

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）

在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査

報告書

◇ ◆目 次◆ ◇

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	2
4. 調査項目	3
(1) 在宅歯科医療の実施状況調査	3
(2) 在宅歯科医療の実施意向調査	4
(3) 障害者歯科医療の実施状況調査	4
5. 回収状況	5
6. 在宅歯科医療の施設調査結果概要	7
(1) 在宅歯科医療の実施状況調査結果概要	7
①施設の概要	7
②歯科訪問診療の体制整備等	12
③歯科訪問診療の実施状況	19
④歯科訪問診療における連携状況	27
⑤歯科訪問診療による影響	32
⑥「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況	34
⑦今後の歯科訪問診療の実施について	36
⑧東日本大震災の歯科訪問診療への影響	38
⑨歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等	39
(2) 在宅歯科医療の実施意向調査結果概要	45
①施設の概要	45
②歯科訪問診療の実施状況等	49
③歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について	53
7. 在宅歯科医療の患者調査結果概要	55
①回答者の属性	55
②受診した「歯科訪問診療」について	63
③歯科医療について	80
④歯科訪問診療について困っていること・要望	83
8. 障害者歯科医療の実施状況調査結果概要	84
(1) 施設調査	84
①施設の概要	84

②障害者歯科医療の状況	100
③障害者歯科医療における連携状況	126
④障害者歯科医療連携加算の届出状況等	137
⑤障害者歯科医療連携加算による効果	144
⑥今後の障害者医療について	149
⑦診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない障害を有する患者 の治療	152
⑧東日本大震災の障害者歯科医療への影響	156
⑨障害者歯科医療を行う上での問題点・課題等	157
(2) 患者調査	159
①回答者の属性	159
②受診した歯科医療機関について	160
③受診した歯科医療について	165
④歯科医療全般について	170
⑤歯科医療を受ける上でのご意見・ご要望等	177
8. まとめ	179
(1) 在宅歯科医療の施設調査	179
①在宅歯科医療の実施状況調査	179
②在宅歯科医療の実施意向調査	182
(2) 在宅歯科医療の患者調査	183
(3) 障害者歯科医療の実施状況調査	184
①施設調査	184
②患者調査	188

1. 目的

平成 22 年 4 月の診療報酬改定では、在宅歯科医療の推進を図る観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の見直しや、在宅歯科医療が必要な患者に対する歯科疾患等の管理の評価の新設等が行われたほか、在宅歯科医療に係る連携を促進するための評価の新設等が行われた。

また、障害者歯科医療については、障害者の身心の特性に応じた歯科衛生実地指導の評価の見直しや、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院が歯科診療所と連携し、歯科診療所において対応が困難な患者を受け入れた場合の評価の新設等が行われた。

そこで、本調査では、こうした診療報酬上の対応による在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施や体制整備の状況への影響、歯科と医科、歯科と介護関連職種との連携状況等、在宅歯科医療・障害者歯科医療をより一層推進していく上での課題等の把握及び在宅歯科医療・障害者歯科医療に対する患者の意識等の把握を行った。

2. 調査対象

本調査では、「在宅歯科医療の実施状況調査（施設調査・患者調査）」「在宅歯科医療の実施意向調査」「障害者医療の実施状況調査（施設調査・患者調査）」の 3 つ（5 種類）の調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

○在宅歯科医療の実施状況調査

- ・施設調査：①在宅療養支援歯科診療所（無作為抽出、1,000 施設）、②地域医療連携体制加算の届出をしている保険医療機関（無作為抽出、1,000 施設）の合計 2,000 施設（1,931 施設）を対象とした。
- ・患者調査：上記「施設調査」の対象施設が調査日に「歯科訪問診療」を行った患者を対象とした。1 施設あたり 2 名の患者を本調査の対象とした。

○在宅歯科医療の実施意向調査

- ・施設調査：上記「在宅歯科医療の実施状況調査」対象以外の歯科保険医療機関の中から無作為抽出した 1,000 施設（956 施設）を対象とした。

○障害者歯科医療の実施状況調査

- ・施設調査：「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を届け出ている保険医療機関（無作為抽出、500 施設）及び日本障害者歯科学会の学会員の保険医療機関（無作為抽出、500 施設）の合計 1,000 施設（984 施設）を対象とした。
- ・患者調査：上記「施設調査」の対象施設に調査日に来院し、「障害者加算」を算定した患者を対象とした。1 施設あたり 2 名の患者を本調査の対象とした。

※調査客体数は上記のとおりである。調査客体は全国の保険医療機関等のうち、東日本大震災の影響が甚大な地域を除外した上で無作為抽出した。また、東日本大震災による被災地として配慮すべき地域については、調査発送前に電話により調査可否についての確認を実施した。この結果、発送数は、上記の（ ）内の数値となった。以下、回収率はこの発送数に対する回収数の割合としている。

3. 調査方法

本調査では、対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。調査実施時期は平成23年8月24日～平成23年9月29日とした。

- ・在宅歯科医療の実施状況調査では、施設調査として、施設の概要、歯科訪問診療の実施状況、体制、連携状況、歯科訪問診療を行うことによる効果、課題等を尋ねる「施設票」を配布した。患者調査として、基本属性、受診した歯科診療の内容、歯科訪問診療に関する考え等を尋ねる「患者票」を配布した。配布に際しては、上記の「施設調査」の対象施設を通じて行った。
- ・在宅医療の実施意向調査では、施設の概要、歯科訪問診療の実施状況、歯科訪問診療を実施する上での問題点、課題等を尋ねる調査票を配布した。
- ・障害者歯科医療の実施状況調査では、施設調査として、施設の概要、障害者歯科医療の状況、連携状況、障害者歯科医療連携加算による効果、障害者歯科医療の問題点・課題等を尋ねる「施設票」を配布した。患者調査として、基本属性、受診した歯科診療の内容、歯科医療全般に関する考え等を尋ねる「患者票」を配布した。配布に際しては、上記の「施設調査」の対象施設を通じて行った。

4. 調査項目

(1) 在宅歯科医療の実施状況調査

区分	主な調査項目
施設調査	<ul style="list-style-type: none">○施設の概要<ul style="list-style-type: none">・ 種別、開設主体、施設開設時期、標榜診療科、医科の医療機関との併設状況、施設基準（届出のあるもの）、行っている診療内容・ ユニット台数、職員数○歯科訪問診療の体制整備の状況<ul style="list-style-type: none">・ 歯科訪問診療開始時期、訪問先・ 歯科訪問診療を始めるにあたって新たに整えたもの・ 歯科訪問診療を行う際の同行者・ 歯科訪問診療を実施するきっかけ・ 歯科訪問診療の調整者・ 歯科訪問診療を実施していることの患者への周知○歯科訪問診療の実施状況<ul style="list-style-type: none">・ 歯科外来患者数、歯科訪問患者総数・ 歯科訪問診療料1・2、在宅患者等急性歯科疾患対応加算、歯科疾患在宅療養管理料、口腔機能管理加算、訪問歯科衛生指導料、在宅患者歯科治療総合医療管理料、退院時共同指導料1・2、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、診療情報提供料（I）、介護支援連携指導料の算定患者数、算定ができない理由・ 歯科訪問診療で行っている主な治療内容○歯科訪問診療における連携状況<ul style="list-style-type: none">・ 医療機関、医療機関以外との連携状況・ 関係機関との連携内容・ 連携する上での課題○歯科訪問診療による影響<ul style="list-style-type: none">・ 歯科訪問診療の効果・ 歯科訪問診療を行う際の課題○「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況等<ul style="list-style-type: none">・ 「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況、予定、届出を行わない理由○今後の歯科訪問診療について<ul style="list-style-type: none">・ 今後の歯科訪問診療の実施についての考え・ 歯科訪問診療についての問題点・課題○東日本大震災の影響 / 等

患者調査

- 基本属性
 - ・ 性別、年齢、受診した場所、介護保険の利用状況、障害者手帳の保有状況
- 受診した歯科訪問診療の内容等
 - ・ 受診した歯科医師を知ったきっかけ
 - ・ 診療の頻度、診療に来た医療者、診療内容
 - ・ 歯科訪問診療の満足度、今後の受診意向
 - ・ 受診の際に気になること
- 歯科医療全般に関する考え
 - ・ 歯科医師が在宅医療に関する研修を受けていることの安心感
 - ・ 関係者間で情報が共有されていることの安心感
 - ・ 緊急時に適切な対応ができるよう他の病院などと連携していることの安心感 / 等

(2) 在宅歯科医療の実施意向調査

区分	主な調査項目
施設調査	<ul style="list-style-type: none">○施設の概要<ul style="list-style-type: none">・ 種別、開設主体、施設開設時期、標榜診療科、医科の医療機関との併設状況、施設基準（届出のあるもの）・ ユニット台数、職員数○歯科訪問診療の実施状況<ul style="list-style-type: none">・ 歯科訪問診療実施の有無・ 歯科訪問診療を実施しない理由・ 歯科訪問診療をはじめてもよいと思うための支援・ 歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題 / 等

(3) 障害者歯科医療の実施状況調査

区分	主な調査項目
施設調査	<ul style="list-style-type: none">○施設の概要<ul style="list-style-type: none">・ 種別、開設主体、施設開設時期、標榜診療科、医科の医療機関との併設状況、施設基準（届出のあるもの）、行っている診療内容・ ユニット台数、職員数○障害者歯科医療の状況<ul style="list-style-type: none">・ 障害者歯科医療開始時期・ 障害者歯科医療を始めるにあたって新たに整えたもの・ 歯科外来患者数・ 障害者加算、障害者歯科医療連携加算、歯科衛生実地指導料 1 ・

2、診療情報提供料（I）の算定患者数、算定ができない理由、年齢別算定患者数

- ・ 最も多い治療状況、患者を治療する際に必要となる人数
- 障害者歯科医療における連携状況
 - ・ 医療機関との連携状況、緊急時の連絡方法、緊急時の対応状況
 - ・ 他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢、受け入れることになった理由
 - ・ 連携を推進する上での課題
- 障害者歯科医療連携加算の届出状況等
 - ・ 「障害者歯科医療連携加算」の届出状況、予定、届出を行わない理由
- 障害者歯科医療連携加算による効果
 - ・ 障害者歯科医療連携加算による効果
- 今後の障害者歯科医療について
 - ・ 障害者を受け入れる上での課題
 - ・ 今後の歯科訪問診療の実施についての考え
 - ・ 障害者歯科医療についての問題点・課題 / 等
- 基本診療料の「障害者加算」の対象とならない患者の治療について
 - ・ 実施の有無
- 東日本大震災の影響 / 等
- 基本属性
 - ・ 性別、年齢
- 受診した歯科医療機関について
 - ・ 受診した歯科医療機関の利用開始時期
 - ・ 受診した医療機関、受診のきっかけ
- 受診した歯科訪問診療の内容等
 - ・ 診療内容、診療に対する満足度
- 歯科診療全般に関する考え
 - ・ 緊急時に施設内で対応できる機器を設置していることの安心感
 - ・ 緊急時に適切な対応ができるよう他の病院などと連携していることの安心感
 - ・ 診療を受けることの QOL 向上の効果
 - ・ 専門性の高い医療機関を紹介してもらうことの評価
 - ・ 歯科医療を受ける際に望むこと / 等

患者調査

5. 回収状況

在宅歯科医療の実施状況調査の施設調査の有効回収数（施設数）は 1,011 件、有効回収率

は 52.4%であった。回収された施設のうち在宅療養支援歯科診療所届出施設は 564 件、有効回収率は 58.2%であった。患者調査の有効回答人数は 507 人であった。

在宅歯科医療の実施意向調査の有効回収数（施設数）は 480 件、有効回収率は 50.2%であった。

障害者歯科医療の実施状況調査の有効回収数（施設数）は 542 件、有効回収率は 55.1%であった。患者調査の有効回答人数は 528 人であった。

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	有効回収数	有効回収率
在宅歯科医療の実施状況調査			
施設調査	1,931	1,011	52.4%
うち在宅療養支援歯科診療届出施設	969	564	58.2%
患者調査	—	507	—
在宅歯科医療の実施意向調査	956	480	50.2%
障害者歯科医療の実施状況調査			
施設調査	984	542	55.1%
患者調査	—	528	—

6. 在宅歯科医療の施設調査結果概要

(1) 在宅歯科医療の実施状況調査結果概要

【調査対象等】

調査対象：①在宅療養支援歯科診療所（無作為抽出、1,000 施設）、②地域医療連携体制加算の届出をしている保険医療機関（無作為抽出、1,000 施設）の合計 2,000 施設を対象とした。

回答数：1,011 施設

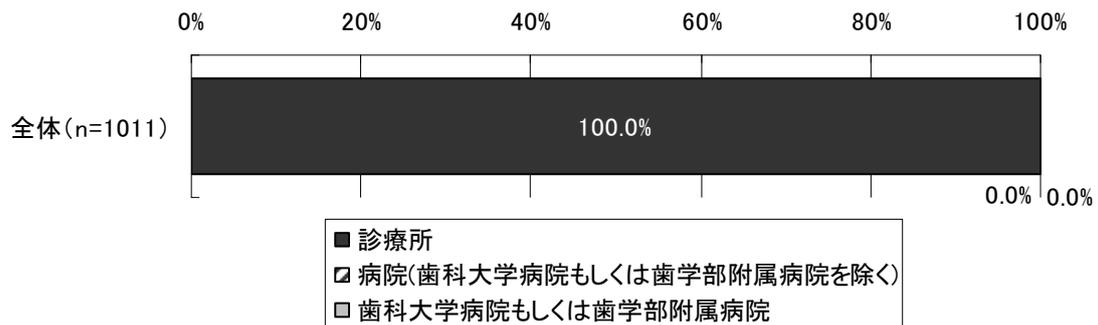
回答者：施設の管理者

①施設の概要

1) 種別

施設の種別をみると、回答があった 1,011 施設は全て「診療所」であった。

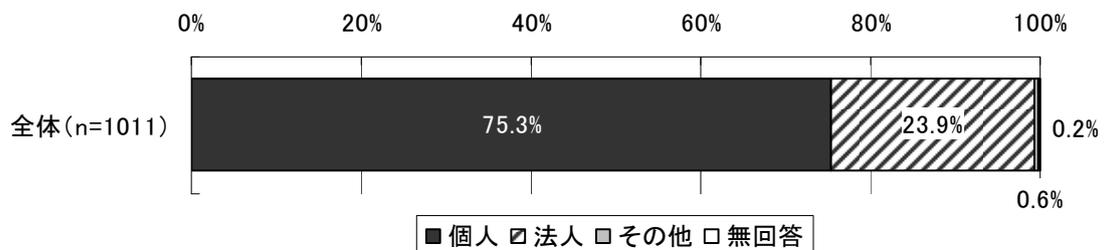
図表 2 種別



2) 開設主体

開設主体をみると、「個人」が 75.3%、「法人」が 23.9%、「その他」が 0.6%であった。

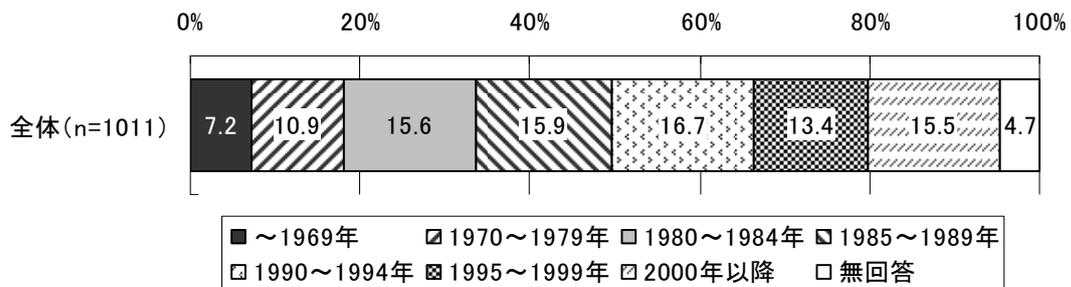
図表 3 開設主体



3) 施設の開設時期

施設の開設時期をみると、「1990～1994年」(16.7%)が最も多く、次いで「1985～1989年」(15.9%)、「1980～1984年」(15.6%)、「2000年以降」(15.5%)となった。

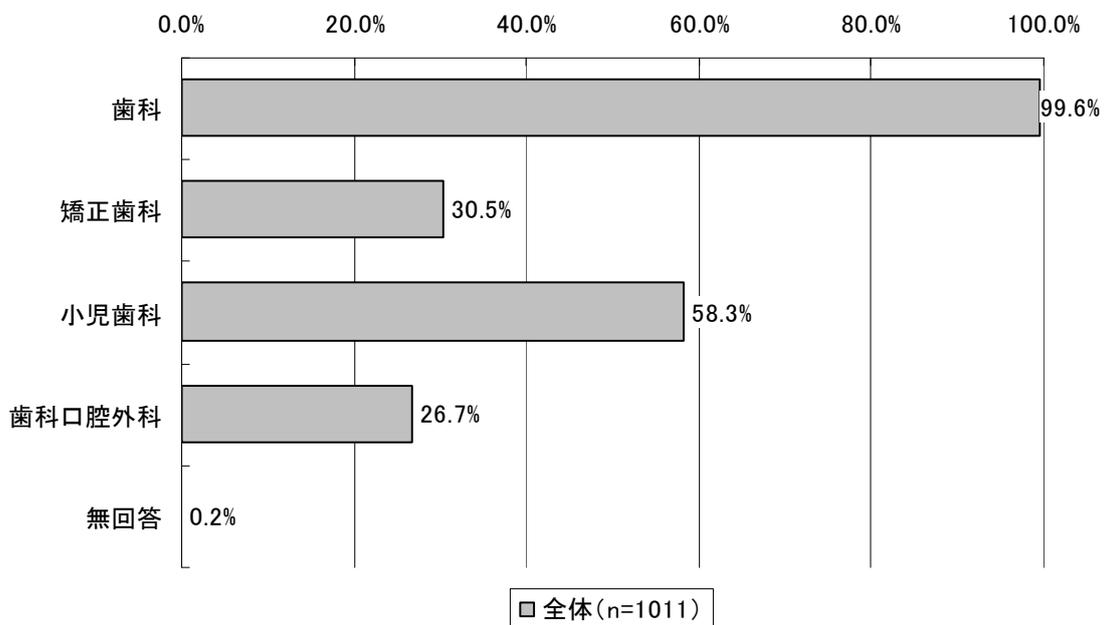
図表 4 施設開設時期



4) 標榜診療科

標榜診療科をみると、「歯科」が99.6%、「矯正歯科」が30.5%、「小児歯科」が58.3%、「歯科口腔外科」が26.7%であった。

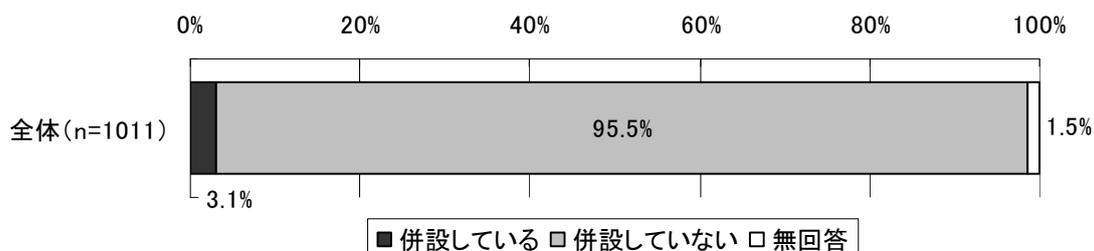
図表 5 標榜診療科 (複数回答)



5) 医科の医療機関との併設状況

医科の医療機関との併設状況を見ると、「併設している」が3.1%、「併設していない」が95.5%であった。

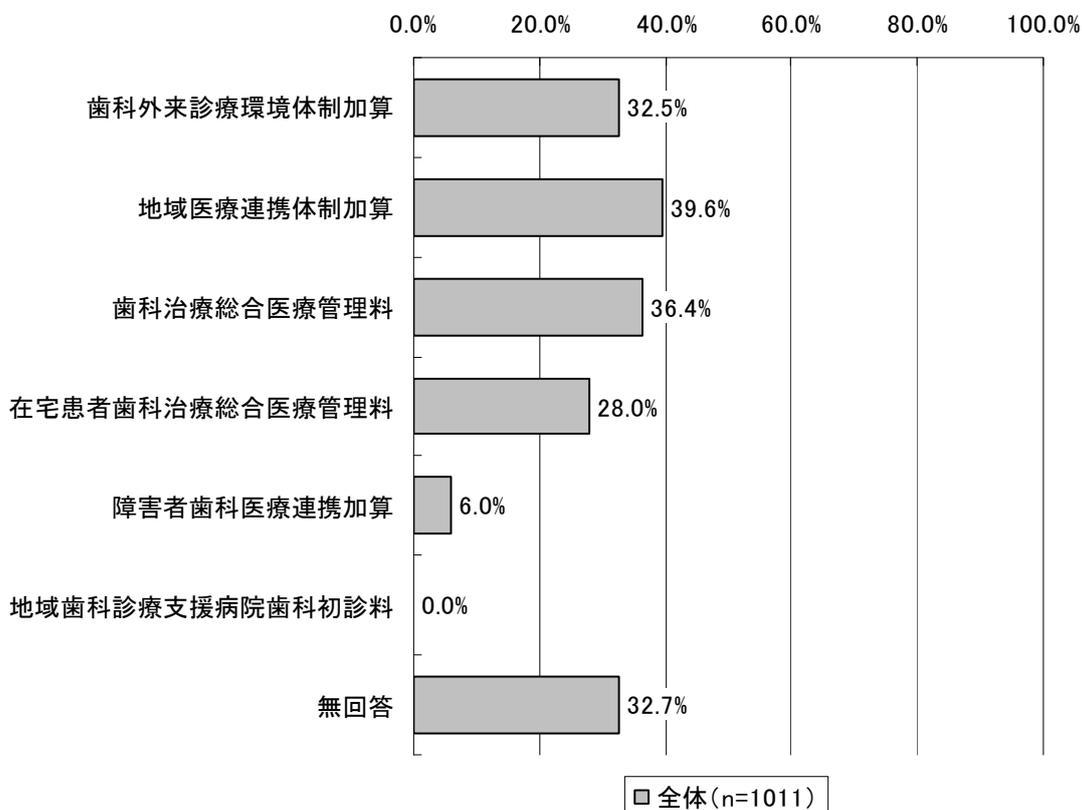
図表 6 医科の医療機関との併設状況



6) 施設基準の届出状況

施設基準の届出状況を見ると、「歯科外来診療環境体制加算」が32.5%、「地域医療連携体制加算」が39.6%、「歯科治療総合医療管理料」が36.4%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が28.0%、「障害者歯科医療連携加算」が6.0%であった。

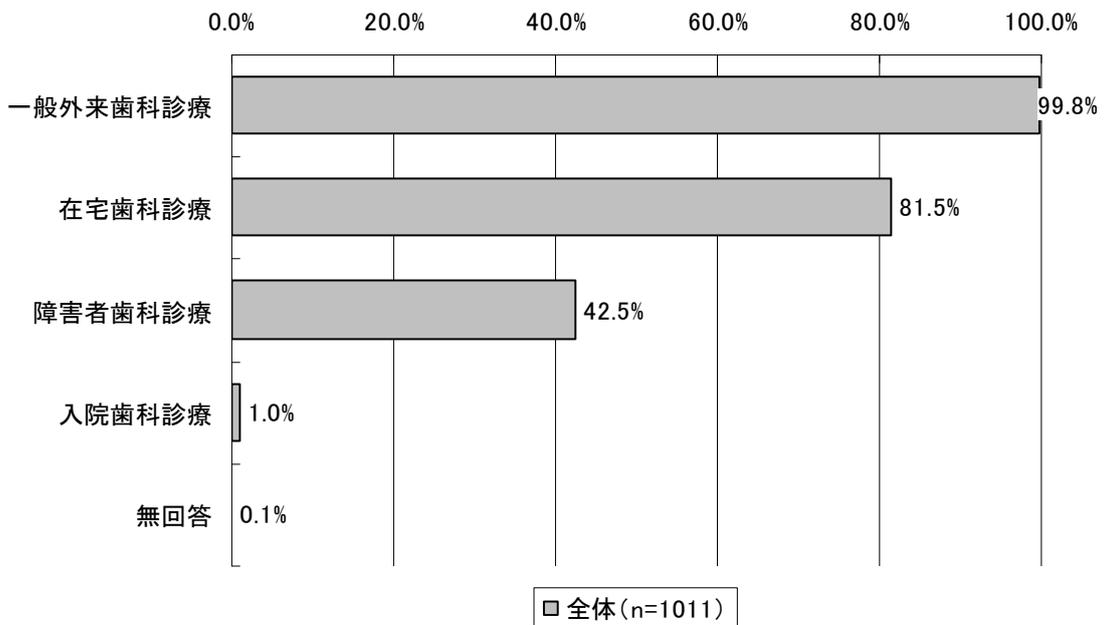
図表 7 施設基準の届出状況（複数回答）



7) 行っている診療内容

行っている診療内容をみると、「一般外来歯科診療」が99.8%、「在宅歯科診療」が81.5%、「障害者歯科診療」が42.5%、「入院歯科診療」が1.0%であった。

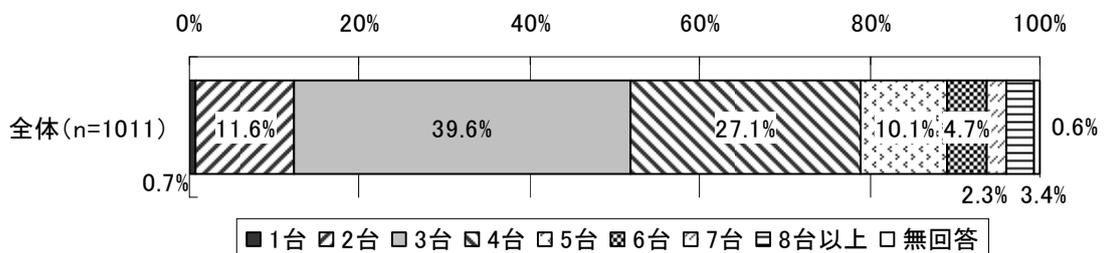
図表 8 行っている診療内容（複数回答）



8) 歯科ユニット台数

歯科ユニット台数をみると、「3台」(39.6%)が最も多く、次いで「4台」(27.1%)であった。

図表 9 歯科ユニット台数



9) 職員数

平成 23 年 6 月における 1 施設あたりの職員数をみると、常勤・非常勤を合わせた歯科医師は平均 1.9 人（標準偏差 1.4、中央値 1）で、歯科衛生士は平均 2.7 人（標準偏差 2.3、中央値 2）、歯科技工士は平均 0.3 人（標準偏差 0.6、中央値 0）、その他の職員は平均 2.4 人（標準偏差 2.2、中央値 2）であった。

次に常勤職員数をみると、歯科医師は平均 1.5 人（標準偏差 0.9、中央値 1）、歯科衛生士は平均 1.8 人（標準偏差 1.8、中央値 1）、歯科技工士は平均 0.3 人（標準偏差 0.6、中央値 0）、その他の職員は平均 1.6 人（標準偏差 1.6、中央値 1）であった。

さらに非常勤職員数をみると、歯科医師は平均 0.4 人（標準偏差 0.9、中央値 0）、歯科衛生士は平均 0.9 人（標準偏差 1.3、中央値 0.2）、歯科技工士は平均 0.0 人（標準偏差 0.2、中央値 0）、その他の職員は平均 0.7 人（標準偏差 1.4、中央値 0）であった。

図表 10 職員数全体 (n=994)

(単位：人)

	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合計
平均値	1.9	2.7	0.3	2.4	7.3
標準偏差	1.4	2.3	0.6	2.2	4.9
最大値	11.5	22	4	16	45
最小値	0	0	0	0	1
中央値	1	2	0	2	6

図表 11 常勤職員数 (n=994)

(単位：人)

	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合計
平均値	1.5	1.8	0.3	1.6	5.2
標準偏差	0.9	1.8	0.6	1.6	3.6
最大値	10	18	4	14	38
最小値	0	0	0	0	1
中央値	1	1	0	1	4

図表 12 非常勤職員数 (n=994)

(単位：人)

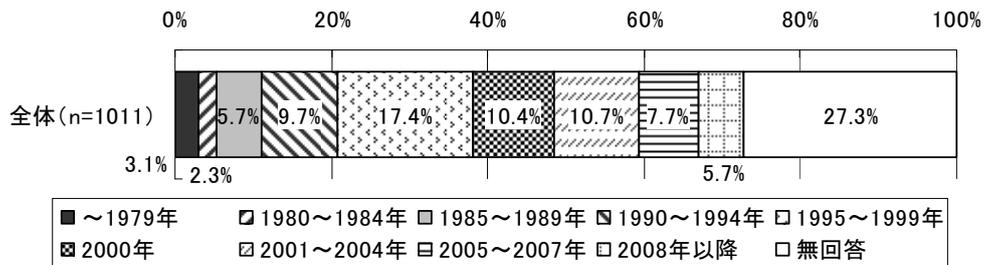
	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合計
平均値	0.4	0.9	0.0	0.7	2.1
標準偏差	0.9	1.3	0.2	1.4	2.6
最大値	6	13	3	13	16
最小値	0	0	0	0	0
中央値	0	0.2	0	0	1

② 歯科訪問診療の体制整備等

1) 歯科訪問診療の開始時期

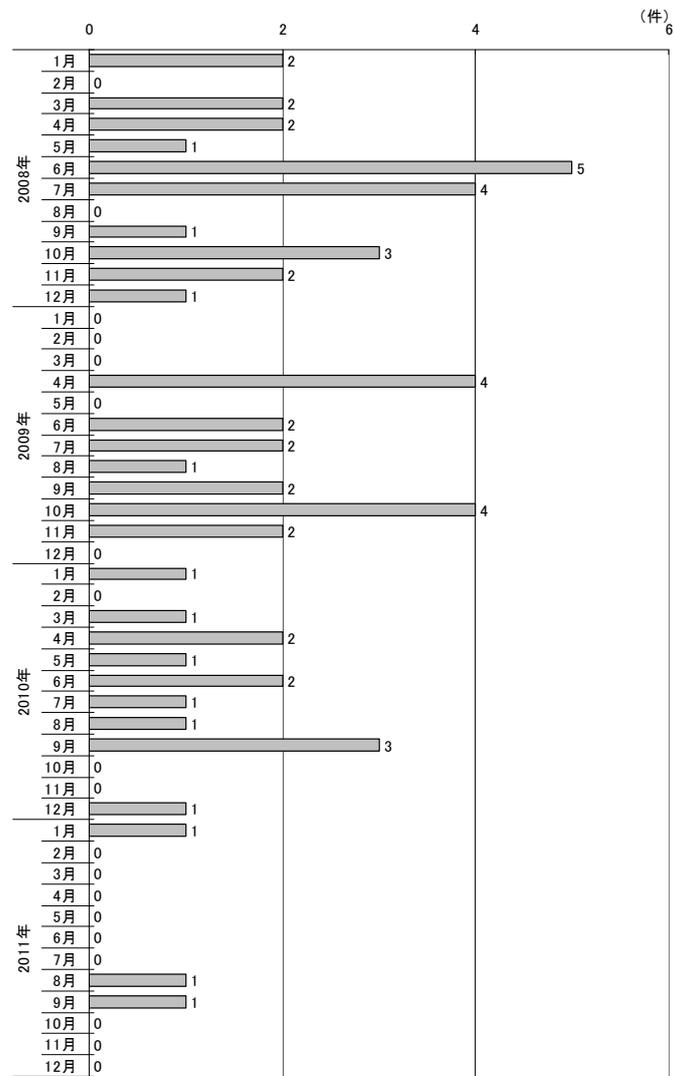
歯科訪問診療の開始時期をみると、「1995～1999年」(17.4%)が最も多く、次いで「2001～2004年」(10.7%)、「2000年」(10.4%)となった。

図表 13 歯科訪問診療の開始時期



2008年以降について歯科訪問診療の開始時期をみると、2008年は「6月」(5件)が最も多く、次いで「7月」(4件)であった。2009年は「4月」「10月」(ともに4件)が多く、2010年は「9月」(3件)が多い結果となった。

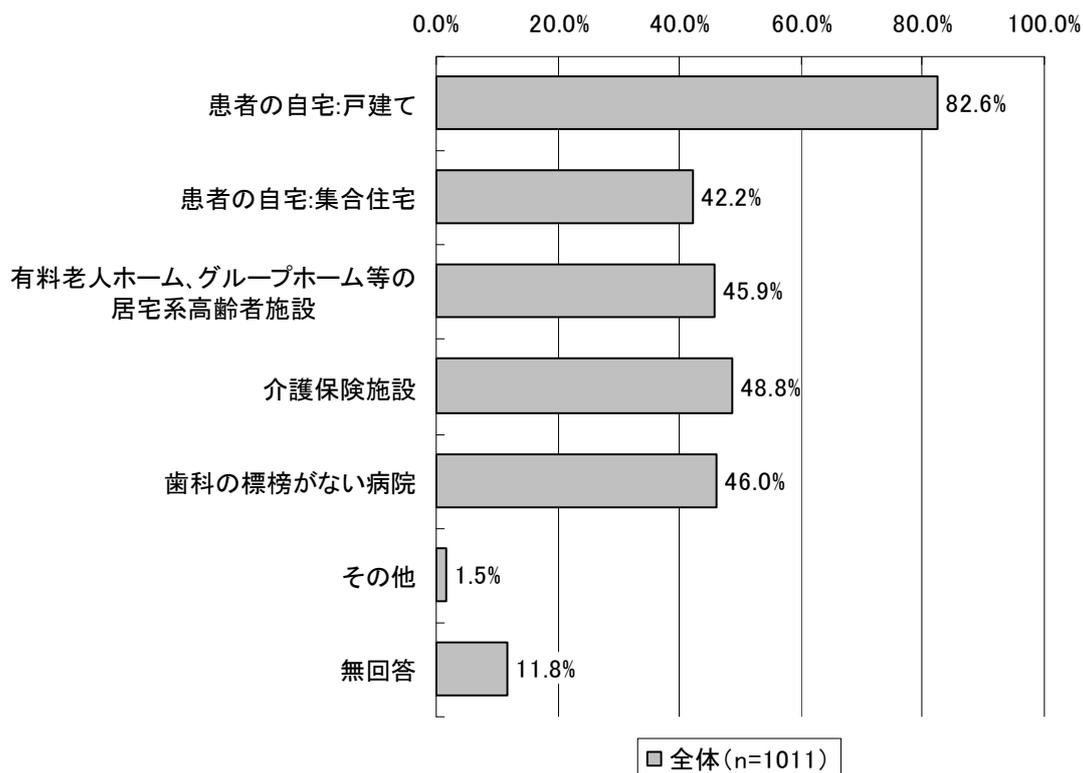
図表 14 歯科訪問診療の開始時期 (2008年以降)



2) 歯科訪問診療先

歯科訪問診療先をみると、「患者の自宅：戸建て」(82.6%)が最も多く、次いで「介護保険施設」(48.8%)、「歯科の標榜がない病院」(46.0%)、「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設」(45.9%)、「患者の自宅：集合住宅」(42.2%)であった。

図表 15 歯科訪問診療先（複数回答）

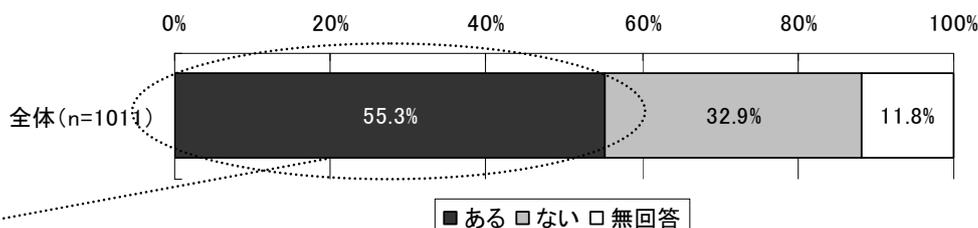


3) 歯科訪問診療をはじめる際に新たに整えたもの

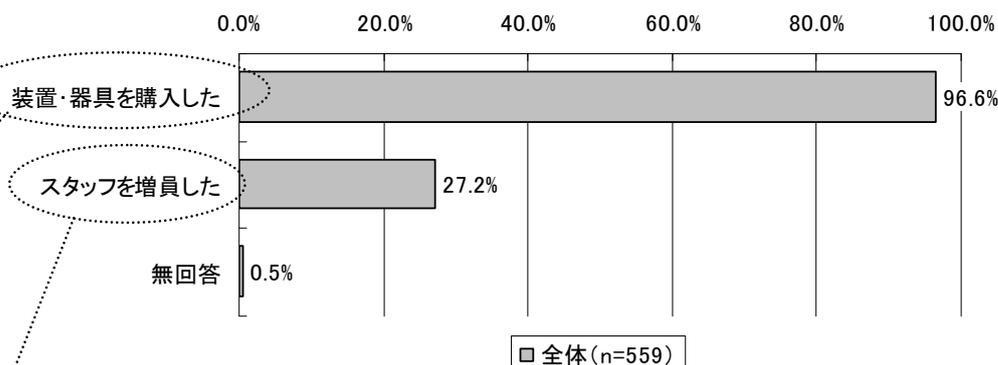
歯科訪問診療をはじめる際に新たに整えたものの有無をみると、「ある」という回答が55.3%、「ない」が32.9%であった。

歯科訪問診療をはじめる際に新たに整えたものが「ある」と回答した559施設におけるその内容を尋ねたところ、「装置・器具を購入した」が96.6%、「スタッフを増員した」が27.2%となった。「スタッフを増員した」施設における増員数は、「歯科衛生士」が平均1.6人、歯科医師が0.7人、その他の職員が0.3人であった、

図表 16 歯科訪問診療をはじめる際に新たに整えたものの有無



図表 17 歯科訪問診療をはじめる際に新たに整えたもの（複数回答）



図表 18 購入した装置・器具 (n=540)

- ・エンジン（技工用エンジン、携帯用エンジン、ポータブルエンジン /等）
- ・ポータブルユニット（訪問用ユニット、訪問診療用ユニット /等）
- ・タービン（ポータブルタービン、携帯用タービン /等）
- ・ポータブルレントゲン /等

図表 19 増員したスタッフ数 (n=148)

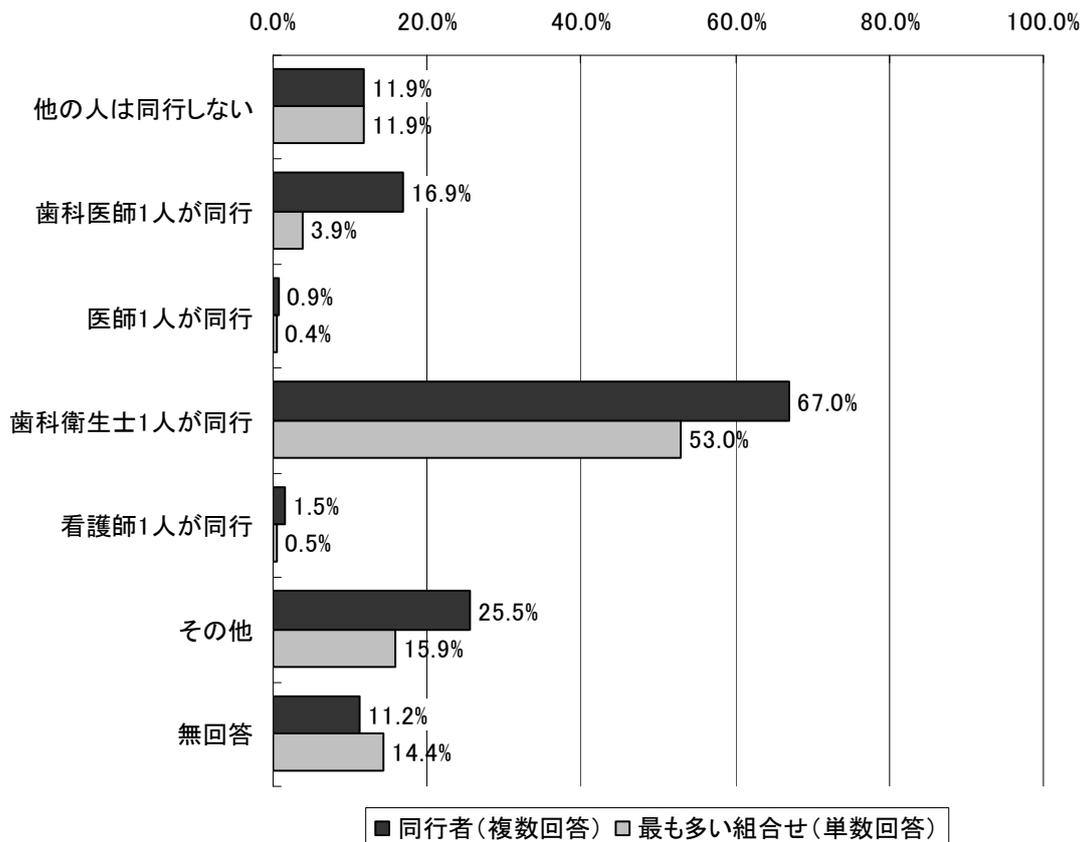
	歯科医師	歯科衛生士	その他の職員
平均値	0.7 人	1.6 人	0.3 人
標準偏差	1.3 人	1.3 人	0.6 人
最大値	10 人	7 人	3 人
最小値	0 人	0 人	0 人
中央値	0 人	1 人	0 人

4) 歯科訪問診療を行う際の同行者

歯科訪問診療を行う際の同行者をみると、「歯科衛生士1人が同行」(67.0%)が最も多く、次いで「歯科医師1人が同行」(16.9%)、「他の人は同行しない」(11.9%)であった。

同行者として最も多い組み合わせをみると、「歯科衛生士1人が同行」(53.0%)が最も多く、次いで「他の人は同行しない」(11.9%)であった。

図表 20 歯科訪問診療を行う際の同行者 (n=1011)



(注) 同行者(複数回答)で「その他」と回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「歯科助手」(137件)、「歯科衛生士2人」(23件)等となった。

