構成されており、導入にあたっては、集中治療科専門医や熟練した看護師の配置、双方向の通信システム、導入前トレーニング、および運用マニュアルの策定を求めている。運用面では、持続ケアやオンデマンドケア等のモデルを組み合わせ、死亡率の低下や人工呼吸期間の短縮といった患者アウトカムの改善、さらに医療従事者の働き方改革や医療資源の最適化を目指したものとなっている。

遠隔集中治療（TCC）の評価指標については、提供する組織が支援実績、医療の質、経済的効果、および働き方改革の観点から評価プロセスを持つ必要があるとし、本ガイドラインでは表 1 に示すような評価指標が提案された。

遠隔集中治療に関するアンケート調査

遠隔集中治療の有用性と普及の障壁を明らかにすべく、表 2 に示すアンケート項目を策定した。次年度に支援施設及び被支援施設を対象としたアンケート調査を施行する予定である。

D. 考察

日本集中治療医学会が策定した「遠隔集中治療（TCC）に関するガイドライン」は、単なる機器導入（Tele-ICU）という概念を超え、運用プロセス全体を包括的に捉えるものとして TCC を定義している。TCC の普及に必要な要素として、まず制度的・経済的な基盤整備が挙げられよう。令和 6 年度の診療報酬改定で「特定集中治療室遠隔支援加算」が新設され、地域制限の撤廃とともに経済的インセンティブが明確化されたことは大きな一歩であると思われる。また、IT インフラの技術的指針（通信帯域、情報セキュリティ、データ保護）を遵守し、現場の負担を軽減するシステムの標準化も不可欠である。さらに、専門医不足を補うための教育システムの構築が重要であり、現在計画されている段階的なトレーニングセミナー（e ラーニングやシミュレーション）は、参入障壁を下げ、運用の標準化を促す鍵となるであろう。

質の担保と向上に関しては、「ヒト」と「プロセス」の管理が極めて重要である。支援側には集中治療科専門医や熟練した看護師（認証看護師等）の配置が求められ、支援側と被支援側の責任範囲を明確にした運用マニュアルの策定が必須と考える。単なるモニタリングに留まらず、双方向のコミュニケーションを通じた「積極支援モデル（持続ケア)」を構築することで、質の標準化が図られよう。また、支援側と被支援側のスタッフ間の信頼関係構築や、定期的な合同ミーティングを通じた相互評価も、質の継続的改善には欠かせないことを指摘したい。

患者アウトカムへの貢献度評価については、客観的な指標を用いた多角的な評価プロセスを構築すべきである。具体的には、ICU 死亡率の低下、人工呼吸日数の短縮、ICU 滞在日数の短縮といった臨床的指標を中心に、病床稼働率や病院滞在日数などの経済的効果、さらには現場医師への相談件数削減や残業時間短縮といった働き方改革の指標を組み合わせるべきであろう。これらの評価には、学会等が提供する標準化フォーマットを用い PDCA サイクルを回すことが推奨される。

次年度のアンケート調査に期待されることとして、現行の診療報酬要件への適合性や、導入を阻む具体的な要因（コスト、人的負担、技術的課題等）の抽出が挙げられる。教

育コンテンツの最適化や、効果測定の標準化、さらには将来的な認定制度の検討に向けた基礎資料となることが期待される。

E. 結論

本研究では、日本集中治療医学会による「遠隔集中治療（TCC）に関するガイドライン」を策定し、支援実績、医療の質、経済性、働き方改革の各側面から評価指標を定めた。新指針は、従来の機器導入中心の概念を超え、運用プロセス全体を包括する TCC を定義した点が特徴である。普及には、診療報酬等の制度的支援、標準化された IT 基盤、専門医による教育体制の構築が不可欠である。さらに、支援側と被支援側の信頼醸成や双方向の積極支援モデルの構築が、質の向上と患者アウトカムの改善に寄与する。今後は、計画中のアンケート調査を通じて導入障壁を明確化し、日本における遠隔集中治療の標準化と普及を加速させることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

遠隔集中治療に関するガイドライン, 日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォース, 日本集中治療医学会雑誌, 2026, 33 巻, 公開日 2026/02/01, https://doi.org/10.3918/jsicm.33_R3
（土井研人、西山慶、黒田泰弘）

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

表１　遠隔集中治療に関する評価指標

1. 支援実績の指標	遠隔支援が具体的にどの程度行われたかを測定。
	診療支援回数
	対応時間
2. 医療の質改善（患者アウトカム）の指標	診療の質が向上したかを客観的な数値で評価。
	ICU 死亡率
	ICU 滞在日数
	人工呼吸日数（人工呼吸期間の短縮）
3. 経済的効果・医療資源の活用の指標	施設の運営効率や経済面への影響を評価。
	病床稼働率（の改善）
	病院滞在日数（の短縮）
4. 働き方改革の指標	現場スタッフの負担軽減や満足度を評価。
	被支援医療施設の医師に対する相談件数（の削減）
	ICU スタッフの満足度
	残業時間の短縮
	院外への相談件数の削減

表 2　遠隔集中治療に関するアンケート調査項目

大項目	質問項目	選択肢
Ⅰ.施設概要	Ⅰ-1. あなたの勤務する施設の名称を教えてください。	（　　）
	Ⅰ-2. あなたの専門とする診療科について、この中で当てはまるものを回答してください（複数選択可）。	救急科 麻酔科 集中治療科 内科 外科 小児科 その他（　　）
	Ⅰ-3 貴院は遠隔集中治療における支援施設、もしくは被支援施設どちらが該当しますか。	支援施設（Ⅱ.へ） 被支援施設（Ⅲ.へ）
Ⅱ. 支援施設対象	Ⅱ-1. 貴院の ICU 入室患者の運用体制に関して、下記の中で最も当てはまるものを一つ回答してください。	Closed ICU（集中治療医が治療方針を決定する） Mandatory critical care consultation（集中治療医と主治医が治療方針を決定し、治療を遂行する） Elective critical care consultation（主治医が決定した治療方針を集中治療医がサポートする） Open ICU（集中治療医は不在であり、主治医が治療方針を決定する）
	Ⅱ-2. 貴施設が支援をしている施設との遠隔集中治療における運用方法を一つ選択してください。 *※持続ケア：患者の生理学的データを継続的にモニタリングし、定期的なレビューを行う。自動警報やアルゴリズムを使用しながら、継続的な臨床評価と介入を行う。※計画ケア：カンファレンスやバーチャル回診などによる計画的な診療支援を行う。※オンデマンドケア：被支援側からのコンサルテーションに応じ、臨床評価介入を行う。*	全支援型モデル、積極支援モデル（持続ケアにより、継続的かつ定期的に患者の状態を評価し、診療支援を行う。計画ケアおよびオンデマンドケアも併せて行う） 選択支援型モデル、臨時支援型モデル（持続ケア・計画ケア・オンデマンドケアのいずれかを選択し、被支援側からの要請に応じて診療支援を行う）定例で Web カンファレンスや症例カンファレンスなどをして患者情報の共有を行い意見交換する）
	Ⅱ-3. 貴院が展開している遠隔集中治療でカバーしている被支援施設名称とそれぞれの施設でカバーしている病床数を教えてください。	被支援施設名（　　） 遠隔集中治療でカバーしているベッド数（　　） 被支援施設名（　　） 遠隔集中治療でカバーしているベッド数（　　） 被支援施設名（　　） 遠隔集中治療でカバーしているベッド数（　　） 被支援施設名（　　） 遠隔集中治療でカバーしているベッド数（　　）

