

「重症新型コロナウイルス感染症診療における診療報酬上の特例措置に
ついての現状調査」アンケート結果の解説

2021.9.10

社会保険対策委員会

文責：武居哲洋

本アンケートの目的は、日本集中治療医学会評議員の所属施設において、重症新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者に対しいかなる対応を講じ、そして診療報酬上の特例措置についてどう評価されているかを検討することである。アンケートにあたってまずは下記を準備いただいた。

- ✓ 1施設につき評議員1名の回答とすること（評議員が複数名いる施設は調整）
- ✓ コロナ禍直前の貴施設全体の重症系ユニット（看護配置5対1以上と定義）の特定入院料とその届出病床数を把握すること
- ✓ 上記についてコロナ禍での再編（特定入院料の変換、増床など）について把握すること
- ✓ 2020年2月より2021年6月までの17ヶ月間における貴施設の重症COVID-19患者（厚労省定義）の受入患者数（61～80名など20名単位で回答選択肢を設定）、およびこの期間の定点での最大確保病床数（重症用）を把握すること

また、用語の定義は以下と明記した。

- ✓ 新型コロナウイルス感染症患者：陽性確定症例
- ✓ COVID-19「重症」の定義＝厚労省定義（ICU入室または人工呼吸器装着）
- ✓ ICU：看護配置2対1の特定入院料（特定集中治療室管理料1から4、救命救急入院料2および4などを指す）算定ユニット
- ✓ 「重症系」ユニット：看護配置5対1以上の特定入院料（ハイケアユニットなどを含む）算定ユニット

【主な結果と解説】

2021年7月19日から8月1日の期間に355名（225施設）の評議員にSurveyMonkeyを使ったオンラインアンケートをお願いし、113名より回答を得た。

回答率は評議員ベースで32%、施設重複を回避するよう調整しているので施設

ベースでは 50%であった。

Q1：施設の場所（N=113、施設重複なし）

回答の多い都道府県は、北海道（4）、埼玉（6）、千葉（7）、東京（14）、神奈川（9）、愛知（6）、京都（4）、大阪（11）、兵庫（6）、福岡（6）であった。この10 都道府県で 73 施設（65%）であった。一方、回答施設ゼロの都道府県が 11 あった。都道府県の人口や評議員の分布から考えるとさほど偏りはないと思われた。

Q2：施設のタイプ（N=113、施設重複なし）

大学病院本院（54=48%）、公的病院（26=23%）、国公立病院（12=11%）、民間病院（10=9%）、大学病院分院（9=8%）であった。評議員の分布のために大学病院への偏りが見られたものと思われる。

Q3：コロナ禍以前の重症系ユニット算定（N=113、重複回答あり）

特定集中治療室管理料 1 または 2（92 施設 1066 床、平均 12 床/ユニット）、同 3 または 4（53 施設 432 床、平均 8 床/ユニット）、救命救急入院料 1 または 3（60 施設 816 床、平均 14 床/ユニット）、同 2 または 4（51 施設 387 床、平均 8 床/ユニット）、小児特定集中治療室管理料（38 施設 125 床、平均 3 床/ユニット）、ハイケアユニット入院医療管理料（63 施設 645 床、平均 10 床/ユニット）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料（44 施設 139 床、平均 3 床/ユニット）。

Q4：重症 COVID-19 患者用に確保したユニット（N=113、重複回答あり）

多い順に、特定集中治療室管理料 1 または 2（59=52%）、救命救急入院料 1 または 3（30=27%）、ハイケアユニット入院医療管理料（30=27%）、特定集中治療室管理料 3 または 4（26=23%）、救命救急入院料 2 または 4（25=22%）、小児特定集中治療室管理料（6=5%）、その他（15、一般病棟、総合周産期、新生児治療回復室など）であった。Q3 の重症系ユニットの分布の結果からすると妥当な数字と思われる。

Q5：重症 COVID-19 患者用に確保したこれまでの最大病床数（N=113、重複回答なし）

0 床から 74 床まで分布していたが、平均値 8.5 床、中央値 6 床（四分値 4、10）。一つのユニットの半分以上の病床が COVID-19 用に確保されていたと考えられ

る。

Q6：重症 COVID-19 患者受け入れ数の累積 (N=109、重複回答なし)

1～20 人 (41=38%)、21～40 人 (20=18%)、41～60 人 (21=19%)、61～80 人 (8=7%)、81～100 人 (2=2%)、101～120 人 (2=2%)、121～140 人 (0=0%)、141～160 人 (2=2%)、161～180 人 (1=1%)、181～200 人 (2=2%)、201 人以上 (6=6%)。多くの施設 (84%) が 17 ヶ月で 80 人以下の重症 COVID-19 患者受け入れ数であったが、一方で 201 人以上受け入れた施設が 6 施設存在した。

Q7：重症系ユニットの再編を行ったか？ (N=91、重複回答あり)

ユニット病床の減床 (38=42%)、特定入院料の転換 (20=22%)、ユニット病床の増床 (15=16%)、その他 (一般病床→重症ユニットなど)。特定入院料の転換 (ハイケアユニット→特定集中治療室など) を行った一方で、ユニットの病床数は減少の回答が多かった。マンパワーを重症 COVID-19 に集約させて確保したため非 COVID-19 患者対応を縮小せざるを得なかったものと推察された。