図表 21 歯科訪問診療を最も多い組み合わせで行う理由

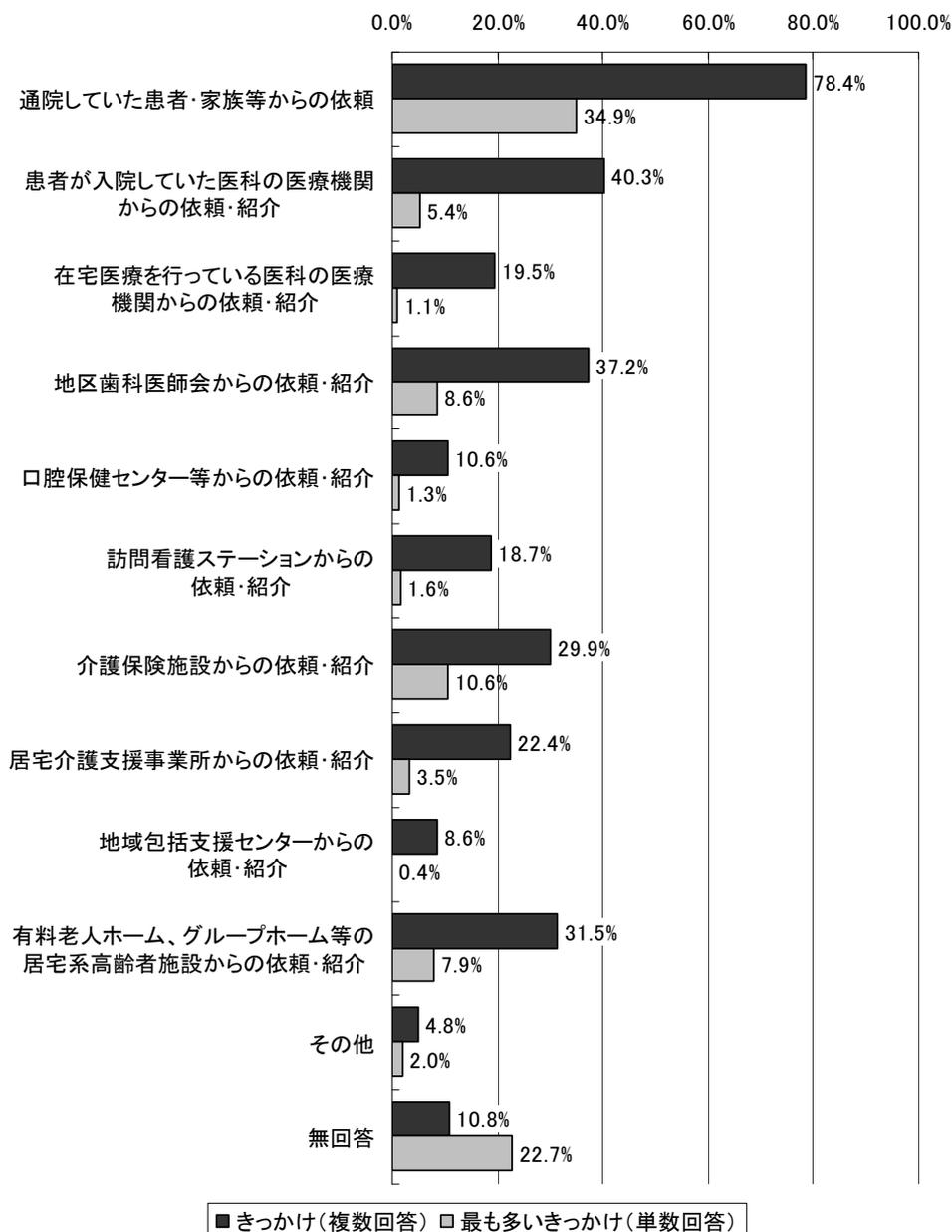
<p>○他の人は同行しない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・休診日に訪問するから。 ・診療時間外、昼休みに訪問するから。 ・1人でできる診療内容のため / 等 	<p>○歯科衛生士1人が同行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔衛生指導を行うため。 ・診療の準備、サポートが必要だから。 ／等
<p>○歯科医師1人が同行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師1人で対応できないケースが多いから。 / 等 	<p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者数が多く、口腔ケアに歯科衛生士が複数必要となるため。 ・歯科助手しかいないから。 / 等

5) 歯科訪問診療を実施するきっかけ

歯科訪問診療を実施するきっかけをみると、「通院していた患者・家族等からの依頼」(78.4%)が最も多く、次いで「患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介」(40.3%)、「地区歯科医師会からの依頼・紹介」(37.2%)、「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの依頼・紹介」(31.5%)となった。

最も多いきっかけをみると、「通院していた患者・家族等からの依頼」(34.9%)が最も多く、次いで「介護保険施設からの依頼・紹介」(10.6%)であった。

図表 22 歯科訪問診療を実施するきっかけ (n=1011)

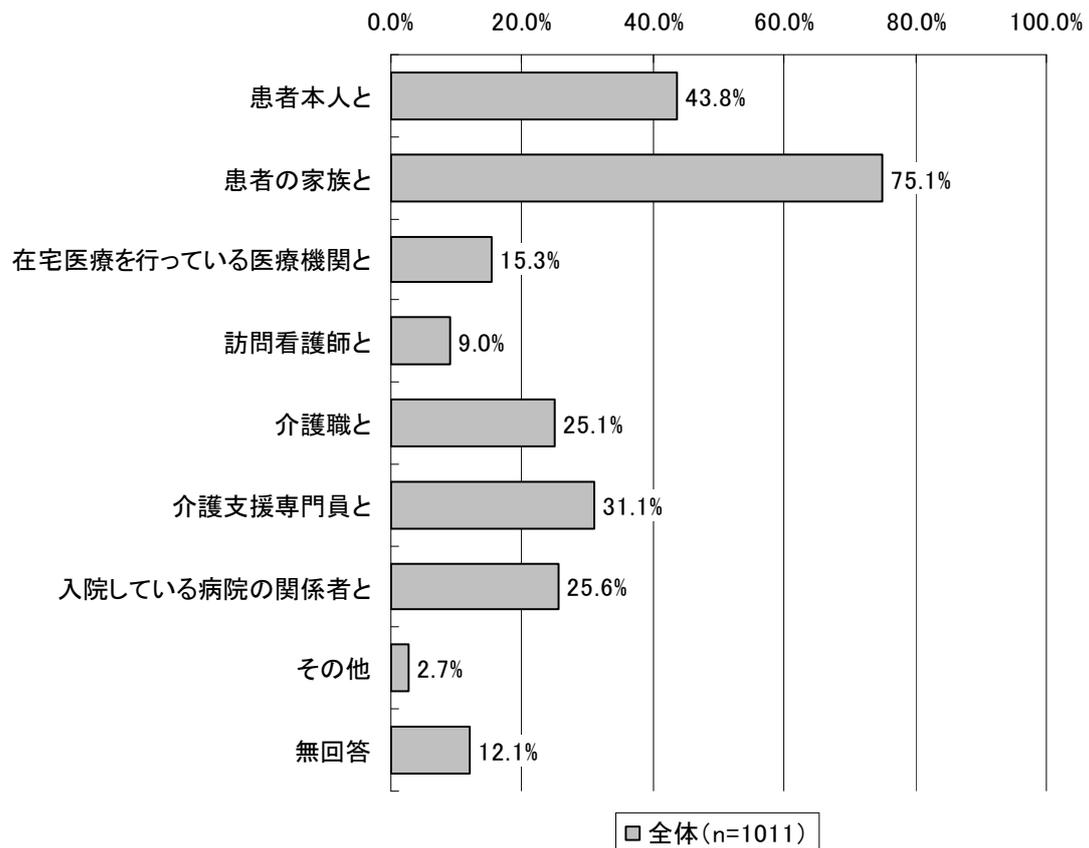


(注) 訪問診療を実施するきっかけとして「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「行政からの依頼」(8件)、「患者本人からの依頼」(7件)、「ケアマネージャーからの依頼」(5件)等となった。

6) 歯科訪問診療の調整者

歯科訪問診療の調整者をみると、「患者の家族と」(75.1%)が最も多く、次いで「患者本人と」(43.8%)、「介護支援専門員と」(31.1%)となった。

図表 23 歯科訪問診療の調整者（複数回答）

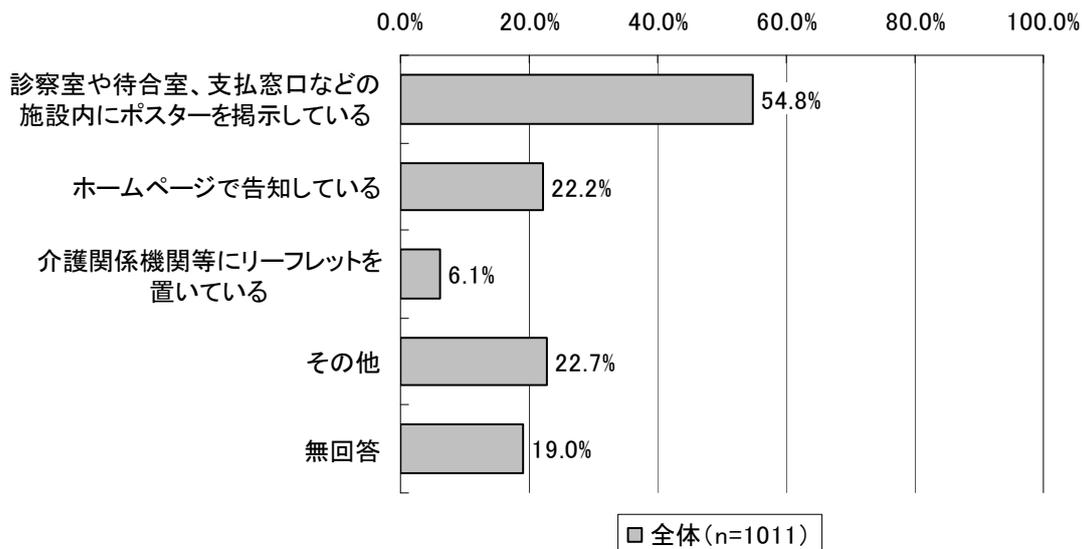


(注) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「施設の職員」(13件)、「歯科医師会」(5件)等となった。

7) 歯科訪問診療実施の周知方法

歯科訪問診療実施の周知方法をみると、「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 54.8%、「ホームページで告知している」が 22.2%、「介護関係機関等にリーフレットを置いている」が 6.1%であった。

図表 24 歯科訪問診療実施の周知方法（複数回答）



(注)「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「何もしていない」(63件)、「歯科医師会」(19件)等となった。

③ 歯科訪問診療の実施状況

1) 歯科外来患者総数・歯科訪問診療患者総数・各種算定患者数

2009年(平成21年)と2011年(平成23年)の6月・7月の2月について患者数の同月比較をそれぞれすると、「歯科外来患者総数」はやや減少しているものの、「歯科訪問診療患者総数」や「歯科訪問診療料1」「歯科訪問診療料2」「訪問歯科衛生指導料」の算定患者延べ人数はそれぞれ増加している。一方で、「退院時共同指導料1」「退院時共同指導料2」「在宅患者連携指導料」「在宅患者緊急時等カンファレンス料」「診療情報提供料(I)」は実績がほとんどなく変化がみられなかった。

また、平成22年度診療報酬改定で創設された項目について2011年(平成23年)7月の平均算定患者延べ人数をみると、「在宅患者急性歯科疾患対応加算」が14.4人、「歯科疾患在宅療養管理料」が4.8人、「口腔機能管理加算」が4.9人、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が0.3人であった。さらに同月の「介護支援連携指導料」の平均算定患者数は0.0人であった。

図表 25 歯科外来患者総数・歯科訪問診療患者総数・各種算定患者延べ人数 (n=413)

(単位：人)

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
歯科外来患者総数	平均値	546.5	540.2	535.1	531.8
	標準偏差	554.3	580.2	558.1	584.6
	中央値	430	415	418	414
歯科訪問診療患者総数	平均値	17.9	21.5	18.0	21.7
	標準偏差	54.6	61.9	55.7	61.5
	中央値	1	1	1	1
歯科訪問診療料1	平均値	5.5	6.2	5.7	6.3
	標準偏差	17.7	20.5	18.0	19.7
	中央値	0	1	0	0
歯科訪問診療料2	平均値	6.2	9.4	6.5	9.5
	標準偏差	24.4	30.8	25.0	31.6
	中央値	0	0	0	0
在宅患者急性歯科疾患対応加算	平均値	-	14.0	-	14.4
	標準偏差	-	49.8	-	50.2
	中央値	-	0	-	0
歯科疾患在宅療養管理料	平均値	-	4.7	-	4.8
	標準偏差	-	17.0	-	17.4
	中央値	-	0	-	0
口腔機能管理加算	平均値	-	4.8	-	4.9
	標準偏差	-	16.6	-	17.0
	中央値	-	0	-	0
訪問歯科衛生指導料	平均値	6.2	7.4	6.4	7.6
	標準偏差	29.2	30.6	30.0	31.1
	中央値	0	0	0	0
在宅患者歯科治療総合医療管理料	平均値	-	0.3	-	0.3
	標準偏差	-	3.4	-	3.3
	中央値	-	0	-	0
退院時共同指導料1	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0
退院時共同指導料2	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0
在宅患者連携指導料	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.4	0.4	0.4	0.4
	中央値	0	0	0	0
在宅患者緊急時等カンファレンス料	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0
診療情報提供料(I)	平均値	0.4	0.4	0.4	0.4
	標準偏差	3.2	3.6	3.5	3.5
	中央値	0	0	0	0
介護支援連携指導料	平均値	-	0.0	-	0.0
	標準偏差	-	0.0	-	0.0
	中央値	-	0	-	0

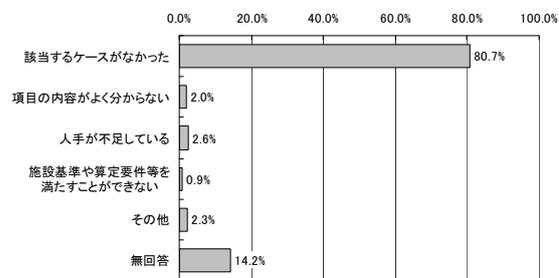
(注) すべての項目について回答があった施設を対象に集計した。

2) 算定できなかった理由

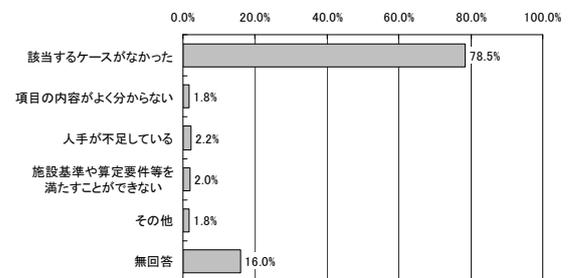
2011年の6月と7月の算定患者延べ人数が0人だった項目についてその理由をみると、全ての算定項目で「該当するケースがなかった」が最も多い結果となった。また、「口腔機能管理加算」「在宅患者歯科治療総合医療管理料」「退院時共同指導料1」「退院時共同指導料2」「在宅患者連携指導料」「在宅患者緊急時等カンファレンス料」「介護支援連携指導料」の算定項目では、「項目の内容がよく分からない」の回答が1割を超える結果となった。さらに、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」「退院時共同指導料1」「退院時共同指導料2」「在宅患者連携指導料」では「施設基準や算定要件等を満たすことができない」と回答した施設が1割を超える結果となった。

図表 26 2011年の6月と7月の算定患者延べ人数が「0人」だった理由（複数回答）

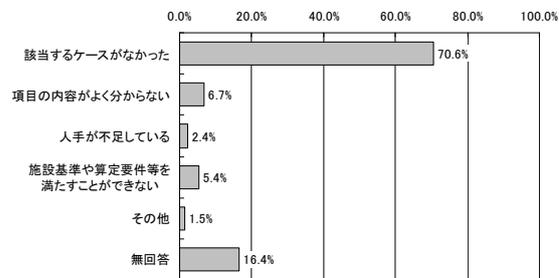
【歯科訪問診療料 1 (n=352)】



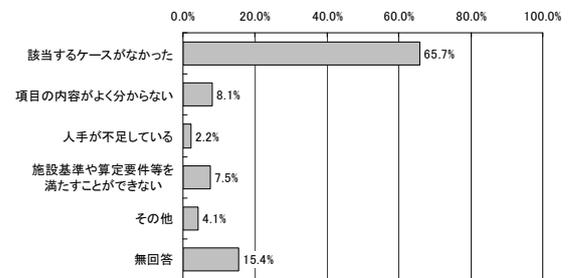
【歯科訪問診療料 2 (n=550)】



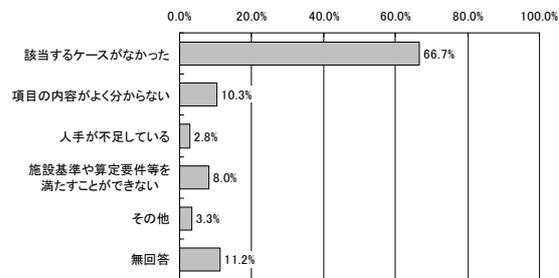
【在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (n=463)】



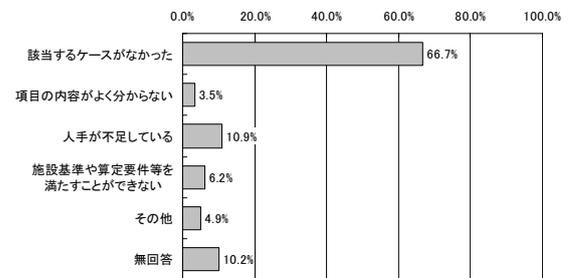
【歯科疾患在宅療養管理料 (n=534)】



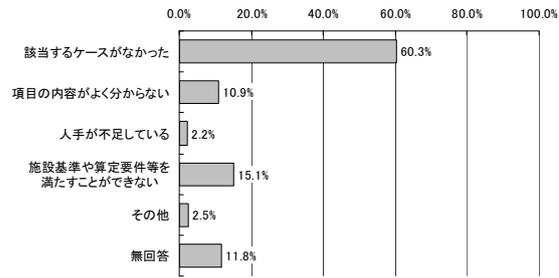
【口腔機能管理加算 (n=573)】



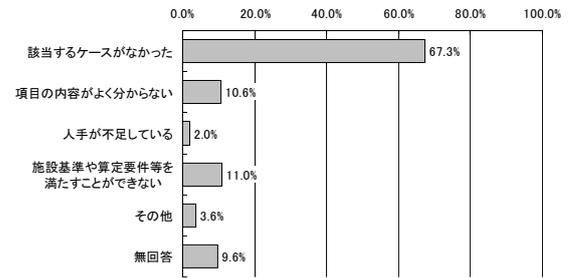
【訪問歯科衛生指導料 (n=550)】



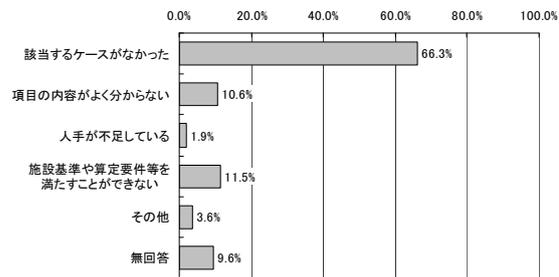
【在宅患者歯科治療総合医療管理料 (n=768)】



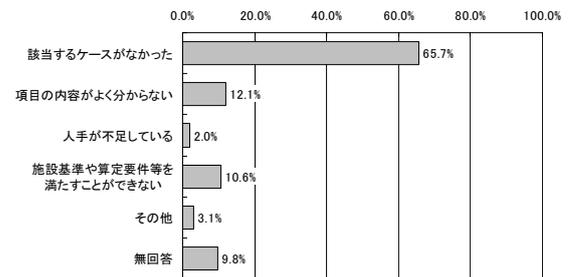
【退院時共同指導料 1 (n=799)】



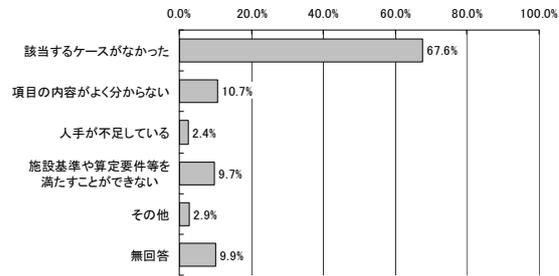
【退院時共同指導料 2 (n=800)】



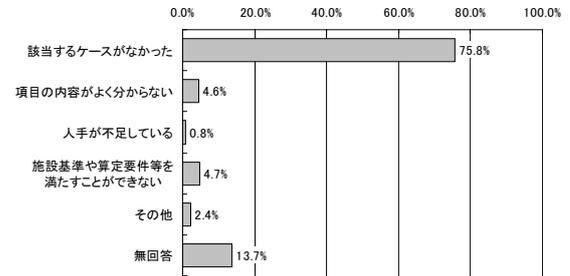
【在宅患者連携指導料 (n=795)】



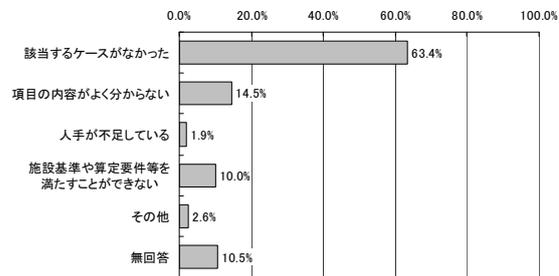
【在宅患者緊急時等カンファレンス料 (n=796)】



【診療情報提供料(I) (n=637)】



【介護支援連携指導料 (n=798)】



図表 27 2011年6月・7月の算定患者延べ人数が「0人」だった理由のうち「施設基準や算定要件等を満たすことができない」場合に負担を感じていること、その他の具体的な内容

○歯科訪問診療料 1

- ・現在の保険の該当者（寝たきり相当）のしぼりが強すぎ。現実的でないため、患者の家族からお願いされてもできない。
- ・訪問診療や各種加算を算定すると、目立つため「指導対象」になりそうで、負担を感じる。そのため積極的に在宅患者のサポートをしようとは思わない。以前行った時もかなり「高点数」となってしまう戸惑いを感じた。
- ・歯科衛生士の確保が難しい。訪問する時間がない。施設などを紹介されていない。／等

○歯科訪問診療料 2

- ・点数が低すぎる。
- ・算定しにくい。要件が多すぎる
- ・時間的に一度の訪問にて2人以上は無理である。
- ・訪問診療や各種加算を算定すると、目立つため「指導対象」になりそうで、負担を感じる。そのため積極的に在宅患者のサポートをしようとは思わない。以前行った時もかなり「高点数」となってしまう戸惑いを感じた。
- ・全ての算定要件を満たし、文書の管理をし、人の管理をするのは無理である。
- ・歯科衛生士の確保が難しい。訪問する時間がない。施設などを紹介されていない。／等

○在宅患者等急性歯科疾患対応加算

- ・施設基準算定要件が厳しく、わかりにくい（同旨を含め2件）。
- ・症例がめったにないため設備投資できない。
- ・全ての算定要件を満たし、文書の管理をし、人の管理をするのは無理である。
- ・個人医院では対応が難しい。
- ・歯科衛生士の確保が難しい。訪問する時間がない。施設などを紹介されていない。
- ・患者側の負担金が増す。
- ・訪問診療や各種加算を算定すると、目立つため「指導対象」になりそうで、負担を感じる。そのため積極的に在宅患者のサポートをしようとは思わない。以前行った時もかなり「高点数」となってしまう戸惑いを感じた。／等

○歯科疾患在宅療養管理料

- ・介護認定を受けている患者は、介護保険が優先されるため算定していない(同旨を含め9件)。
- ・施設基準や算定要件が厳しく、わかりにくい（同旨を含め7件）。
- ・患者負担が大きいため算定しにくい（同旨を含め6件）。
- ・文書提供が煩雑である（同旨を含め6件）。
- ・歯科衛生士の確保が難しい（同旨を含め2件）。
- ・症例がめったにないため設備投資できない。／等

○口腔機能管理加算

- ・ 文書にして患者に渡さないといけないため（同旨を含め 14 件）。
- ・ 施設基準や算定要件が厳しく、わかりにくい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 介護認定を受けている患者は、介護保険が優先されるため算定していない（同旨を含め 6 件）。
- ・ 患者の料金負担を高くしたくない（同旨を含め 4 件）。
- ・ 歯科衛生士の確保等、人員確保が難しい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 緊急時対応が難しい。
- ・ 医科診療所との連携が難しい。／等

○訪問歯科衛生指導料

- ・ 要介護認定を受けている患者は、介護保険が優先されるため算定していない（同旨を含め 13 件）。
- ・ 歯科衛生士を連れて行っていない（同旨を含め 9 件）。
- ・ 患者の料金負担を高くしたくない（同旨を含め 4 件）。
- ・ 書類記入に負担を感じる（同旨を含め 4 件）。
- ・ 時間的余裕がない（同旨を含め 4 件）。
- ・ 点数が見合わない（同旨を含め 2 件）。
- ・ 算定しにくい。要件が多すぎる。／等

○在宅患者歯科治療総合医療管理料

- ・ 機器や設備が整っていない（同旨を含め 13 件）。
- ・ 文書提供等の数が多くなり煩雑である（同旨を含め 10 件）。
- ・ 常勤歯科医が 2 名以上いない（同旨を含め 10 件）。
- ・ 歯科衛生士の確保が難しい（同旨を含め 10 件）。
- ・ 施設基準・算定要件が難解で厳しい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 時間的余裕がない（同旨を含め 5 件）。
- ・ 保険医療機関との連携が難しい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 患者の全身状態管理を行うのは難しい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 介護保険との関係がよくわからない（同旨を含め 2 件）。／等

○退院時共同指導料 1

- ・ 保険医療機関との連携が難しい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 施設基準・算定要件が難解で厳しい（同旨を含め 8 件）。
- ・ 文書提供等の数が多くなり煩雑である（同旨を含め 6 件）。
- ・ 届出書類等の事務手続きが煩雑である（同旨を含め 3 件）。
- ・ 入院患者の退院時、近隣の歯科医師が呼ばれた事など一度もない（同旨を含め 3 件）。
- ・ 退院カンファレンスに行く時間がない（同旨を含め 2 件）。／等

○退院時共同指導料 2

- ・ 保険医療機関との連携が難しい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 施設基準・算定要件が難解で厳しい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め 8 件）。
- ・ 時間的な余裕がない（同旨を含め 6 件）。
- ・ 文書提供等の数が多くなり煩雑である（同旨を含め 4 件）。
- ・ 退院カンファレンスに行く時間がない（同旨を含め 3 件）。
- ・ 入院患者の退院時、近隣の歯科医師が呼ばれた事など一度もない（同旨を含め 3 件）。／等

○在宅患者連携指導料

- ・ 施設基準・算定要件が厳しい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 保険医療機関等の他科や他職種との連携が難しい（同旨を含め 10 件）。
- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め 7 件）。
- ・ 時間的な余裕がない（同旨を含め 7 件）。
- ・ 文書提供等の数が多くなり煩雑である（同旨を含め 6 件）。
- ・ 該当患者がいなかった（同旨を含め 3 件）。
- ・ 居宅療養管理指導を算定している。
- ・ 届出書類が面倒である。／等

○在宅患者緊急時等カンファレンス料

- ・ 施設基準・算定要件が厳しい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 保険医療機関等の他科や他職種との連携が難しい（同旨を含め 10 件）。
- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め 6 件）。
- ・ 時間的な余裕がない（同旨を含め 6 件）。
- ・ 文書提供等が煩雑である（同旨を含め 4 件）。
- ・ 届出書類が煩雑である（同旨を含め 3 件）。
- ・ 算定方法がわからない（同旨を含め 2 件）。
- ・ 医師からの打診が全くない。打診があっても自院で診療中には参加が不可能である。／等

○診療情報所法提供料（Ⅰ）

- ・ 症例がめったにない（同旨を含め 4 件）。
- ・ 施設基準・算定要件が厳しい（同旨を含め 3 件）。
- ・ 保険医療機関等の他科や他職種との連携が難しい（同旨を含め 3 件）。
- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め 3 件）。
- ・ 文書提供等が煩雑である（同旨を含め 3 件）。
- ・ 時間的な余裕がない（同旨を含め 2 件）。
- ・ 施設や歯科医師会の事前調査ですでに内科医などの受診が済んでいる。
- ・ 医師からの打診が全くない。打診があっても自院で診療中には参加が不可能である。／等

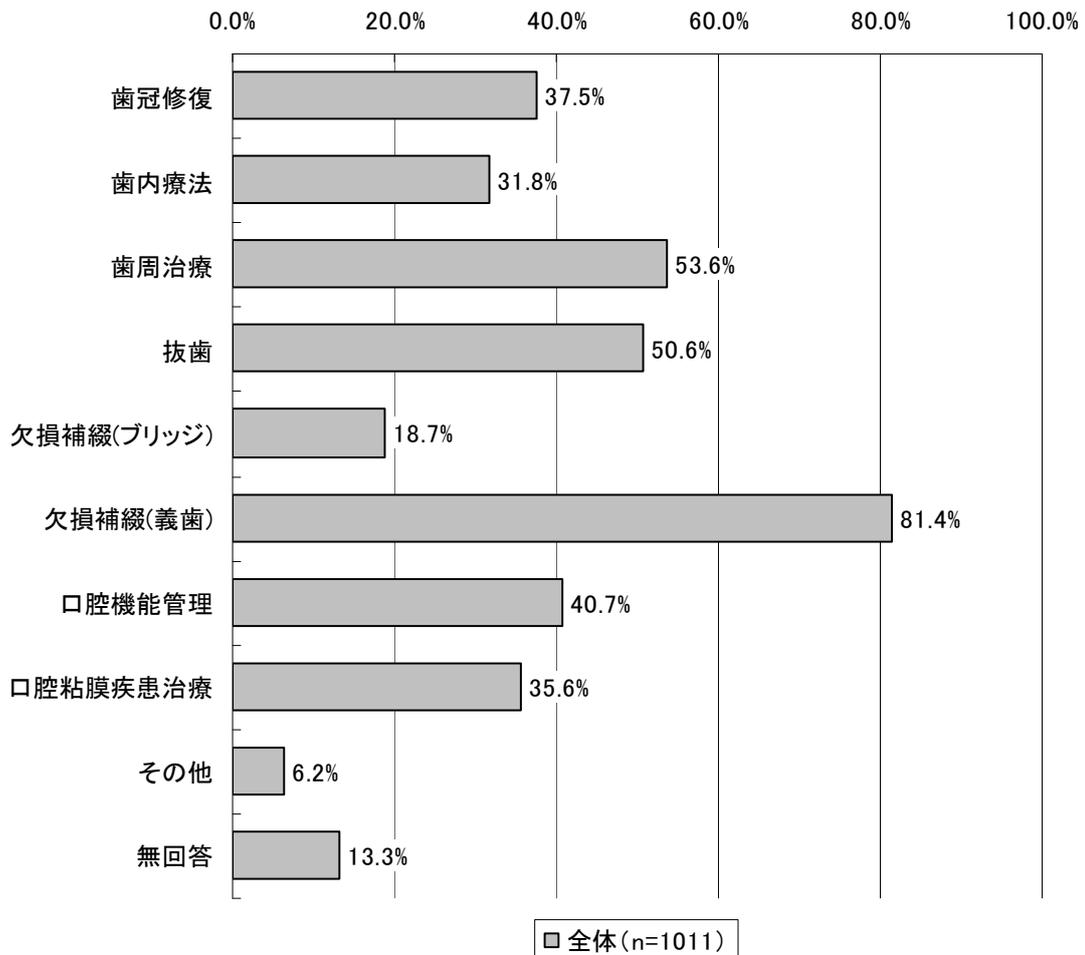
○介護支援連携指導料

- ・ 歯科衛生士や歯科医師等の人員確保が難しい（同旨を含め7件）。
- ・ 施設基準・算定要件が厳しい（同旨を含め5件）。
- ・ 時間的な余裕がない（同旨を含め5件）。
- ・ 保険医療機関等の他科や他職種との連携が難しい（同旨を含め5件）。
- ・ 文書提供等が煩雑である（同旨を含め4件）。
- ・ 症例がめったにない（同旨を含め3件）。
- ・ 算定方法がわからない（同旨を含め2件）。
- ・ 入院先の医療機関が算定するため。
- ・ 入院中に介護サービスの必要性の情報提供までは難しい。 / 等

3) 歯科訪問診療で行っている主な治療内容

歯科訪問診療で行っている主な治療内容をみると、「欠損補綴（義歯）」（81.4%）が最も多く、次いで「歯周治療」（53.6%）、「抜歯」（50.6%）、「口腔機能管理」（40.7%）であった。

図表 28 歯科訪問診療で行っている主な治療内容（複数回答）



(注) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「摂食嚥下訓練・指導」（15件）、「義歯修理」（14件）等となった。

④ 歯科訪問診療における連携状況

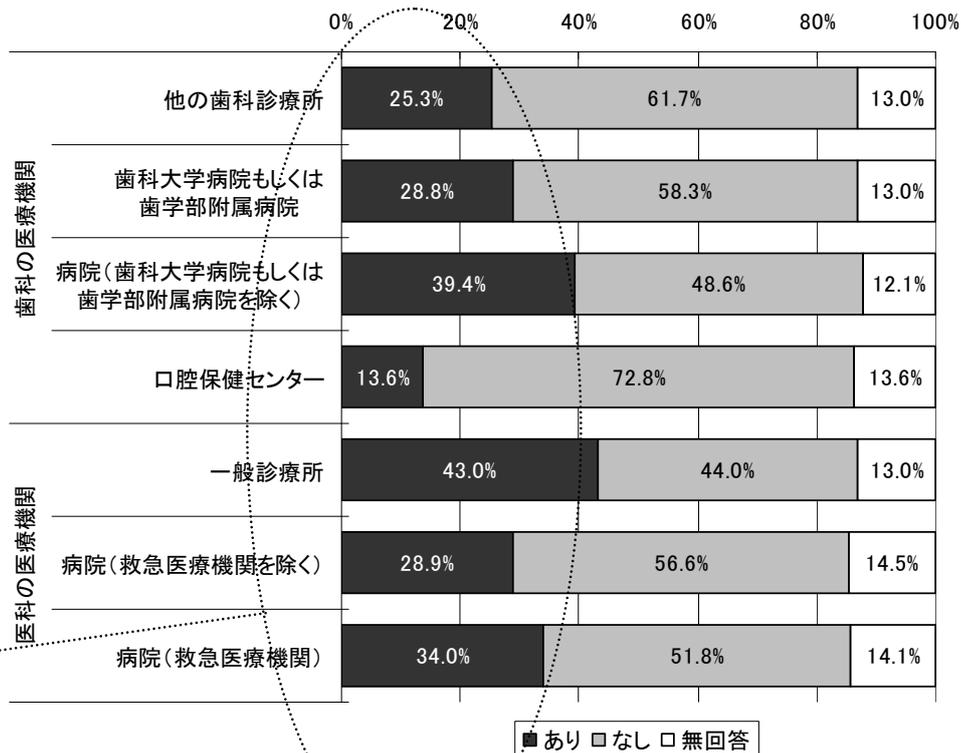
1) 医療機関との連携状況

医療機関との連携状況をみると、連携が「あり」という回答は「一般診療所」が43.0%で最も多く、次いで「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（39.4%）、「（医科の）病院（救急医療機関）」（34.0%）、「（医科の）病院（救急医療機関を除く）」（28.9%）、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」（28.8%）、「他の歯科診療所」（25.3%）、「口腔保健センター」（13.6%）となった。

連携施設数をみると、歯科の医療機関との平均連携施設数は、「他の歯科診療所」が2.3か所、

「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が1.3か所、「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が1.4か所、「口腔保健センター」が1.2か所であった。また、医科の医療機関では、「一般診療所」が1.5か所、「病院（救急医療機関を除く）」が1.4か所、「病院（救急医療機関）」が1.3か所であった。

図表 29 医療機関との連携状況 (n=1011)



(注) 歯科の医療機関のうち「その他」の施設と連携している施設：15施設 (1.5%)
 医科の医療機関のうち「その他」の施設と連携している施設：6施設 (0.6%)

図表 30 連携施設数

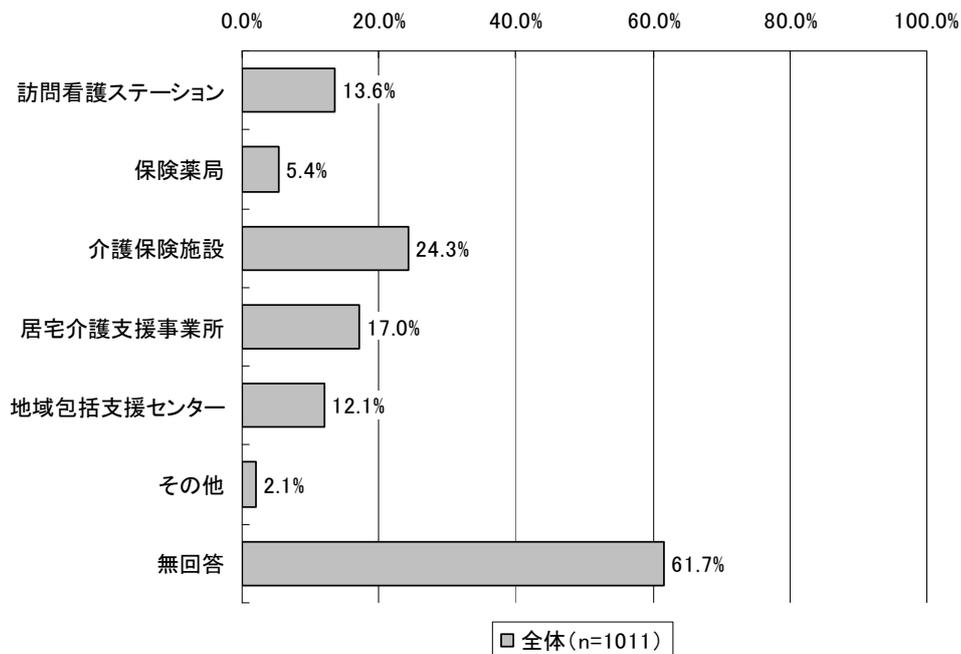
(単位：か所)

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
歯科の医療機関	他の歯科診療所 (n=233)	2.3	7.4	98	1	1
	歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=271)	1.3	0.6	5	1	1
	病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=372)	1.4	0.8	8	1	1
	口腔保健センター (n=118)	1.2	1.4	16	1	1
	その他 (n=12)	4.3	10.8	40	1	1
医科の医療機関	一般診療所 (n=377)	1.5	1.0	10	1	1
	病院(救急医療機関を除く) (n=259)	1.4	0.9	7	1	1
	病院(救急医療機関) (n=310)	1.3	0.6	5	1	1

2) 医療機関以外との連携状況

医療機関以外との連携状況をみると、「介護保険施設」が24.3%で最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」(17.0%)、「訪問看護ステーション」(13.6%)、「地域包括支援センター」(12.1%)、「保険薬局」(5.4%)となった。

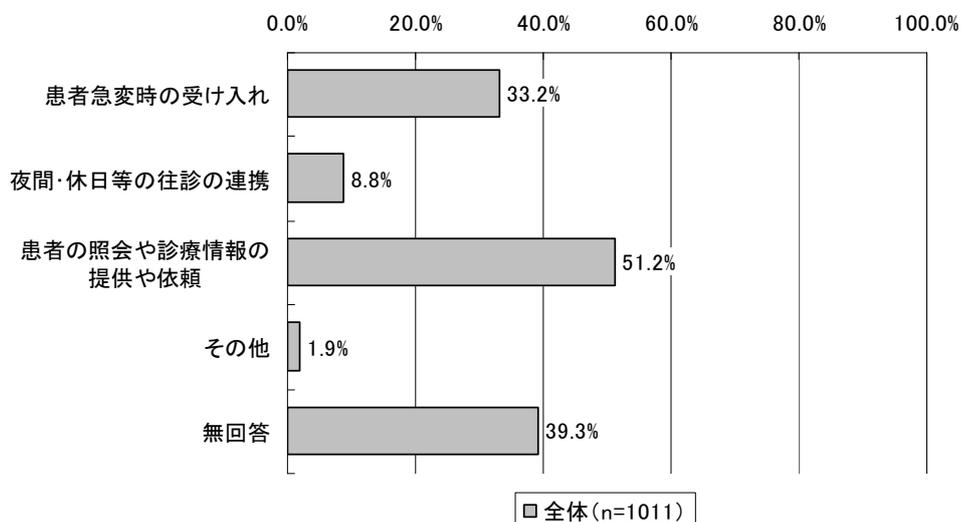
図表 31 医療機関以外との連携状況（複数回答）



3) 関係機関との連携内容

関係機関との連携内容をみると、「患者の照会や診療情報の提供や依頼」が51.2%で最も多く、次いで「患者急変時の受け入れ」(33.2%)、「夜間・休日等の往診の連携」(8.8%)であった。