	被支援施設名（　　） 遠隔集中治療でカバーしているベッド数（　　）
Ⅱ-4. 貴院が遠隔集中治療を導入することによって、被支援施設において効果がみられたものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	ICU 死亡率 病院死亡率 ICU 滞在日数 病院入院期間 人工呼吸器管理日数 急性血液浄化導入率 敗血症死亡率 現在、導入効果を評価中、もしくは未検討 医療従事者の業務量 医療従事者の満足度 医療従事者の離職率
Ⅱ-5. 貴院が遠隔集中治療を導入しても被支援施設で効果がみられなかったものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	ICU 死亡率 病院死亡率 ICU 滞在日数 病院入院期間 人工呼吸器管理日数 急性血液浄化導入率 敗血症死亡率 現在、導入効果を評価中、もしくは未検討 医療従事者の業務量 医療従事者の満足度 医療従事者の離職率
Ⅱ-6. 貴院が遠隔集中治療の導入による効果を期待しているものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	専門医不足の補完 医療資源の最適化 働き方改革への影響 地域医療全般の質向上 専攻医や医学生への教育効果
Ⅱ-7. 遠隔集中治療を導入した際に人的な障壁はありましたか。当てはまるものを全て選択してください。	障壁はなかった 医師の人材確保 看護師の人材確保 補助事務員の人材確保 自施設のスタッフ教育 被支援施設へのスタッフ教育 支援施設のスタッフと被支援施設のスタッフの関係性の構築 病院経営者・職員責任者等の理解 スタッフに対する人件費
Ⅱ-8. 遠隔集中治療を導入した際にインフラ面の障壁はありましたか。当てはまるものを全て選択してください。	障壁はなかった インフラ整備にかかるコスト（インフラ設備とは支援施設と被支援施設をつなぐ VPN、院内の Wi-Fi、ビデオカメラ、システムを動作させるためのコンピュータなどを指します） 被支援施設との電子カルテ連携 システムセキュリティ 遠隔で他施設の患者を監視することにおける患者プライバシーの侵害の可能性 遠隔 ICU 導入に伴う運用の変更(新たなツールの導入や支援施設へ相談するタイミングの検討など) 支援施設による現場 ICU への介入の責任の所在が不明確 その他（　　）

Ⅱ-9. 貴院の遠隔集中治療事業では、特定集中治療室遠隔支援加算を算定できていますか。	算定できている 算定できていない
Ⅱ-10. 遠隔集中治療を導入・維持していく上で、特定集中治療室遠隔支援加算取得の困難な点に関して、当てはまるものをすべて選択してください。	特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っていること。 被支援施設が特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること 被支援施設の所在地が国の定める医師不足地域であること 専任医師の配置（特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと） 専任常勤看護師の配置（集中治療看護に従事した経験を 5 年以上有し、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を週 20 時間以上配置） 専任の常勤看護師数が、被支援側医療機関の治療室における入院患者数が 30 又はその端数を増すごとに1以上であること 被支援側医療機関に対して定期的に重症患者治療に関する研修の開催 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等、関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること
Ⅱ-11. 遠隔集中治療を維持していく上で、障壁と思われるものに関して、当てはまるものをすべて選択してください。	特定集中治療室遠隔支援加算要件の困難さ ランニングコスト（システム保守費用、VPN 使用費用など）の確保 医師人材の確保 看護師人材の確保 遠隔集中治療スタッフにおける働き方改革への対応 とくに障壁はない
Ⅱ-12. 遠隔集中治療の支援体制を維持するうえで、とくに負担が大きい業務をすべて選択してください。	24 時間体制の人員確保（特に看護師） 医師のオンコール対応・判断業務 モニタリング業務（常時監視） アラート対応（急変・異常値） 記録・報告書作成 被支援施設とのコミュニケーション調整 カンファレンス対応 教育・研修の実施 システム管理・トラブル対応 院内調整（管理部門・他部署との連携） 費用・採算管理 その他

	Ⅱ-13. 貴施設における遠隔集中治療に関する行政との関わりについて回答してください。	都道府県または自治体の事業として関与している 補助金・助成金を受けている 医療計画等に位置付けられている 行政との定期的な協議・会議がある 個別に相談・報告を行っている 現時点では行政との関わりはない わからない その他（　　）
	Ⅱ-14. 今後、遠隔集中治療による支援先施設を増やす意向がありますか。	すでに具体的に拡大を進めている 今後拡大を検討している 条件が整えば拡大を検討する 現時点では拡大の予定はない わからない
Ⅲ. 被支援施設対象	Ⅲ-1. 貴院の所在地は国の定める医師不足地域に該当しますか。	該当する 該当しない
	Ⅲ-2. 貴院の ICU 入室患者の運用体制はどのようになっていますか。この中で最も当てはまるものを一つ回答してください。	Closed ICU（集中治療医が治療方針を決定する） Mandatory critical care consultation（集中治療医と主治医が治療方針を決定し、治療を遂行する） Elective critical care consultation（主治医が決定した治療方針を集中治療医がサポートする） Open ICU（集中治療医は不在であり、主治医が治療方針を決定する）
	Ⅲ-3. 貴院が遠隔集中治療の導入することによって効果がみられたものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	ICU 死亡率 病院死亡率 ICU 滞在日数 病院入院期間 人工呼吸器管理日数 急性血液浄化導入率 敗血症死亡率 現在、導入効果を自施設もしくは支援施設で評価中、あるいは未検討
	Ⅱ-4. 貴院が遠隔集中治療を導入しても効果がみられなかったものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	ICU 死亡率 病院死亡率 ICU 滞在日数 病院入院期間 人工呼吸器管理日数 急性血液浄化導入率 敗血症死亡率 現在、導入効果を自施設もしくは支援施設で評価中、あるいは未検討
	Ⅲ-5. 貴院が遠隔集中治療の導入による効果を期待しているものについて、当てはまるものをすべて選択してください。	専門医不足の補完 医療資源の最適化 働き方改革への影響 地域医療全般の質向上 専攻医や医学生への教育効果
	Ⅲ-6. 遠隔集中治療を導入した際に人的な障壁はありましたか。当てはまるものをすべて選択してください。	障壁はなかった 医師の人材確保 自施設の医師の理解・協力 自施設の看護師の理解・協力