Q8：非 COVID-19 重症患者の入室制限を行ったか？ (N=107)

はい (79=74%)、いいえ (28=26%)。多くの施設 (74%) で 非 COVID-19 重症患者の入室が制限されていた (Q7 解説参照)。

Q9：入室制限した非 COVID-19 重症患者のカテゴリー (N=80、複数回答あり)

多い順に予定非心臓手術後 (61=76%)、救急患者 (44=55%)、予定心臓手術後 (38=48%)、院内急変 (16=20%) であった。予定手術後の入室制限は予想通りであったが、救急患者や院内急変患者の入室までが制限されていた。

Q10：非 ICU 医師に対し ICU 勤務を課したか (N=107)

いいえ (68=64%)、はい (39=36%)。

Q11：ICU 応援医師の所属 (N=51、複数回答あり)

麻酔科 (33=65%)、内科系 (27=53%)、外科系 (22=43%)、救急科 (19=37%)。単独診療科では麻酔科が最も多く、次に救急科が多かった。

Q12：非 ICU 看護師に対し ICU 勤務を課したか (N=107)

はい (59=55%)、いいえ (48=45%)。Q10 の医師と比して看護師における ICU

支援実績は多かった。主に ICU 勤務経験者が動員されたのではないかと推察する。

Q13：非 ICU 臨床工学技士に対する ICU 勤務 (N=107)

いいえ (91=85%)、はい (16=15%)。

Q14～25：医療従事者の必要数推計 (COVID-19 重症患者 vs 非 COVID-19 重症患者)

	医師	看護師	臨床工学技士	その他のスタッフ
ECMO	同じ 29% 1～2 倍 32% <u>2～3 倍 33%</u> >3 倍 6%	同じ 20% 1～2 倍 21% <u>2～3 倍 45%</u> >3 倍 13%	同じ 35% <u>1～2 倍 40%</u> 2～3 倍 22% >3 倍 2%	<u>同じ 64%</u> 1～2 倍 30% 2～3 倍 3% >3 倍 2%
人工呼吸	同じ 38% <u>1～2 倍 43%</u> 2～3 倍 19% >3 倍 0%	同じ 20% 1～2 倍 34% <u>2～3 倍 38%</u> >3 倍 8%	<u>同じ 56%</u> 1～2 倍 37% 2～3 倍 8% >3 倍 0%	<u>同じ 69%</u> 1～2 倍 29% 2～3 倍 2% >3 倍 0%
非人工呼吸	<u>同じ 56%</u> 1～2 倍 40% 2～3 倍 3% >3 倍 1%	同じ 29% <u>1～2 倍 48%</u> 2～3 倍 19% >3 倍 4%	<u>同じ 75%</u> 1～2 倍 23% 2～3 倍 2% >3 倍 0%	<u>同じ 83%</u> 1～2 倍 16% 2～3 倍 1% >3 倍 0%

重症 COVID-19 の ECMO 患者では、医師、看護師については重症非 COVID-19 の ECMO 患者に比して 1 から 3 倍を要するとの回答が多かった。ECMO、人工呼吸、非人工呼吸と次第にその数値は低下することが見てとれた。職種では看護師が最もマンパワーの必要数比が高く、次に医師であった。

Q26：新たな設備投資を行なったか？ (N=106、複数回答あり)

あり (91%)、なし (9%)。

陰圧個室関連 (73%)、人工呼吸器 (66%)、ECMO (46%)、その他 (超音波診断装置、パーテーション工事、通信機器、気管支鏡など)。

ほとんどの施設が重症 COVID-19 患者用に新たな設備投資を行なっていた。陰圧個室関連、人工呼吸器・ECMO が多かったが、超音波診断装置、パーテーション工事などその他の項目も相当数見られた。

Q27:特例措置前後の重症 COVID-19 患者に関わるスタッフ数の変化(N=105)
不変 (79=75%)、増加 (24=23%)、減少 (2=2%)。多くの施設 (75%) は不変であったが、増加と回答した施設が 23%存在した。

Q28:特例措置で重症 COVID-19 患者に必要な人員確保が容易になったか?
(N=104)

いいえ (59%)、わからない (33%)、はい (11%)。容易になったとの回答は少なかった。

Q29:特例措置で重症 COVID-19 患者の受け入れ困難事例が減少したか?
(N=103)

いいえ (76%)、はい (24%)。減少したとの回答は少なかった。

Q30:もし特例措置がなかったとした時の重症 COVID-19 患者受け入れ断念の割合は? (N=104)

現状と不変 (62%)、0~25% (16%)、25~50% (16%)、50~75% (5%)、75~100% (1%)。現状と不変との回答が最も多かったが、50%までの断念とする施設が散見された。

Q31:もし特例措置がなければ地域の重症 COVID-19 患者の死亡率は増加したか? (N=104)

わからない (46%)、はい (35%)、いいえ (19%)。意見が分かれたが、増加したと考える施設の方が多かった。

Q32:特例措置の程度は妥当であったか? (N=103)

妥当 (71%)、過少 (21%)、過大 (3%)。71%の施設が妥当と回答したが、過少とする施設も 21%あった。

Q33:自由コメント (例示)

- ・コロナ以外の重症患者を必死に受け入れ続けたが評価されないのは不当
- ・特例措置により事務方が協力的に動くようになった