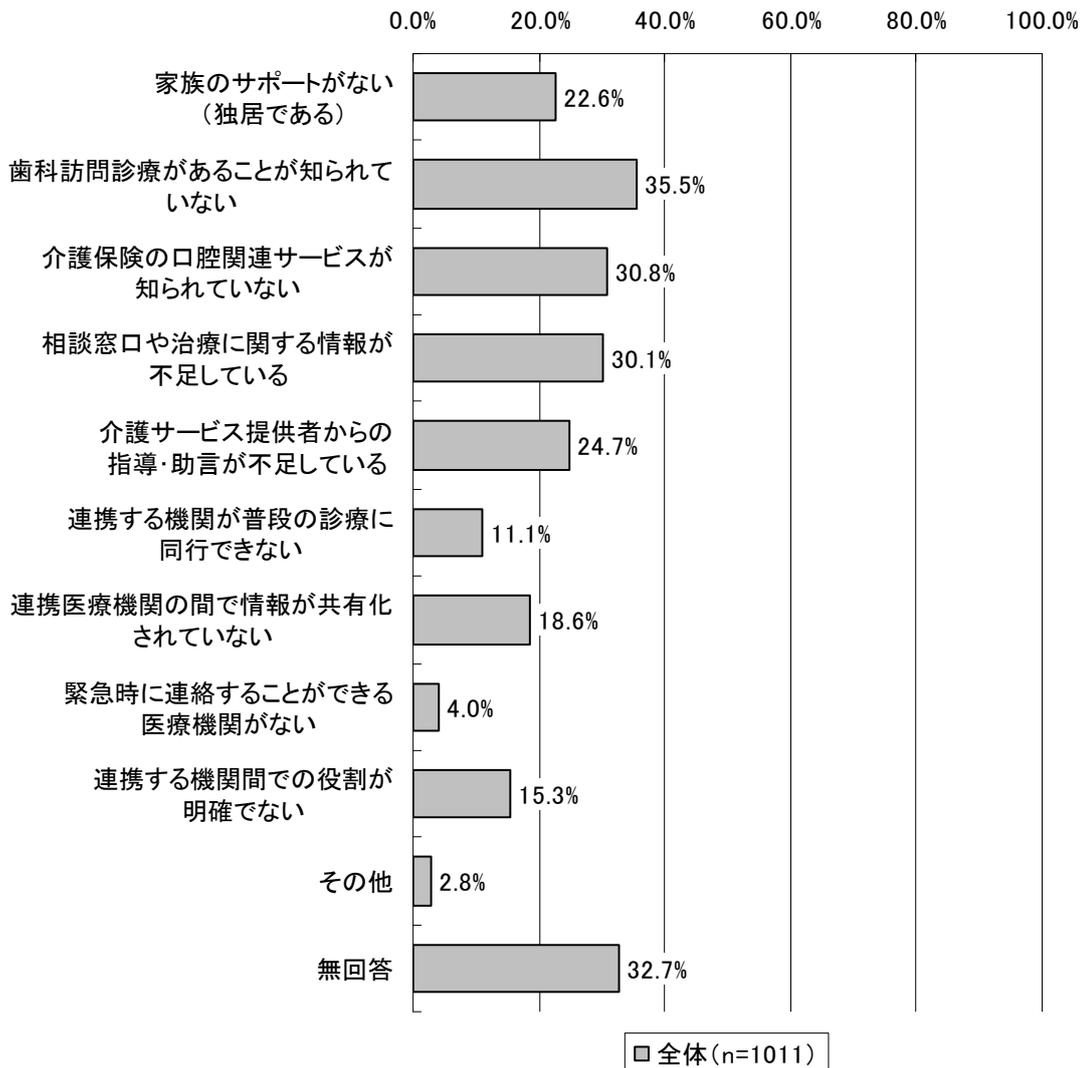
図表 32 関係機関との連携内容（複数回答）



4) 各機関との連携を推進する上での課題

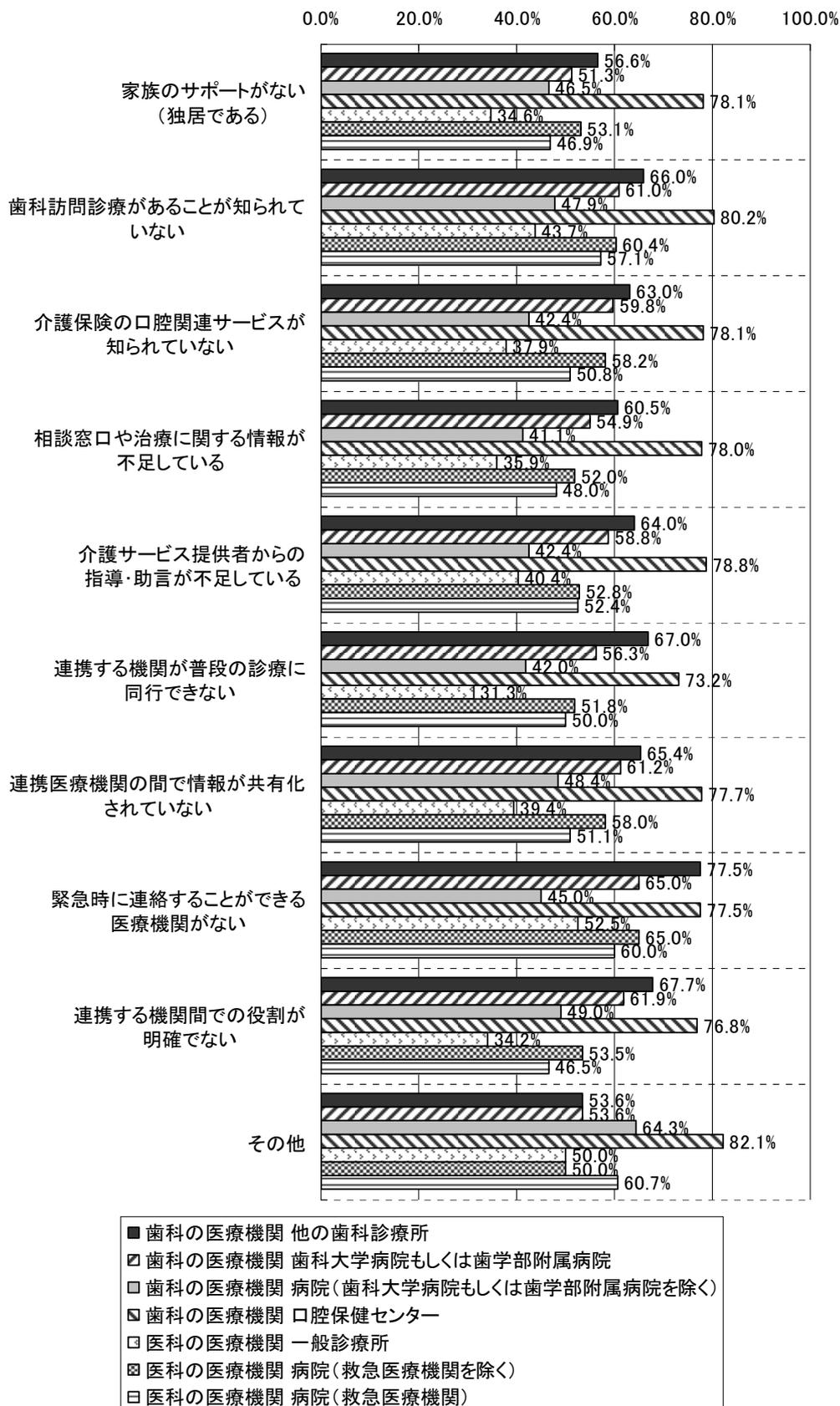
各機関との連携を推進する上での課題をみると、「歯科訪問診療があることが知られていない」が 35.5%で最も多く、次いで「介護保険の口腔関連サービスが知られていない」(30.8%)、「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(30.1%)、「介護サービス提供者からの指導・助言が不足している」(24.7%)、「家族のサポートがない(独居である)」(22.6%)、「連携医療機関の間で情報が共有化されていない」(18.6%)となった。

図表 33 各機関との連携を推進する上での課題（複数回答）



連携がない施設別に各機関との連携を推進する上での課題をみると、「口腔保健センター」と連携がない施設ではいずれの項目でも回答割合が高い結果となった。

図表 34 各機関との連携を推進する上での課題（連携機関先がない施設別）

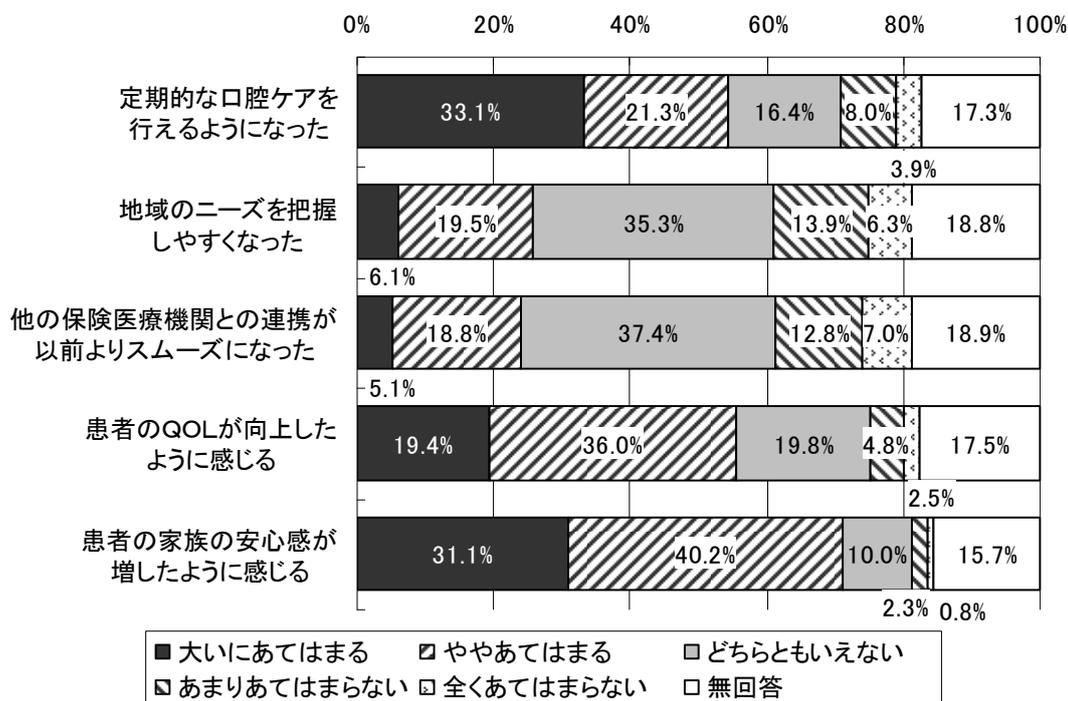


⑤ 歯科訪問診療による影響

1) 歯科訪問診療を行うことによる効果

歯科訪問診療を行うことによる効果を見ると、「あてはまる（「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の合計）」の割合が高かったのは、「患者の家族の安心感が増したように感じる」（71.3%）、「患者のQOLが向上したように感じる」（55.4%）、「定期的な口腔ケアを行えるようになった」（54.4%）であった。「地域のニーズを把握しやすくなった」「他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった」では「どちらともいえない」という回答が最も多かった。

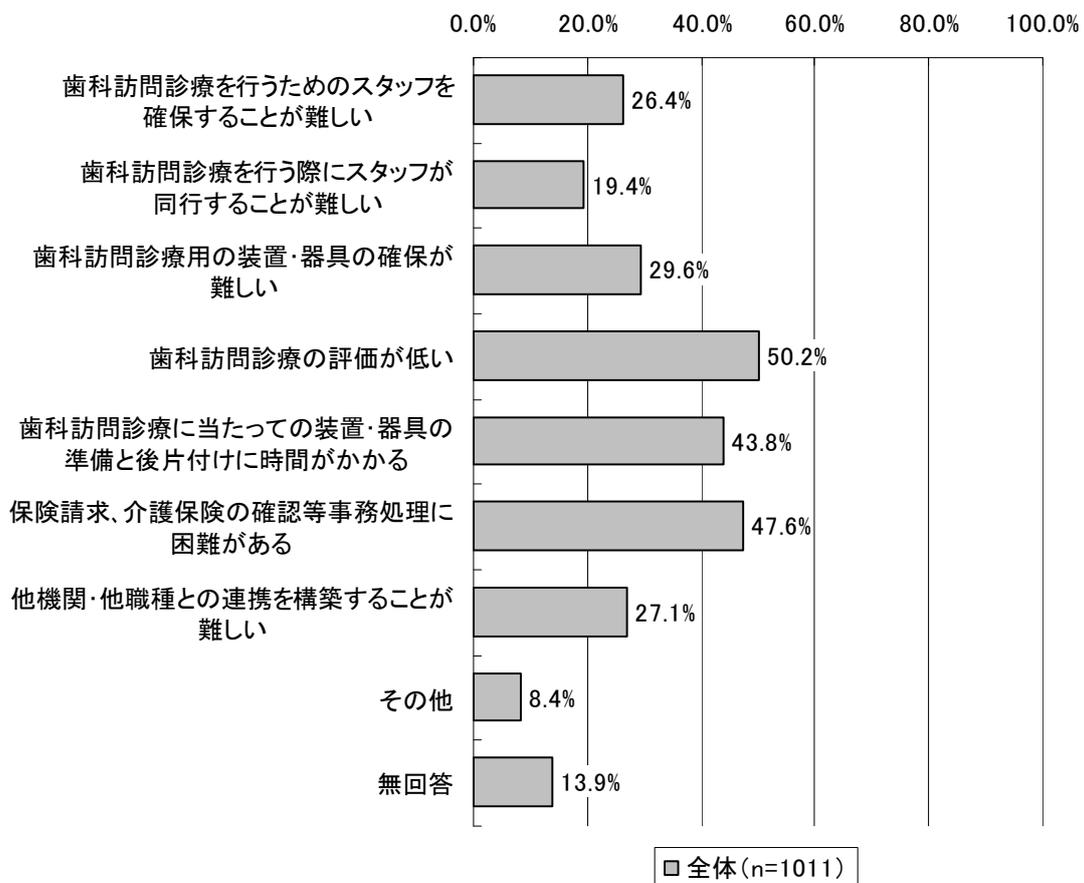
図表 35 歯科訪問診療を行うことによる効果 (n=1011)



2) 歯科訪問診療を行う際の課題

歯科訪問診療を行う際の課題をみると、「歯科訪問診療の評価が低い」が 50.2%で最も多く、次いで「保険請求、介護保険の確認等事務処理に困難がある」(47.6%)、「歯科訪問診療に当たっての装置・器具の準備と後片付けに時間がかかる」(43.8%)、「歯科訪問診療用の装置・器具の確保が難しい」(29.6%)、「他機関・他職種との連携を構築することが難しい」(27.1%)、「歯科訪問診療を行うためのスタッフを確保することが難しい」(26.4%)となった。

図表 36 歯科訪問診療を行う際の課題（複数回答）



(注)「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「時間の確保が困難」(18件)、「歯科医師の体力的な問題」(10件)等となった。

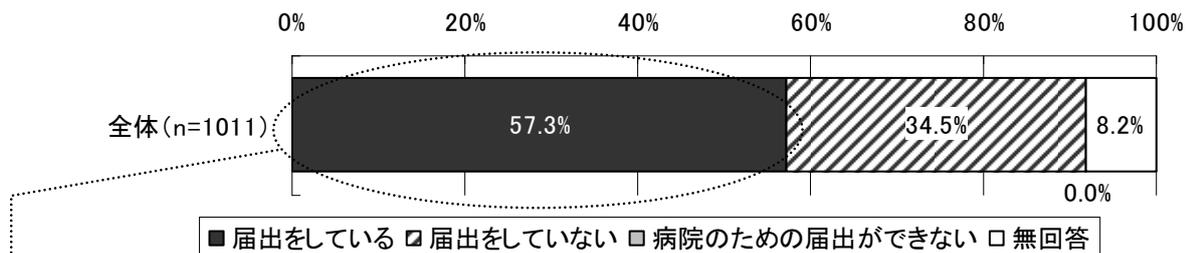
⑥ 「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況

1) 「在宅療養支援歯科診療所」の届出の有無

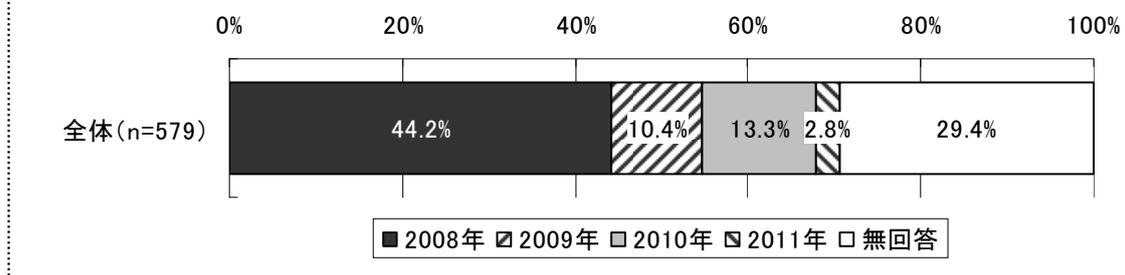
「在宅療養支援歯科診療所」の届出の有無をみると、「届出をしている」が 57.3%、「届出をしていない」が 34.5%であった。

届出をしている 579 施設の届出時期をみると「2008 年」が 44.2%、「2009 年」が 10.4%、「2010 年」が 13.3%、「2011 年」が 2.8%であった。

図表 37 「在宅療養支援歯科診療所」届出の有無



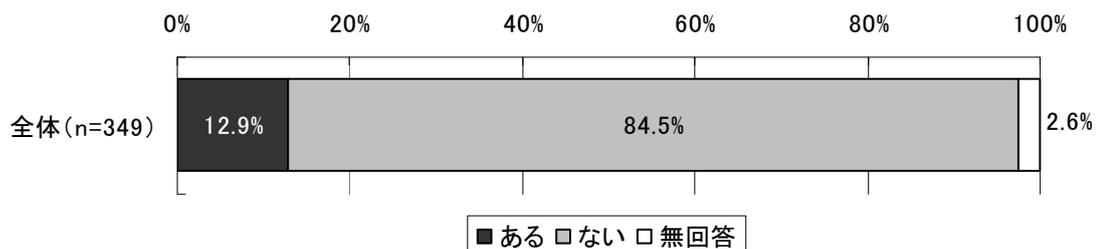
図表 38 「在宅療養支援歯科診療所」届出時期（届出をしている施設）



2) 今後「在宅療養支援歯科診療所」の届出をする予定

「在宅療養支援歯科診療所」の届出をしていない施設に、今後の届出をする予定を尋ねたところ、「ある」が 12.9%、「ない」が 84.5%であった。

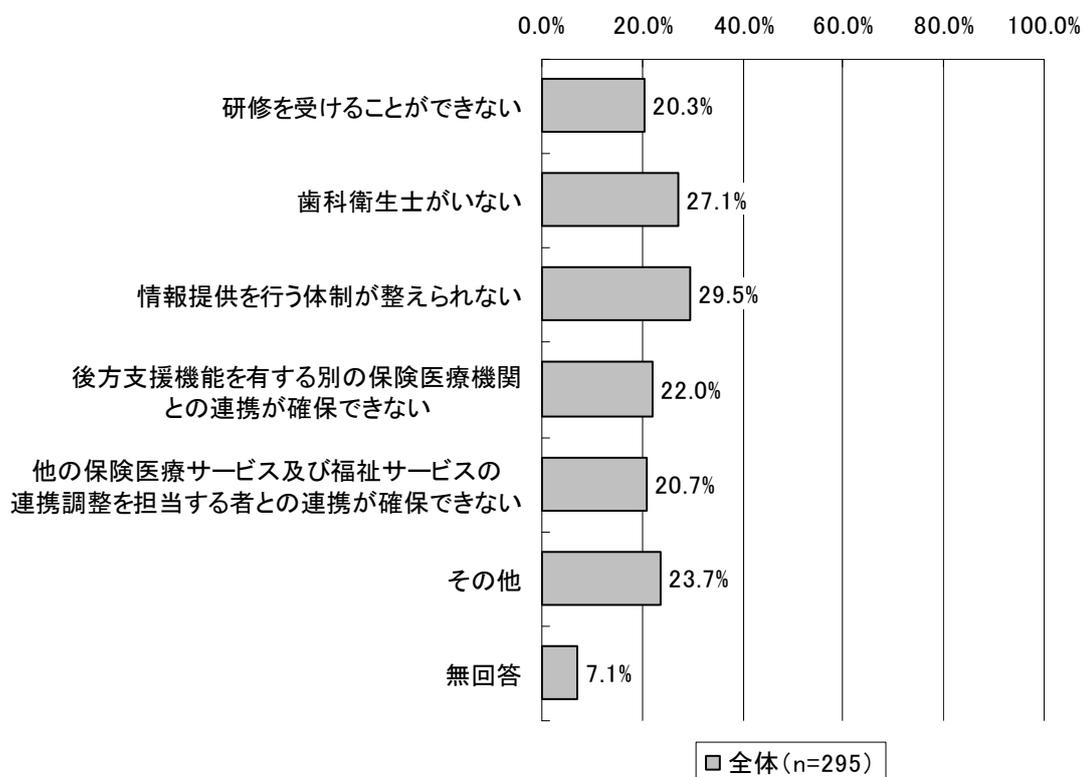
図表 39 今後「在宅療養支援歯科診療所」の届出をする予定（届出をしていない施設）



3) 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行わない理由

「在宅療養支援歯科診療所」の届出をする予定が「ない」と回答した施設にその理由を尋ねたところ、「情報提供を行う体制が整えられない」が29.5%で最も多く、次いで「歯科衛生士がいない」(27.1%)、「後方支援機能を有する別の保険医療機関との連携が確保できない」(22.0%)、「他の保険医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者との連携が確保できない」(20.7%)「研修を受けることができない」(20.3%)となった。

図表 40 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行わない理由
(届出を行う予定のない施設、複数回答)



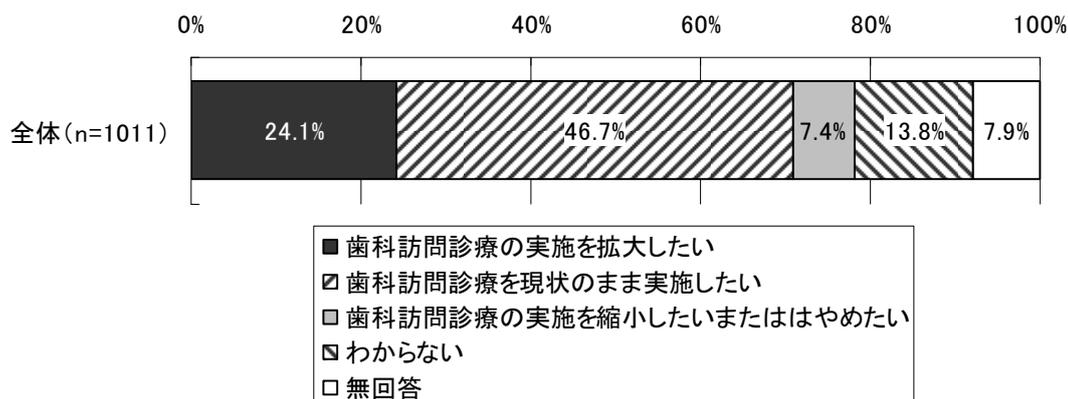
(注) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「在宅診療を行う時間的余裕がない」(17件)、「手続きが複雑」(11件)、「体力的に困難」(7件)等となった。

⑦今後の歯科訪問診療の実施について

1) 今後の歯科訪問診療の実施意向

今後の歯科訪問診療の実施意向をみると、「歯科訪問診療を現状のまま実施したい」が46.7%で最も多く、次いで「歯科訪問診療の実施を拡大したい」(24.1%)、「わからない」(13.8%)、「歯科訪問診療の実施を縮小したいまたははやめたい」(7.4%)となった。

図表 41 今後の歯科訪問診療実施意向



図表 42 歯科訪問診療の実施を縮小したいまたははやめたい理由（自由記述形式）

- 診療報酬の評価が低い（同旨を含め 23 件）
- ・ リスクが高い患者を対象としているわりには評価が低い。
 - ・ 危険で消耗する作業のわりには保険点数が低すぎる。
 - ・ 診療報酬を含め評価が低いわりに大変である。
 - ・ スタッフ確保が困難な上、評価が低い。
 - ・ 事務の仕事が多い。そのわりに評価が低い。
 - ・ 評価が低いため、経営を圧迫。
 - ・ 訪問診療にとられる時間が多大なのに評価が低すぎる。ニーズが大きいだけに残念。
 - ・ 休日の訪問診療が増えた。事務の仕事が多い。そのわりに評価が低い。 / 等
- 自身の健康上の問題、高齢化、体力的な問題（同旨を含め 21 件）
- ・ 高齢のため、体力の限界である。
 - ・ 訪問診療に行くと、非常に疲れるので何とかやめたい。
 - ・ 訪問は精神的・肉体的に辛くて、実施は検討してもできないことが多くなった。 / 等
- 診療所での外来治療が忙しく訪問歯科診療を行う時間がとれない（同旨を含め 9 件）
- ・ 一般外来診療に負担がかかる。
 - ・ 院内での診療が忙しく、訪問診療に行く暇がない。
 - ・ 外来診療でいっぱい手が回らない。補助の人材は確保が難しい。

- ・ 自分の診療所の患者で手一杯と、自分の年齢による。 /等

○時間の確保が難しい（同旨を含め7件）

- ・ 歯科訪問診療に当てる時間の確保が難しい。
- ・ 訪問診療の時間の確保が難しい /等

○事務処理が大変である（同旨を含め7件）

- ・ 請求が煩わしくわかりづらい
- ・ 保険請求、カルテ記載が困難すぎる。
- ・ 平均点数を下げなければならず、また文書書類が多く治療以外の時間がかかりすぎる。

/等

○その他

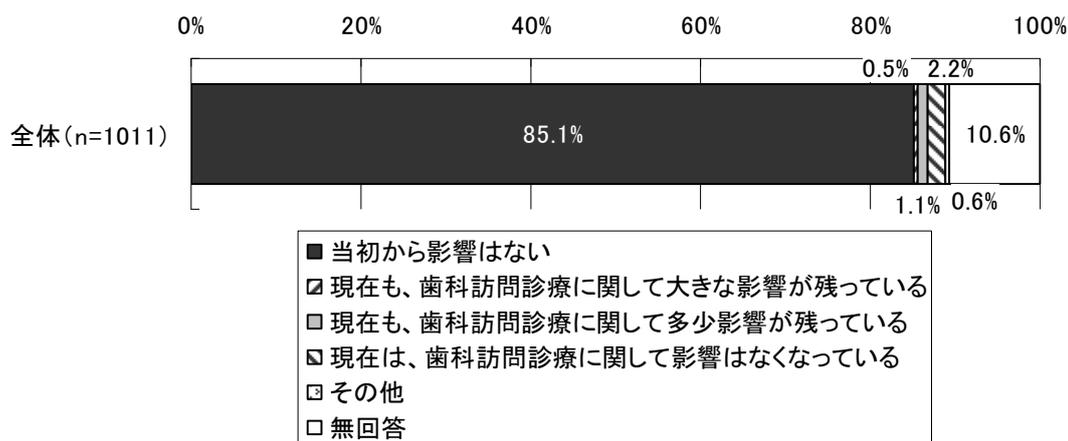
- ・ リスクが大きいため。
- ・ リスク患者の訪問診療には限界がある。内科でも往診から入院へと変化している。病院に口腔外科をもっと多く作ってほしい。
- ・ 訪問診療であっても通常の外来診療と同程度の質を求められるため、限界を感じたため外来患者に集中したい。
- ・ 訪問診療のための装置および器具が不足しており、スムーズな治療が行えないため。
- ・ 訪問診療を求められた時だけ行うのでは、通常の診療時間中に行っているのは現状のスタッフ維持も困難なため、休憩時間や休日、診療後に行かざるを得ない。体力的に厳しさを感じる。

/等

⑧東日本大震災の歯科訪問診療への影響

東日本大震災の歯科訪問診療への影響をみると、「当初から影響はない」が 85.1%、「現在も、歯科訪問診療に関して大きな影響が残っている」が 0.5%、「現在も、歯科訪問診療に関して多少影響が残っている」が 1.1%、「現在は、歯科訪問診療に関して影響はなくなっている」が 2.2%であった。

図表 43 東日本大震災の歯科訪問診療への影響



図表 44 東日本大震災の歯科訪問診療への具体的な影響

- ・ 計画停電のため、訪問できない期間があった。
- ・ ガソリンの調達が困難になり、訪問診療ができなかった。
- ・ 震災直後のみ安全確認のため施設等から休診の申し出があった。
- ・ 震災直後は停電のためと訪問先の施設の受入れ体制が整わず、1週間ぐらい中断した。その後1か月は家が全壊、もしくは半壊した被災者の高齢者が施設に一時的に入所したため、口腔ケア等の診療のニーズが高まり、多忙を極めた。 / 等

⑨歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等

本調査では、歯科訪問診療を行う上での問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を以下にとりまとめた。

○診療報酬上の評価

- ・ 時間が取られる上に評価が低いため、積極的にとりかかれない。
- ・ 訪問診療は労力のわりに診療報酬が少ない。特に 20 分以上でないとう科訪問診療料が算定できなくなってさらに負担が増加。医科での「往診」並みにしてほしい。
- ・ 訪問診療のみでは事案が成立しない。訪問診療の評価が低く、診療室での診療分で不足分をまかなっている。
- ・ 現場のことを理解していない点数が多い。
- ・ マンパワーがあるなら患者を診療所につれて来てもらい処置することが医療側も患者にとってもベター。現在はほぼボランティアと割り切っている。かかりつけ医として自分の患者を最後まで診るのは使命と思えるが、訪問を生業としている者がいるのも事実である。そのような者と、かかりつけ医としての使命で訪問する者とは、器具、時間、マンパワー全てにおいて異なる評価が必要である。
- ・ 認知症の度合いによって治療内容が同じでも治療時間、準備及びスタッフの数が多くかかる場合がある。難度・必要時間による点数加算を望む。
- ・ 施設と在宅での訪問診療はかなり違いが大きいと思う。在宅診療では歯科医院の負担は量と金額が大きい。
- ・ 時間と労力が医科と違い歯科は器具や材料が必要なのでどうしても時間と人がいる。お金が必要になってくる。訪問に行っている半分はボランティアだと思い行っている。でもだんだんとこのままではすべてが厳しくなっている。
- ・ 歯科訪問診療は医院で行う歯科治療の内容と全く異なる。腰をかがめて長時間の治療や、重い器具を運んだりするなど、自身の体に負担がかかる。また、痴呆症の患者では攻撃的な人からたたかれり、噛まれるなどの被害を受けたりする。そのような事を理由に治療の中止を申し込んでもなかなか家族の方のご理解を得にくく悩むことがある。上記のようなことや往復の時間を考えると現在の診療報酬では十分な満足が得られない。診療報酬の引上げを切に要望したい。 / 等

○採算性の課題等

- ・ 訪問診療をする場合、診療所を閉めていかなければならないので、スタッフを遊ばすことになり経済的に効率が悪い。
- ・ 訪問診療を行うことで、自院を休診したり、勤務時間外となるので、経済的にも時間的にも大変である。そのための評価が低い。
- ・ 訪問先までの往復の時間、交通費などが保険に反映していない。片道 20 分、診療時間 30 分で時間は 70 分、保険点数が低すぎて、採算がとれない。
- ・ スタッフによる時間外労働により、割増賃金を要求されたことがあるためスタッフとの同行

をとりやめた。請求点数や準備・後片付け等を考えると、不採算であるので、訪問診療は控
えたいが、近所との関係性を考えるとやめるわけにはいかないのが現状である。

- ・ 外来診療と訪問診療の両立は現時の点数では採算が合わない。医療と介護を一体化して請求
をシンプルにしてほしい。 /等

○高点数による個別指導の課題等

- ・ 現在の指導制度だと訪問診療を積極的に行うと、必然的に「高点数」になる。個別指導が嫌
なので、それを行う気にはならない。また点数自体もそのことのリスク等を考えたら、決して
「高点数」には思えない。
- ・ 件数が少ないわりに、平均点上昇による指導への対象になりうる。
- ・ 訪問診療を行いたいが高点数個別指導の対象となりやすいので、診療が萎縮する。理不尽な
高点数個別指導を撤廃してほしい。
- ・ 訪問診療で義歯を望む患者の件数が増えると、レセプト1件あたりの平均点が高くなり、集
団的個別指導の対象となる。次年度平均点数が下がらなければ、次は個別指導の対象となる。
歯科医療費抑制の政策と在宅歯科医療促進の政策は整合性がない。 /等

○施設基準・算定要件の課題等

1) 時間要件

- ・ 診療時間が20分以上の場合のみ訪問診療料が算定でき、20分未満の場合は初・再診療になる
理由がわからない。
- ・ 訪問診療料算定の20分が問題である。10分で終われることも20分かけないと評価がなく、
のんびり治療する必要があるとも他の先生から話を聞いたこともある。医科の訪問診療では
時間は関係ないので同じにしてほしい。
- ・ 訪問診療は院内での治療に比べ、効率が悪い。算定要件の中に時間制限を取り入れてあるの
は一層効率の悪さに拍車をかけている。
- ・ 訪問診療料は、診療の実質時間が20分以上と定められているが、往復の時間、準備、片付
けなどに1時間以上費やすこともある。報酬が低すぎる開業直後や子育て中の若い歯科医師
には酷だと思う。
- ・ 寝たきりや時間20分以上等のしぼりがとにかく多すぎる。
- ・ 田舎では移動の時間だけで往復30～60分かかることもよくある。外来にいればその間にも
患者を診ることができる。保険医は時間が命である。また訪問する患者は全身状態が悪いの
で、極力短時間で効率よく診療するのが患者のためであるが、何分以上診療しないと訪問I
がとれない等は意味がわからない。メディカルインタビュー等で時間を使うが時間のしぼり
はいらない。 /等

2) 施設基準・算定要件の簡略化

- ・ 算定要件が複雑で、もう少しわかりやすい名称で、簡単にしてほしい。
- ・ 口頭のみで書類の簡素化をしてほしい。

- ・ 制度が複雑すぎる。施設基準等を簡略化してほしい。
- ・ 医療保険、介護保険、相互に複雑な制度や、請求事務処理があり、少人数診療所では対応が難しい。訪問歯科診療に関してどちらかに一元化してほしい。
- ・ 歯科医師として患者に求められれば診療するのは当然で、どこかと連携しようとするまいが必要な情報提供を行ったり患者を紹介するのは医療機関として当たり前のことである。在宅だろうが外来だろうがリスクのある患者は同じである。自院で可能な事、不可能な事を判断して、できる範囲で診療を行うだけのことで、在宅も外来も変わらない。研修や施設基準等で訪問診療のハードルを上げて、当院のような小さな診療所の訪問診療をやりにくくしているだけである。 /等

○手続きの課題等

- ・ 保険請求手続きが煩雑である。
- ・ 保険請求、介護保険の確認等の事務処理が困難である。
- ・ 保険請求が複雑すぎる。提出する書類が多すぎる。 /等
- ・ 文書提供など治療以外の時間がかかりすぎる。 /等

○口腔ケア等への理解

- ・ 家族、施設等の歯科訪問に対する理解、周知が不足している。また、口腔機能の重要性について、一般に理解が不足している。
- ・ ケアマネの歯科（口腔ケア）に関する知識、意識がまだ低い。
- ・ 医科の先生方に、歯科の口腔ケアの重要性、咬合の重要性を伝達していないことで、患者のQOLを下げていると思う。
- ・ 実際には口腔ケアの重要性を家族がまだまだ理解していない。痛みが止まればOKで原因除去にいたらない。
- ・ 歯科以外の人については、口腔ケアや口腔ケアの重要性をまだ理解していない。歯科治療の重要性を理解させることが重要であり、まずは口腔内をみることをしてほしい。 /等

○歯科医師や歯科衛生士等の人員確保

- ・ 歯科衛生士の確保が極めて困難。
- ・ 訪問診療を行う能力のあるスタッフ（歯科医、衛生士等）を確保することが困難である。
- ・ 歯科訪問診療では歯科衛生士の存在が大きい。歯科衛生士の確保が厳しい状況では今後の歯科訪問診療の発展は望めない。
- ・ 訪問歯科衛生士（専門的口腔ケアのできる）が不足しており、潜在的な口腔ケアを必要とする患者は膨大なのに、今後不安になる。
- ・ 歯科訪問診療を行うには、「介護、口腔ケアを継続する」という流れが必要である。そのためには、専門の歯科衛生士の確保と教育体制の整備が必要である。 /等

○歯科訪問診療の認知度

- ・ 訪問診療の必要性をもっと重要視してほしい。
- ・ 訪問診療の充実にはもっと広く PR が必要である。
- ・ 訪問歯科に対する一般の方の認識が低い。通院できない患者は多いと思うので、訪問歯科で対応できることをもっと PR してほしい。
- ・ 「歯科で往診があるんですか」と驚かれる方がまだ多くいる。国民の方々への周知をお願いしたい / 等

○器具や器材の整備

- ・ 機材を用意することが費用面で困難。国や県が補助金を出す事業があるが、県からの補助金が財政難を理由に実現されていない。
- ・ 往診用の器材（タービン、バキューム）が高価であり、持ち運びが大変なのと、使用後の消毒等のメンテナンスが手間である。
- ・ 装置、器具が高すぎて買えない。
- ・ ポータブルユニットは自院で購入をなんとかできた。レントゲン装置で今のところ歯科医師会に予約して1週間以上待ちである。歯の状況を見るので、すぐに状況を確認することができず、患者を待たせて治療が進まないことが多い。レントゲン機器はやはり歯科治療において不可欠であり、何か補助があるといい。 / 等

○患者の費用負担

- ・ 費用の負担が本人家族に重荷となっている。
- ・ 患者の金銭的な負担を考えると、こちらからも何回も訪問できない。
- ・ 保険点数が高いので、患者が経済的理由で診療を拒否することが多い。何らかの救援措置があれば一番良いと思う。
- ・ 後期高齢者で在宅治療希望の方でも、自己負担3割がこのところ増えてきており、高額な負担のため、往診をみあわせる場合が散見している。 / 等

○訪問診療を休日等の診療時間外に実施

- ・ 訪問を昼休みに行くので、あまり時間がとれず、多くはできない。
- ・ 外来診療と訪問との時間の確保が難しく、どうしても休診日に訪問することが多くなってしまふ。ON と OFF が混在し、休日もゆっくり休めなくなってしまう。 / 等

○他職種や施設との連携

1) 他職種との連携が困難

- ・ もう少し施設や医科（かかりつけ医師）と連携がとれると良いと思う。
- ・ 施設、本人、その家族、医科主治医との連携が難しいことがある。そのシステムの構築を確立することが先決だと思う。
- ・ ケアマネの連携が困難である。 / 等

2) 他の保険医療機関との連携が困難

- ・ 病院や色々な福祉関係との連携を密にして、共有する必要がある。歯科単独では何もできない。また色々な制約が多く、内容の把握が難しいところがある。
- ・ 廃用症候群を伴う虚弱な高齢者、認知症、神経筋難病、がん終末期、若年性障害者や障害児に対する歯科訪問診療は非常に困難を極めるため、医科との緊密な連携が大切であり、その連携が進められやすい地域の環境整備が今後の課題である。
- ・ 介護の現場が業務的医療機関との連携のみで、地域の医療機関と密なつながりを作ろうとしない。
- ・ 医科・歯科間の連携がなかなかうまくとれなくて、有病者の歯科治療を行う際に、全身状態等の情報が正確にわからない。 /等

○介護保険との関係

- ・ 医療と介護との関係など複雑で難しい。
- ・ 介護保険の算定に関して相談するところがなく、誰に聞いても、はっきりとした返答がなく、結局算定しなかったりする。往診する上で、保険請求に関して、マニュアルを作ってほしい。
- ・ 介護保険でも請求できる点があるが、わかりにくい。 /等

○駐車場等の課題等

- ・ 駐車場の確保が難しい。駐車場のない患者ではどうしても路上駐車となってしまうが、その許可証の取得が面倒で繁雑であり、煩雑でもある。
- ・ 駐車禁止除外票公安委員会発行を掲示していても、警告を受けることがある。
- ・ 道路交通法の制約により車両が入れなかったり、駐車が困難である地域も多い。 /等

○施設と訪問診療での治療内容の違い

- ・ 診療所内の設備との違いが大きく、治療に制限が大きい。
- ・ 診療所内での診療と違い、特殊な器具や用具が必要であり、介助してくれる人員もスキルの面、紹介の面等いろいろと問題があり、苦慮している。
- ・ 歯科訪問診療では設備、器具などの問題で十分な治療ができない。デイサービスのようを送り迎えのバス・タクシーを出して診療所まできてもらった方が、患者のためになるのではないか。
- ・ 水を使用しなければ歯牙を削れないというのがネックである。単に嚙下などの機能訓練ならできると思うが、行きたいけど、行ってもできないというジレンマに陥る。 /等

○その他

- ・ 日常診療を行いながらの訪問診療は時間的に難しい。
- ・ 現在の状況においては、積極的に往診に取り組んでいこうと思う環境ではない。外来で手いっぱいの現状では往診を拡大することは考えていない。
- ・ 体力的に訪問診療の時間が取れない。

- 交通費が請求しにくいいため無料で行っている。
- 歯科衛生士も含め研鑽の場が多くあることを望む。
- 一個人診療での対応では限界があり、組織的な拠点病院が必要。専門に携わるスタッフや医科のスタッフ、例えば作業療法士、理学療法士、言語療法士などにも口腔機能について行ってもらえるとよい。それを指導できる歯科医師が必要と思う。
- 緊急時の対応が難しい。
- 歯科のセンターや病院の口腔外科をもっと充実してほしい。リスク患者の訪問診療はリスクが多すぎるし、限界がある。
- 治療イス以外での治療行為はリスクをかなり伴う。
- 施設の場合、患者の家族に会う機会が少なく、歯科治療の必要性に対する理解が得られにくい。
- 患者側との日時などのスケジュール合わせが難しい。
- 往診に行った時、患者の他に誰かいてもらわないと（例えばヘルパー、家族など）困る。
- 依頼してくる患家やケアマネージャー等が歯科訪問診療を行う際の要件を理解していないことが多い。また患者の元々のかかりつけ医との問題もある。 /等