	スタッフ教育 支援施設のスタッフと被支援施設のスタッフの関係性の構築 病院経営者・職員責任者等の理解 スタッフに対する人件費
Ⅲ-7. 遠隔集中治療を導入した際にインフラ面の障壁はありましたか。当てはまるものをすべて選択してください。	障壁はなかった インフラ整備にかかるコスト（インフラ設備とは支援施設と被支援施設をつなぐ VPN、院内の Wi-Fi、ビデオカメラ、システムを動作させるためのコンピュータなどを指します） 支援施設との電子カルテ連携 システムセキュリティ 遠隔で他施設の患者を監視することにおける患者プライバシーの侵害の可能性 遠隔集中治療導入に伴う運用の変更(新たなツールの導入や支援施設へ相談するタイミングの検討など) 支援施設による現場 ICU への介入の責任の所在が不明確 その他（　　）
Ⅲ-8. 貴院の遠隔集中治療事業では、特定集中治療室遠隔支援加算を算定できていますか。	算定できている 算定できていない
Ⅲ-9. 遠隔集中治療を導入・維持していく上で、特定集中治療室遠隔支援加算要件の困難な点に関して、当てはまるものをすべて選択してください。	病院の所在地が国の定める医師不足地域であること 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っている必要があること 支援施設から定期的に重症患者の治療に関する研修を受ける必要があること 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、貴院の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有している必要があること
Ⅲ-10. 遠隔集中治療を維持していく上で、障壁と思われるものに関して、当てはまるものをすべて選択してください。	システム・データ連携（電子カルテの標準化、生体モニター情報の統合、高度なセキュリティ、ネットワーク帯域・通信品質の確保など） 運用ルール・プロトコル（支援施設/被支援施設の役割分担、ICU 業務の標準化、コンサルテーションのタイミングなど） スタッフの理解・教育（監視されているという心理的抵抗、支援施設からの助言への迷い、看護師・当直医などのワークフロー変化への不安） 法的・倫理的・セキュリティ（責任分担、データ管理、セキュリティ基準を満たすための継続的コスト、カメラ映像の扱いに関する倫理的配慮など） 維持コスト（システム保守費用、通信インフラ維持費、セキュリティ対策費、支援施設へのコンサルト費用等支払い、スタッフ教育・研修コスト） 現場の価値観（自施設で完結したいという文化、外部からの助言を受け

		ることへの抵抗、支援施設の介入が“指示”なのか“助言なのかの誤解） 特に障壁はない その他
	Ⅲ-11. 遠隔集中治療の支援体制を維持するうえで、とくに負担が大きい業務をすべて回答してください。	記録・報告書作成 支援施設とのコミュニケーション調整 カンファレンス対応 教育・研修の実施 システム管理・トラブル対応 院内調整（管理部門・他部署との連携） 費用・採算管理 その他
	Ⅲ-12 貴施設における遠隔集中治療に関する行政との関わりについて回答してください。	都道府県または自治体の事業として関与している 補助金・助成金を受けている 医療計画等に位置付けられている 行政との定期的な協議・会議がある 個別に相談・報告を行っている 現時点では行政との関わりはない わからない その他

委員会報告

日集中医誌 2026;33:R3

遠隔集中治療に関するガイドライン

日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォース†

要約：日本集中治療医学会は，高度な専門性に基づく集中治療医療を遠隔診療システムという手段で提供する「遠隔集中治療（telecritical care，TCC）」の普及が，今後の医療提供体制において極めて重要であると認識し，このたびTCCに関するガイドラインを策定することとした。本学会はこれまで，「遠隔ICUの設置と運用に関するガイドライン」およびその改訂版（2023年5月）を公表してきた。今回新たに採用したTCCという概念は，従来のICU単位での遠隔支援（Tele-ICU）に限定されるものではなく，遠隔診療システムを活用した集中治療支援全体の運用プロセスを包括的にとらえるものである。本ガイドラインは，1. 遠隔集中治療の概要と本ガイドラインの目的，2. TCCに関する定義，3. TCCの導入，4. TCCクリニカル・プラクティス，5. TCCシステムの技術的指針の5つのセクションで構成されている。集中治療科専門医をはじめとする高度専門職の人材が十分に確保されていない日本の現状において，本学会は，専門性に裏付けられた倫理的かつ公平な医療の提供を可能とするTCCの普及に努めるとともに，本ガイドラインがTCCの円滑な導入および適正な運用のための指針として広く活用されることを期待するものである。

Key words: ①telecritical care, ②telemedicine, ③telecritical care model

1. 遠隔集中治療の概要と本ガイドラインの目的

日本集中治療医学会は遠隔集中治療（telecritical care，TCC）を普及することを目的として，平成30年に遠隔ICU委員会を発足させ，平成30年度厚生労働科学研究費補助金「我が国における遠隔集中治療（Tele-ICU）の導入における技術的・社会的課題の解決に向けた研究」により，日本における遠隔ICUの導入に対する技術的・社会的課題の解決に向けた調査を行った[1)]。この調査結果をもとに，厚生労働省は遠隔ICU体制整備促進事業により遠隔ICUの普及促進を進め，令和6年度診療報酬改定において特定集中治療室

日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォース
リーダー：土井　研人（東京大学大学院医系科学研究科救急・集中治療医学）
メンバー：大下慎一郎（広島大学大学院医系科学研究科救急集中治療医学）
西山　　慶（新潟大学大学院医歯学総合研究科救急集中治療医学分野）
松村　洋輔（千葉県総合救急災害医療センター集中治療科）
飯塚　悠祐（自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科集中治療部）
中島　　強（和歌山県立医科大学救急集中治療医学講座）
吉村　旬平（大阪急性期・総合医療センター救急診療科）
牧　　盾（九州大学病院集中治療部）
川口　　敦（聖マリアンナ医科大学病院小児科集中治療センターPICU）
神尾　　直（自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科集中治療部）
大網　毅彦（千葉大学医学部附属病院救急・集中治療部）
江木　盛時（京都大学大学院医学研究科侵襲反応制御医学講座・麻酔科学分野）
久志本成樹（東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野，川崎幸病院）
黒田　泰弘（香川大学医学部，戸田中央メディカルケアグループあさか医療センターER救急センター）
担当理事：西田　　修（藤田医科大学医学部麻酔・集中治療医学講座，東京曳舟病院）
オブザーバー：高木　俊介（横浜市立大学附属病院集中治療部）
小谷　　透（昭和医科大学医学部集中治療医学講座）
長谷川高志（NPO法人日本遠隔医療協会）
橋本　　悟（NPO法人集中治療コラボレーションネットワーク）
島井健一郎（滋慶医療科学大学医療科学部）
†著者連絡先：一般社団法人日本集中治療医学会（〒113-0033　東京都文京区本郷2-15-13 お茶の水ウイングビル10F）

