

◆ 看護領域

「ICU のコスパってどうなの？」

星野 晴彦（帝京大学 医療技術学部看護学科 成人看護学）

「ICU はコストが高い」と言われます。

確かに、ICU は、機器も人員も集中する現場であり、病院経営の中でも費用負担は大きい領域です。

しかし、「質の高い医療は金がかかる」で済ませてしまって良いのか、定量的に検証されたデータは意外と少ないのが現状です。

今回紹介する日本の研究「Intensivist Staffing Improves ICU Mortality and Cost-Effectiveness in Japan」は、まさにこのテーマに正面から答えたものです。

2020～2021 年度に DPC データを用いて 11 万 7,742 人の ICU 入室患者を解析し、集中治療専門医の配置レベル別に「死亡率」と「費用対効果」を比較しています。

日本の ICU 管理料は、医師・看護師・臨床工学技士などの配置基準によって、ICU1～4 に分類されます。ICU1・2 は専門医が複数常勤し、経験のある看護師が専任配置される、より高度な人員配置体制です。

一方、ICU3・4 は常勤医師がいれば要件を満たす、比較的簡易な体制です。

結果は明快でした。

ICU1・2 では ICU 死亡率が 2.6%、ICU3・4 は 4.3%、院内死亡率は ICU1・2 では 6.1%、ICU3・4 は 8.9%と、いずれも ICU1・2 で有意に低下していました。

つまり、人的リソースの充実が明確に予後改善につながっていたのです。

さらに注目すべきは「費用対効果」の解析です。

ICU1・2の方が平均治療費は1人あたり約56万円高かったものの、得られたQALY（質調整生存年）は0.79年上回り、算出されたICER（増分費用効果比）はわずか約72万円/QALY。

これは、日本で費用対効果が高いとされる500万円/QALYを大きく下回り、

極めて“コスパが良い”結果でした。

この研究は、専門医の配置やチーム医療が「費用を上回る価値」を持つことを、データで裏付けた貴重な報告といえます。

高密度な人的資源の投入は一見コスト増に見えても、患者の生存率や生活の質を改善し、結果的に社会的にも経済的にもプラスに働く。

ICUにおける「質の高い医療」の真の価値を再認識させてくれる研究です。

文献情報：

Kudo D, et al. Intensivist Staffing Improves ICU Mortality and Cost-Effectiveness in Japan. J Intensive Care. 2023;11:54.

<https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-023-00708-w>