(2) 在宅歯科医療の実施意向調査結果概要

【調査対象等】

調査対象：「在宅歯科医療の実施状況調査」対象以外の歯科保険医療機関 1,000 施設を対象とした。

回答数：479 施設

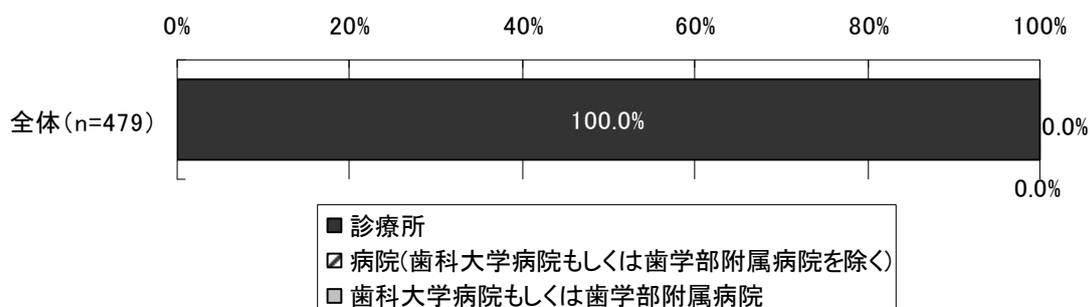
回答者：施設の管理者

①施設の概要

1) 種別

回答施設の種別をみると、回答があった 479 施設は全て「診療所」であった。

図表 45 種別

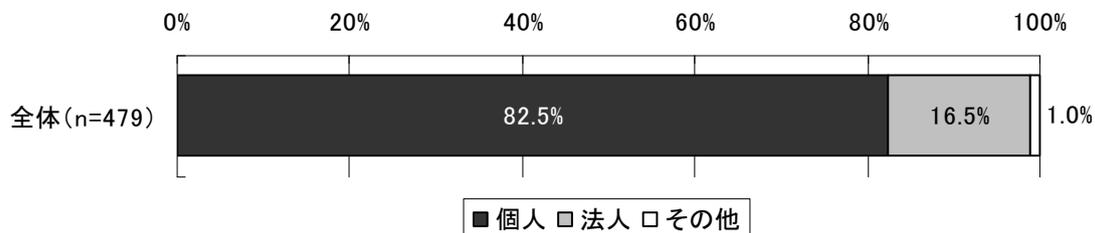


(注)「在宅歯科医療の実施意向調査」は 480 施設からの回答があったが、病院が 1 施設となったため、以下の分析は病院を除いたデータで行った。

2) 開設主体

開設主体をみると、「個人」が 82.5%、「法人」が 16.5%であった。

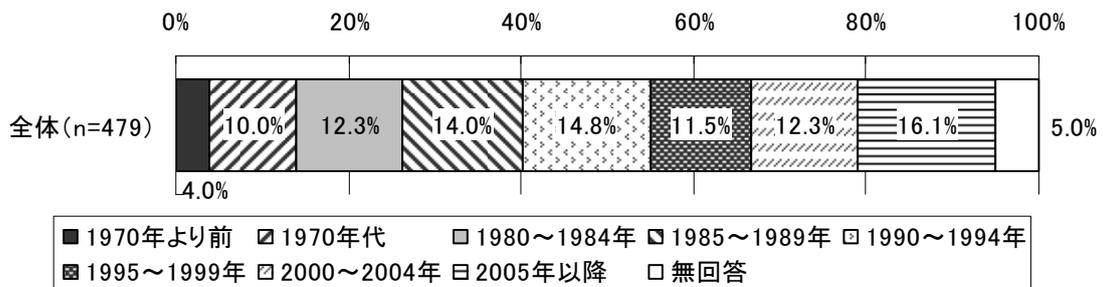
図表 46 診療所開設主体



3) 開設時期

開設時期をみると、「2005年以降」(16.1%)が最も多く、次いで「1990～1994年」(14.8%)、「1985～1989年」(14.0%)となったが、他の時期にも広く分散している。

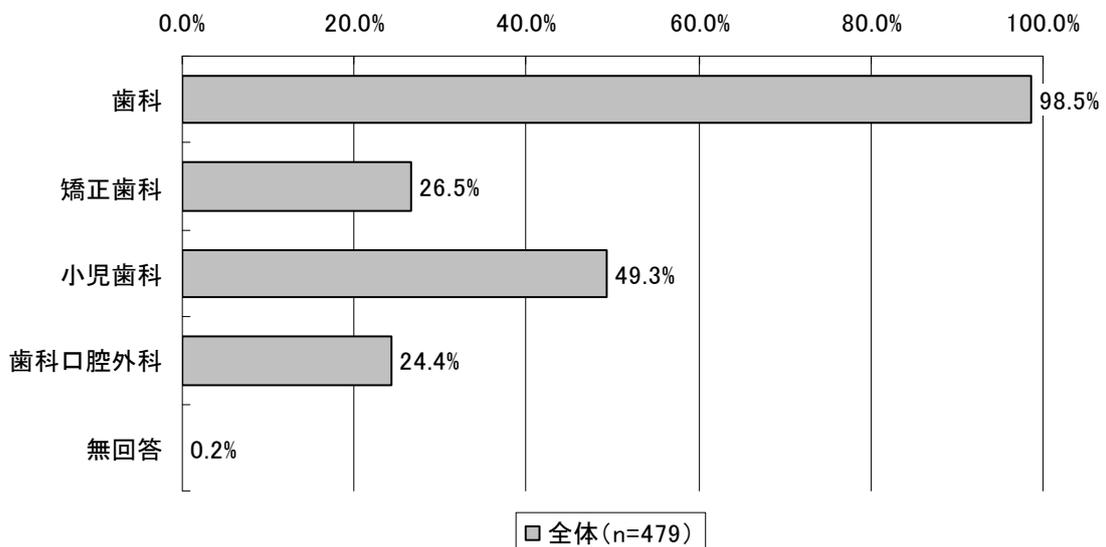
図表 47 開設時期



4) 標榜診療科

標榜診療科をみると「歯科」が98.5%、「矯正歯科」が26.5%、「小児歯科」が49.3%、「歯科口腔外科」が24.4%であった。

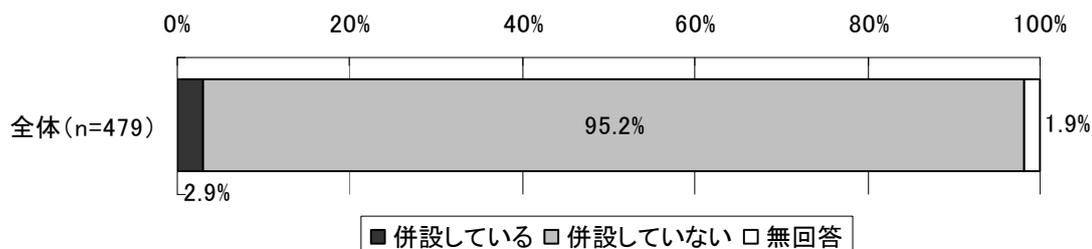
図表 48 標榜診療科 (複数回答)



5) 医科の医療機関との併設状況

医科の医療機関との併設状況をみると、「併設している」が2.9%、「併設していない」が95.2%であった。

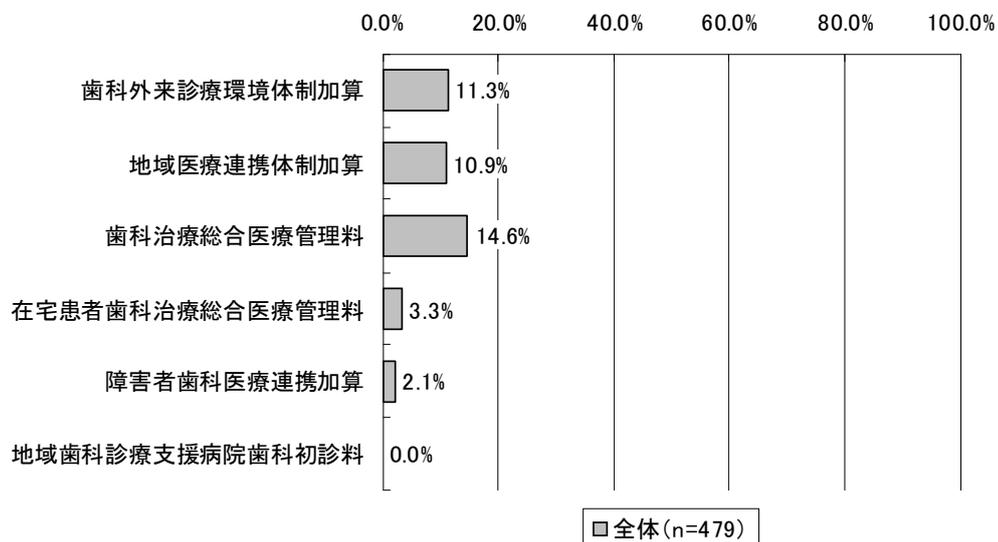
図表 49 医科の医療機関との併設状況



6) 施設基準の届出状況

施設基準の届出状況をみると、「歯科外来診療環境体制加算」が11.3%、「地域医療連携体制加算」が10.9%、「歯科治療総合医療管理料」が14.6%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が3.3%、「障害者歯科医療連携加算」が2.1%であった。

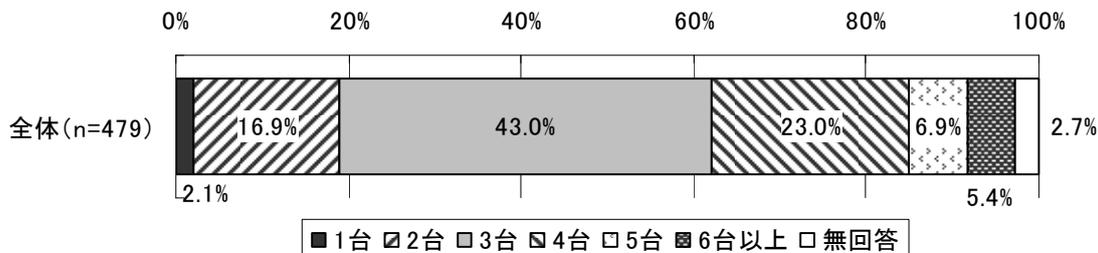
図表 50 施設基準の届出状況（複数回答）



7) 歯科ユニット台数

歯科ユニット台数をみると、「3台」が43.0%で最も多く、次いで「4台」(23.0%)、「2台」(16.9%)となった。

図表 51 歯科ユニット台数



8) 職員数

平成23年6月における1施設あたりの職員数についてみると、常勤職員では、歯科医師が1.2人（標準偏差0.6、中央値1）、歯科衛生士が1.2人（標準偏差1.4、中央値1）、歯科技工士が0.2人（標準偏差0.6、中央値0）、その他の職員が1.5人（標準偏差1.5、中央値1）であった。また、非常勤職員では、歯科医師が0.3人（標準偏差0.8、中央値0）、歯科衛生士が0.5人（標準偏差1.0、中央値0）、歯科技工士が0.0人（標準偏差0.1、中央値0）、その他が0.8人（標準偏差1.7、中央値0）であった。

図表 52 常勤職員数 (n=472)

(単位：人)

	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合計
平均値	1.2	1.2	0.2	1.5	4.1
標準偏差	0.6	1.4	0.6	1.5	2.6
最大値	6	8	7	14	22
最小値	0	0	0	0	1
中央値	1	1	0	1	4

図表 53 非常勤職員数 (n=472)

(単位：人)

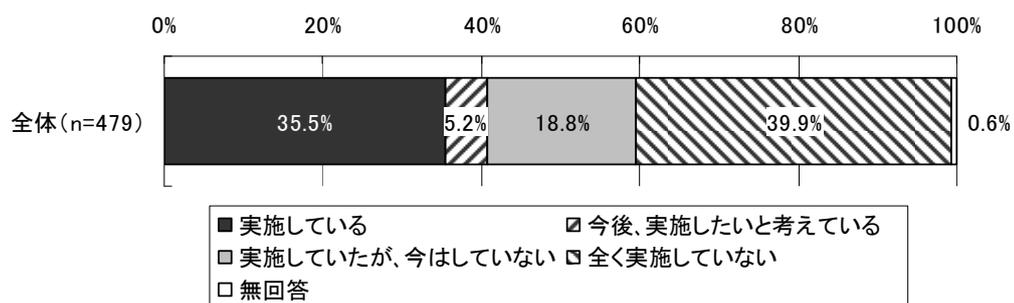
	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合計
平均値	0.3	0.5	0.0	0.8	1.5
標準偏差	0.8	1.0	0.1	1.7	2.6
最大値	10	8	1	19	24
最小値	0	0	0	0	0
中央値	0	0	0	0	1

② 歯科訪問診療の実施状況等

1) 歯科訪問診療の実施状況

歯科訪問診療の実施状況を見ると、「実施している」が 35.5%、「今後、実施したいと考えている」が 5.2%、「実施していたが、今はしていない」が 18.8%、「全く実施していない」が 39.9%であった。

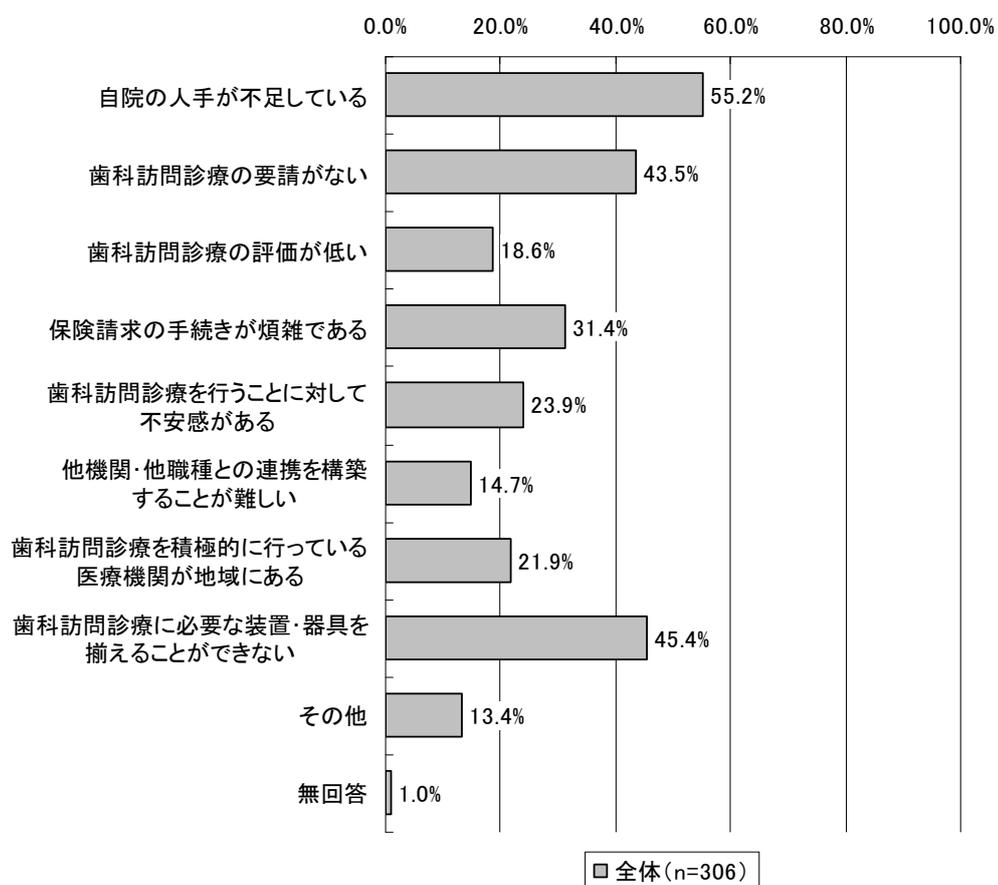
図表 54 歯科訪問診療の実施状況



2) 歯科訪問診療を実施していない理由

歯科訪問診療を実施していない施設についてその理由をみると、「自院の人手が不足している」が55.2%で最も多く、次いで「歯科訪問診療に必要な装置・器具を揃えることができない」(45.4%)、「歯科訪問診療の要請がない」(43.5%)、「保険請求の手続きが煩雑である」(31.4%)、「歯科訪問診療を行うことに対して不安感がある」(23.9%)、「歯科訪問診療を積極的に行っている医療機関が地域にある」(21.9%)となった。

図表 55 歯科訪問診療を実施していない理由
(歯科訪問診療を実施していない施設、複数回答)

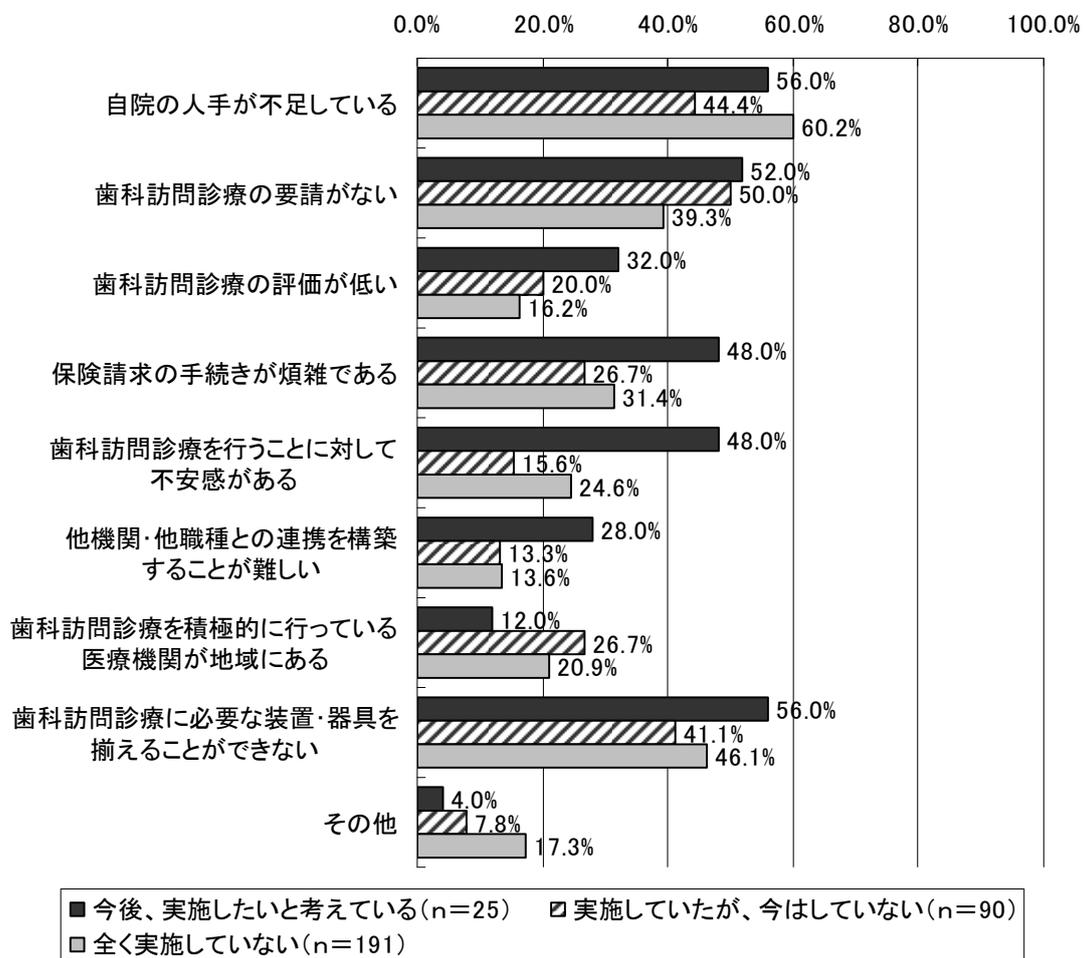


(注) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「歯科医師の年齢、体力的に難しい」(10件)、「時間的な余裕がない」(5件)、「在宅でできる治療内容に限界があるため」(3件)等となった。

歯科訪問診療を実施していない理由を歯科訪問診療の実施状況別にみると、「今後、実施したいと考えている」施設では「自院の人手が不足している」「歯科訪問診療に必要な装置・器具を揃えることができない」（ともに56.0%）、「歯科訪問診療の要請がない」（52.0%）が5割を超えた。これ以外にも「歯科訪問診療を積極的に行っている医療機関が地域にある」を除く全て項目について、他の施設と比較して回答割合が高かった。

また、歯科訪問診療を「実施していたが、今はしていない」施設では、「歯科訪問診療の要請がない」（50.0%）が、「全く実施していない」施設では「自院の人手が不足している」（60.2%）が最も割合が高かった。

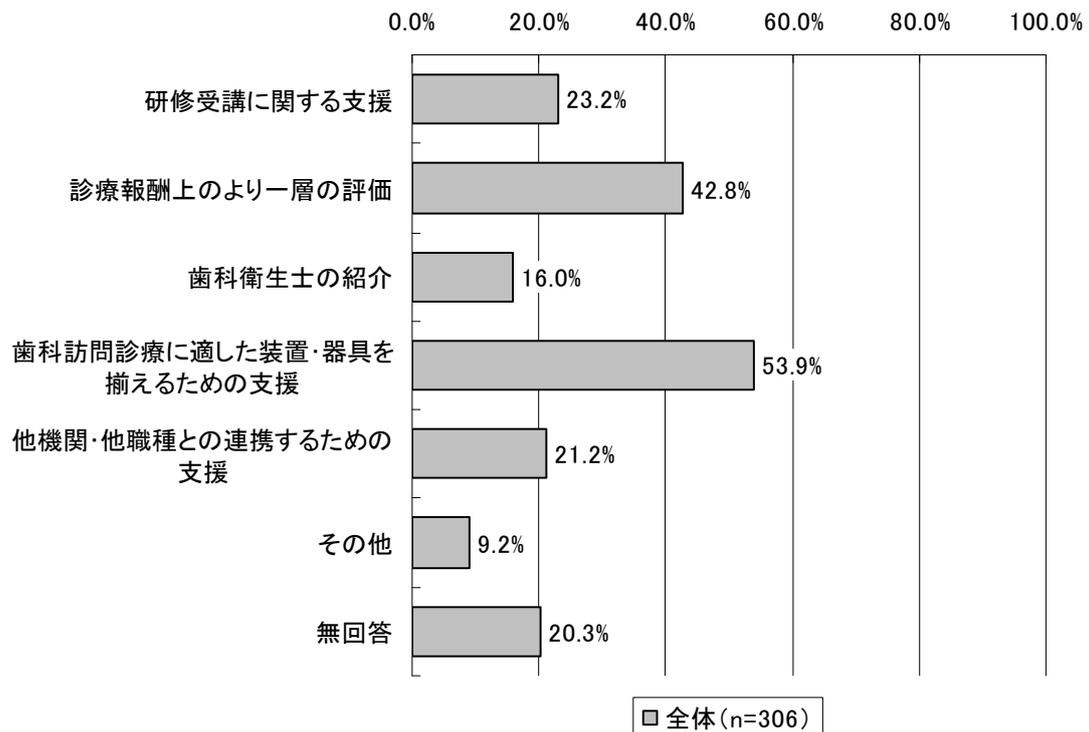
図表 56 歯科訪問診療を実施していない理由
（歯科訪問診療の実施状況別、複数回答）



3) 歯科訪問診療を始めるために希望する支援

歯科訪問診療を始めるために希望する支援をみると、「歯科訪問診療に適した装置・器具を揃えるための支援」が 53.9%で最も多く、次いで「診療報酬上のより一層の評価」(42.8%)、「研修受講に関する支援」(23.2%)、「他機関・他職種との連携するための支援」(21.2%)となった。

図表 57 歯科訪問診療を始めるために希望する支援（複数回答）



(注) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「訪問歯科診療を始めることは考えていない」(7件)、「患者からの要請」(3件)等となった。

③歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について

本調査では、歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等を自由記述形式で記載いただいた。主な意見を以下にとりまとめた。

○診療報酬上のより一層の評価

- ・ 訪問診療での準備、時間、機材等コストがかかるわりには、評価・保険点数が低い。
- ・ 全身疾患を持つ患者が多く（ほとんど）リスクを背負うわりに評価が低い。
- ・ 器具の準備、使用後の消毒、往復の時間等を考えると診療報酬の評価があまりにも低すぎる。

○施設要件の緩和

- ・ 同じ施設で同じ診療（たとえば義歯調整）をして、1人目と2人目で点数が変わるのは患者に説明しにくい。
- ・ 訪問1と訪問2をなくして訪問でいいと思う。同一の居宅あるいは病院内で均等に診療できるようにしてほしい。
- ・ 重度の心臓疾患があり歩行困難でなく他科は外来で通院しているが、往診の条件に適合せず、歯科の外来に通ってもらったが、治療して1週間後に当患者が亡くなられた。「歩行困難」の解釈の範囲を拡げてほしい。
- ・ 活用器具の整備の金銭的な負担が大きい。

○時間要件の緩和

- ・ 20分以上診療しないと歯科訪問診療料が算定できないのは不合理である。20分未満の治療時間しか要しない歯科訪問診療でもそのための準備や出向くためのコストは同じであり、20分で区別する理由は全くないと思う。訪問診療はすべて同じ評価としてほしい。
- ・ 点数は低くなっていいから20分の縛りをなくして欲しい。

○交通費・駐車場

- ・ 患者から交通費など実費で取りにくいので点数化されないだろうか。
- ・ 訪問先の駐車場の確保が困難なケースがある。

○事務処理の簡素化

- ・ 医療保険において情報提供書等事務的に大変な時間を要する。もっと簡略化してほしい。
- ・ 訪問歯科診療と居宅管理の書類が多く、事務にとられる時間が多い。

○他機関・他職種との連携するための支援

- ・ 医科や他業種との連携をもっと行いたい、なかなかスムーズにいかない。
- ・ 医歯看衛の連携。

○時間を確保することが困難

- ・ 歯科医師が1人の場合、患者側とこちらの診療希望時間の調整が困難な場合がある。
- ・ 歯科医師が1人のため訪問診療時は医院を休診とする必要がある。遠方からの依頼の場合、往復の時間とあわせて時間調整に苦労する。

○診療内容の制限

- ・ 義歯の修理・調整などの緊急処置はある程度可能であるが、外廻処置・歯痛処置などは、十分な処置ができないことが多い。
- ・ 有病者がほとんどなので外科処置が難しい。
- ・ 診療に行った時に、家族からの要望が大きく、実際にできる治療とギャップが大きく、トラブルになりかねない（必要な装置等も用意できない）。
- ・ 診療内容に限られる。当院の場合、マイクロモーターはあるので義歯等の診療は可能であるが、他の診療については困難なことが多い。

○その他

- ・ 全身管理を行いながら、在宅でどこまで診療ができるか不安感がある。具体的に在宅診療を行うための研修があるとよい。
- ・ 歯科衛生士の確保が重要。
- ・ 歯科の訪問診療があること自体を知らない方がまだ多いようである。
- ・ 非常にリスクが高い患者が多く、医療事故のリスクが高い。
- ・ ①歯科訪問診療ではごく限られた治療しかできない。②歯科訪問診療を希望される方の中には、移動手段や介助の手が足りず医院まで通院できない方もかなりの数いる。③①、②から考えて、通院の部分個人に負担させない（手配や費用等）仕組みを作り、医院での治療を進めるべきで、移動の不可能（また、認知症状の進行した方等）の方に関しては、訪問診療でやれる範囲でやるというのがよいと思う。

7. 在宅歯科医療の患者調査結果概要

【調査対象等】

調査対象：「在宅歯科医療の実施状況調査」の対象施設で調査日に「歯科訪問診療」を受けた患者を対象とした。

ただし、1施設につき最大2名の患者を対象とした。

回答数：507人

回答者：患者本人、家族または医療・介護関係者

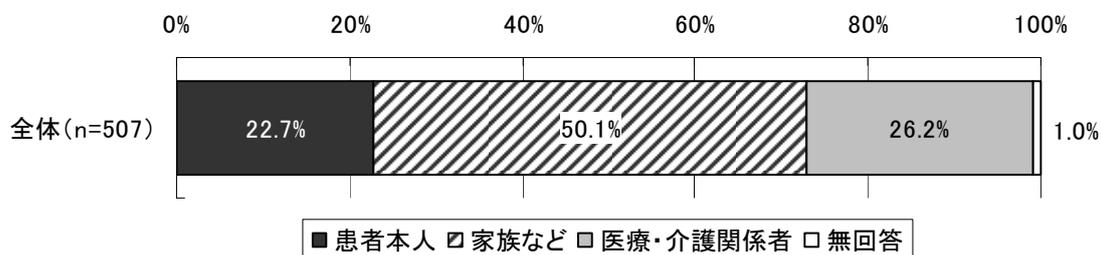
調査方法：調査対象施設を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収した。

①回答者の属性

0) 調査票の記入者

調査票の記入者をみると、「患者本人」が22.7%、「家族など」が50.1%、「医療・介護関係者」が26.2%であった。

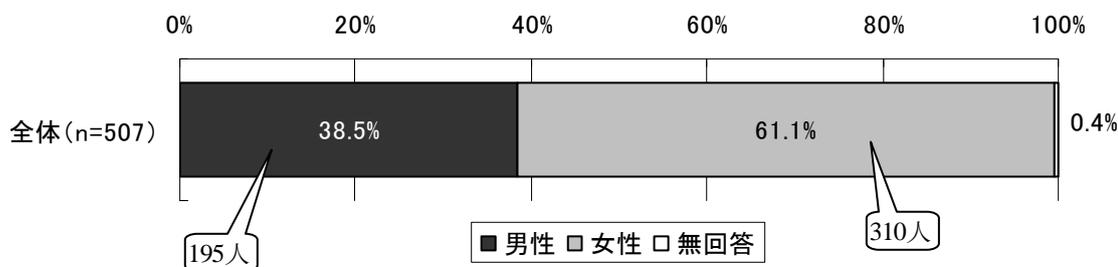
図表 58 調査票の記入者



1) 患者の性別

患者の性別をみると、「男性」が38.5%（195人）、「女性」が61.1%（310人）であった。

図表 59 患者の性別



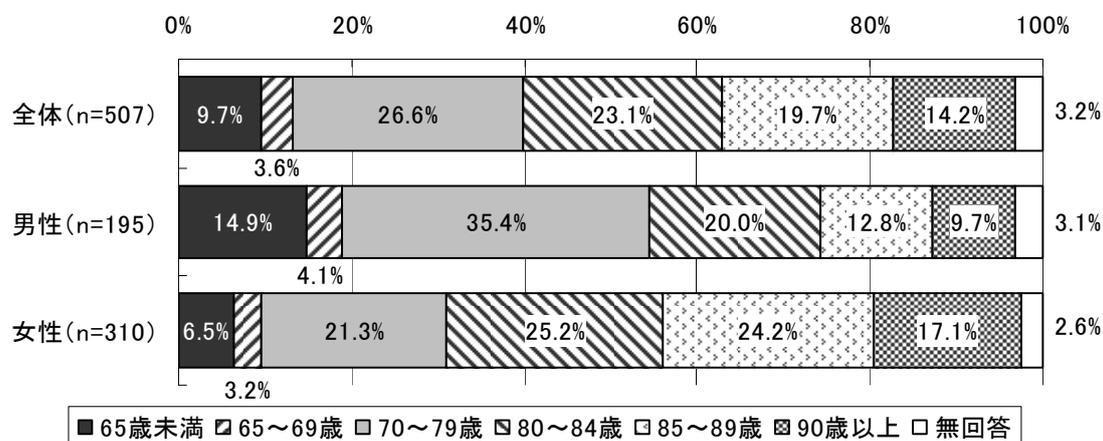
2) 患者の年齢

患者の年齢をみると、全体では「70～79歳」が26.6%で最も多く、次いで「80～84歳」(23.1%)、「85～89歳」(19.7%)となった。

男女別にみると、男性では「70～79歳」が35.4%で最も多く、次いで「80～84歳」(20.0%)、「65歳未満」(14.9%)となった。女性では「80～84歳」が25.2%で最も多く、次いで「85～89歳」(24.2%)、「70～79歳」(21.3%)となった。

患者の平均年齢をみると、全体では79.2歳(標準偏差11.7、中央値81)、男性では75.9歳(標準偏差13.2、中央値78)、女性では81.3歳(標準偏差10.1、中央値83)となり、女性の方が男性と比較して高かった。

図表 60 患者の年齢分布(男女別)



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

図表 61 年齢(男女別)

(単位：歳)

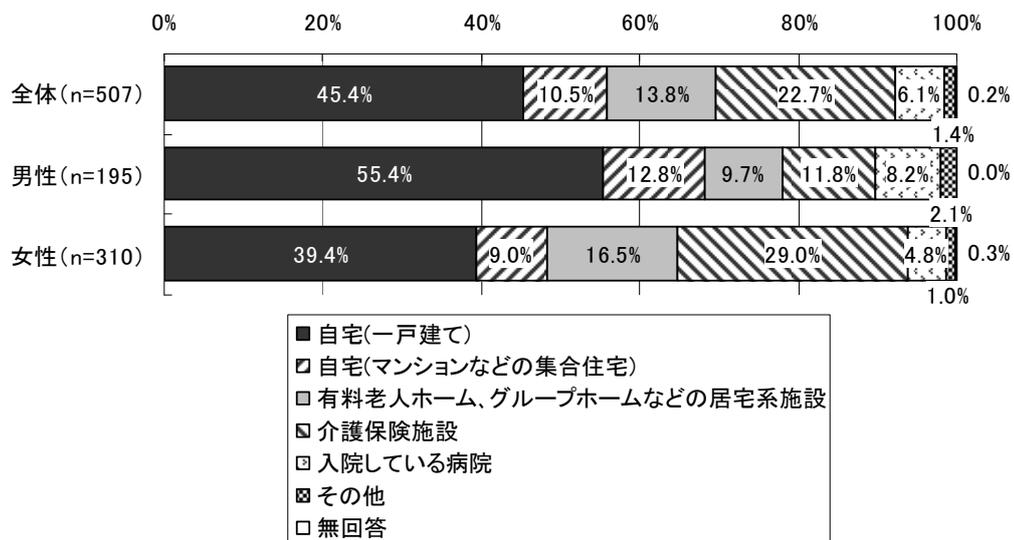
	人数(人)	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	491	79.2	11.7	101	9	81
男性	189	75.9	13.2	100	9	78
女性	302	81.3	10.1	101	35	83

3) 受診した場所

受診した場所をみると、全体では「自宅（一戸建て）」が45.4%で最も多く、次いで「介護保険施設」（22.7%）、「有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設」（13.8%）、「自宅（マンションなどの集合住宅）」（10.5%）、「入院している病院」（6.1%）となった。

男女別にみると、男性では「自宅（一戸建て）」が55.4%で最も多く、次いで「自宅（マンションなどの集合住宅）」（12.8%）、「介護保険施設」（11.8%）「有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設」（9.7%）、「入院している病院」（8.2%）となった。女性では「自宅（一戸建て）」が39.4%で最も多く、次いで「介護保険施設」（29.0%）、「有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設」（16.5%）、「自宅（マンションなどの集合住宅）」（9.0%）、「入院している病院」（4.8%）となった。男性は女性と比較して「自宅（一戸建て）」が16.0ポイント高く、子女性は男性と比較して「介護保険施設」が17.2ポイント高かった。

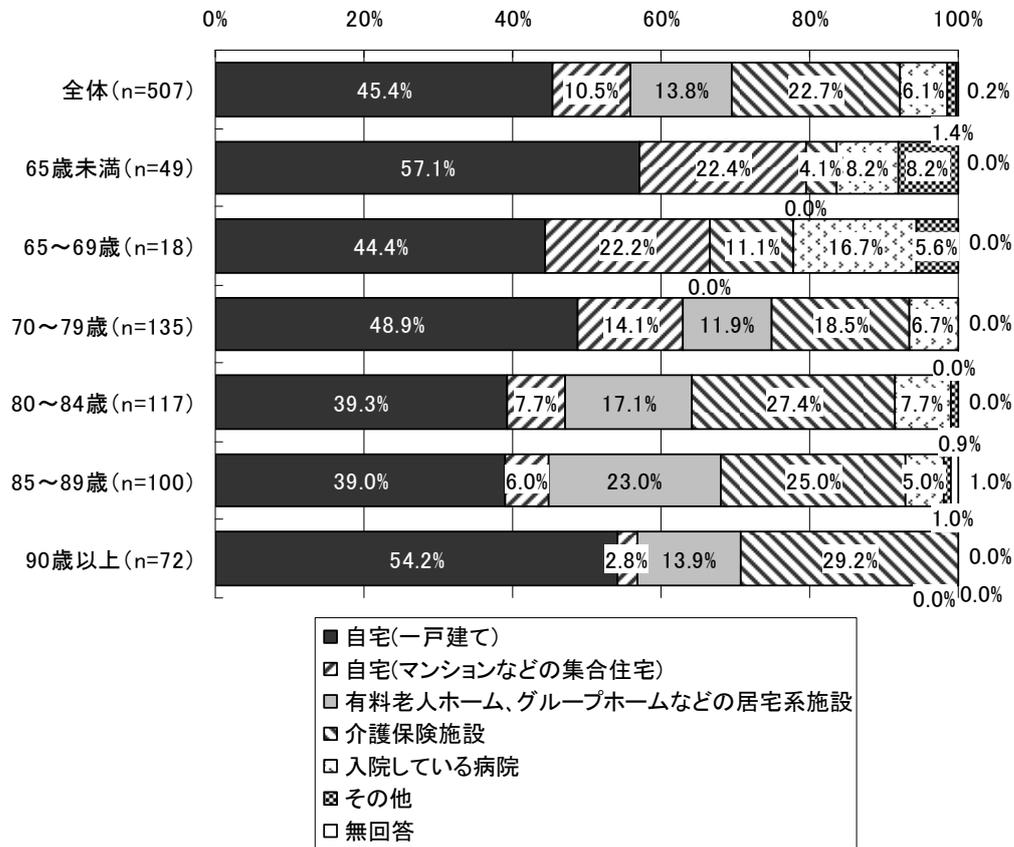
図表 62 受診した場所（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

受診した場所を年齢階級別にみると、いずれの年齢階級においても「自宅（一戸建て）」が最も多かった。特に、65歳未満と90歳以上では半数を超えた。

図表 63 受診した場所（年齢階級別）



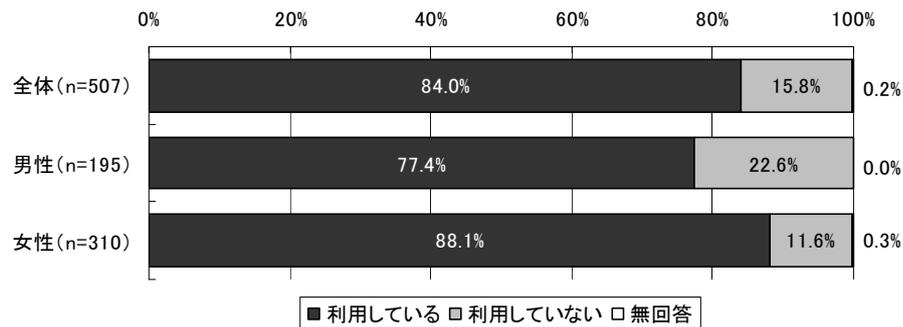
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

4) 介護保険の利用状況

介護保険の利用状況は、全体では「利用している」が84.0%、「利用していない」が15.8%となった。

男女別にみると、男性では「利用している」が77.4%、「利用していない」が22.6%であり、女性では「利用している」が88.1%、「利用していない」が11.6%であった。女性の方が男性と比較して「利用している」が10.7ポイント高かった。

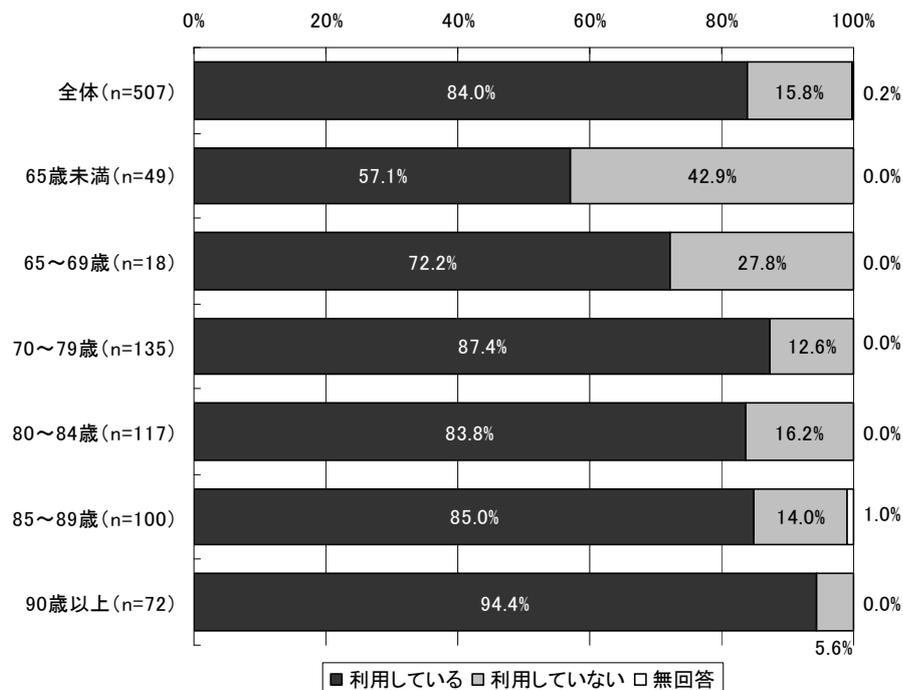
図表 64 介護保険の利用状況（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

介護保険の利用状況を年齢階級別にみると、年齢階級が上がるにつれ「利用している」の回答割合が高くなる傾向がみられた。

図表 65 介護保険の利用状況（年齢階級別）



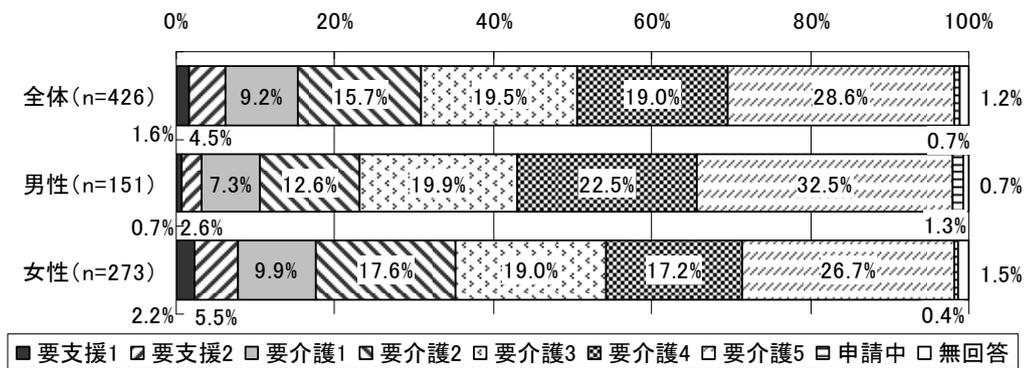
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