受付日2025年 6 月30日
採択日2025年10月24日

分担報告書ページ068

遠隔支援加算が新設された。日本集中治療医学会は，高い専門性に基づいた倫理的かつ広く公平な医療を提供するTCCの普及に努めている。TCCは，ICUに対して遠隔診療を用いて支援するという遠隔ICU（Tele-ICU）という概念にとどまらず，遠隔診療システムを用いた集中治療支援のすべての運用プロセスの総称と位置付けられる。

集中治療科専門医などの高度専門性を有する人材が充足されていない日本において，TCCは情報技術（information technology，IT）と医療技術でICUにおける診療を補完する一つの方策である。米国では遠隔集中治療センターが数百床のICUを一元管理していることが多く，専門性を有する人材不足解消の一助となっている[2]。COVID-19流行のような状況における危機管理体制の強化にも，TCCの導入が有用であったことが報告されている[3),4)]。また，災害支援におけるTCCの有用性も期待されている[5)]。

日本集中治療医学会は，科学的で質の担保されたTCCによる診療を提供するために，遠隔集中治療に関するガイドラインを新たに作成することとした。本ガイドラインは，「米国遠隔医療学会が作成しているTele-ICU運用ガイドライン」[6)]を参考に作成された「遠隔ICU設置と運用に関するガイドライン」[7)]およびその改訂版（2023年5月）[8)]をもとに，米国集中治療医学会（Telecritical Care Collaborative Network）が発表したエキスパートコンセンサス[9)]にある提言も取り入れ，日本の医療事情を考慮して作成した。なお，これまでに発出した本学会の「遠隔ICU設置と運用に関するガイドライン」およびその改訂版（2023年5月）は，遠隔ICUというハコに重点を置いたものであったが，TCCではヒトおよびモノの運用も重要であることから，本ガイドラインでは既に発出したガイドラインとは異なる観点で作成されている。今後は本ガイドラインに準拠したTCCを実施していただきたい。

本ガイドラインは，遠隔医療を用いて医療介入，モニタリング，専門家によるコンサルテーションを行うTCCの手引書として作成した。本ガイドラインはTCCに関してのみ適用されるものである。また，エビデンスに基づいた診療ガイドラインと異なり，TCCに関するエキスパートコンセンサスとそれに基づく提言をまとめたものであることを留意していただきたい。

本ガイドラインの目的は，法的根拠として使用されることではなく，効果的で安全なTCCの体制を構築し，その提供を支援することである。TCC導入は，環境・地理的側面，医療資源，それらの相互作用により異なることが考えられ，状況に応じた適用を阻むものではない。一方，日本における遠隔集中治療を対象としているため，診療報酬などに関連する内容を含んでいるが，現行制度の概要を記述したものであり，本ガイドラインが法的拘束力を持つものではない。あくまでも学術的な観点に基づいた記載であることをご理解いただきたい。本ガイドラインは定期的な検証作業を繰り返し，改訂することを予定している。

2. TCCに関する定義

2-1. 遠隔医療とは

遠隔医療とは，対面診療が困難な患者に発生した不利益な状態を回避するために，IT技術を用いて，医療情報を別の場所に伝送して実施する医療である。遠隔医療は，双方向性ビデオ音声通話，電子メール，スマートフォン，ワイヤレスデバイスや他のコミュニケーション技術など様々なアプリケーションを含む。遠隔医療に関する通知や指針に関しては，厚生労働省の遠隔医療に関するホームページ[10)]および日本遠隔医療学会のウェブサイト[11)]にて参照可能である。

2-2. TCCとは

TCCとは，ビデオ音声通話やコンピュータシステムなどによって構成される遠隔医療の技術・インフラストラクチャーを用いて，集中治療に精通した医療従事者が協力して重症患者に対する医療を提供する診療支援システムである。TCCは現場での集中治療に代わるものではなく，医療資源の活用とプロセスの標準化を通じて現場医療を強化するよう設計されている。米国では Tele-ICU，virtual ICU，remote ICU，telecritical careなどの名称が用いられている。これらは支援施設もしくは遠隔地にいるチームが，被支援医療施設のチームや患者とネットワークを通じてビデオ音声通話やコンピュータシステムでつながっている状態のことを指すが[12)]，本ガイドラインで提示するTCCには，これらに加えて質の担保された集中治療を提供することを含むものであることを明示する。

2-3. TCCにおけるケアの種類と運用モデル

TCCは様々な形態で実施され得るものであるが，それを分類する際には，ケアの種類と運用モデルに分けて考えると理解しやすい。近年，米国を中心に導入されている遠隔集中治療にはいくつかのケアの種類と運用モデルが存在するが，これらは支援医療施設および被支援施設における医療従事者数および構成と習熟度，支援を受ける病床数と患者の重症度，使用する医療機器やIT機器に大きく依存する。

TCCは複数のケアから成り立っているが，これまで様々なケアの組み合わせによる運用方法や運営体制が

Table 1　TCCにおけるケアの種類と運用方法

ケアの種類	持続ケア（continuous TCC）	患者の生理学的データを継続的に（リアルタイム）モニタリングし，定期的なレビューを行う。さらに，自動警報やアルゴリズムを使用しながら，継続的な臨床評価と介入とを行う。
	計画ケア（scheduled TCC）	カンファレンスやバーチャル回診などによる計画的な診療支援を行う。
	オンデマンドケア（on-demand TCC）	被支援側からのコンサルテーションに応じ，臨床評価と介入を行う。
運用方法	全支援型モデル， 積極支援モデル（proactive TCC）	持続ケアにより，継続的かつ定期的に患者の状態を評価し，診療支援を行う。計画ケアおよびオンデマンドケアも併せて行う。
	選択支援型モデル， 臨時支援モデル（reactive TCC）	持続ケア・計画ケア・オンディマンドケアのいずれかを選択し，被支援側からの要請に応じて診療支援を行う。
運営体制	中央管理モデル， ハブ・アンド・スポークモデル （hub-and-spoke TCC）	中央の「ハブ」拠点が主要な監視ステーションおよび運営本部として機能し，TCCサービスを提供する体制。
	個別管理モデル， 分散型モデル（distributed TCC）	物理的な中央運営本部を持たないTCCサービス体制。

TCC, telecritical care.

報告されている[9),13)～16)]。現時点で行われているTCCケアと運用方法および運営体制の種類をTable 1に示す。

3. TCCの導入

支援を行うTCCチームには，集中治療医や集中治療に習熟した看護師などのエキスパートを含む必要がある。TCCチームは，信頼性の担保されたコミュニケーション技術を用いて専門的医療を提案することにより，集中治療の質の向上を図ることができる。TCCを導入するうえでは，①支援医療施設と被支援医療施設の施設基準に基づく体制の整備（人的・技術的要件），②運用の取り決め（組織体制や運用マニュアル），③導入前トレーニング（TCC専門スタッフの認定など）が必要となる。

3-1. 施設基準

TCCによる診療を行うために必要な施設およびスタッフの要件を以下の通り定める。ただし，診療報酬制度および施設認定に関連する現行制度の概要を整理したものであり，本ガイドライン自体には法的拘束力はないことに留意すること。

【医師】

・支援医療施設の責任者は，日本集中治療医学会もしくは日本専門医機構が認定した集中治療科専門医（以下，専門医）であること。

・支援医療施設で診療支援する医師は，専門医研修修了要件と同等の集中治療の経験を有するとともに，関連学会などが主催する遠隔診療における適切な研修を修了していること。また，支援医療施設で診療支援する医師に対しては，常時，専門医と連絡が取れる状態であり，適切な助言が直ちに得られることを担保すること。

【看護師】

・支援医療施設で診療支援する看護師の責任者は，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，日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師，あるいは集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修*1を修了した専任の常勤看護師であること。上記の看護師に関する適切な研修とは，国または医療関係団体などが主催する研修（修了証が交付されるもの）であり，講義および演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識および技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。

・支援医療施設における看護師の配置は，ICU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を常時1名以上とし，支援センター機能を果たすために必要な情報の収集を行い，必要な場合には支援医療施設の医師に報告，指示を受ける体制を確保していること*2。

*1 適切な研修とは下記が該当する。
① 日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア」,「新生児集中ケア」,「小児プライマリケア」,「救急看護」,「集中ケア」,「小児救急看護」
② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修をすべて修了した場合に限る）
・「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
・「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
・「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
・「循環動態に係る薬剤投与関連」
・「術後疼痛管理関連」
・「循環器関連」
・「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」
④ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修
・集中治療領域
・救急領域
・術中麻酔管理領域
・外科術後病棟管理領域

*2 日本集中治療医学会における集中治療認証看護師制度においては「集中治療室で重症患者の看護を行った経験を常勤で通算3年以上有する」と規定している。この規定は第8次医療計画の集中治療に関する指標の中で，新興感染症の発生・まん延時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例として盛り込まれている「重症者の確保病床を有する医療機関における3年以上集中治療の経験を有する医師/看護師/臨床工学技士数」に基づくものである[17]。

【設備とシステム】
・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など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。
・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・蘇生行為などを行える医師が院内に勤務しているなどの適切な急性期医療提供体制を備えていること。

【その他】
・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。

3-2．運用の取り決め
・支援医療施設を設置する医療機関における組織の管理体制を明示すること。
・支援医療施設責任者（集中治療科専門医および看護責任者）の責任範囲を明確にすること。
・運用マニュアルを定めるとともに，以下のような内容を含めることが望ましい。
① 支援医療施設と被支援医療施設のTCCによる診療支援が目指す目的・目標
② 支援医療施設と被支援医療施設の業務範囲
③ 支援医療施設スタッフの職域別役割
④ TCC導入に伴い変更された被支援医療施設の診療上の運用ルールと看護手順
⑤ TCCによる診療支援で対象とする患者と対象外とする患者の条件
⑥ 被支援医療施設スタッフが支援医療施設へ連絡するタイミングおよび方法
⑦ 支援医療施設スタッフが被支援医療施設へ連絡するタイミングおよび方法
⑧ 支援医療施設スタッフが音声画像システムを用いて直接患者をモニタリングするタイミング，またはする必要がないタイミングおよび方法
⑨ 支援医療施設スタッフがモニタリングしている状況の確認方法
⑩ 支援医療施設ならびに被支援医療施設のパフォーマンス評価のための記録方法
⑪ 支援実績に関するログによる記録
⑫ 障害発生時の問題の切り分け，対処法，連絡先
⑬ 支援医療施設に導入したソフトウェアアプリケーションの使用方法など
・必要に応じて，別途，支援医療施設運営マニュアルを定め，支援医療施設に従事する者（医師，看護師，臨床工学技士，IT機器管理者，医師事務作業補助者など）の要件，役割および業務手順を明確にすること。
・支援医療施設の責任者と被支援医療施設の各責任者が連携し，カンファレンスや引き継ぎを円滑に行えるための運用マニュアルを策定するとともに，両施設の関連スタッフ全員が導入前トレーニングを受講すること。
・支援医療施設と被支援医療施設の運用体制図に医療チーム責任者，職種別のリーダーを明示すること。
・全スタッフの身体的・精神的な健康を守る職場環境を提供すること。コンピュータとモニターによ

る長時間の座位での作業，カメラによる監視など，遠隔診療特有の健康リスクに対処するための具体的なプランを作成すること。持続ケアでは，支援施設スタッフが1シフト当たりの労働時間を12時間以内とし，シフトとシフトの間には最低11時間の休息を取ること。

3-3. 導入前トレーニング

TCCの適切な運用のためには，支援医療施設および被支援医療施設において関与するすべての医療者に十分なオリエンテーションとトレーニングを行う。継続的なトレーニングは，システムのアップグレード時，新人スタッフ教育などのためにも行う必要がある。また，トレーニングにより被支援医療施設のスタッフがTCCの利用の受け入れが促進されるように配慮する。これには，信頼関係の構築，支援医療施設と被支援医療施設のスタッフによる統合された運用フローを構築する努力が含まれる[18)~21)]。

日本集中治療医学会もしくは関連する団体の定めたTCCのトレーニングコースを受講することが望ましい。また，トレーニングコースは以下のような内容を満たすことが求められる。

- 遠隔システムの設置と運用ガイドラインを熟知したスタッフが中心となって行う。
- トレーニングは実際の機器を用いて行うことが望ましいが，e-learningや模擬システムを用いたシミュレーションを利用し先行して実施することも考慮する。

TCCに関するトレーニングは繰り返し行うことが重要であり，導入前のみならずTCC導入後も同様のトレーニングを継続する必要がある。

4. TCCクリニカル・プラクティス

4-1. 目標設定

TCCによる診療支援は通常の医療体制による診療に代わるものではなく，医療資源の活用とプロセスの標準化，ならびに標準的な集中治療の提供を支援することにより診療の質を向上させることにある。TCCによる診療支援は，定義された運用基準の範囲内で目標を達成できるようデザインする。患者アウトカム（死亡率低下，人工呼吸期間短縮，ICU滞在日数短縮など），働き方改革の効果（残業時間短縮，院外への相談件数の削減など），医療資源の活用（病床稼働率改善，病院滞在日数短縮など）などのアウトカムをもって目標設定することが望ましい。