5) 要介護度

要介護度をみると、全体では「要介護5」が28.6%で最も高く、次いで「要介護3」(19.5%)、「要介護4」(19.0%)となった。

男女別にみると、男性では「要介護5」が32.5%で最も多く、次いで「要介護4」(22.5%)、「要介護3」(19.9%)、「要介護2」(12.6%)となった。女性では「要介護5」が26.7%で最も多く、次いで「要介護3」(19.0%)、「要介護2」(17.6%)、「要介護4」(17.2%)となった。「要介護5」「要介護4」の割合は男性の方が女性よりも高かった。

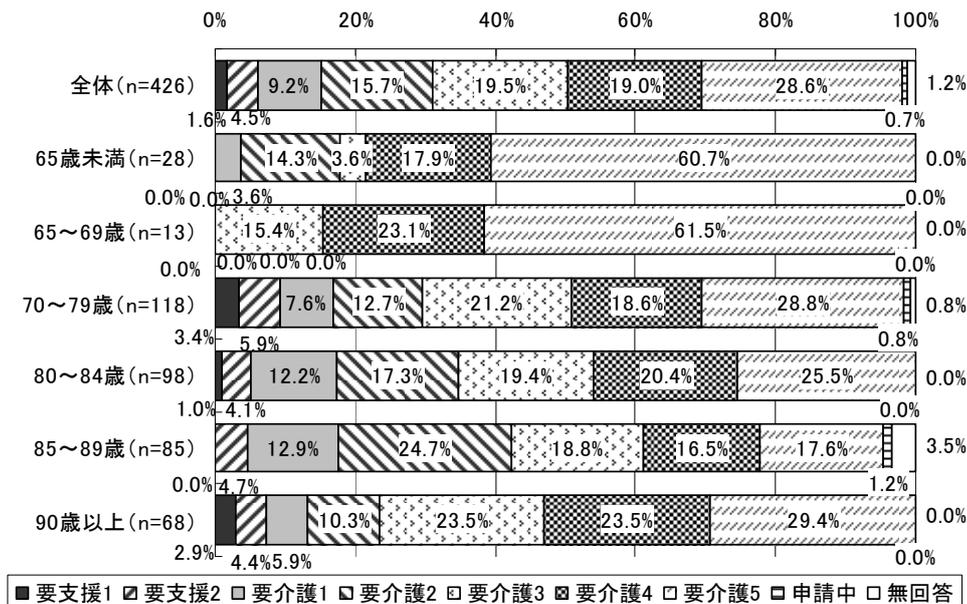
図表 66 要介護度（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

要介護度を年齢階級別にみると、「65歳未満」「65～69歳」では「要介護5」が6割を超えた。

図表 67 要介護度（年齢階級別）



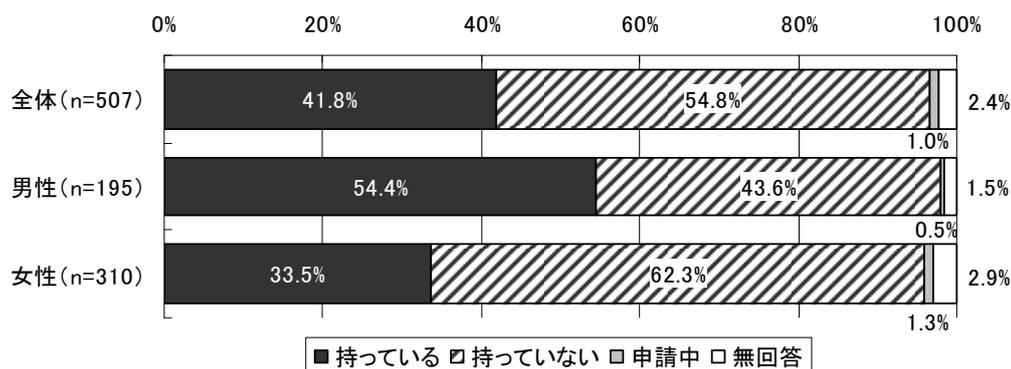
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

6) 障害者手帳の有無

障害者手帳の有無をみると、全体では「持っている」が41.8%、「持っていない」が54.8%であった。

男女別にみると、男性では「持っている」が54.4%、「持っていない」が43.6%、「申請中」が0.5%であった。女性では「持っている」が33.5%、「持っていない」が62.3%、「申請中」が1.3%であった。男性の方が女性と比較して「持っている」の回答割合が20.9ポイント高かった。

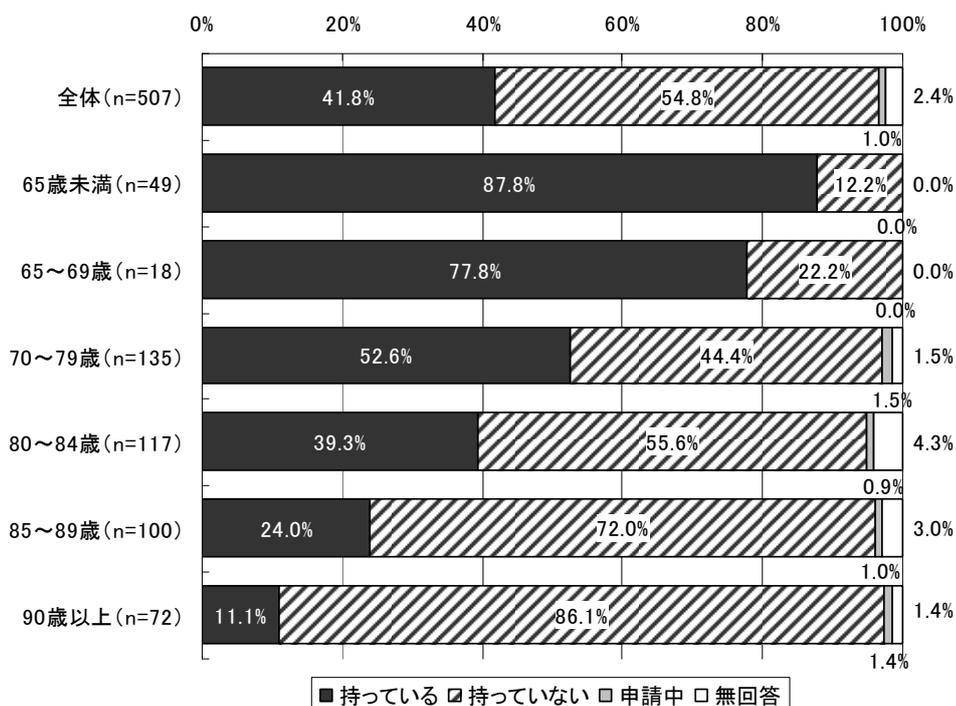
図表 68 障害者手帳の有無（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

障害者手帳の有無を年齢階級別にみると、年齢階級が低いほど「持っている」の割合が高かった。

図表 69 障害者手帳の有無（年齢階級別）



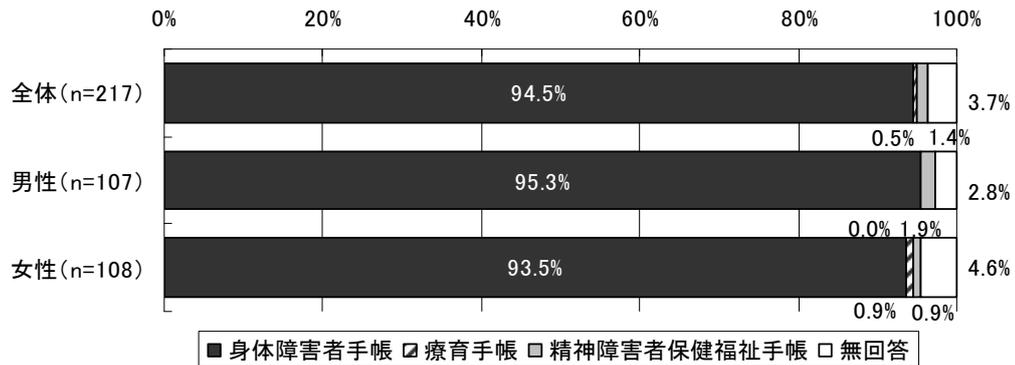
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

7) 障害者手帳の種類

障害者手帳を持っている人の手帳の種類をみると、全体では「身体障害者手帳」が 94.5% となった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

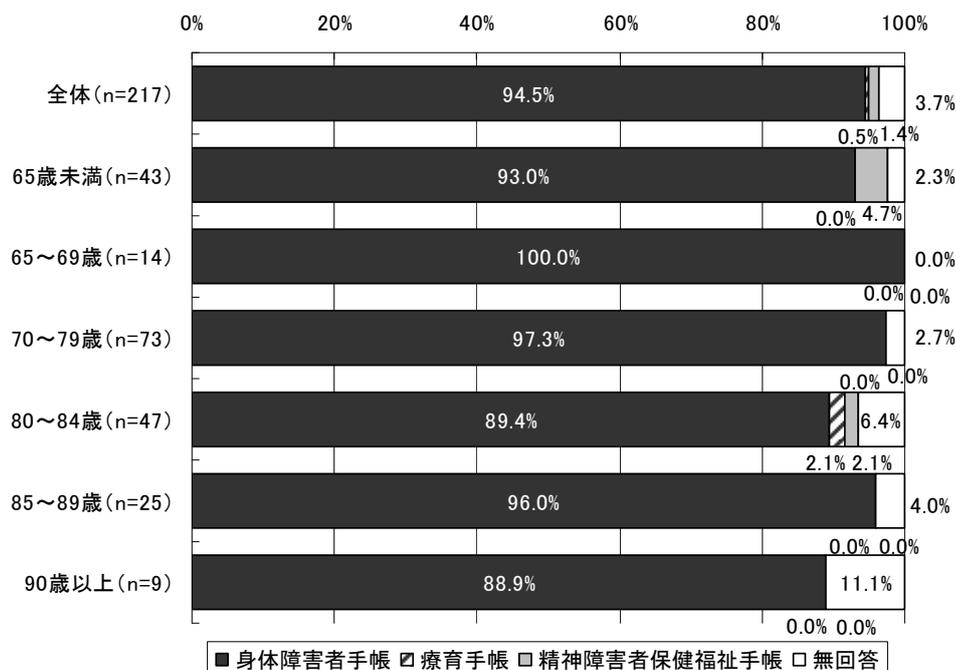
図表 70 手帳の種類（障害者手帳を持っている人）（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の 2 人が含まれる。

障害者手帳を持っている人の手帳の種類を年齢階級別にみると、いずれの年齢階級においても「身体障害者手帳」が最も多くおよそ 9 割を占めた。「65 歳未満」では「精神障害者保健福祉手帳」が 4.7% であり、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 71 手帳の種類（障害者手帳を持っている人）（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答の 16 人が含まれる。

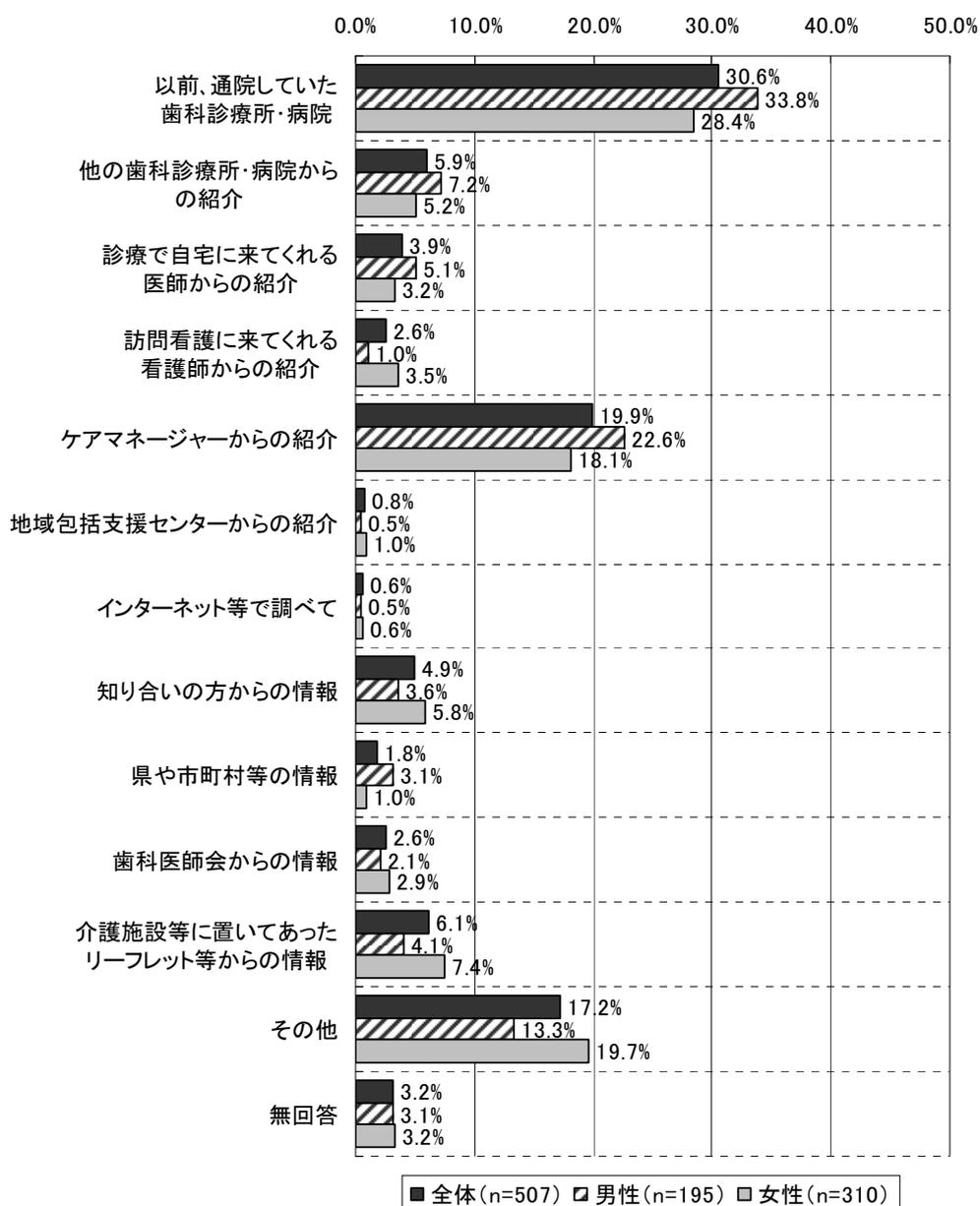
②受診した「歯科訪問診療」について

1) 歯科医師を知ったきっかけ

歯科医師を知ったきっかけをみると、全体では「以前、通院していた歯科診療所・病院」が30.6%で最も多く、次いで「ケアマネージャーからの紹介」(19.9%)となった。

男女別にみると、男性では「以前、通院していた歯科診療所・病院」が33.8%で最も多く、次いで「ケアマネージャーからの紹介」(22.6%)となった。女性では「以前、通院していた歯科診療所・病院」が28.4%で最も多く、次いで「ケアマネージャーからの紹介」(18.1%)となった。この2つの項目については女性と比較して男性の方が割合が高かった。

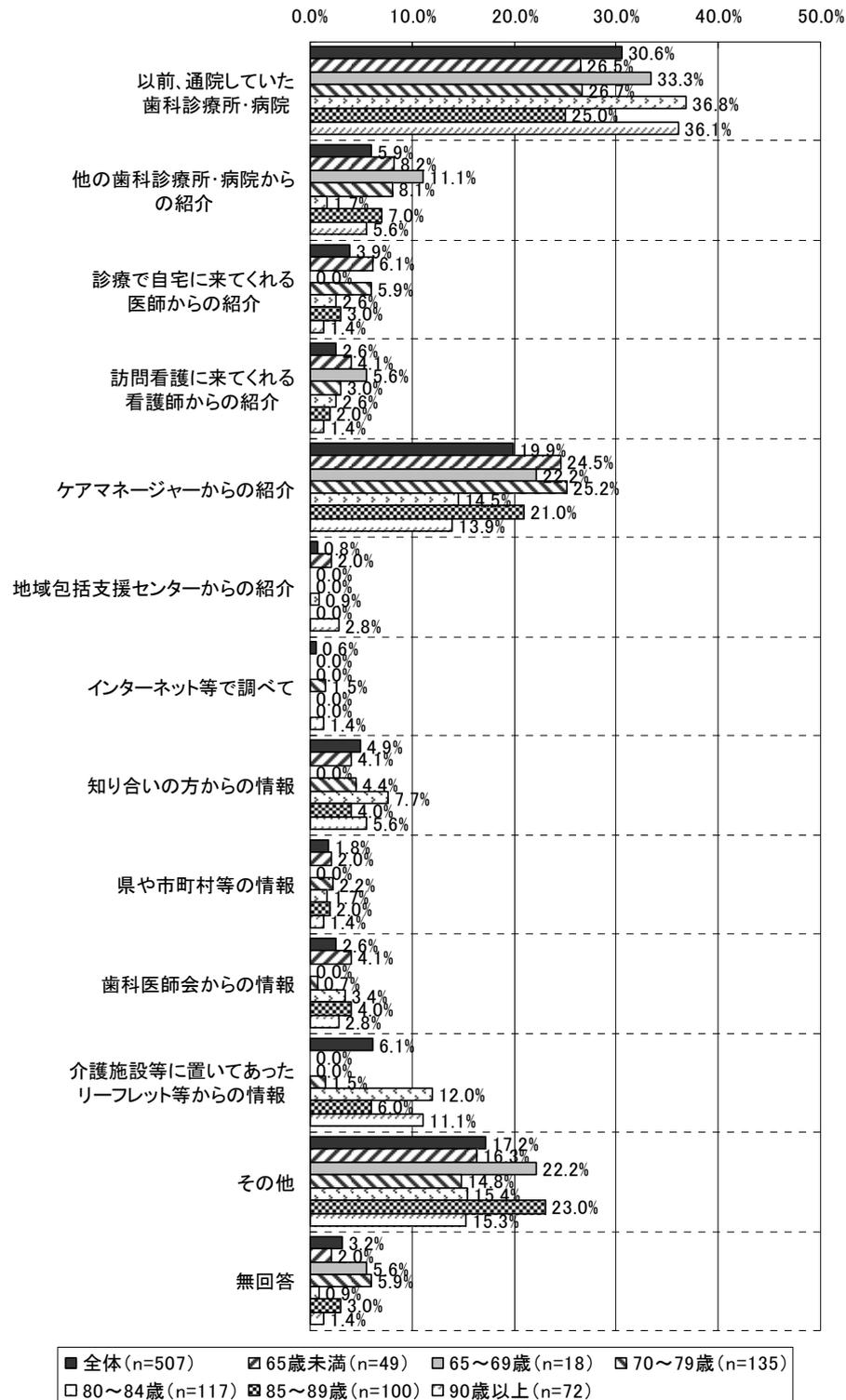
図表 72 歯科医師を知ったきっかけ（男女別、単数回答）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

歯科医師を知ったきっかけを年齢階級別にみると、「80～84歳」「90歳以上」では「以前、通院していた歯科診療所・病院」「介護施設等に置いてあったリーフレット等からの情報」が他の年齢階級と比較して高く、「ケアマネジャーからの紹介」が他の年齢階級より低かった。

図表 73 歯科医師を知ったきっかけ（年齢階級別、単数回答）

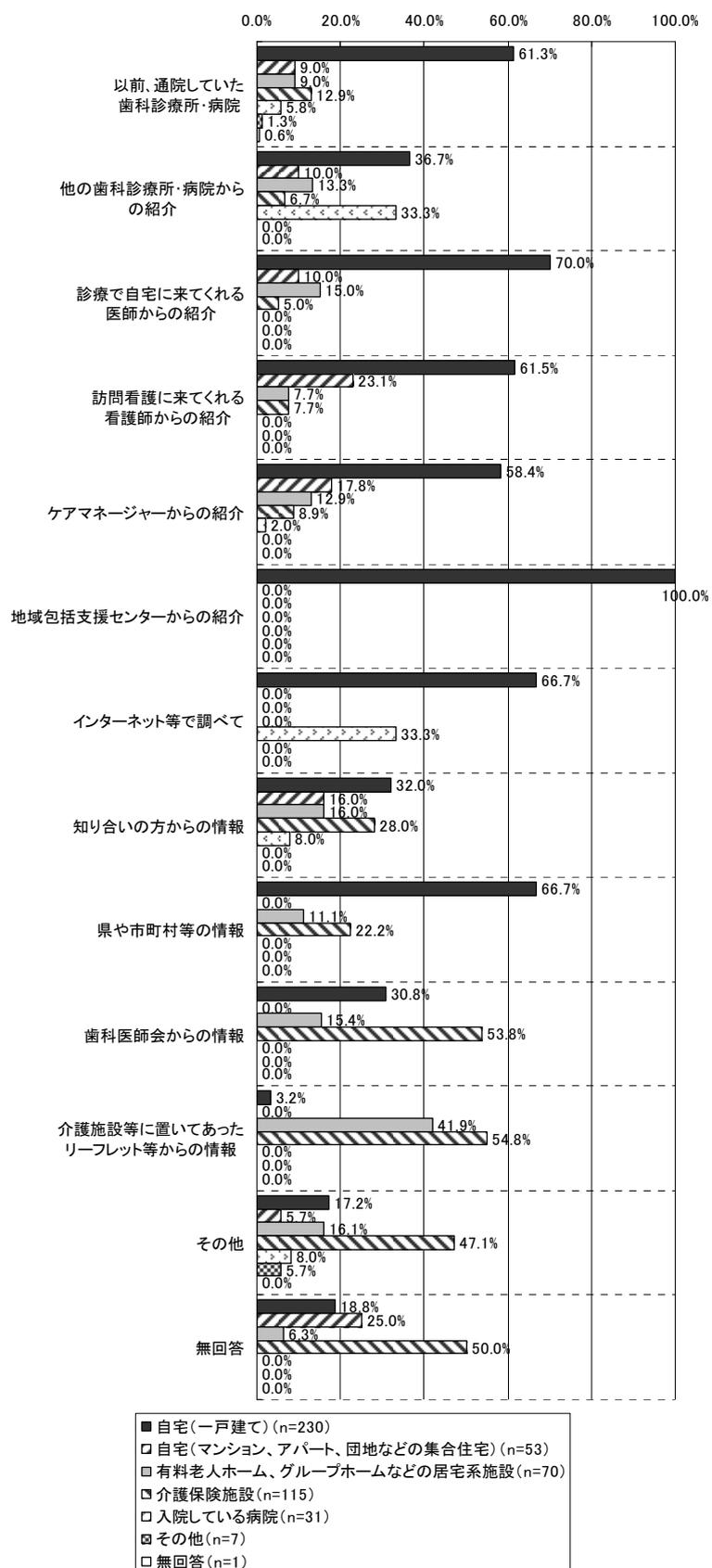


(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

歯科医師を知ったきっかけを受診した場所別にみると、自宅（一戸建て）では「地域包括支援センターからの紹介」（100.0%）が最も高く、次いで「診療で自宅に来てくれる医師からの紹介」（70.0%）、「インターネット等で調べて」「県や市町村等の情報」（いずれも 66.7%）となった。自宅（マンション、アパート、団地などの集合住宅）では「訪問看護に来てくれる看護師からの紹介」（23.1%）が最も高く、次いで「ケアマネージャーからの紹介」（17.8%）となった。有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設では「介護施設等に置いてあったリーフレット等からの情報」（41.9%）が、介護保険施設では「介護施設等においてあったリーフレット等からの情報」（54.8%）、「歯科医師会からの情報」（53.8%）、入院している病院では「インターネット等で調べて」（33.3%）と回答した割合が高かった。

自宅（一戸建て）では、他の受診場所と比較して多くの項目で割合が高かった。

表 74 歯科医師を知ったきっかけ（受診した場所別、単数回答）

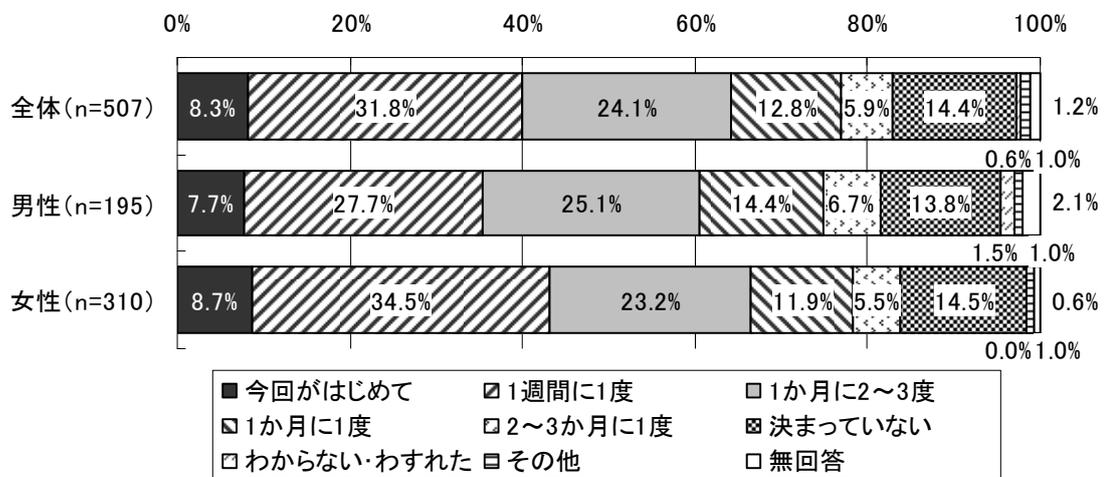


2) 診療を受ける頻度

診療を受ける頻度をみると、全体では「1週間に1度」が31.8%で最も多く、次いで「1か月に2～3度」(24.1%)、「決まっていない」(14.4%)、「1か月に1度」(12.8%)となった。

男女別にみると、男性では「1週間に1度」が27.7%で最も多く、次いで「1か月に2～3度」(25.1%)、「1か月に1度」(14.4%)となった。女性では「1週間に1度」(34.5%)が最も多く、次いで「1か月に2～3度」(23.2%)、「決まっていない」(14.5%)となった。女性では男性と比較して「1週間に1度」の割合が6.8ポイント高かった。

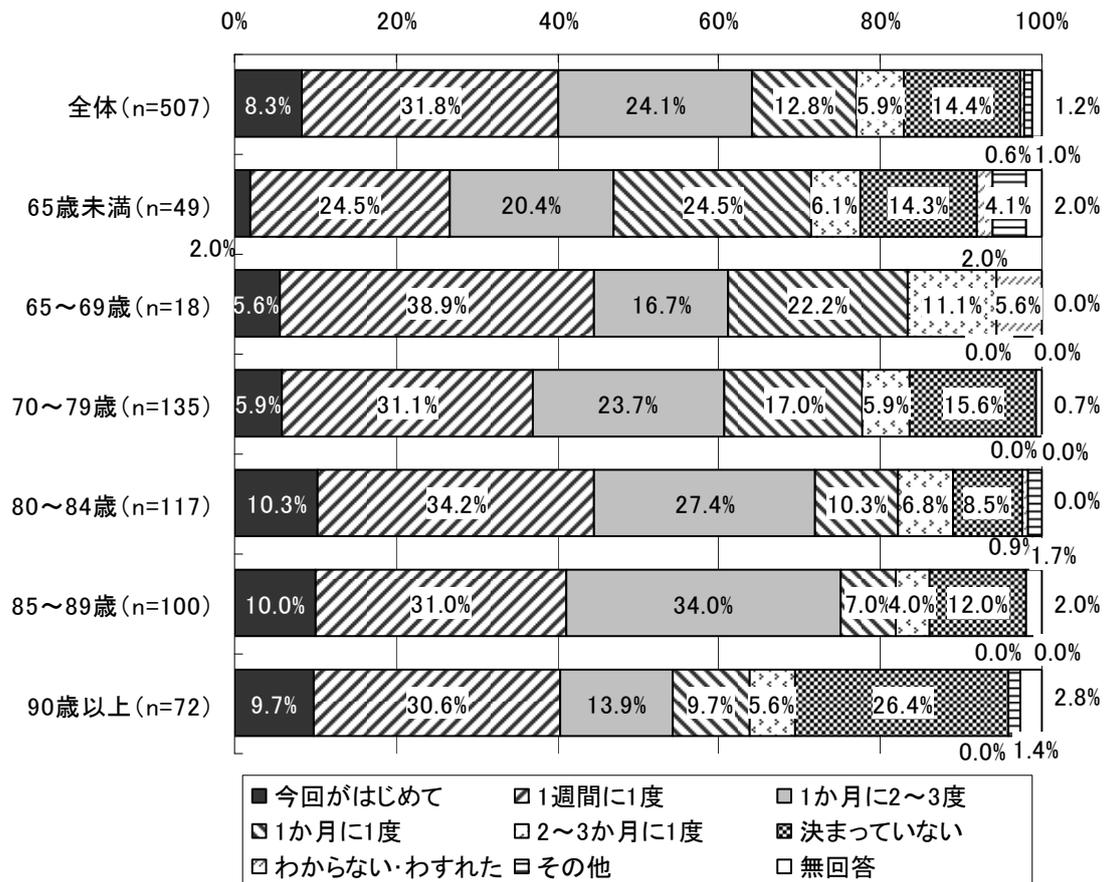
図表 75 診療を受ける頻度（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

診療を受ける頻度を年齢階級別にみると、90歳以上では「決まっていない」が他の年齢階級と比較して割合が高かった。また、80歳以上では80歳未満と比較して「今回がはじめて」という回答割合が高かった。

図表 76 診療を受ける頻度（年齢階級別）



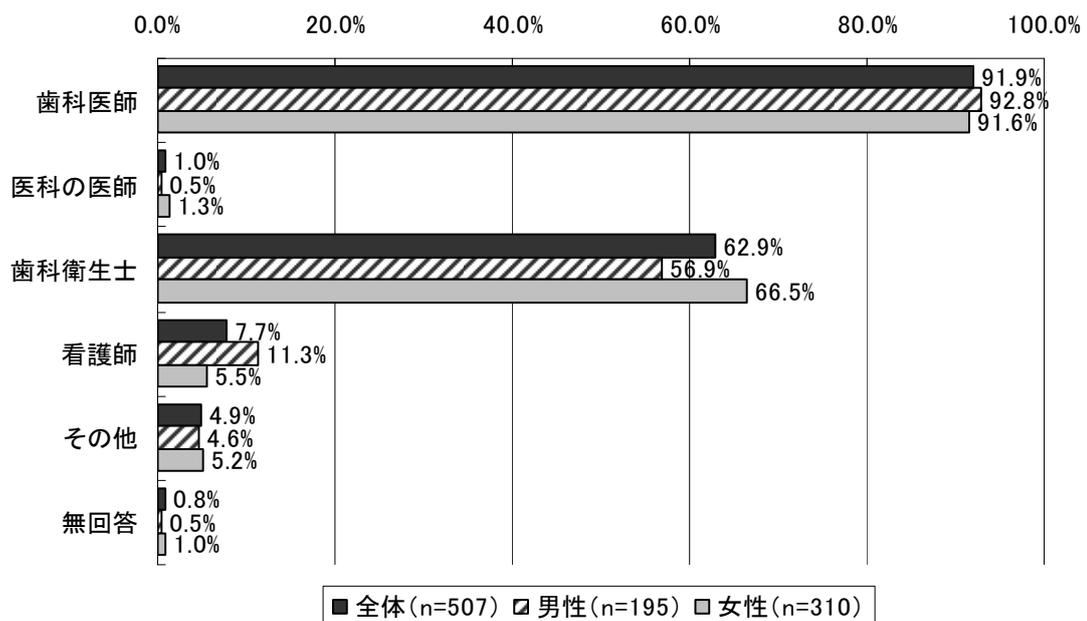
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

3) 診療に来た医療関係者

診療に来た医療関係者をみると、全体では「歯科医師」が 91.9%で最も多く、次いで「歯科衛生士」(62.9%)であった。

男女別にみると、いずれも「歯科医師」が9割を超えた。男女ともに、次いで「歯科衛生士」が高かったが、女性の方が男性と比較して9.6ポイント高かった。

図表 77 診療に来た医療関係者（男女別、複数回答）

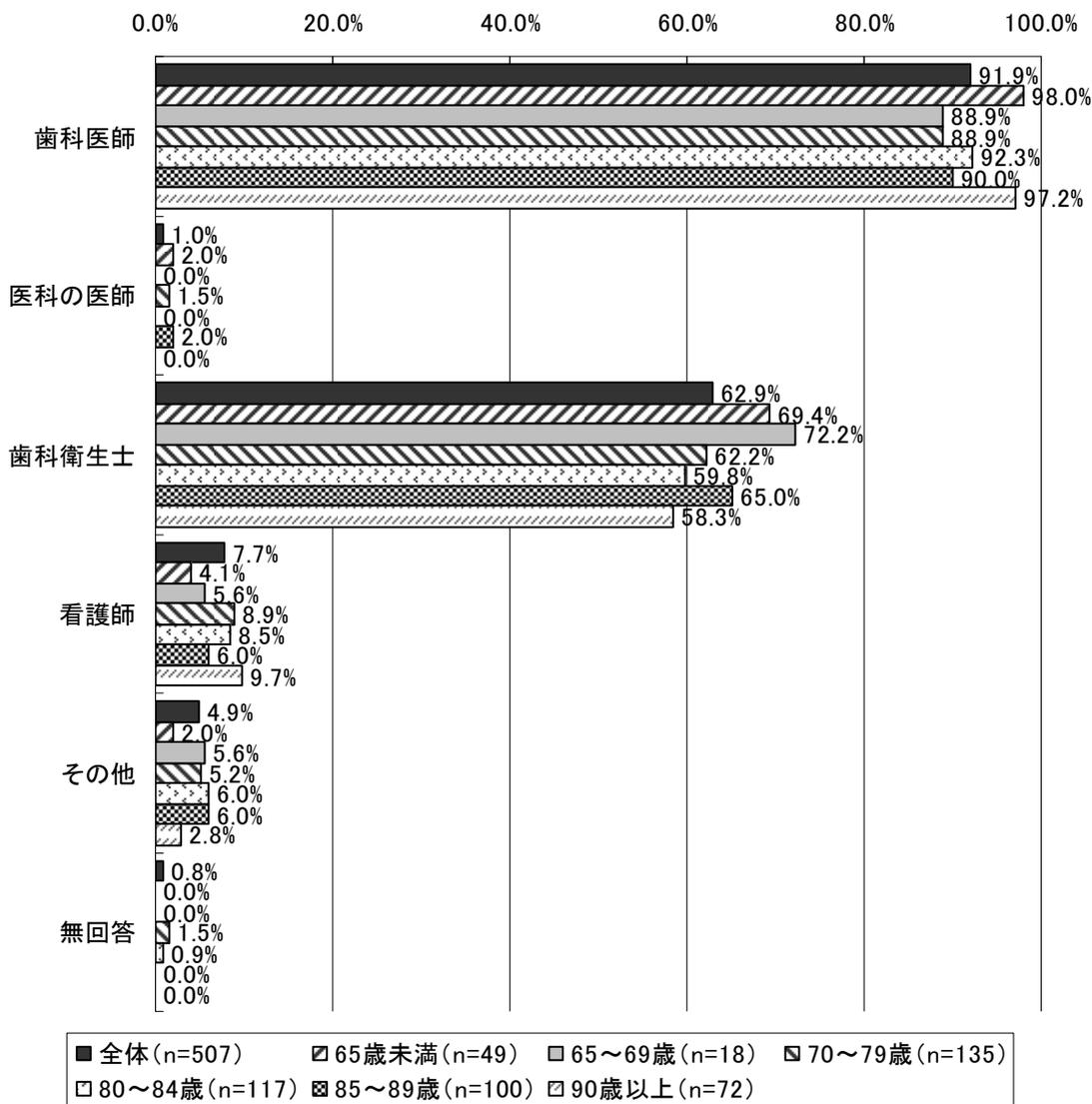


(注1) 「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

(注2) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「歯科助手」(13件)、「マネージャー」(3件)等となった。

診療に来た医療関係者を年齢階級別にみると、65～69歳で「歯科衛生士」の回答割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 78 診療に来た医療関係者（年齢階級別、複数回答）

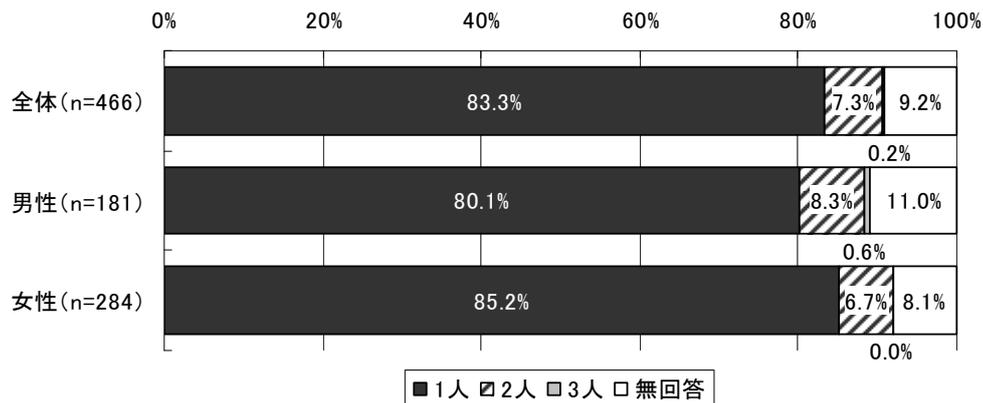


(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

診療に来た歯科医師の人数をみると、全体では「1人」が83.3%と最も多く、次いで「2人」(7.3%)であった。

男女別にみると、男性では「1人」が80.1%、「2人」が8.3%、「3人」が0.6%であった。女性では「1人」が85.2%、「2人」が6.7%であった。

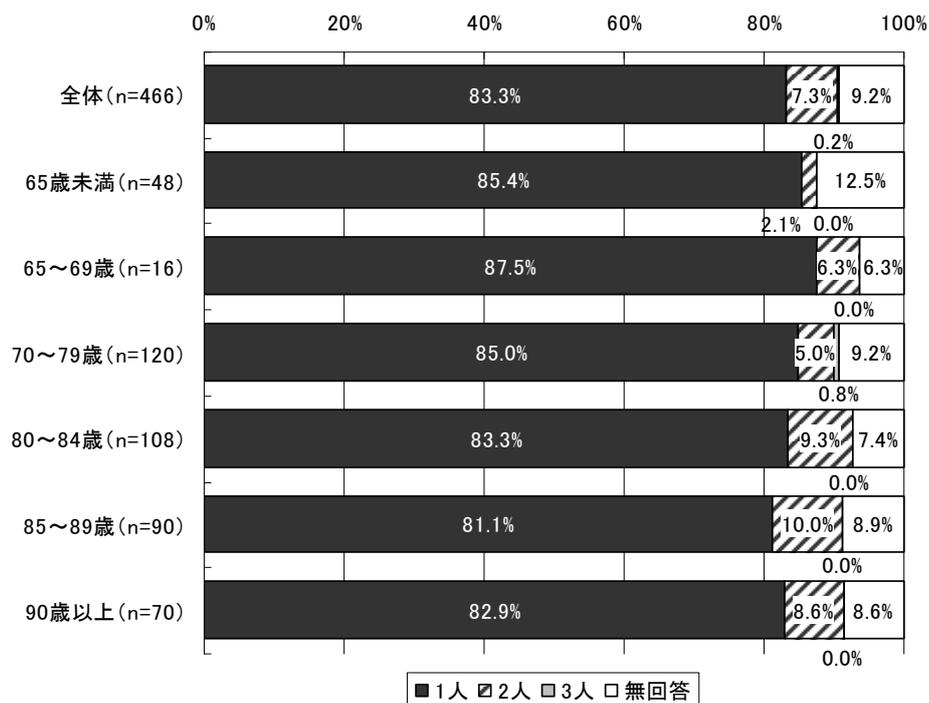
図表 79 診療に来た歯科医師の人数（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

診療に来た歯科医師の人数を年齢階級別にみると、80歳以上では80歳未満と比較して「2人」の回答割合が高かった。

図表 80 診療に来た歯科医の人数（年齢階級別）



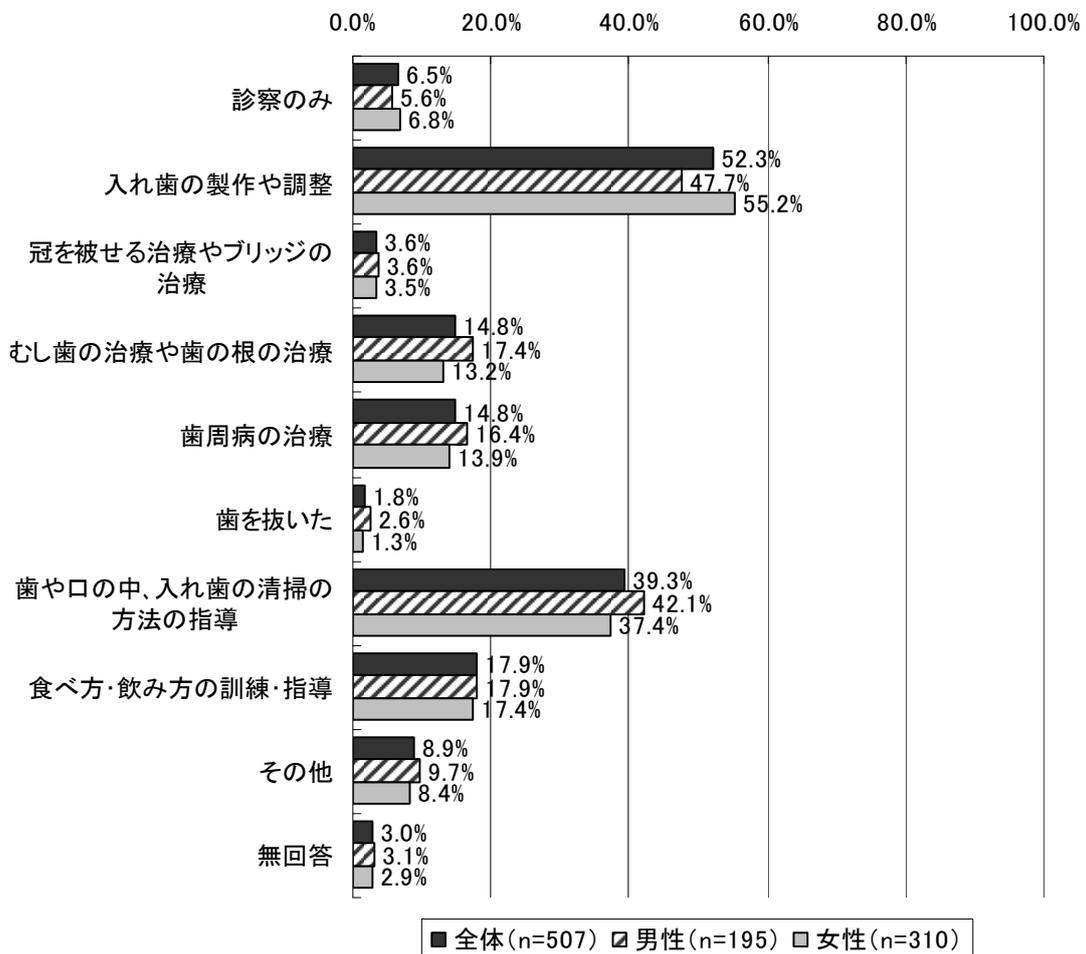
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