4-2. 運用体制

TCCの運用は24時間365日間の看護師常駐で運用する全支援型〔積極支援モデル（proactive TCC）〕，すなわち持続ケアにより継続的かつ定期的に支援側が患者の状態を評価し診療支援を行うとともに，計画ケア，オンデマンドケアも併せて行うことが望ましい。中央管理モデルでの持続ケアがアウトカムを改善したというエビデンスは国内外から報告されており[15),22),23)]，計画ケアとオンデマンドケアの組み合わせが有効であったという国外からの報告もある[24)]。2024年にはブラジルで集中治療医が常駐していないICUを対象として，遠隔からの集中治療医の毎日の回診，標準プロトコルの教育および毎月のフィードバックを提供するICUと標準治療群のICUの2群に分け約20か月間観察した世界初の無作為割り付け研究が報告されたが，両群間で治療成績に差はなかった[25)]。最適なTCCの提供は，ケアの内容や運用方法が地域の状況や特定の病態・実施方法に依存する可能性があり，さらなる知見の集積が求められる。

日本においては，令和6年度診療報酬改定において特定集中治療室遠隔支援加算が新設された。これは被支援医療施設の集中治療の質向上に加え，夜間帯の被支援医療施設の当直医師および看護師の診療補助の役割も期待されていることから，持続ケア，計画ケア，オンデマンドケアを包括した全支援型〔積極支援モデル（proactive TCC）〕モデルに対してのみ算定が可能である。日本国内から報告されている有効なTCCモデルは，24時間365日間の看護師常駐で運用する全支援型モデルであることから，以下ではこのモデルを実装するにあたり必要な運用法について述べるが，選択支援型モデルなど他のモデルを実装する場合についても，以下を参考にされたい。

4-3. スタッフ配置

支援医療施設のリーダーは，TCCの目標を達成するために最も効果的なスタッフ配置モデルを決定する。スタッフのレベルは，モニタリングする患者のタイプと人数，被支援施設の医療資源，および運用モデルなどによって影響される。例えば，米国におけるTCCの医師は，1名当たり100～250名の患者に対応している。

TCCの支援医療施設において，医師の配置については，専従，兼任の2つが検討される。専従モデルでは支援センター内でのみ勤務し，兼任モデルにおいてはTCC以外の診療にも関与する。一方，TCCでは看護師は専従である必要がある。支援医療施設の専従看護師が医師に報告・指示を受ける体制が常時確保されていることが必要であり，この場合においては，医師が兼任モデルとして，支援医療施設の集中治療のカバー

をしても良いが，非支援医療施設の状況が安定している場合に限定される。被支援医療施設からの相談がある場合には，自施設を優先することなく，即時に対応する必要がある。

支援医療施設の看護師は，重症度や必要な医療デバイスの種類や数を考慮して患者を監視し，介入のためのスコアリングを行う。TCCにおける患者と支援センター看護師の比率については，利用する技術や要求される看護業務によって定めることが望ましい[26]。令和6年度診療報酬改定の特定集中治療室遠隔支援加算では30対1が算定要件とされているが，日本からのエビデンスにおいては，60対1程度での運用体制での有効性が報告されている[23]。

4-4．TCCの対象患者の選定

被支援医療施設と支援医療施設の間で，TCCの対象となる患者を決定する。

TCCの対象には，ICU以外にいる重症患者も該当する。令和6年度診療報酬改定では，特定集中治療室遠隔支援加算の算定要件として，特定集中治療室管理料5および6の算定をしている治療室で治療を受ける患者のみが対象となっているが，ハイケアユニット（high care unit, HCU），脳卒中ケアユニット（stroke care unit, SCU），冠疾患治療室（CCU），術後リカバリー室（post anesthesia care unit, PACU），救急外来，ICU以外の患者に対するrapid response team対応，急性期病院の一般病棟などが，TCCの対象となり得る。患者のニーズや導入した目的に応じて，今までとは異なる様々な状況においても，急性期の医療資源や専門知識の提供が展開されることが予想される。持続ケアモデルのみならず計画ケアや急変対応が望ましい場合や，ユニット全体というよりも必要な患者をピックアップして支援することが有効な場合も考えられる。患者のニーズやTCCを適切に提供するために，柔軟に対応する必要がある。

4-5．重症度評価

同時に100例以上を支援するpopulation controlでは，適切なタイミングで介入するために重症度スコアを使用すると効率的である。そのため，客観的なデータを用いた重症度評価システムの導入により，集中治療に関する患者ケア・アプローチを標準化し，TCCを必要とする患者に適切なタイミングで診療支援を開始することに努める。

4-6．TCCの運用フロー

運用フローは，定時のワークフロー（回診の共有，薬剤投与の確認）と予期せぬ緊急事態，新規入室患者対応（カルテ回診，治療方針確認）などについて段階的に構築する必要がある。支援医療施設では，回診のプロトコル，音声ビデオ技術の使用，アラートへの対応，コミュニケーションプロセスや患者情報の保護などの運用フローについて定める必要がある。

支援医療施設のTCCチームメンバーと被支援医療施設のチームのスタッフ間で行われるコミュニケーションには，電話，ビデオ音声通話が用いられる。TCCの運用には，緊急事態における介入のエスカレーションのための指揮系統プロセスを含むことが必要である[12),14),27),28]。支援医療施設と被支援医療施設の間における指揮系統コミュニケーションフロー，システムのトラブルシューティング，災害対応などについて，両施設スタッフにより作成し，検証しなければならない。支援医療施設の医療者が被支援医療施設を定期的に訪問する，あるいは一時的に勤務するなど，支援側と被支援側とのコミュニケーションが向上するような運用フローを検討する。

運用フローはTCCの継続性と標準化の基礎となるが，非常時のマニュアルにもなるような弾力性のあるものでなければならない。

4-7．TCCに関する研修

支援医療施設および非支援医療施設の医療者は，定期的にTCCに関する研修を受ける。内容は，「3-3.導入前トレーニング」に記載されたものと同様であるが，新たな知見や技術に対しても対応できる内容であることが望ましい。

4-8．患者と家族への説明

患者や家族へのTCCの運用に関する説明が必要である。TCCを実施するうえで，被支援医療施設のスタッフは，患者と家族の両者へ以下のような情報を提供し同意を得る。必要に応じて各施設の倫理委員会などに相談すること。

・TCCの治療提供における役割
・システムの技術的説明
・患者の個人情報や尊厳の保護
・TCCを用いた他施設とのコミュニケーション

TCCに関する研究によると，ICU看護師から患者や家族へ直接口頭で説明する方が望ましい。ICUスタッフには適切な教材を提供し，他のオリエンテーションと同様に，患者・家族にTCCの技術を説明できるようになることが望ましい。患者・家族には，追加の質問や不明点があった際に，連絡先を提供する[29),30]。

4-9．TCCの評価とPDCAサイクル

TCCの質が患者のアウトカムに影響を与え，効果的な成果を示すことができるかどうかは，支援医療施設と被支援医療施設の間に築かれた協力関係に強く依存

している[31),32)]。したがって，支援医療施設と被支援医療施設との定期的な合同ミーティングを少なくとも年に2回は実施し，両施設のスタッフ間の関係構築を行うことが望ましい。

TCCを提供する組織は，支援実績，医療の質改善，経済的効果，働き方改革の指標を評価するプロセスを持つ必要がある。TCCの支援実績の評価には，診療支援回数，対応時間などが含まれる。医療の質改善の指標は，ICU死亡率，ICU滞在日数，人工呼吸日数などが挙げられる。さらに，病床稼働率やICU滞在日数などの経済的効果，被支援医療施設の医師に対する相談件数やICUスタッフの満足度などの働き方改革の指標なども用いられる。支援医療施設と被支援医療施設が定期的な相互評価を行い，その結果に基づいて運用フローの改訂を検討することが望ましい。また，評価に際しては，日本集中治療医学会または関連する団体が作成した標準化フォーマット用いることが望ましい。

4-10. 文書化と診療録・診療諸記録

TCCにおいて診療録・診療諸記録とTCCシステムを統合し，支援医療施設と被支援医療施設で情報を共有することは，正確な患者データにタイムリーにアクセスするうえで重要な点であり，また支援医療施設から被支援医療施設への診療支援の記録として，文書化した形で残しておくことが望ましい。文書化の方針と手順は，患者のケアの引き継ぎや責任の所在を明確にするために必要であり，直接のコミュニケーションが伝達ミスを最小限にする一番の方法である。そのため，コミュニケーションの記録を文書として保管しておくべきである。

5. TCCシステムの技術的指針

本ガイドラインに記載している技術的要件は，現行制度や一般的な技術基準に基づいた説明であり，本ガイドラインが技術的規格や制度上の義務を定めるものではないことに留意すること。

5-1. データ通信

TCCシステムでは，診療の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できるビデオ音声通話を整備する必要がある。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 通信環境（情報セキュリティ・利用端末）」[33)]および医療情報システムの安全管理に関するガイドライン[34)]への準拠が前提となる。経皮モニタリングや医療デバイスなどの技術は，備え付けのデバイスから自身のデバイス（bring your own device, BYOD）まで様々であるが，これについても臨床的な必要性および情報セキュリティを含む安全性，診療における継続性の3点を確保したうえで，使用する機器を選択する。支援医療施設において医師が当該施設外から支援を行う場合には，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，スマートフォンやタブレット端末，自宅設置PCなどによる体制を整える必要がある。

TCC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」[33)]に基づき，TCC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の確認，周波数や容量などを設定する必要がある。さらに，災害時など特殊な状況下を除き，品質が担保されるように構築する必要がある。品質を担保する観点から，標準仕様を定めそれに準拠する機器の選定，環境の構築，運用を図る。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求められる。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。

TCCシステムにおける遠隔からの管理は，far end camera control（FECC）の機能によって行われるが，メンテナンス，自動再起動，能動的モニタリング，警告などの機能を備え，臨床的判断に十分なビデオ解像度を有することが求められる[35)]。すなわち，センター側の操作者は，ビデオカメラのパン（pan）・チルト（tilt）・ズーム（zoom）（PTZ）操作を行えるほか，マイクやスピーカーを介して音声および映像の双方向通信が可能であることが望ましい。

5-2. 情報セキュリティ確保とデータ保護

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において，情報セキュリティ確保とデータ保護は重要である。具体的には以下のような条件と考えられる。

- 患者情報はデータセンターや，セキュリティが担保された専用区画に設置されたサーバなど（クラウドサーバを含み，この限りではない）で集中管理すること。
- 情報セキュリティ確保策〔ファイアウォール，暗号化通信，virtual private network（VPN）の活用など〕を講じたネットワーク環境を介して患者情報などをやり取りすること。
- 支援医療施設から被支援医療施設の診療録・診療諸記録などを参照する際は，双方で情報セキュリティポリシーを照合・策定し，仮想デスクトップなどの技術により，情報セキュリティを担保する

こと。
・支援医療施設側で患者情報にアクセスするスタッフの利用者認証，アカウント管理を行うこと。
・支援医療施設と被支援医療施設において，個人情報保護を含む情報セキュリティを確保したうえでデータを集約し管理すること。
・サーバ環境は運用停止リスクを抑えるために冗長化（予備環境）または運用体制の構築を施すこと。
・定期的なシステムやデータのバックアップを実施し，システム障害発生時にバックアップシステム/データから復旧・復元することが可能となるようinformation technology-business continuity plan（IT-BCP）を講じること。バックアップシステム/データは，オンライン，オフラインを問わず利用施設内もしくは利用施設外への遠隔バックアップを実施できること。

利益相反の開示

高木俊介は，株式会社 CROSS SYNCの役員であり株式を保有している。今回の改訂においてはオブザーバーとして参加しているのみであり，内容の変更について最終的な決定には関与していない。その他の著者には規定されたCOIはない。また，本稿の技術面に関する記載について，特定のシステム製品やサービス商品を言及するなど，利益を株主配当として分配する株式会社などの特定の営利団体に有利とならないように配慮した。