4) 診療内容

診療内容をみると、全体では「入れ歯の製作や調整」が 52.3%で最も多く、次いで「歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導」(39.3%)、「食べ方・飲み方の訓練・指導」(17.9%)、「むし歯の治療や歯の根の治療」(14.8%)であった。

男女別にみると、男性では「入れ歯の製作や調整」が 47.7%で最も多く、次いで「歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導」(42.1%)となった。女性でも同様に、「入れ歯の製作や調整」が 55.2%で最も多く、次いで「歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導」(37.4%)であった。女性では男性と比較して 7.5 ポイント高かった。

図表 81 診療内容（男女別、複数回答）

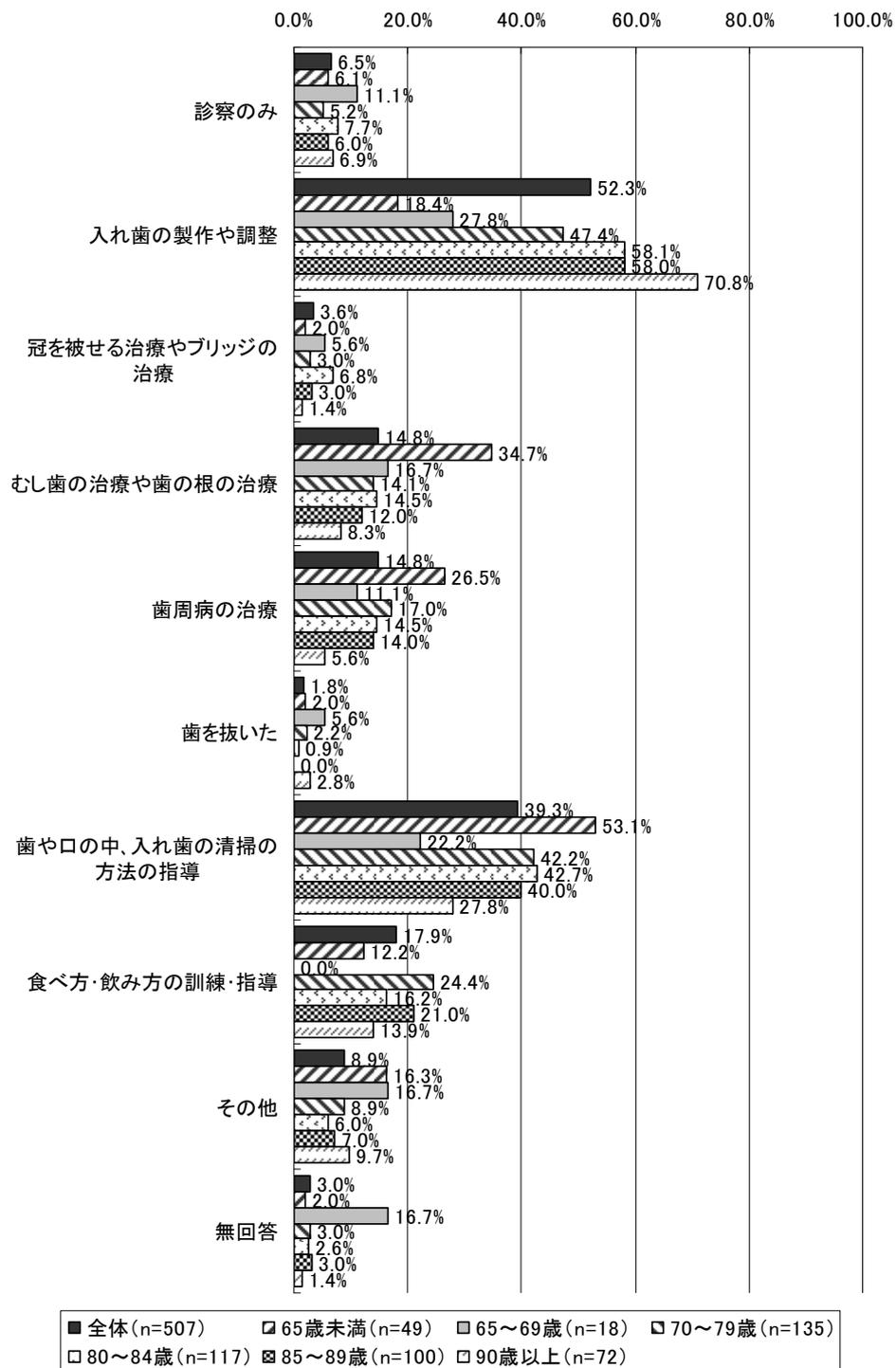


(注1) 「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

(注2) 「その他」を回答した施設について、その内容を整理すると、「口腔ケア」(26件)等となった。

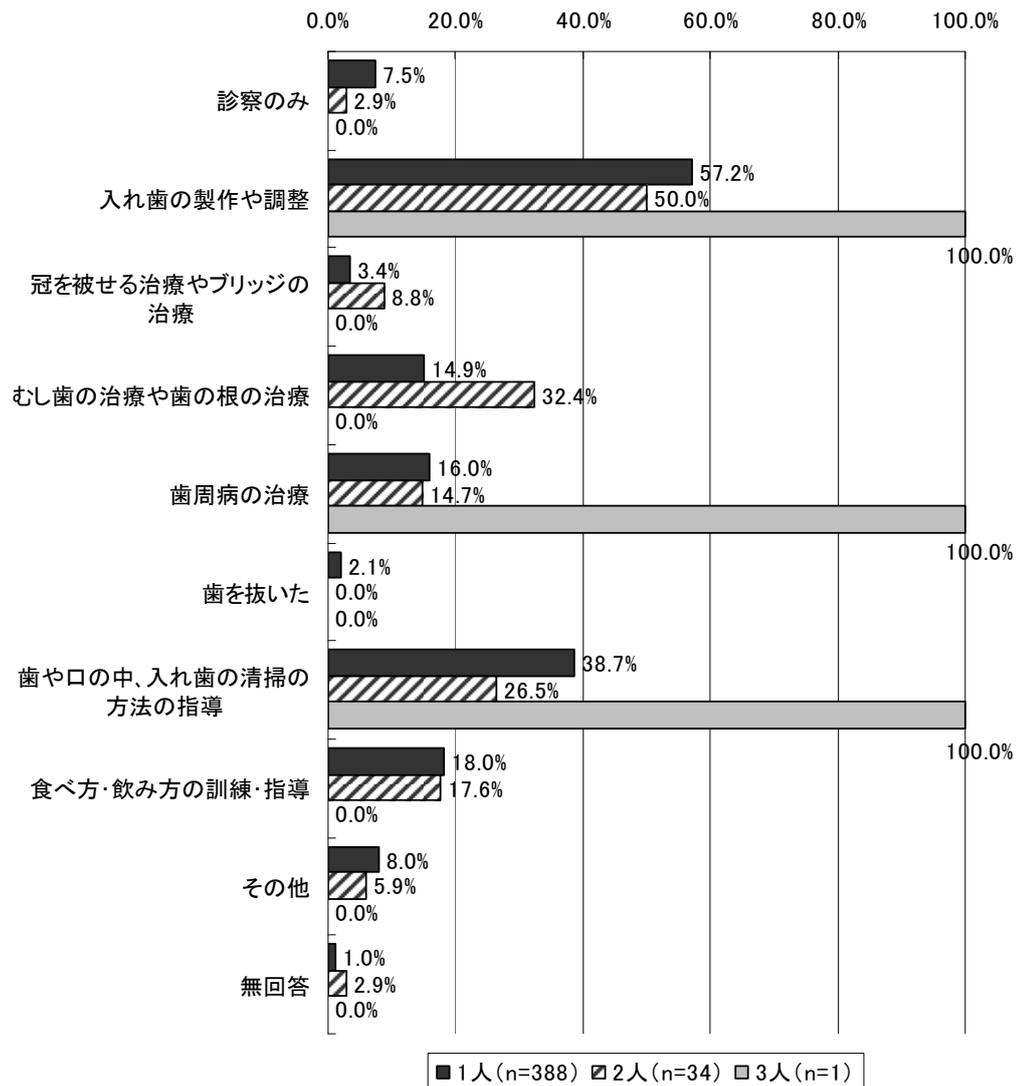
診療内容を年齢階級別にみると、「入れ歯の製作や調整」は年齢階級が高くなるにつれ回答割合も高くなる傾向がみられた。また、65歳未満では「むし歯の治療や歯の根の治療」の回答割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 82 診療内容（年齢階級別、複数回答）



診療内容を診療に来た歯科医師の人数別にみると、1人では「入れ歯の製作や調整」が57.2%で最も多く、次いで「歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導」(38.7%)となった。また、2人では、1人と同様に「入れ歯の製作や調整」が50.0%が最も多いが、2番目に多かったのは「むし歯の治療や歯の根の治療」(32.4%)であった。

図表 83 診療内容（診療に来た歯科医師の人数別、複数回答）

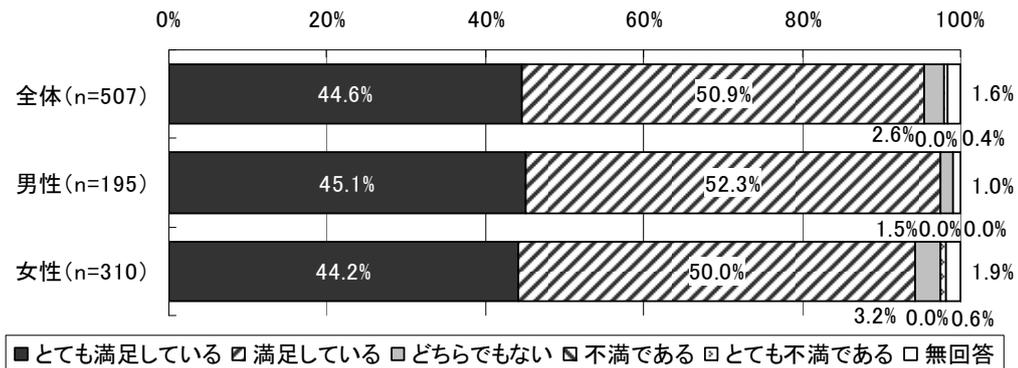


5) 歯科訪問診療を受診しての満足度

歯科訪問診療を受診しての満足度をみると、全体では「満足している」（「とても満足している」と「満足している」の合計）が95.5%と高かった。

男女別にみると、「満足している」（「とても満足している」と「満足している」の合計）が男女ともに90%を超えた。

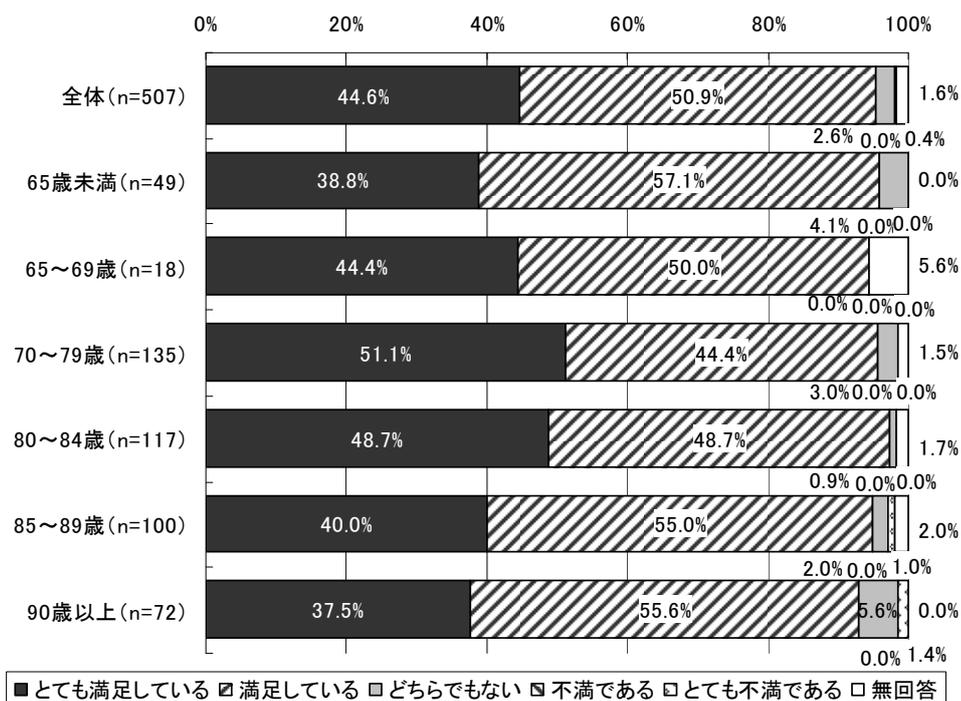
図表 84 歯科訪問診療を受診しての満足度（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

歯科訪問診療を受診しての満足度を年齢階級別にみると、「とても満足している」が、70～79歳では5割を超えた。

図表 85 歯科訪問診療を受診しての満足度（年齢階級別）



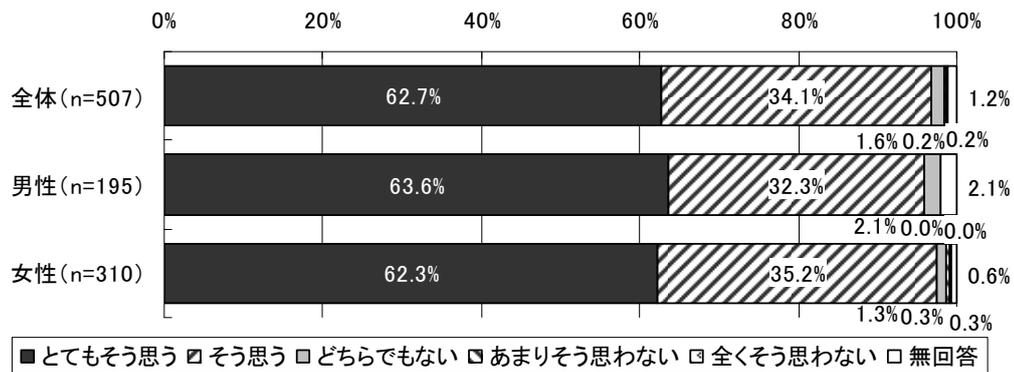
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

6) 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいか

歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいかを尋ねたところ、全体では「とてもそう思う」が62.7%、「そう思う」が34.1%となり、合わせて96.8%が「そう思う」と回答した。

男女による大きな差異がみられなかった。

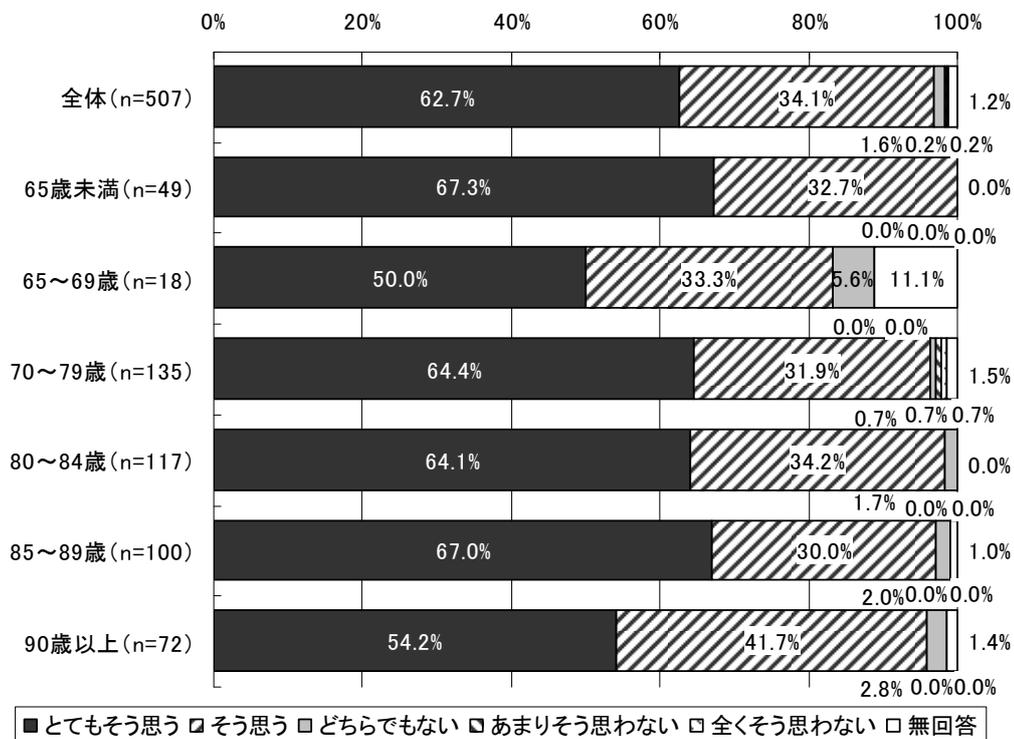
図表 86 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいか（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいかについて年齢階級別にみると、「とてもそう思う」の回答が「65～69歳」「90歳以上」で50%台となっている以外は60%台となっている。

図表 87 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいか（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

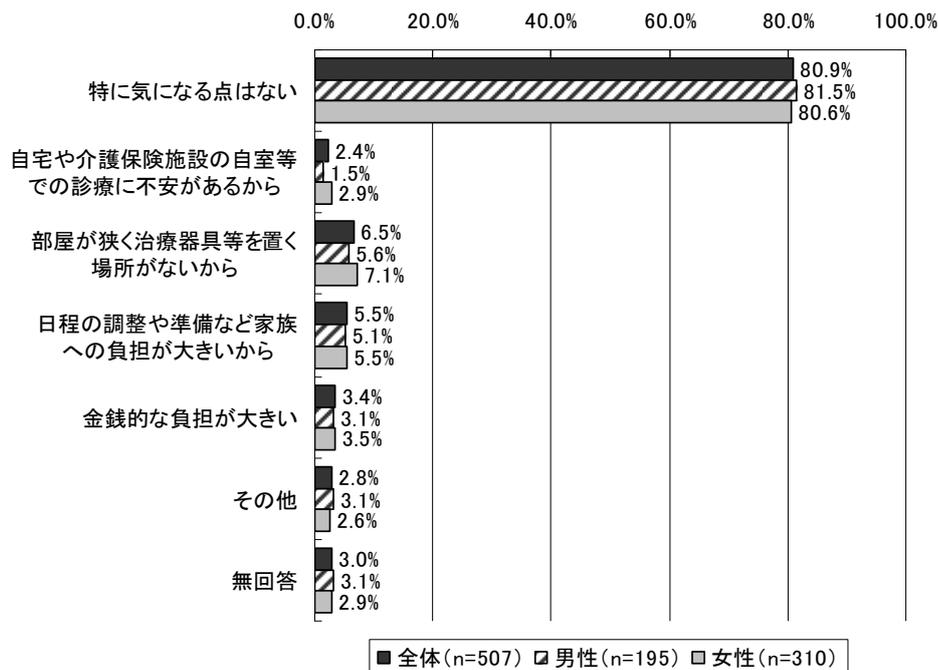
図表 88 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したい理由

- ・ 歯科医院まで治療に行くのが困難なため（同旨を含め 122 件）。
- ・ 歩行が困難のため通院できない（同旨を含め 65 件）。
- ・ 口腔ケア・予防のため（同旨を含め 38 件）。
- ・ 車椅子での移動に問題があるため（同旨を含め 30 件）。
- ・ 1人で通院ができないため（同旨を含め 29 件）。
- ・ 身体が不自由で通院が難しいため（同旨を含め 26 件）。
- ・ 病院に行かず、先生の往診で治療できるからありがたい（同旨を含め 22 件）。
- ・ 寝たきりで通院できないため（同旨を含め 19 件）。
- ・ 外出が難しいため（同旨を含め 16 件）。
- ・ 親切で説明してくれるから（同旨を含め 14 件）。
- ・ 移動手段がない・移動が困難なため（同旨を含め 12 件）。
- ・ 身体に障害（歩行困難なため）があるので診療に行けない（同旨を含め 9 件）。
- ・ 安心できるため（同旨を含め 8 件）。
- ・ 昔からの先生で何でも話せるし、相談できるから（同旨を含め 7 件）。
- ・ 義歯の調整のため（同旨を含め 6 件）。 / 等

7) 歯科訪問診療を受診する際に気になる点

歯科訪問診療を受診する際に気になる点をみると、全体では「特に気になる点はない」の回答が 80.9%となった。

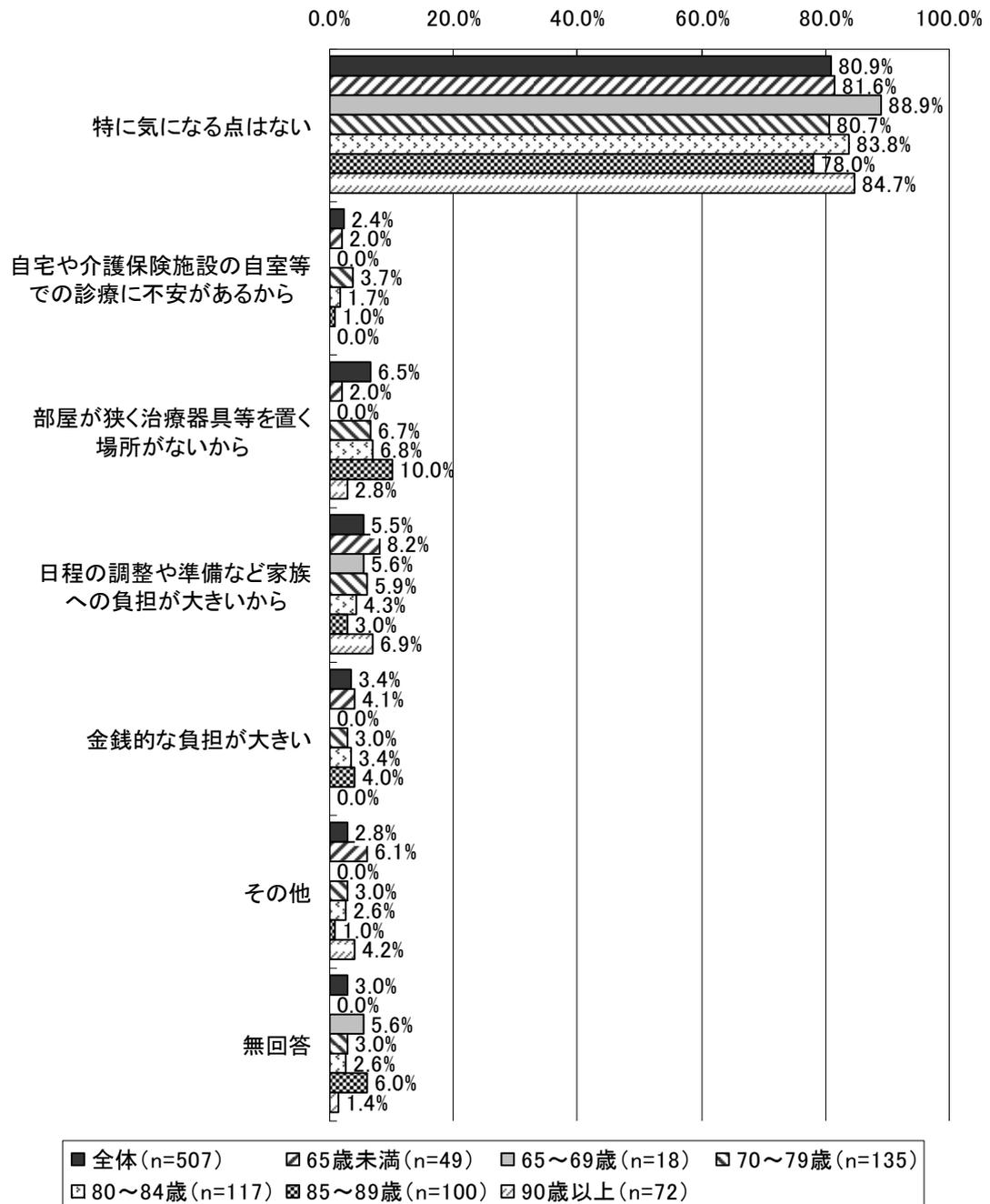
図表 89 歯科訪問診療を受診する際に気になること（男女別、複数回答）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の 2 人が含まれる。

歯科訪問診療を受診する際に気になることを年齢階級別にみると、65～69歳では「特に気になる点はない」と回答割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 90 歯科訪問診療を受診する際に気になること（年齢階級別、複数回答）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

図表 91 自宅や介護保険施設の自室等での治療の具体的な不安

- ・ 診療機器について簡単に個人宅への搬入ができず、完全に安全な診療は困難と予想されるから。
- ・ 病院へは連れて行けないので自宅診療は大変助かるがやはり準備等大変な面もあるから。
- ・ 機械などの設備にやや不安があるから。
- ・ 消毒・清潔等の不備、水廻り、うがい設備がない。先生はコンパクトな携帯器具を持参して手際よく治療しているから。
- ・ 病院のベッドに寝ての姿勢、医師の姿勢、照明の問題、器具等が清潔であるかどうか、器具が全部揃っているかどうかなど少し不安だから。
- ・ 治療器具が医院より少なく、レントゲン等の撮影もできないから。 /等

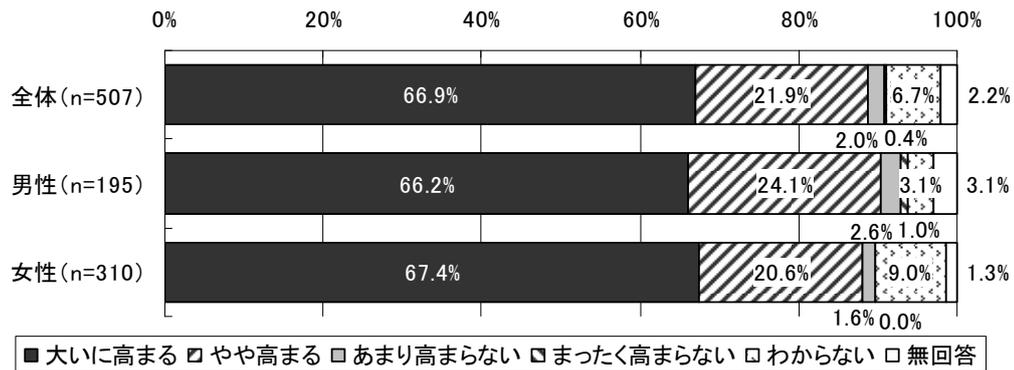
③ 歯科医療について

1) 歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感

歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感をみると、全体では「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）が 88.8%であった。

男女による大きな差異はみられなかった。

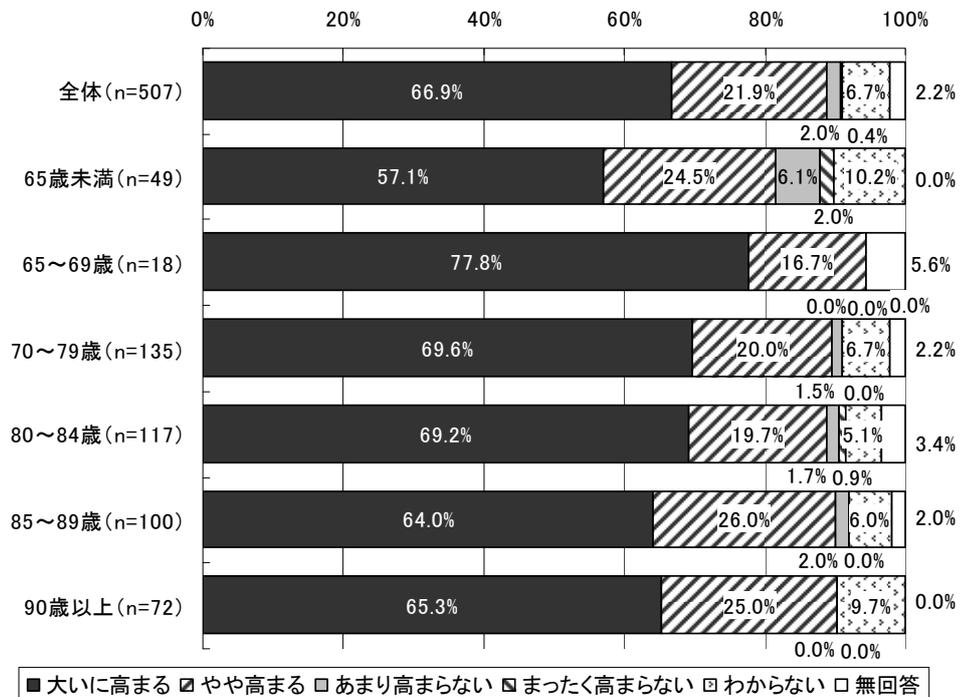
図表 92 歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感（男女別）



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の 2 人が含まれる。

歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感を年齢階級別にみると、65～69 歳では「大いに高まる」が 77.8%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 93 歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感（年齢階級別）

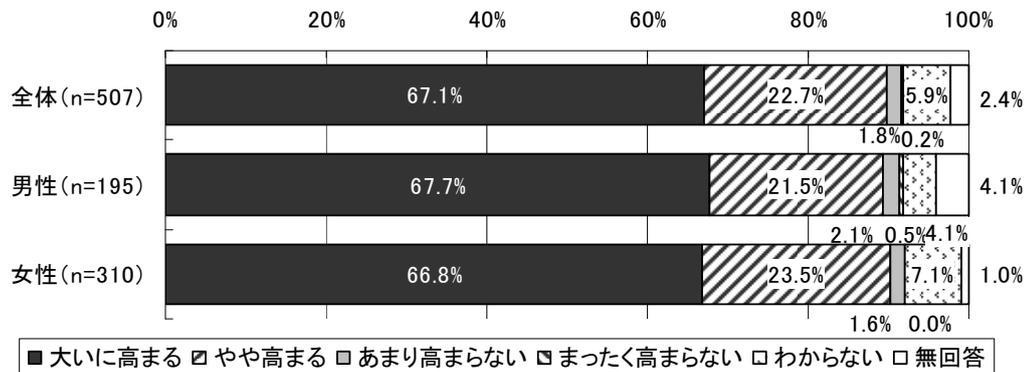


(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の 16 人が含まれる。

2) 情報が共有されていることに対する安心感

情報が共有されていることに対する安心感をみると、全体では「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）が 89.8%であった。

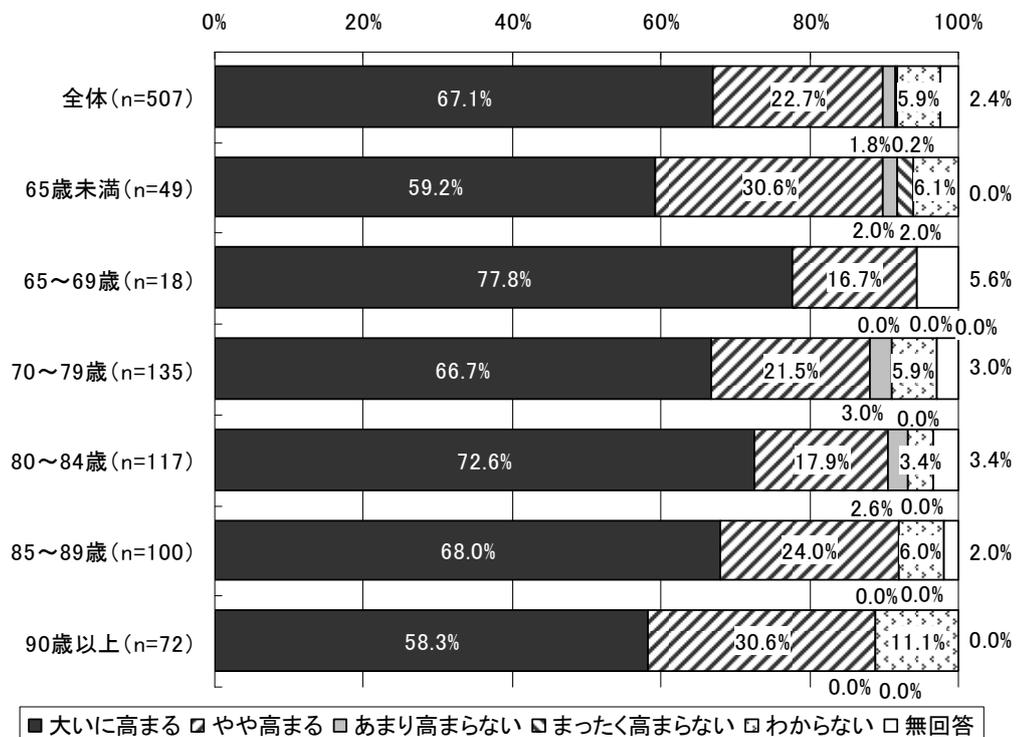
図表 94 情報が共有されていることに対する安心感（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

情報が共有されていることに対する安心感を年齢階級別にみると、「65～69歳」「80～84歳」で「大いに高まる」の回答割合が7割を超え、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 95 情報が共有されていることに対する安心感（年齢階級別）

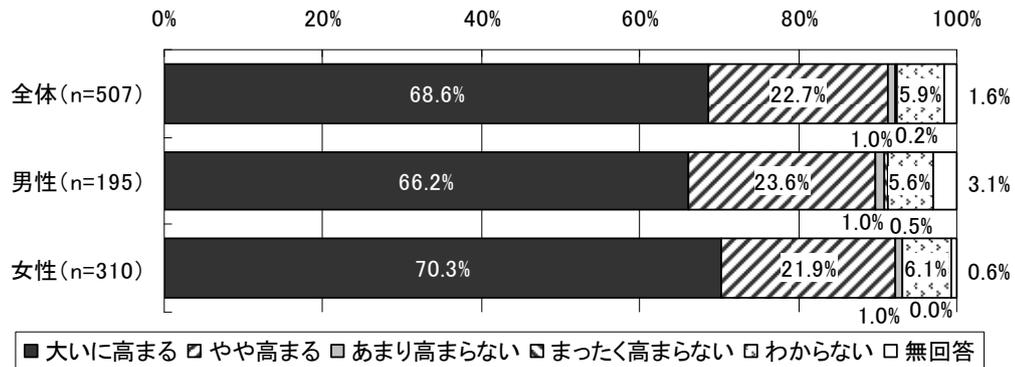


(注)「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

3) 他の医療機関と連携していることに対する安心感

他の医療機関と連携していることに対する安心感をみると、全体では「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）」が91.3%であった。

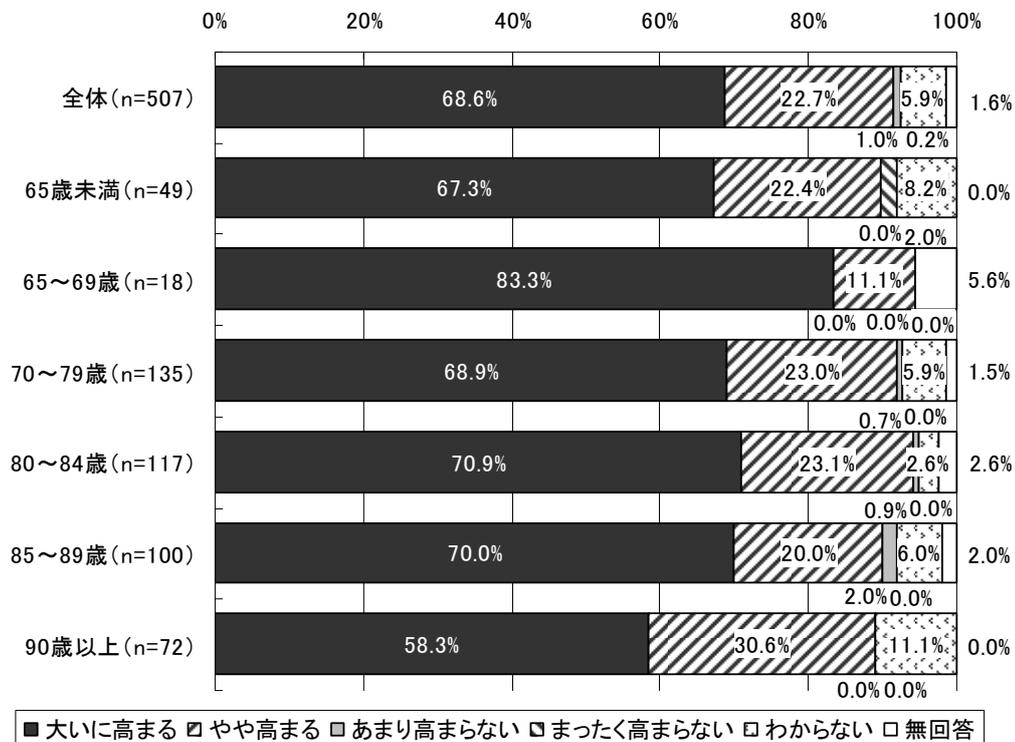
図表 96 他の医療機関と連携していることに対する安心感（男女別）



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の2人が含まれる。

他の医療機関と連携していることに対する安心感を年齢階級別にみると、65～69歳では「大いに高まる」の回答割合が83.3%と他の年齢階級と比較して高かった。

図表 97 他の医療機関と連携していることに対する安心感（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の16人が含まれる。

④ 歯科訪問診療について困っていること・要望

本調査では、在宅歯科医療を受ける上でのご意見・ご要望等を自由記述形式で記載いただいた。主な意見を以下にとりまとめた。

- ・ 寝たきりで移動が困難なため、訪問診療に来ていただいて本当に感謝している（同旨を含め 50 件）。
- ・ 簡単な治療は可能だが本格的な機械はなく、少し不安がある（同旨を含め 8 件）。
- ・ 歯科訪問診療があることをどれくらいの方が知っているのか。どこの歯科で利用できるのか情報があまりない。若い家族と同居しているとインターネット等の検索等で知る方法もあるが、老人だけで在宅生活している方は困っているのではないか（同旨を含め 6 件）。
- ・ 訪問診療に来てもらっているが、車を停める所がない。一般の路上にでも訪問歯科の車が停めてもいいように許可してほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ もっと訪問診療のできる医師を増やしてほしい。
- ・ デイサービスでも歯科の治療ができるようにしてほしい。
- ・ 決まり事が多すぎて医師が困っている。もっと往診しやすい制度にしてほしい。
- ・ 介護保険とも合わせてなかなかの出費になる。 / 等

8. 障害者歯科医療の実施状況調査結果概要

(1) 施設調査

【調査対象等】

調査対象：「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を届け出ている保険医療機関及び障害者歯科学会の学会員の保険医療機関 1,000 施設を調査対象とした。

回答数：542 施設

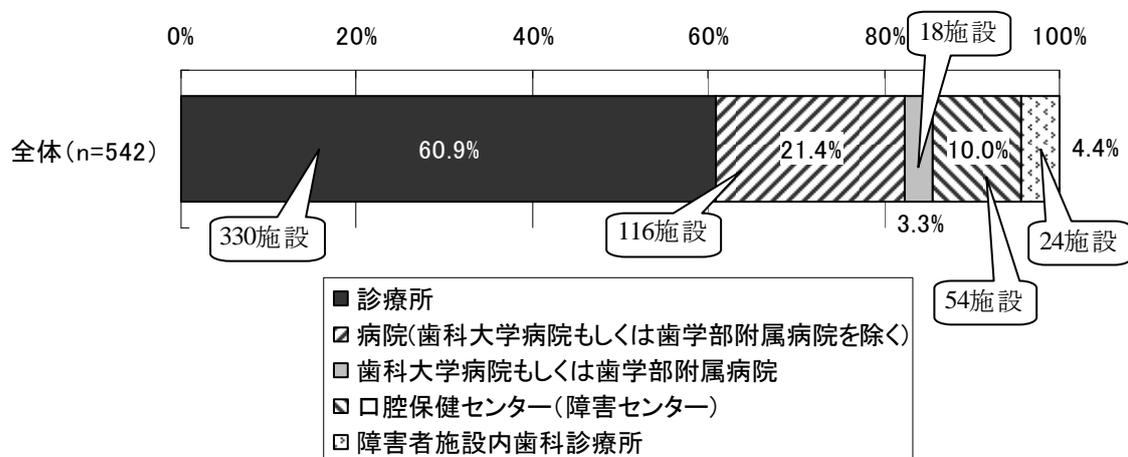
回答者：施設の管理者

①施設の概要

1) 種別

回答施設の種別をみると、「診療所」が 60.9% (330 施設)、「病院 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」が 21.4% (116 施設)、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が 3.3% (18 施設)、「口腔保健センター (障害センター)」が 10.0% (54 施設)、「障害者施設内歯科診療所」が 4.4% (24 施設) であった。