文　献

1) 平成30年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業．我が国における遠隔集中治療（Tele-ICU）の導入における技術的・社会的課題の解決に向けた研究．令和元年（2019)年5月．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2018/201803025A.pdf
2) Jain S, Khera R, Lin Z, et al. Availability of Telemedicine Services Across Hospitals in the United States in 2018: A Cross-sectional Study. Ann Intern Med 2020;173:503-5.
3) Chandra S, Hertz C, Khurana H, et al. Collaboration Between Tele-ICU Programs Has the Potential to Rapidly Increase the Availability of Critical Care Physicians-Our Experience Was During Coronavirus Disease 2019 Nomenclature. Crit Care Explor 2021;3:e0363.
4) Krouss M, Allison MG, Rios S, et al. Rapid Implementation of Telecritical Care Support During a Pandemic: Lessons Learned During the Coronavirus Disease 2020 Surge in New York City. Crit Care Explor 2020;2:e0271.
5) Ganapathy K, Haranath SP, Baez AA, et al. Telemedicine to Expand Access to Critical Care Around the World. Crit Care Clin 2022;38:809-26.
6) Davis TM, Barden C, Dean S, et al. American Telemedicine Association Guidelines for TeleICU Operations. Telemed J E Health 2016;22:971-80.
7) 日本集中治療医学会 ad hoc 遠隔ICU委員会．遠隔ICU設置と運用に関するガイドライン．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.jsicm.org/pdf/Guidelines%20of%20Tele-ICU.JSICM2021.pdf
8) 日本集中治療医学会ad hoc遠隔ICU委員会．遠隔ICU設置と運用に関するガイドライン改訂版―2023年5月―．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.jsicm.org/pdf/Guidelines_of_Tele-ICU_JSICM2023.pdf
9) Scott BK, Singh J, Hravnak M, et al. Best Practices in Telecritical Care: Expert Consensus Recommendations From the Telecritical Care Collaborative Network. Crit Care Med 2024;52:1750-67.
10) 厚生労働省．遠隔医療に関するホームページ．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/index_0024.html
11) 日本遠隔医療学会ホームページ．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://telemed-telecare.jp/
12) Goran SF. A second set of eyes: An introduction to Tele-ICU. Crit Care Nurse 2010;30:46-55; quiz 56.
13) Reynolds HN, Bander J, McCarthy M. Different systems and formats for tele-ICU coverage: designing a tele-ICU system to optimize functionality and investment. Crit Care Nurs Q 2012;35:364-77.
14) Ries M. Tele-ICU: a new paradigm in critical care. Int Anesthesiol Clin 2009;47:153-70.
15) Breslow MJ, Rosenfeld BA, Doerfler M, et al. Effect of a multiple-site intensive care unit telemedicine program on clinical and economic outcomes: an alternative paradigm for intensivist staffing. Crit Care Med 2004;32:31-8.
16) Celi LA, Hassan E, Marquardt C, et al. The eICU: it's not just telemedicine. Crit Care Med. 2001;29(Suppl):N183-9.
17) 厚生労働省．疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について．医政地発0629第3号（令和5年6月29日）．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf#page=192
18) Willmitch B, Golembeski S, Kim SS, et al. Clinical outcomes after telemedicine intensive care unit implementation. Crit Care Med 2012;40:450-4.
19) Rufo RZ. Use of change management theories in gaining acceptance of telemedicine technology. Crit Care Nurs Q 2012;35:322-7.
20) Goran SF, Mullen-Fortino M. Partnership for a healthy work environment: tele-ICU/ICU collaborative. AACN Adv Crit Care 2012;23:289-301.
21) Mullen-Fortino M, DiMartino J, Entrikin L, et al. Bedside nurses' perceptions of intensive care unit telemedicine. Am J Crit Care 2012;21:24-31; quiz 32.
22) Rosenfeld BA, Dorman T, Breslow MJ, et al. Intensive care unit telemedicine: alternate paradigm for providing continuous intensivist care. Crit Care Med 2000;28:3925-31.
23) Watanabe T, Ohsugi K, Suminaga Y, et al. An evaluation of the impact of the implementation of the Tele-ICU: a retrospective observational study. J Intensive Care 2023;11:9.
24) Spies CD, Paul N, Adrion C, et al; ERIC Study Group. Effectiveness of an intensive care telehealth programme to improve process quality (ERIC): a multicentre stepped wedge cluster randomised controlled trial. Intensive Care Med 2023;49:191-204.
25) Pereira AJ, Noritomi DT, Dos Santos MC, et al. Effect of Tele-ICU on Clinical Outcomes of Critically Ill Patients: The TELESCOPE Randomized Clinical Trial. JAMA 2024;332:1798-807.
26) Goran SF. A new view: tele-intensive care unit competencies. Crit Care Nurse 2011;31:17-29.
27) Barden C, Davis TM. The tele-ICU: a new frontier in critical care nursing practice. AACN Adv Crit Care 2012;23:287-8.
28) Reynolds HN, Rogove H, Bander J, et al. A working

lexicon for the tele-intensive care unit: we need to define tele-intensive care unit to grow and understand it. Telemed J E Health 2011;17:773-83.
29) Golembeski S, Willmitch B, Kim SS. Perceptions of the care experience in critical care units enhanced by a tele-ICU. AACN Adv Crit Care 2012;23:323-9.
30) Jahrsdoerfer M, Goran S. Voices of family members and significant others in the tele-intensive care unit. Crit Care Nurse 2013;33:57-67.
31) Lilly CM, Cody S, Zhao H, et al; University of Massachusetts Memorial Critical Care Operations Group. Hospital mortality, length of stay, and preventable complications among critically ill patients before and after tele-ICU reengineering of critical care processes. JAMA 2011;305:2175-83.
32) Lilly CM, Fisher KA, Ries M, et al. A national ICU telemedicine survey: validation and results. Chest 2012;142:40-7.
33) 厚生労働省．オンライン診療の適切な実施に関する指針．通信環境（情報セキュリティ・プライバシー・利用端末）．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000901835.pdf
34) 厚生労働省．医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）．[cited 2025 Oct 13]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html
35) Turvey C, Coleman M, Dennison O, et al. ATA practice guidelines for video-based online mental health services. Telemed J E Health 2013;19:722-30.

Telecritical care guidelines

Taskforce for telecritical care, the Japanese Society of Intensive Care Medicine

J Jpn Soc Intensive Care Med 2026;33:R3

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	ページ	出版年
日本集中治療医学会遠隔集中治療タスクフォース	遠隔集中治療に関するガイドライン	日本集中治療医学会雑誌	https://doi.org/10.3918/jsicm.33_R3	2026年
日本集中治療医学会ICU 機能評価委員会	2025年度 日本集中治療医学会認定集中治療施設 調査報告	日本集中治療医学会ホームページ	https://www.jsicm.org/publication/pdf/2025_JSICM_sksch.pdf	2026年

令和８年２月２０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 7 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　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

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）	□　■	□		□
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。

令和８年　　５　月　１１日

厚生労働大臣　　殿

機関名　国立大学法人香川大学

所属研究機関長　職　名　学　長

氏　名　　上田　夏生

次の職員の令和７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　　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　医学部客員教授

（氏名・フリガナ）　　黒田 泰弘・クロダ　ヤスヒロ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	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。

令和８年　５月　１４日

厚生労働大臣　　殿

機関名　国立大学法人広島大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　越智　光夫

次の職員の令和７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　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）大学院医系科学研究科　教授

（氏名・フリガナ）志馬　伸朗（シメ　ノブアキ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	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。

令和8年4月30日

厚生労働大臣　　殿

機関名　国立大学法人新潟大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　染矢　俊幸

次の職員の令和７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　　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

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）　西山　慶　ニシヤマ　ケイ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	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。

令和８年２月２０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 7 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　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

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）	□　■	□		□
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。

令和８年３月３１日

厚生労働大臣　殿

機関名　徳島大学

所属研究機関長　職　名　学　長

氏　名　河　村　保　彦

次の職員の令和７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　我が国における集中治療医療の適正な供給体制を確立するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　徳島大学病院・特任教授

（氏名・フリガナ）　板垣　大雅・イタガキ　タイガ

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。