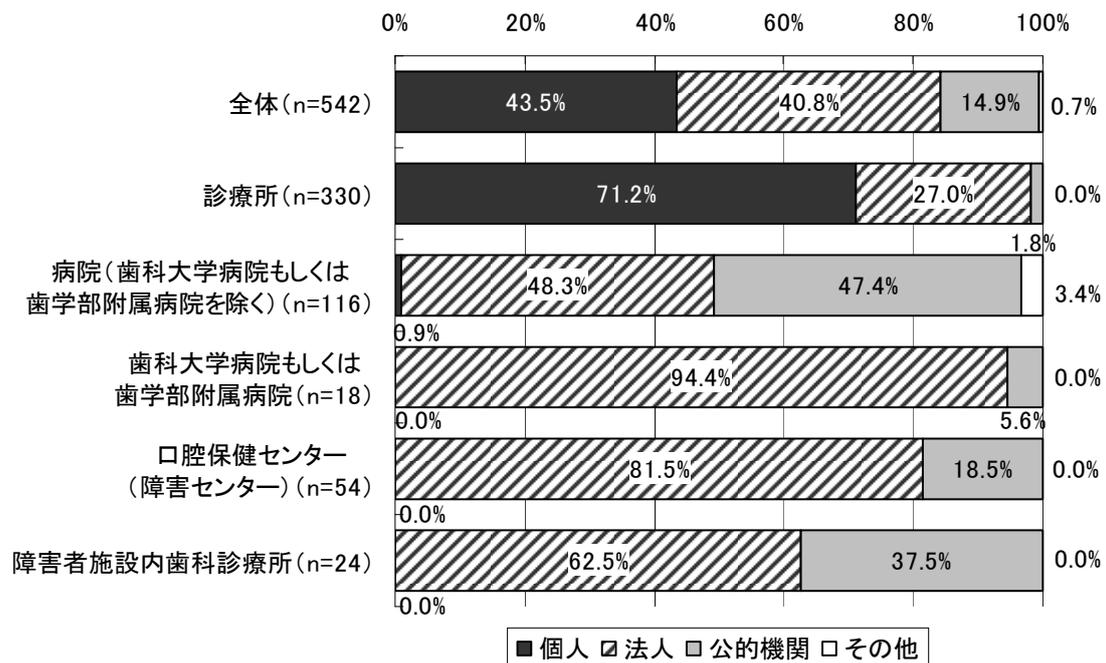
図表 98 種別



2) 開設主体

開設主体をみると、診療所では「個人」が71.2%、「法人」が27.0%、「公的機関」が1.8%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「個人」が0.9%、「法人」が48.3%、「公的機関」が47.4%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「法人」が94.4%、「公的機関」が5.6%であった。口腔保健センター（障害センター）では「法人」81.5%、「公的機関」が18.5%であった。障害者施設内歯科診療所では「法人」が62.5%、「公的機関」が37.5%であった。

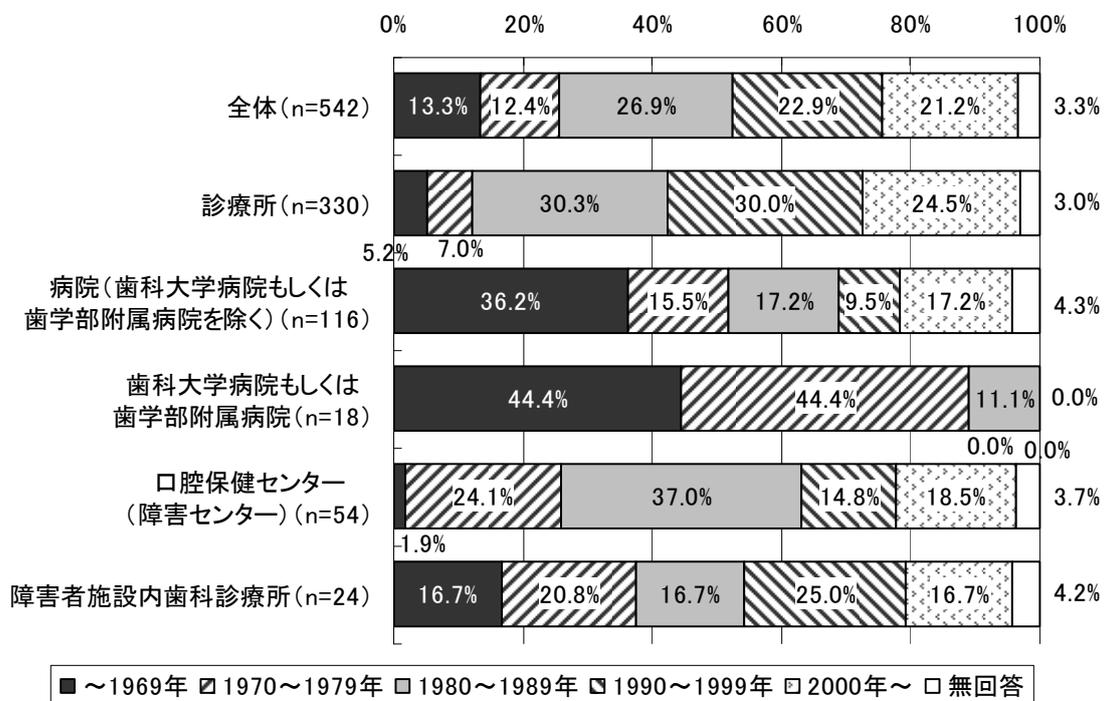
図表 99 開設主体



3) 施設開設時期

施設開設時期をみると、診療所では「1980～1989年」(30.3%)が最も多く、次いで「1990～1999年」(30.0%)、「2000年～」(24.5%)であった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「～1969年」(36.2%)が最も多く、次いで「1980～1989年」「2000年～」(ともに17.2%)、「1970～1979年」(15.5%)であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「～1969年」「1970～1979年」(ともに44.4%)が最も多く、次いで「1980～1989年」(11.1%)であった。口腔保健センター(障害センター)では「1980～1989年」(37.0%)が最も多く、次いで「1970～1979年」(24.1%)、「2000年～」(18.5%)であった。障害者施設内歯科診療所では「1990～1999年」(25.0%)が最も多く、次いで「1970～1979年」(20.8%)であった。

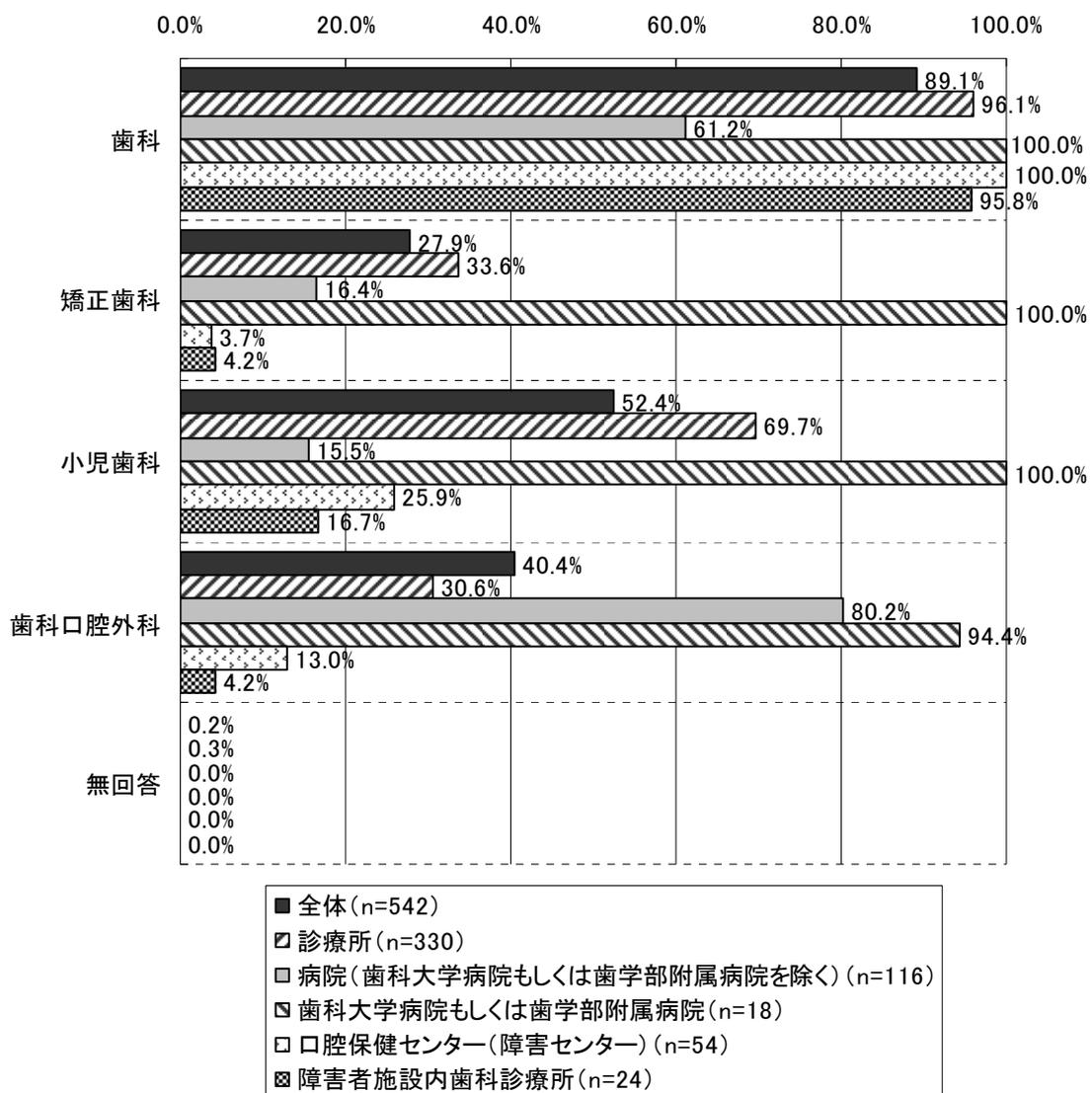
図表 100 施設開設時期



4) 標榜診療科

標榜診療科をみると、診療所では「歯科」が 96.1%、「矯正歯科」が 33.6%、「小児歯科」が 69.7%、「歯科口腔外科」が 30.6%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「歯科」が 61.2%、「矯正歯科」が 16.4%、「小児歯科」が 15.5%、「歯科口腔外科」が 80.2%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「歯科」「矯正歯科」「小児歯科」がともに 100.0%、「歯科口腔外科」が 94.4%であった。口腔保健センター（障害センター）では、「歯科」が 100.0%、「矯正歯科」が 3.7%、「小児歯科」が 25.9%、「歯科口腔外科」が 13.0%であった。障害者施設内歯科診療所では「歯科」が 95.8%、「矯正歯科」が 4.2%、「小児歯科」が 16.7%、「歯科口腔外科」が 4.2%であった。

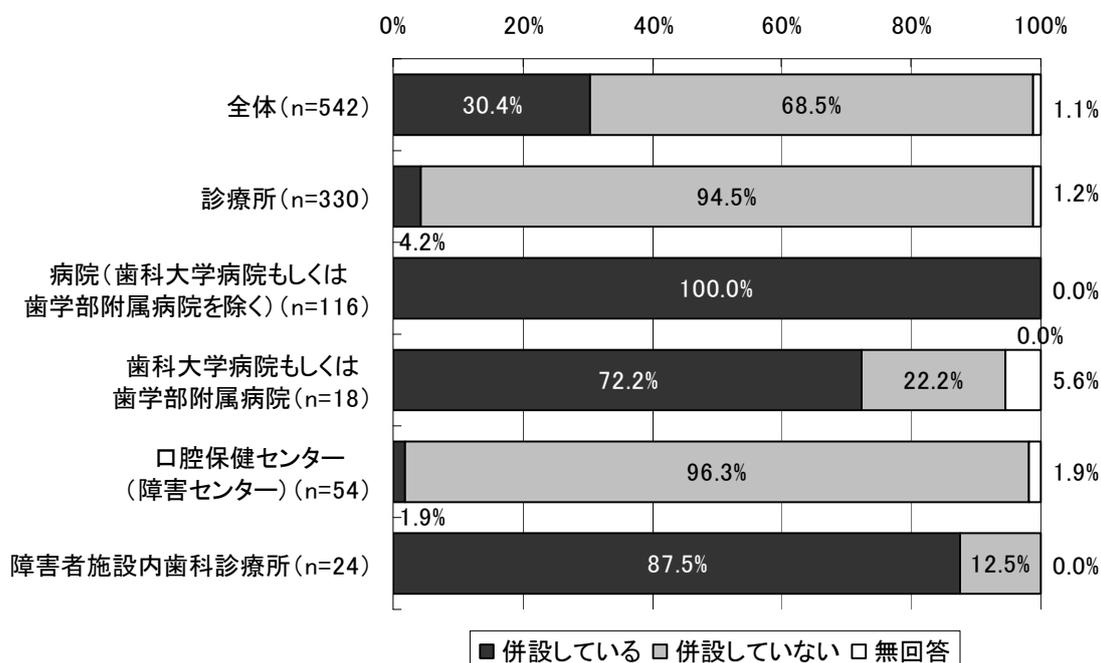
図表 101 標榜診療科（複数回答）



5) 医科の医療機関との併設状況

医科の医療機関との併設状況をみると、診療所では「併設している」が 4.2%、「併設していない」が 94.5%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では全ての施設が「併設している」と回答した。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「併設している」が 72.2%、「併設していない」が 22.2%であった。口腔保健センター（障害センター）では「併設している」が 1.9%、「併設していない」が 96.3%であった。障害者施設内歯科診療所では「併設している」が 87.5%、「併設していない」が 12.5%であった。

図表 102 医科の医療機関との併設状況



6) 施設基準の届出状況

施設基準の届出状況をみると、診療所では「歯科外来診療環境体制加算」が30.6%、「地域医療連携体制加算」が23.9%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が25.2%、「在宅療養支援歯科診療所」が29.7%、「障害者歯科医療連携加算」が50.6%であった。

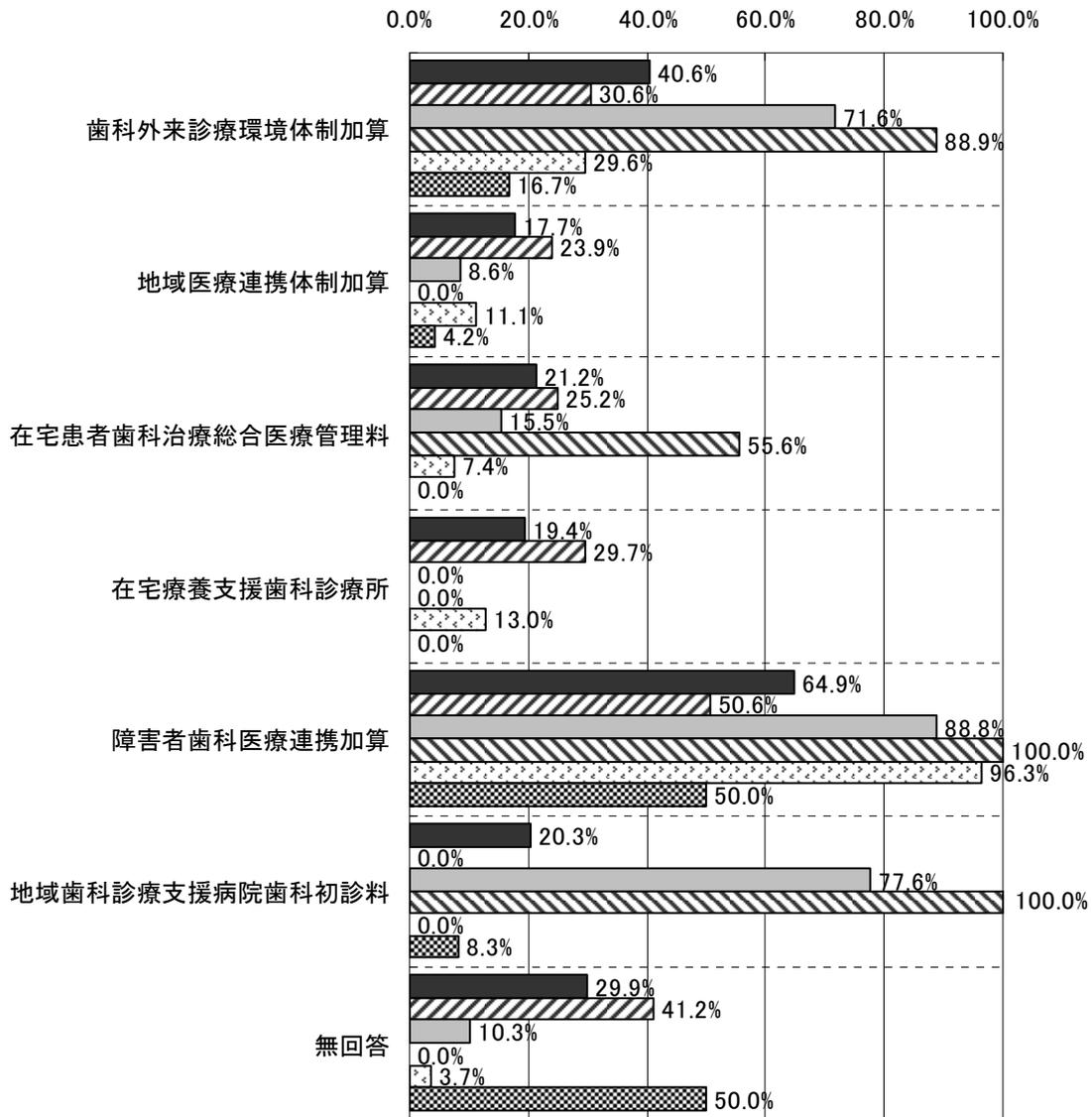
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「歯科外来診療環境体制加算」が71.6%、「地域医療連携体制加算」が8.6%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が15.5%、「障害者歯科医療連携加算」が88.8%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が77.6%であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「歯科外来診療環境体制加算」が88.9%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が55.6%、「障害者歯科医療連携加算」が100.0%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が100.0%であった。

口腔保健センター（障害センター）では「歯科外来診療環境体制加算」が29.6%、「地域医療連携体制加算」が11.1%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が7.4%、「在宅療養支援歯科診療所」が13.0%、「障害者歯科医療連携加算」が96.3%であった。

障害者施設内歯科診療所では「歯科外来診療環境体制加算」が16.7%、「地域医療連携体制加算」が4.2%、「障害者歯科医療連携加算」が50.0%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が8.3%であった。

図表 103 施設基準の届出状況（複数回答）

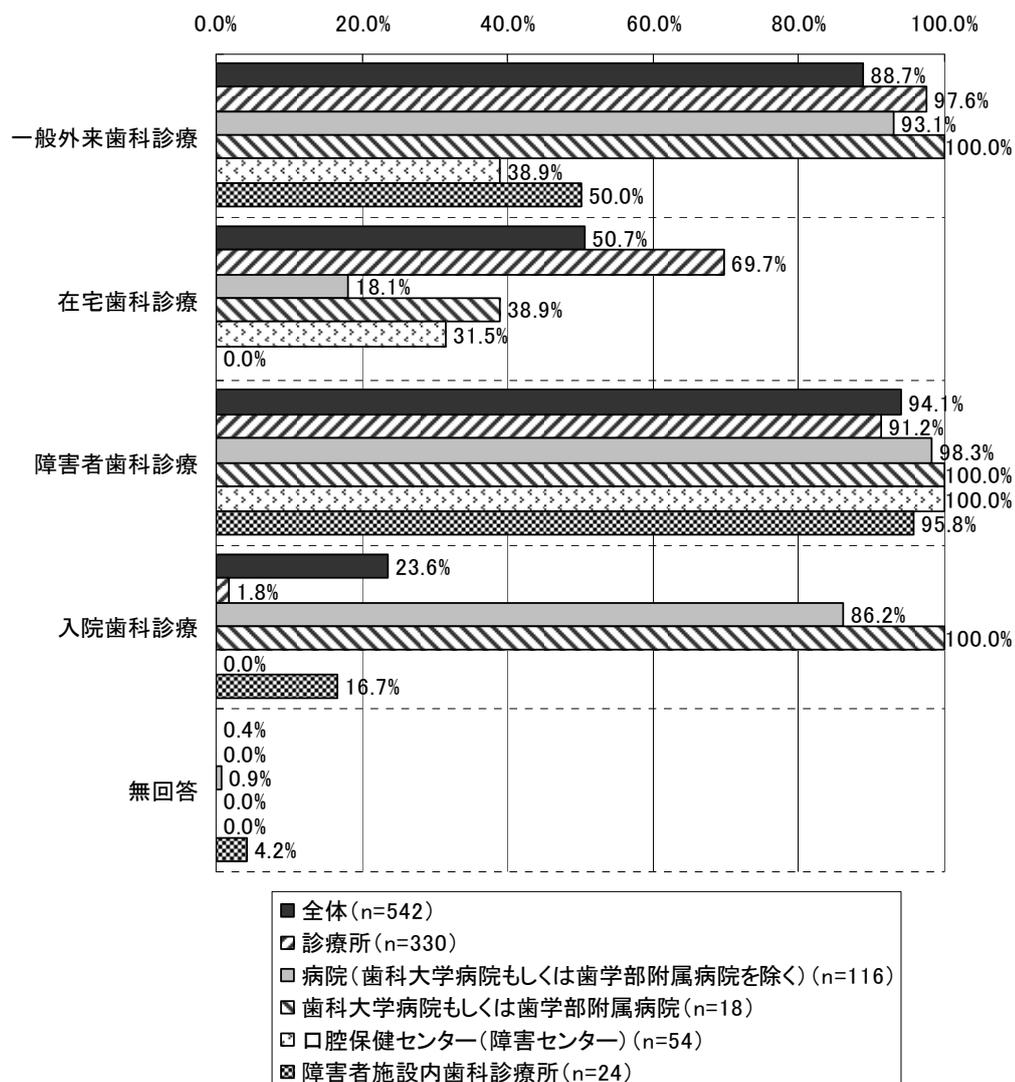


- 全体 (n=542)
- ▨ 診療所 (n=330)
- 病院 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=116)
- ▤ 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=18)
- ▥ 口腔保健センター(障害センター) (n=54)
- ▧ 障害者施設内歯科診療所 (n=24)

7) 行っている診療内容

行っている診療内容をみると、診療所では「一般外来歯科診療」が97.6%、「在宅歯科診療」が69.7%、「障害者歯科診療」が91.2%、「入院歯科診療」が1.8%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「一般外来歯科診療」が93.1%、「在宅歯科診療」が18.1%、「障害者歯科診療」が98.3%、「入院歯科診療」が86.2%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「一般外来歯科診療」が100.0%、「在宅歯科診療」が38.9%、「障害者歯科診療」が100.0%、「入院歯科診療」が100.0%であった。口腔保健センター（障害センター）では「一般外来歯科診療」が38.9%、「在宅歯科診療」が31.5%、「障害者歯科診療」が100.0%であった。「入院歯科診療」を行っていると回答した施設はなかった。障害者施設内歯科診療所では「一般外来歯科診療」が50.0%、「障害者歯科診療」が95.8%、「入院歯科診療」が16.7%であった。「在宅歯科診療」を行っていると回答した施設はなかった。

図表 104 行っている診療内容（複数回答）



8) 歯科ユニット台数

歯科ユニット台数をみると、1施設あたりの平均ユニット台数は、診療所が4.8台（標準偏差6.8、中央値3）、病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）が12.8台（標準偏差31.7、中央値5）、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院が177.5台（標準偏差54.9、中央値177.5）、口腔保険センター（障害センター）が4.4台（標準偏差2.4、中央値4）、障害者施設内歯科診療所が2.1台（標準偏差1.1、中央値2）となった。

図表 105 歯科ユニット台数

（単位：台）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体 (n=537)	12.1	36.1	318	1	4
診療所 (n=327)	4.8	6.8	96	1	3
病院（歯科大学病院もしくは 歯学部附属病院を除く）(n=115)	12.8	31.7	194	1	5
歯科大学病院もしくは 歯学部附属病院 (n=18)	177.5	54.9	318	73	177.5
口腔保健センター（障害センター） (n=53)	4.4	2.4	15	1	4
障害者施設内歯科診療所 (n=24)	2.1	1.1	4	1	2

施設別にユニット台数の分布をみると、診療所では「3台」(34.2%)が最も多く、次いで「4台」(23.0%)、「2台」(14.2%)となった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「3台」(21.6%)が最も多く、次いで「4台」(18.1%)、「5台」(12.9%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では全ての施設が「11台以上」となった。口腔保健センター(障害センター)では「4台」(33.3%)が最も多く、次いで「3台」(24.1%)、「2台」(11.1%)となった。障害者施設内歯科診療所では「2台」(37.5%)が最も多く、次いで「1台」(33.3%)、「4台」(16.7%)、「3台」(12.5%)となった。

図表 106 歯科ユニット台数分布

	全体		診療所		病院(歯科大学病院 もしくは歯学部附 属病院を除く)	
	施設数 (件)	構成 割合	施設数 (件)	構成 割合	施設数 (件)	構成 割合
1台	14	2.6%	4	1.2%	1	0.9%
2台	71	13.1%	47	14.2%	9	7.8%
3台	154	28.4%	113	34.2%	25	21.6%
4台	119	22.0%	76	23.0%	21	18.1%
5台	53	9.8%	33	10.0%	15	12.9%
6台	32	5.9%	17	5.2%	11	9.5%
7台	23	4.2%	10	3.0%	11	9.5%
8台	11	2.0%	6	1.8%	4	3.4%
9台	8	1.5%	6	1.8%	2	1.7%
10台	8	1.5%	4	1.2%	3	2.6%
11台以上	44	8.1%	11	3.3%	13	11.2%
無回答	5	0.9%	3	0.9%	1	0.9%
合計	542	100.0%	330	100.0%	116	100.0%

図表 91 歯科ユニット台数分布（つづき）

	歯科大学病院もしくは は歯学部附属病院		口腔保健センター (障害センター)		障害者施設内 歯科診療所	
	施設数 (件)	構成 割合	施設数 (件)	構成 割合	施設数 (件)	構成 割合
1台	0	0.0%	1	1.9%	8	33.3%
2台	0	0.0%	6	11.1%	9	37.5%
3台	0	0.0%	13	24.1%	3	12.5%
4台	0	0.0%	18	33.3%	4	16.7%
5台	0	0.0%	5	9.3%	0	0.0%
6台	0	0.0%	4	7.4%	0	0.0%
7台	0	0.0%	2	3.7%	0	0.0%
8台	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
9台	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
10台	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
11台以上	18	100.0%	2	3.7%	0	0.0%
無回答	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
合計	18	100.0%	54	100.0%	24	100.0%

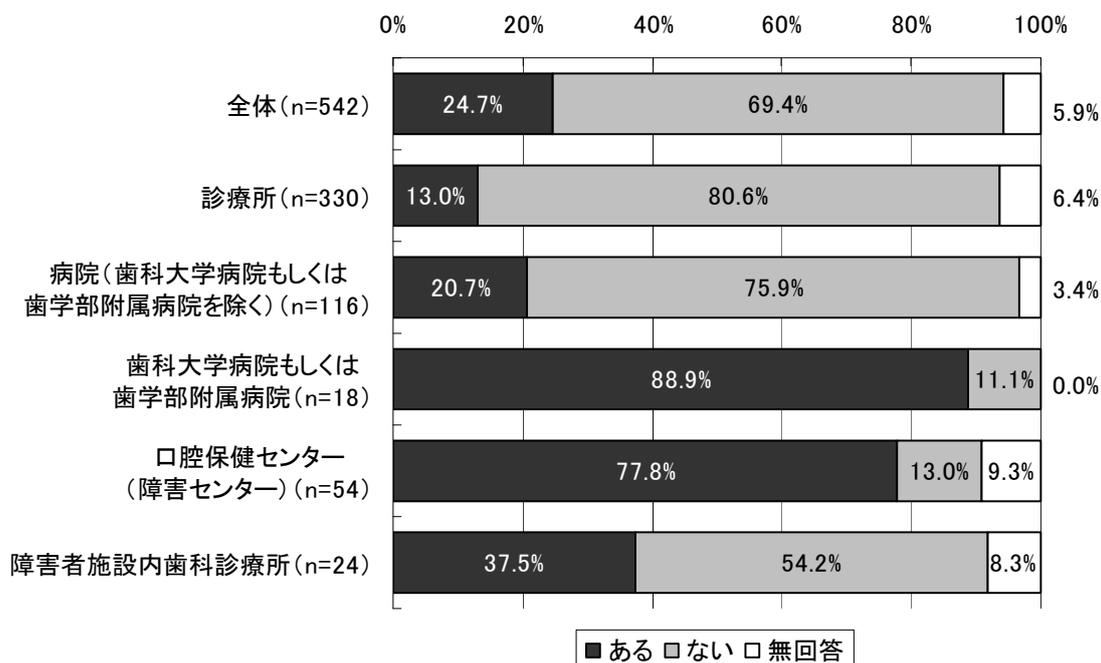
(注)「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」の内訳は以下の通り。

- ～150台未満：5施設（27.8%）
- 150～200台未満：9施設（50.0%）
- 200台以上：4施設（22.2%）

9) 障害者のための歯科ユニットの有無

障害者のための歯科ユニットの有無をみると、診療所では「ある」が13.0%、「ない」が80.6%となった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「ある」が20.7%、「ない」が75.9%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「ある」が88.9%、「ない」が11.1%となった。口腔保健センター（障害センター）では「ある」が77.8%、「ない」が13.0%であった。障害者施設内歯科診療所では「ある」が37.5%、「ない」が54.2%であった。

図表 107 障害者のための歯科ユニットの有無



10) 職員数

2011年6月における1施設あたりの常勤の職員数についてみると、診療所の「歯科医師」は平均1.9人（標準偏差5.8、中央値1）、「歯科衛生士」は平均2.3人（標準偏差3.1、中央値2）、「看護職員」は平均0.1人（標準偏差0.5、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.3人（標準偏差0.9、中央値0）、「その他」は平均1.7人（標準偏差2.2、中央値1）であった。

病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）の「歯科医師」は平均9.7人（標準偏差24.8、中央値3）、「歯科衛生士」は平均4.0人（標準偏差4.9、中央値3）、「看護職員」は平均11.4人（標準偏差90.5、中央値1）、「歯科技工士」は平均1.0人（標準偏差1.7、中央値0）、「その他」は平均10.4人（標準偏差98.4、中央値0）であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院の「歯科医師」は平均162.3人（標準偏差65.9、中央値148.5）、「歯科衛生士」は平均25.7人（標準偏差11.7、中央値27）、「看護職員」は平均23.1人（標準偏差14.1、中央値19）、「歯科技工士」は平均9.1人（標準偏差4.9、中央値8）、「その他」は平均34.4人（標準偏差18.7、中央値31.5）であった。

口腔保健センターの「歯科医師」は平均1.3人（標準偏差2.2、中央値1）、「歯科衛生士」は平均3.7人（標準偏差3.6、中央値3）、「看護職員」は平均0.0人（標準偏差0.3、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.3、中央値0）、「その他」は平均0.5人（標準偏差0.9、中央値0）であった。

障害者施設内歯科診療所の「歯科医師」は平均1.1人（標準偏差0.4、中央値1）、「歯科衛生士」は平均1.6人（標準偏差1.4、中央値1）、「看護職員」は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.0、中央値0）、「その他」は平均0.2人（標準偏差0.4、中央値0）であった。

図表 108 職員数（常勤）

	歯科医師	歯科衛生士	看護職員	歯科 技工士	その他	合計
全体（n=514）						
平均値	9.1	3.6	3.3	0.7	4.6	21.4
標準偏差	34.2	6.0	42.6	2.2	46.4	102.1
最大値	280	43	958	18	1042	2020
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	1	2	0	0	1	5
診療所（n=319）						
平均値	1.9	2.3	0.1	0.3	1.7	6.4
標準偏差	5.8	3.1	0.5	0.9	2.2	9.9
最大値	102	32	5	10	18	142
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	1	2	0	0	1	4
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）（n=111）						
平均値	9.7	4.0	11.4	1.0	10.4	36.6
標準偏差	24.8	4.9	90.5	1.7	98.4	192.5
最大値	161	43	958	10	1042	2020
最小値	1	0	0	0	0	1
中央値	3	3	1	0	0	8
歯科大学病院もしくは歯学部附属病院（n=18）						
平均値	162.3	25.7	23.1	9.1	34.4	254.6
標準偏差	65.9	11.7	14.1	4.9	18.7	79.3
最大値	280	43	57	18	81	384
最小値	80	3	0	2	2	135
中央値	148.5	27	19	8	31.5	223.5
口腔保健センター（障害センター）（n=45）						
平均値	1.3	3.7	0.0	0.0	0.5	5.5
標準偏差	2.2	3.6	0.3	0.3	0.9	6.5
最大値	10	19	2	2	5	36
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	1	3	0	0	0	4
障害者施設内歯科診療所（n=21）						
平均値	1.1	1.6	0.1	0.0	0.2	3.0
標準偏差	0.4	1.4	0.3	0.0	0.4	1.7
最大値	2	5	1	0	1	7
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	1	1	0	0	0	2

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した

2011年6月における1施設あたりの非常勤の職員数についてみると、診療所の「歯科医師」は平均0.6人（標準偏差1.8、中央値0）、「歯科衛生士」は平均1.0人（標準偏差1.5、中央値0.3）、「看護職員」は平均0.0人（標準偏差0.3、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.2、中央値0）、「その他」は平均0.9人（標準偏差1.5、中央値0）であった。

病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）の「歯科医師」は平均4.7人（標準偏差17.2、中央値0.2）、「歯科衛生士」は平均0.8人（標準偏差1.8、中央値0）、「看護職員」は平均0.4人（標準偏差1.4、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.2、中央値0）、「その他」は平均0.8人（標準偏差3.6、中央値0）であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院の「歯科医師」は平均66.7人（標準偏差90.5、中央値29.2）、「歯科衛生士」は平均3.7人（標準偏差4.3、中央値2.1）、「看護職員」は平均2.5人（標準偏差4.8、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.1人（標準偏差0.5、中央値0）、「その他」は平均9.2人（標準偏差12.5、中央値2.2）であった。

口腔保健センター（障害センター）の「歯科医師」は平均7.7人（標準偏差17.3、中央値0.6）、「歯科衛生士」は平均3.2人（標準偏差5.9、中央値1.2）、「看護職員」は平均0.0人（標準偏差0.1、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.0、中央値0）、「その他」は平均0.5人（標準偏差2.5、中央値0）であった。

障害者施設内歯科診療所の「歯科医師」は平均0.8人（標準偏差1.5、中央値0.2）、「歯科衛生士」は平均0.5人（標準偏差1.0、中央値0.2）、「看護職員」は平均0.1人（標準偏差0.4、中央値0）、「歯科技工士」は平均0.0人（標準偏差0.0、中央値0）、「その他」は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0）であった。

図表 109 職員数（非常勤）

	歯科医師	歯科衛生士	看護職員	歯科 技工士	その他	合計
全体（n=514）						
平均値	4.4	1.2	0.2	0.0	1.1	7.0
標準偏差	22.9	2.6	1.2	0.2	3.6	25.8
最大値	377	32	16	2.3	45.2	392
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	0.065	0.3	0	0	0	1.7
診療所（n=319）						
平均値	0.6	1.0	0.0	0.0	0.9	2.6
標準偏差	1.8	1.5	0.3	0.2	1.5	3.4
最大値	21.5	10	3.4	2	8	28
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	0	0.3	0	0	0	1.8
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）（n=111）						
平均値	4.7	0.8	0.4	0.0	0.8	6.7
標準偏差	17.2	1.8	1.4	0.2	3.6	19.6
最大値	117	13	9.2	1	31	126.6
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	0.2	0	0	0	0	1.2
歯科大学病院もしくは歯学部附属病院（n=18）						
平均値	66.7	3.7	2.5	0.1	9.2	82.2
標準偏差	90.5	4.3	4.8	0.5	12.5	96.7
最大値	377	13.4	16	2.3	45.2	392
最小値	0.2	0	0	0	0	5.3
中央値	29.2	2.1	0	0	2.2	48.8
口腔保健センター（障害センター）（n=45）						
平均値	7.7	3.2	0.0	0.0	0.5	11.4
標準偏差	17.3	5.9	0.1	0.0	2.5	19.8
最大値	72	32	0.6	0.1	17	74
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	0.6	1.2	0	0	0	2.5
障害者施設内歯科診療所（n=21）						
平均値	0.8	0.5	0.1	0.0	0.1	1.6
標準偏差	1.5	1.0	0.4	0.0	0.3	1.8
最大値	7	4.8	1.75	0	0.8	7
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	0.2	0.2	0	0	0	1

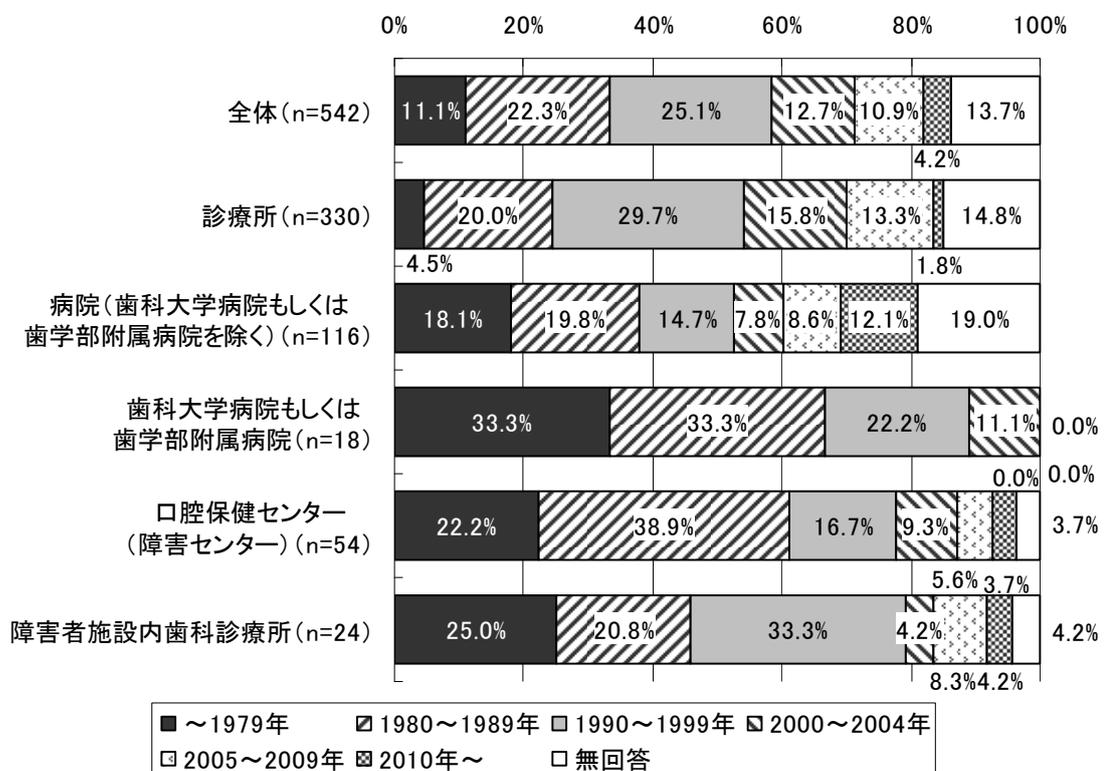
(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した

②障害者歯科医療の状況

1) 障害者歯科医療開始時期

障害者歯科医療開始時期をみると、診療所では「1990～1999年」(29.7%)が最も多く、次いで「1980～1989年」(20.0%)となった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「1980～1989年」(19.8%)が最も多く、次いで「～1979年」(18.1%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「1980～1989年」「～1979年」(ともに33.3%)が最も多かった。口腔保健センター(障害センター)では「1980～1989年」(38.9%)が最も多く、次いで「～1979年」(22.2%)となった。障害者施設内歯科診療所では「1990～1999年」(33.3%)が最も多く、次いで「～1979年」(25.0%)、「1980～1989年」(20.8%)となった。

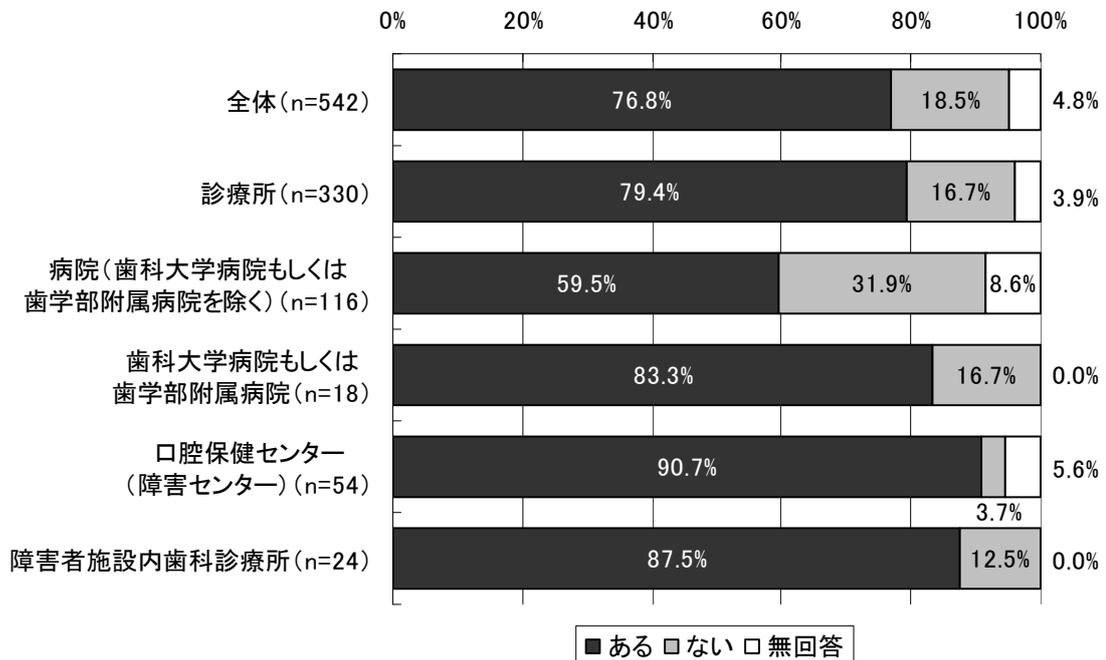
図表 110 障害者歯科医療開始時期



2) 障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応したものの有無

障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応したものの有無をみると、診療所では「ある」が79.4%、「ない」が16.7%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「ある」が59.5%、「ない」が31.9%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「ある」が83.3%、「ない」が16.7%であった。口腔保健センター（障害センター）では「ある」が90.7%、「ない」が3.7%であった。障害者施設内歯科診療所では「ある」が87.5%、「ない」が12.5%であった。

図表 111 障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応したものの有無



新たに対応したものがあある施設において新規に対応したことをみると、診療所では「障害者歯科医療に関する研修に参加した」(79.0%)が最も多く、次いで「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」(69.1%)、「適切にコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した」(57.6%)となった。

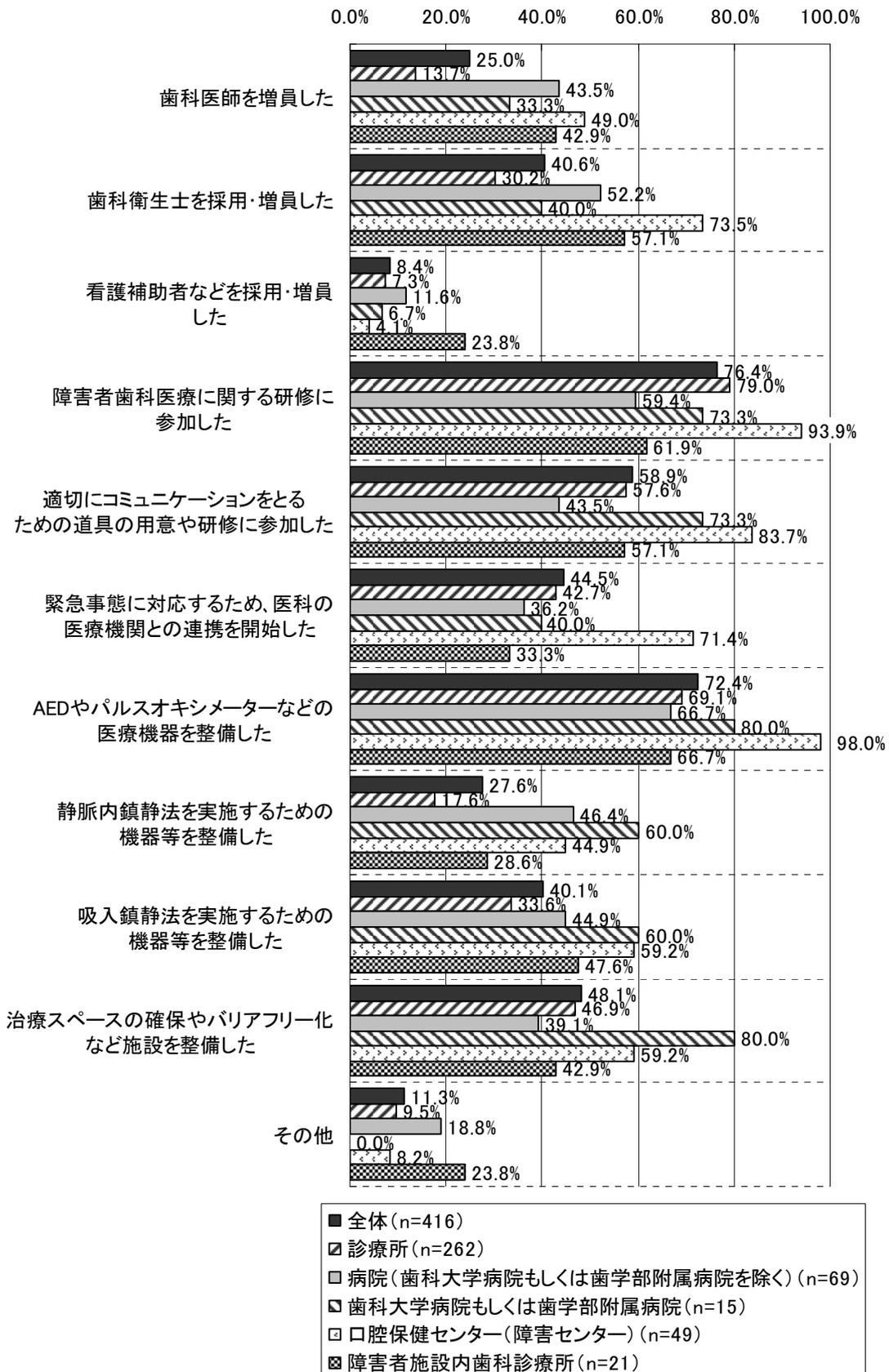
病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」(66.7%)が最も多く、次いで「障害者歯科医療に関する研修に参加した」(59.4%)、「歯科衛生士を採用・増員した」(52.2%)となった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」「治療スペースの確保やバリアフリー化など施設を整備した」(ともに80.0%)が最も多く、次いで「障害者歯科医療に関する研修に参加した」「適切にコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した」(ともに73.3%)、「静脈内沈静法を実施するための機器等を整備した」「吸入鎮静法を実施するための機器等を整備した」(ともに60.0%)となった。

口腔保健センター(障害センター)では「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」(98.0%)が最も多く、次いで「障害者歯科医療に関する研修に参加した」(93.9%)、「適切なコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した」(83.7%)、「歯科衛生士を採用・増員した」(73.5%)、「緊急事態に対応するため、医科の医療機関との連携を開始した」(71.4%)、「吸入鎮静法を実施するための機器等を整備した」「治療スペースの確保やバリアフリー化など施設を整備した」(ともに59.2%)となった。

障害者施設内歯科診療所では「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」(66.7%)が最も多く、次いで「障害者歯科医療に関する研修に参加した」(61.9%)、「歯科衛生士を採用・増員した」「適切なコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した」(ともに57.1%)となった。

図表 112 新規に対応したこと（新たに対応したものがあ施設、複数回答）



3) 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率

2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月について患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月は増加となったが7月は減少となった。中央値でみると、6月・7月のいずれも2011年の方が2009年よりも少なかった。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれもやや増加となり、算定率も上昇した。「歯科衛生実地指導料1」は6月・7月ともにやや減少となり、算定率も低下した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.3人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は30.9人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は16.4人となった。

図表 113 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率（全体 n=326）

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
外来患者 総数	平均値	1,475.4	1,521.0	1,536.0	1,481.2
	標準偏差	3,389.1	3,550.0	3,616.8	3,413.8
	中央値	595.5	580.5	583.5	567.0
障害者加算	平均値	83.8	89.3	84.7	86.6
	標準偏差	147.6	150.9	149.7	142.8
	中央値	23	27.5	22.5	28.5
	算定率	5.7%	5.9%	5.5%	5.8%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.3	-	0.3
	標準偏差	-	1.4	-	1.4
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	165.1	159.5	167.5	160.3
	標準偏差	270.5	280.9	278.0	276.8
	中央値	45.5	28.0	44	28.5
	算定率	11.2%	10.5%	10.9%	10.8%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	30.8	-	30.9
	標準偏差	-	82.7	-	81.7
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	2.0%	-	2.1%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	17.3	-	16.4
	標準偏差	-	43.1	-	40.6
	中央値	-	1.0	-	1.0
	算定率	-	1.1%	-	1.1%

(注1) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

(注2) 算定率=加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

診療所について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月・7月のいずれも2011年の方が2009年よりも少なかった。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれもやや増加となり、算定率も上昇した。「歯科衛生実地指導料1」は6月・7月ともにやや増加となり、算定率も上昇した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.2人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は15.9人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は2.5人となった。

図表 114 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率（診療所 n=179）

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
外来患者 総数	平均値	732.3	732.0	729.8	722.8
	標準偏差	769.8	824.4	804.3	819.3
	中央値	575	551.0	548	548.0
障害者加算	平均値	41.0	46.5	42.6	46.2
	標準偏差	70.2	81.0	76.0	83.3
	中央値	13	16.0	14	15.0
	算定率	5.6%	6.3%	5.8%	6.4%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.2	-	0.2
	標準偏差	-	1.2	-	1.2
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	188.3	198.3	191.4	201.4
	標準偏差	304.0	316.4	312.4	313.7
	中央値	66	52.0	70	75.0
	算定率	25.7%	27.1%	26.2%	27.9%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	16.1	-	15.9
	標準偏差	-	61.7	-	59.7
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	2.2%	-	2.2%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	2.4	-	2.5
	標準偏差	-	7.1	-	7.2
	中央値	-	0.0	-	1.0
	算定率	-	0.3%	-	0.3%

(注1) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

(注2) 算定率=加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

診療所のうち「障害者歯科医療連携体制加算」の届出をしている施設について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月は増加したものの7月はやや減少した。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれもやや増加となり、算定率も上昇した。「歯科衛生実地指導料1」は6月・7月ともにやや増加となり、算定率も上昇した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.2人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は18.1人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は2.7人となった。

図表 115 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
 （診療所：障害者歯科医療連携体制加算の届出をしている施設 n=157）

		6月		7月	
		2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）
外来患者 総数	平均値	769.6	771.3	769.6	762.5
	標準偏差	808.1	866.4	845.1	860.6
	中央値	595	568.0	562	563.0
障害者加算	平均値	46.7	53.0	48.6	52.6
	標準偏差	73.1	84.4	79.4	87.0
	中央値	19	22.0	19	22.0
	算定率	6.1%	6.9%	6.3%	6.9%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.2	-	0.2
	標準偏差	-	1.3	-	1.3
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	205.3	213.6	208.5	217.0
	標準偏差	317.1	330.7	326.1	327.7
	中央値	87	76.0	84	79.0
	算定率	26.7%	27.7%	27.1%	28.5%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	18.3	-	18.1
	標準偏差	-	65.6	-	63.4
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	2.4%	-	2.4%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	2.6	-	2.7
	標準偏差	-	7.5	-	7.6
	中央値	-	1.0	-	1.0
	算定率	-	0.3%	-	0.4%

（注1）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

（注2）算定率＝加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

診療所のうち「障害者歯科医療連携体制加算」の届出をしていない施設について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値は6月・7月のいずれも減少した。「歯科衛生実地指導料1」は6月・7月ともに大幅に増加となり、算定率も上昇した。なお、2011年7月における「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は1.0人となった。

図表 116 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
（診療所：障害者歯科医療連携体制加算の届出をしていない施設 n=22）

		6月		7月	
		2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）
外来患者 総数	平均値	466.5	452.0	446.1	440.0
	標準偏差	283.7	289.7	275.6	289.9
	中央値	468.5	388.5	438.5	373.5
障害者加算	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0.0	0	0.0
	算定率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.0	-	0.0
	標準偏差	-	0.0	-	0.0
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	67.4	88.7	69.0	89.6
	標準偏差	133.3	142.8	132.8	140.8
	中央値	0	4.5	0	3.5
	算定率	14.5%	19.6%	15.5%	20.4%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	0.0	-	0.0
	標準偏差	-	0.0	-	0.0
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	1.0	-	1.0
	標準偏差	-	1.7	-	1.7
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.2%	-	0.2%

（注1）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

（注2）算定率＝加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月は増加したものの7月は減少した。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれも増加となり、算定率も上昇した。「歯科衛生実地指導料1」の算定患者延べ人数の平均は6月は横ばい、7月はやや減少し、算定率も横ばいであった。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.2人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は23.8人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は44.7人となった。

図表 117 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
（病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く） n=84）

		6月		7月	
		2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）
外来患者 総数	平均値	1,815.2	1,890.1	1,900.6	1,828.2
	標準偏差	2,774.4	2,952.2	3,002.0	2,844.2
	中央値	973	978.0	982	936.5
障害者加算	平均値	75.4	81.8	74.5	77.2
	標準偏差	135.5	145.5	137.1	134.4
	中央値	7.5	9.5	5	11.0
	算定率	4.2%	4.3%	3.9%	4.2%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.1	-	0.2
	標準偏差	-	0.4	-	0.9
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	108.0	108.3	110.1	108.1
	標準偏差	186.8	188.1	195.8	191.5
	中央値	19.5	20.0	21	15.0
	算定率	5.9%	5.7%	5.8%	5.9%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	23.7	-	23.8
	標準偏差	-	69.8	-	67.1
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	1.3%	-	1.3%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	48.3	-	44.7
	標準偏差	-	57.7	-	53.7
	中央値	-	23.5	-	19.5
	算定率	-	2.6%	-	2.4%

（注1）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

（注2）算定率＝加算算定患者総数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月は増加したものの7月は減少した。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれもやや増加したが、算定率は横ばいであった。「歯科衛生実地指導料1」の算定患者延べ人数の平均は、6月はほぼ横ばいで7月は減少した。この結果、算定率も横ばいであった。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.7人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は32.1人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は75.2人となった。

図表 118 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院） n=14

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
外来患者 総数	平均値	13,242.6	13,837.2	14,145.3	13,419.8
	標準偏差	7,871.4	8,132.9	8,256.4	7,622.3
	中央値	12,904	14,048.5	14,141.5	14,200.5
障害者加算	平均値	229.5	234.8	222.9	232.5
	標準偏差	238.0	232.0	233.5	215.3
	中央値	130	119.0	133.5	127.5
	算定率	1.7%	1.7%	1.6%	1.7%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	1.5	-	0.7
	標準偏差	-	3.2	-	1.6
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.0%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	377.6	378.3	380.0	359.8
	標準偏差	354.0	391.2	371.2	355.4
	中央値	287.5	175.0	272	230.0
	算定率	2.9%	2.7%	2.7%	2.7%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	30.2	-	32.1
	標準偏差	-	49.8	-	50.9
	中央値	-	8.0	-	10.5
	算定率	-	0.2%	-	0.2%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	77.1	-	75.2
	標準偏差	-	97.6	-	94.3
	中央値	-	36.0	-	37.0
	算定率	-	0.6%	-	0.6%

(注1) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

(注2) 算定率=加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

口腔保健センター（障害センター）について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値・中央値ともに6月・7月いずれも減少した。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれも減少し、算定率も低下した。「歯科衛生実地指導料1」の算定患者延べ人数については6月・7月いずれも大きく減少し、算定率も大きく低下した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は1.0人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は105.7人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は2.6人となった。

図表 119 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
（口腔保健センター（障害センター） n=34）

		6月		7月	
		2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）
外来患者 総数	平均値	211.1	209.4	220.7	204.8
	標準偏差	268.0	258.7	273.0	245.9
	中央値	143	128.5	137	128.5
障害者加算	平均値	182.9	179.2	187.9	173.2
	標準偏差	223.8	210.7	227.5	195.2
	中央値	118.5	124.5	103.5	114.0
	算定率	86.6%	85.5%	85.1%	84.5%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.8	-	1.0
	標準偏差	-	2.1	-	2.7
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.4%	-	0.5%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	95.8	6.6	96.4	6.6
	標準偏差	149.7	15.5	150.1	16.6
	中央値	46.5	0.5	43.5	0.0
	算定率	45.4%	3.1%	43.7%	3.2%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	104.0	-	105.7
	標準偏差	-	142.5	-	143.3
	中央値	-	57.5	-	57.0
	算定率	-	49.7%	-	51.6%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	1.9	-	2.6
	標準偏差	-	2.9	-	4.9
	中央値	-	0.5	-	0.5
	算定率	-	0.9%	-	1.2%

（注1）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

（注2）算定率＝加算算定患者延べ人数（平均値）÷外来患者総数（平均値）×100。

障害者施設内歯科診療所について、2009年（平成21年）と2011年（平成23年）の6月・7月の2月における患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」の平均値では6月・7月いずれも増加した。「障害者加算」算定患者延べ人数については、6月・7月いずれもやや増加したものの、算定率はほぼ横ばいであった。「歯科衛生実地指導料1」の算定患者延べ人数については6月・7月いずれも大きく減少し、算定率も大きく低下した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.3人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は79.7人、「診療情報提供料（I）」の算定患者延べ人数は0.9人となった。

図表 120 歯科外来患者総数・各種算定患者延べ人数、算定率
(障害者施設内歯科診療所 n=15)

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
外来患者 総数	平均値	322.6	345.9	327.0	338.7
	標準偏差	209.4	218.2	210.1	194.3
	中央値	274	271.0	297	309.0
障害者加算	平均値	280.3	301.8	282.0	289.4
	標準偏差	206.3	205.0	205.4	177.9
	中央値	202	256.0	215	227.0
	算定率	86.9%	87.2%	86.2%	85.4%
障害者 歯科医療 連携加算	平均値	-	0.1	-	0.3
	標準偏差	-	0.3	-	1.0
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.0%	-	0.1%
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	165.9	126.7	166.3	124.3
	標準偏差	215.0	217.3	205.6	199.2
	中央値	60	30.0	69	29.0
	算定率	51.4%	36.6%	50.9%	36.7%
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	-	80.2	-	79.7
	標準偏差	-	101.1	-	101.4
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	23.2%	-	23.5%
診療情報 提供料（I）	平均値	-	0.5	-	0.9
	標準偏差	-	0.9	-	1.7
	中央値	-	0.0	-	0.0
	算定率	-	0.1%	-	0.3%

(注1) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

(注2) 算定率=加算算定患者延べ人数(平均値)÷外来患者総数(平均値)×100。

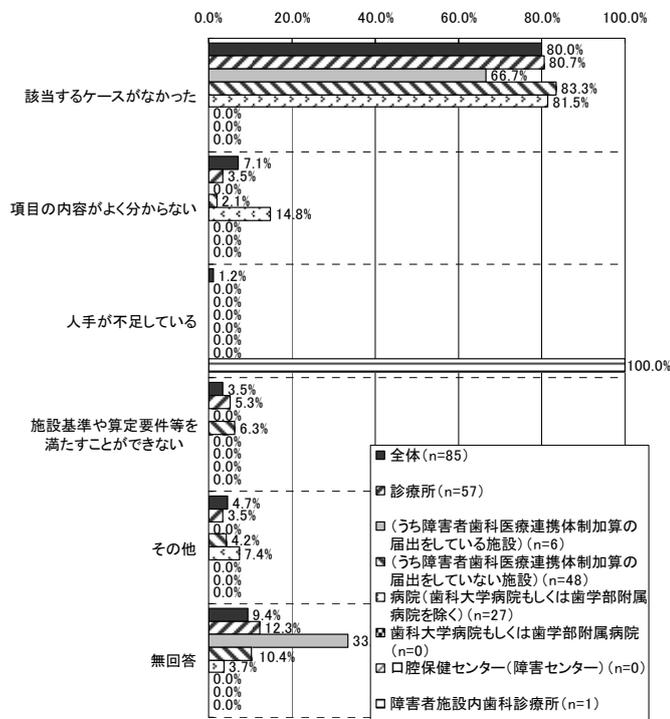
4) 算定できなかった理由

2011年の6月と7月の算定患者延べ人数が「0人」であった理由をみると、いずれの加算項目をみても、「該当するケースがなかった」の回答が多い結果となった。

「施設基準や算定要件等を満たすことができない」という回答割合をみると、「障害者歯科医療連携加算」では全体の23.9%、「歯科衛生実地指導料1」では15.3%、「歯科衛生実地指導料2」では25.6%となった。また、「人手が不足している」という回答割合をみると、「歯科衛生実地指導料1」では全体の12.2%となった。

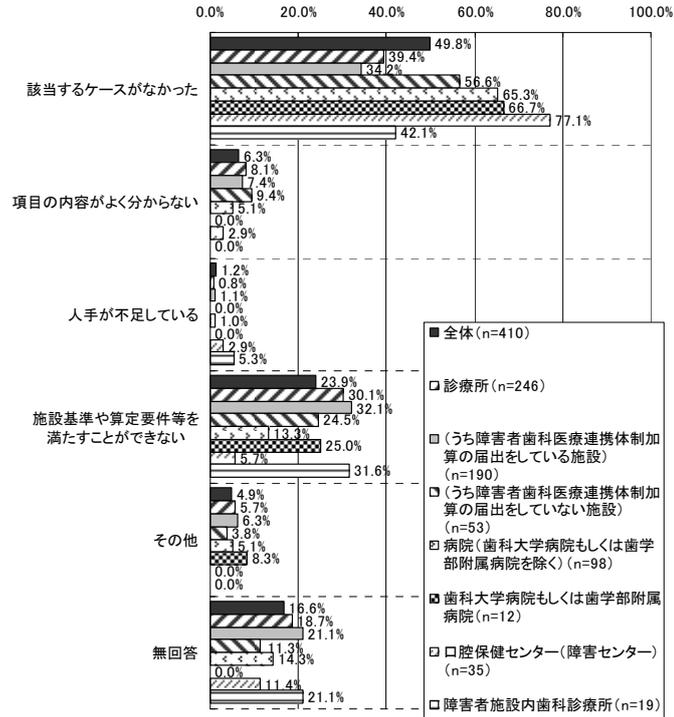
図表 121 2011年の6月と7月の算定患者延べ人数が「0人」だった理由（複数回答）

【障害者加算】

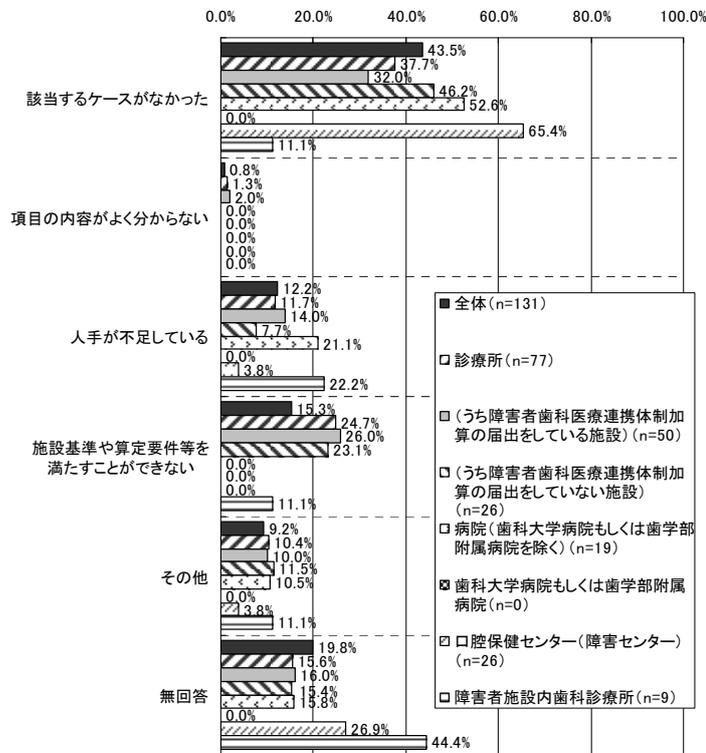


(注) 障害者施設内歯科診療所の回答施設が1施設であり、結果については注意が必要である。

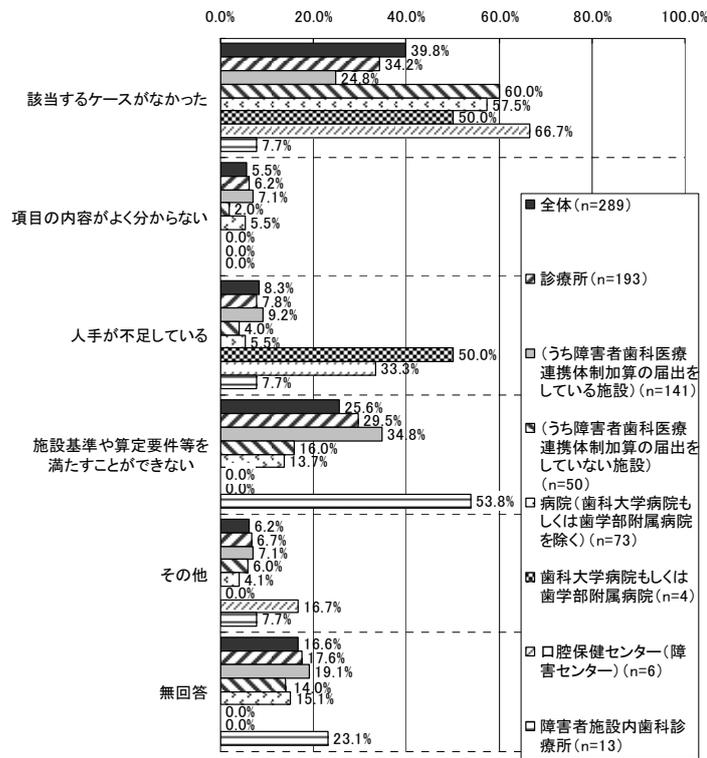
【障害者歯科医療連携加算】



【歯科衛生実地指導料 1】



【歯科衛生実地指導料 2】



【診療情報提供料 (I)】



図表 122 2011年の6月と7月の算定患者延べ人数が「0人」であった理由のうち「施設基準や算定基準等を満たすことができない」場合に負担に感じていること、その他の具体的な内容

○障害者加算

- ・ 算定要件が厳しすぎる。
- ・ 歯科衛生士がいない。
- ・ スペースの確保、階段、バリアフリーが難しい。
- ・ 全身管理の器具が不足している。 /等

○障害者歯科医療連携加算

- ・ 障害者加算対象者が月20名に満たない（同旨を含め20件）。
- ・ 算定要件の幅が狭く非現実的である（同旨を含め17件）。
- ・ 全身的な管理を必要とする機器の整備（同旨を含め5件）。
- ・ 歯科衛生士がいない（同旨を含め5件）。
- ・ 紹介元が算定要件を満たすか不明な場合が多い（同旨を含め4件）。
- ・ 当医院が他医院に（障連）を満たす医院と認知されていないため、紹介状を持って来る患者よりも、患者同士の口コミで直接来院されるため算定できない（同旨を含め2件）。
- ・ 施設基準を満たすための施設整備を行うことが金銭的にもまたスペース的にも厳しい。
- ・ 障害者歯科医療に係るスタッフ体制を整備する上で、病院経営者の理解を得るのが難しい。
- ・ 人件費など支出に見合う点数がないため人を雇えない等、支出より収入が少ない。
- ・ 障害者加算を算定する患者が急増しても対応できない。 /等

○歯科衛生実地指導料1

- ・ 歯科衛生士がいない（同旨を含め12件）。
- ・ 歯科衛生士の教育がままならない（同旨を含め2件）。
- ・ 支出より収入が少ない（同旨を含め2件）。
- ・ 指導が時間で設定されていること自体がナンセンス。

○歯科衛生実地指導料2

- ・ 歯科衛生士がいない（同旨を含め13件）。
- ・ 来院患者数が基準を満たしていない。患者数要件がなければ整えたい（同旨を含め9件）。
- ・ 医科と併設しているため届出が受理されなかった（同旨を含め4件）。
- ・ 人件費等の負担が増加した（同旨を含め4件）。
- ・ 歯科衛生士のトレーニングの機会がなく実施が困難である（同旨を含め3件）。
- ・ 施設基準である常勤歯科医師2名以上をクリアできない（同旨を含め3件）。
- ・ 設備を整備してまで施設基準を満たし、算定しようと思わない。
- ・ 指導が時間で設定されていること自体がナンセンス。 /等

○診療情報提供料（I）

- ・ 歯科衛生士がいない。
- ・ ある病院では依頼を出してもまともに対応してくれない。 /等

5) 平成 23 年 6 月 1 か月間の各種算定患者延べ人数

平成 23 年 6 月 1 か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20 歳以上 65 歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6 歳未満」が平均 5.5 人、「6 歳以上 20 歳未満」が 21.7 人、「20 歳以上 65 歳未満」が 42.4 人、「65 歳以上 75 歳未満」が 4.7 人、「75 歳以上」が 8.5 人であった。また、「歯科衛生実地指導料 1」では「6 歳未満」が平均 9.2 人、「6 歳以上 20 歳未満」が 18.6 人、「20 歳以上 65 歳未満」が 51.1 人、「65 歳以上 75 歳未満」が 19.9 人、「75 歳以上」が 13.9 人であった。「歯科衛生実地指導料 2」では「6 歳未満」が平均 1.9 人、「6 歳以上 20 歳未満」が 8.4 人、「20 歳以上 65 歳未満」が 14.7 人、「65 歳以上 75 歳未満」が 1.0 人、「75 歳以上」が 1.3 人であった。

図表 123 平成 23 年 6 月 1 か月間の各種算定患者延べ人数（全体 n=265）

（単位：人）

		6 歳未満	6 歳以上 20 歳未満	20 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
障害者加算	平均値	5.5	21.7	42.4	4.7	8.5
	標準偏差	16.1	51.5	91.5	11.3	28.2
	中央値	0	1	5	0	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
	標準偏差	0.2	0.5	0.6	0.1	0.1
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料 1	平均値	9.2	18.6	51.1	19.9	13.9
	標準偏差	40.9	74.1	106.8	44.2	30.3
	中央値	0	0	3	0	0
歯科衛生 実地 指導料 2	平均値	1.9	8.4	14.7	1.0	1.3
	標準偏差	9.5	25.1	44.6	3.7	8.1
	中央値	0	0	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.3	1.2	11.3	2.8	3.2
	標準偏差	0.9	3.0	26.8	6.9	8.7
	中央値	0	0	0	0	0

（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

診療所について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均1.8人、「6歳以上20歳未満」が7.0人、「20歳以上65歳未満」が14.8人、「65歳以上75歳未満」が2.6人、「75歳以上」が7.0人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均15.2人、「6歳以上20歳未満」が27.7人、「20歳以上65歳未満」が53.4人、「65歳以上75歳未満」が15.3人、「75歳以上」が10.6人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均0.7人、「6歳以上20歳未満」が3.9人、「20歳以上65歳未満」が7.0人、「65歳以上75歳未満」が0.7人、「75歳以上」が0.4人であった。

図表 124 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数（診療所 n=133）

（単位：人）

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	1.8	7.0	14.8	2.6	7.0
	標準偏差	5.4	16.5	39.6	7.0	23.2
	中央値	0	0	2	0	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	15.2	27.7	53.4	15.3	10.6
	標準偏差	55.9	94.5	113.3	31.7	20.7
	中央値	0	0	2	0	0
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	0.7	3.9	7.0	0.7	0.4
	標準偏差	3.2	12.8	29.1	3.9	2.1
	中央値	0	0	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.0	0.1	0.8	0.2	1.2
	標準偏差	0.2	0.5	2.1	0.8	8.2
	中央値	0	0	0	0	0

（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

診療所のうち「障害者歯科医療連携体制加算」の届出をしている施設について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均2.2人、「6歳以上20歳未満」が8.6人、「20歳以上65歳未満」が18.2人、「65歳以上75歳未満」が3.2人、「75歳以上」が8.6人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均17.9人、「6歳以上20歳未満」が32.7人、「20歳以上65歳未満」が61.4人、「65歳以上75歳未満」が16.8人、「75歳以上」が12.3人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均0.8人、「6歳以上20歳未満」が4.8人、「20歳以上65歳未満」が8.6人、「65歳以上75歳未満」が0.9人、「75歳以上」が0.5人であった。

図表 125 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
(診療所：障害者歯科医療連携体制加算の届出をしている施設 n=108)

(単位：人)

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	2.2	8.6	18.2	3.2	8.6
	標準偏差	5.9	17.9	43.2	7.6	25.5
	中央値	0	1	4	0	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	17.9	32.7	61.4	16.8	12.3
	標準偏差	61.1	103.8	121.5	31.0	22.0
	中央値	0	2	4	0	0
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	0.8	4.8	8.6	0.9	0.5
	標準偏差	3.6	14.0	32.0	4.3	2.3
	中央値	0	0	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.0	0.2	0.8	0.3	1.5
	標準偏差	0.2	0.6	2.3	0.8	9.1
	中央値	0	0	0	0	0

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

診療所のうち「障害者歯科医療連携体制加算」の届出をしていない施設について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均3.7人、「6歳以上20歳未満」が6.5人、「20歳以上65歳未満」が19.7人、「65歳以上75歳未満」が9.3人、「75歳以上」が3.5人であった。

図表 126 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
(診療所：障害者歯科医療連携体制加算の届出をしていない施設 n=24)

(単位：人)

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	3.7	6.5	19.7	9.3	3.5
	標準偏差	17.2	20.3	56.2	34.8	11.4
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.0	0.0	0.5	0.1	0.0
	標準偏差	0.0	0.2	1.2	0.4	0.2
	中央値	0	0	0	0	0

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均5.6人、「6歳以上20歳未満」が15.9人、「20歳以上65歳未満」が32.3人、「65歳以上75歳未満」が5.6人、「75歳以上」が13.5人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均2.1人、「6歳以上20歳未満」が5.6人、「20歳以上65歳未満」が47.4人、「65歳以上75歳未満」が26.4人、「75歳以上」が20.9人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均1.2人、「6歳以上20歳未満」が3.3人、「20歳以上65歳未満」が7.8人、「65歳以上75歳未満」が0.8人、「75歳以上」が2.9人であった。「診療情報提供料」では「6歳未満」が平均0.7人、「6歳以上20歳未満」が2.8人、「20歳以上65歳未満」が29.9人、「65歳以上75歳未満」が7.7人、「75歳以上」が7.9人であった。

図表 127 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
(病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く） n=76)

(単位：人)

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	5.6	15.9	32.3	5.6	13.5
	標準偏差	18.6	39.8	70.7	11.6	41.4
	中央値	0	0	3	0	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.4	0.3	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	2.1	5.6	47.4	26.4	20.9
	標準偏差	8.5	15.1	87.9	48.5	38.2
	中央値	0	0	8	4.5	2.5
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	1.2	3.3	7.8	0.8	2.9
	標準偏差	6.8	12.6	32.6	2.8	14.5
	中央値	0	0	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.7	2.8	29.9	7.7	7.9
	標準偏差	1.2	3.9	36.1	10.2	10.1
	中央値	0	1	15.5	3	4.5

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した、

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均7.9人、「6歳以上20歳未満」が56.9人、「20歳以上65歳未満」が138.4人、「65歳以上75歳未満」が12.0人、「75歳以上」が11.2人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均10.8人、「6歳以上20歳未満」が19.2人、「20歳以上65歳未満」が163.4人、「65歳以上75歳未満」が89.2人、「75歳以上」が50.2人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均0.2人、「6歳以上20歳未満」が4.0人、「20歳以上65歳未満」が14.5人、「65歳以上75歳未満」が0.4人、「75歳以上」が0.3人であった。「診療情報提供料」では「6歳未満」が平均1.1人、「6歳以上20歳未満」が5.1人、「20歳以上65歳未満」が44.3人、「65歳以上75歳未満」が9.0人、「75歳以上」が7.7人であった。

図表 128 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 n=13)

(単位：人)

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	7.9	56.9	138.4	12.0	11.2
	標準偏差	7.0	59.4	152.3	19.5	16.1
	中央値	6	37	88	5	5
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.2	0.4	0.8	0.0	0.2
	標準偏差	0.6	1.3	1.5	0.0	0.5
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	10.8	19.2	163.4	89.2	50.2
	標準偏差	21.5	27.5	176.6	96.5	59.1
	中央値	2	4	95	55	29
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	0.2	4.0	14.5	0.4	0.3
	標準偏差	0.5	7.4	22.6	0.9	0.6
	中央値	0	0	2	0	0
診療情報 提供料	平均値	1.1	5.1	44.3	9.0	7.0
	標準偏差	2.2	6.7	48.5	9.4	7.7
	中央値	0	3	36	7	3

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した、

口腔保健センター（障害センター）について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均8.9人、「6歳以上20歳未満」が54.6人、「20歳以上65歳未満」が108.5人、「65歳以上75歳未満」が8.3人、「75歳以上」が4.2人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均0.5人、「6歳以上20歳未満」が1.1人、「20歳以上65歳未満」が2.4人、「65歳以上75歳未満」が0.8人、「75歳以上」が0.5人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均3.6人、「6歳以上20歳未満」が35.9人、「20歳以上65歳未満」が63.0人、「65歳以上75歳未満」が2.8人、「75歳以上」が1.9人であった。「診療情報提供料」では「6歳未満」が平均0.3人、「6歳以上20歳未満」が0.5人、「20歳以上65歳未満」が1.1人、「65歳以上75歳未満」が0.1人、「75歳以上」が0.1人であった。

図表 129 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
（口腔保健センター（障害センター） n=28）

（単位：人）

		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	8.9	54.6	108.5	8.3	4.2
	標準偏差	11.1	68.5	147.8	17.6	6.9
	中央値	3	30	65	3	1
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.2	0.3	0.5	0.0	0.0
	標準偏差	0.4	0.8	1.2	0.2	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	0.5	1.1	2.4	0.8	0.5
	標準偏差	1.7	2.9	6.0	2.3	1.5
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	3.6	35.9	63.0	2.8	1.9
	標準偏差	6.3	51.5	89.3	4.9	3.7
	中央値	1	20.5	36	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.3	0.5	1.1	0.1	0.1
	標準偏差	0.6	1.2	1.9	0.4	0.4
	中央値	0	0	0	0	0

（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

障害者施設内歯科診療所について、平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数を年齢階級別にみると、「20歳以上65歳未満」の算定患者数が最も多かった。「障害者加算」では「6歳未満」が平均29.8人、「6歳以上20歳未満」が88.9人、「20歳以上65歳未満」が132.2人、「65歳以上75歳未満」が5.9人、「75歳以上」が1.7人であった。また、「歯科衛生実地指導料1」では「6歳未満」が平均6.3人、「6歳以上20歳未満」が35.5人、「20歳以上65歳未満」が43.7人、「65歳以上75歳未満」が2.7人、「75歳以上」が0.8人であった。「歯科衛生実地指導料2」では「6歳未満」が平均15.3人、「6歳以上20歳未満」が27.7人、「20歳以上65歳未満」が28.1人、「65歳以上75歳未満」が1.6人、「75歳以上」が0.3人であった。「診療情報提供料」では「6歳未満」が平均0.0人、「6歳以上20歳未満」が0.2人、「20歳以上65歳未満」が0.3人、「65歳以上75歳未満」が0.0人、「75歳以上」が0.1人であった。

図表 130 平成23年6月1か月間の各種算定患者延べ人数
(障害者施設内歯科診療所 n=15)

(単位：人)

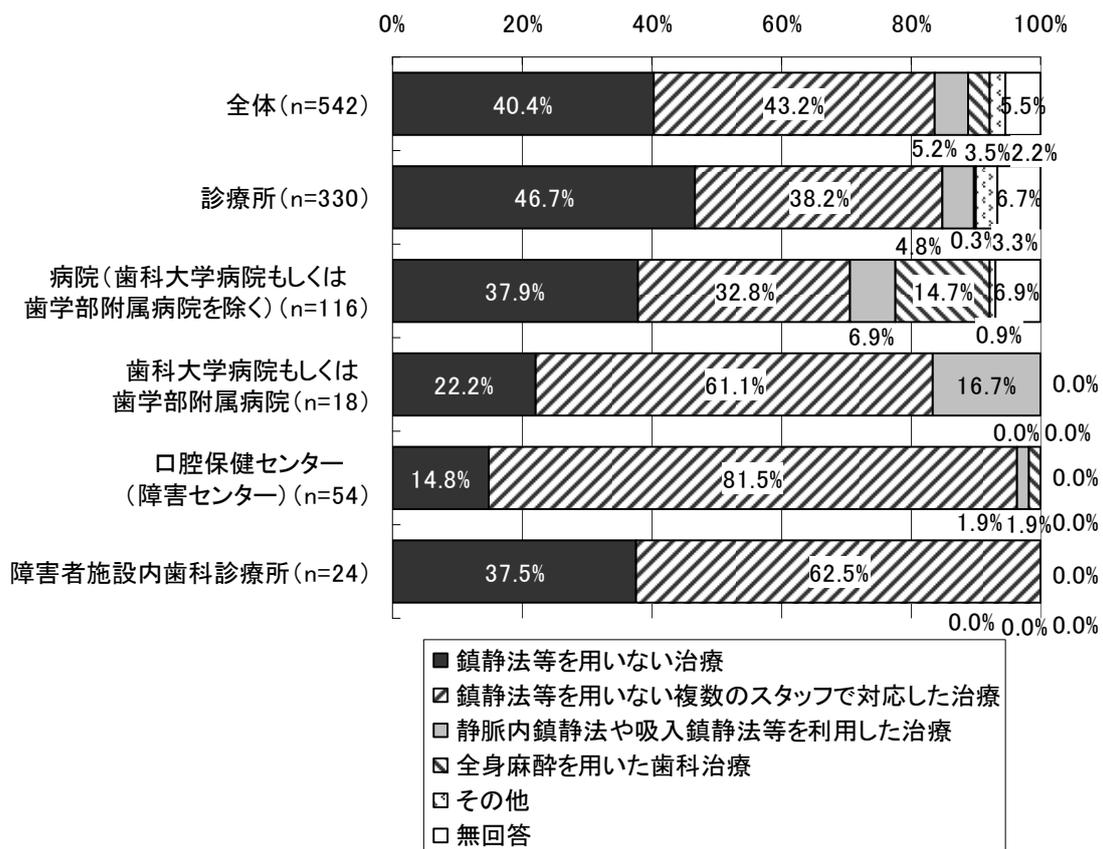
		6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
障害者加算	平均値	29.8	88.9	132.2	5.9	1.7
	標準偏差	39.1	121.8	128.2	10.4	3.1
	中央値	12	55	71	2	0
障害者歯科 医療連携 加算	平均値	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
	標準偏差	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料1	平均値	6.3	35.5	43.7	2.7	0.8
	標準偏差	20.8	115.9	75.9	4.6	1.9
	中央値	0	0	0	0	0
歯科衛生 実地 指導料2	平均値	15.3	27.7	28.1	1.6	0.3
	標準偏差	31.4	42.1	40.2	3.4	0.7
	中央値	0	1	0	0	0
診療情報 提供料	平均値	0.0	0.2	0.3	0.0	0.1
	標準偏差	0.0	0.4	0.6	0.0	0.2
	中央値	0	0	0	0	0

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

6) 障害者の最も多い治療状況

障害者の最も多い治療状況を見ると、診療所では「鎮静法等を用いない治療」が46.7%で最も多く、次いで「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」(38.2%)となった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「鎮静法等を用いない治療」が37.9%で最も多く、次いで「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」(32.8%)、「全身麻酔を用いた歯科治療」(14.7%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」が61.1%で最も多く、「鎮静法等を用いない治療」(22.2%)、「静脈内鎮静法や吸入鎮静法等を利用した治療」(16.7%)となった。口腔保健センター(障害センター)では「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」が81.5%で最も多く、「鎮静法等を用いない治療」(14.8%)となった。障害者施設内歯科診療所では「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」が62.5%で最も多く、次いで「鎮静法等を用いない治療」(37.5%)となった。

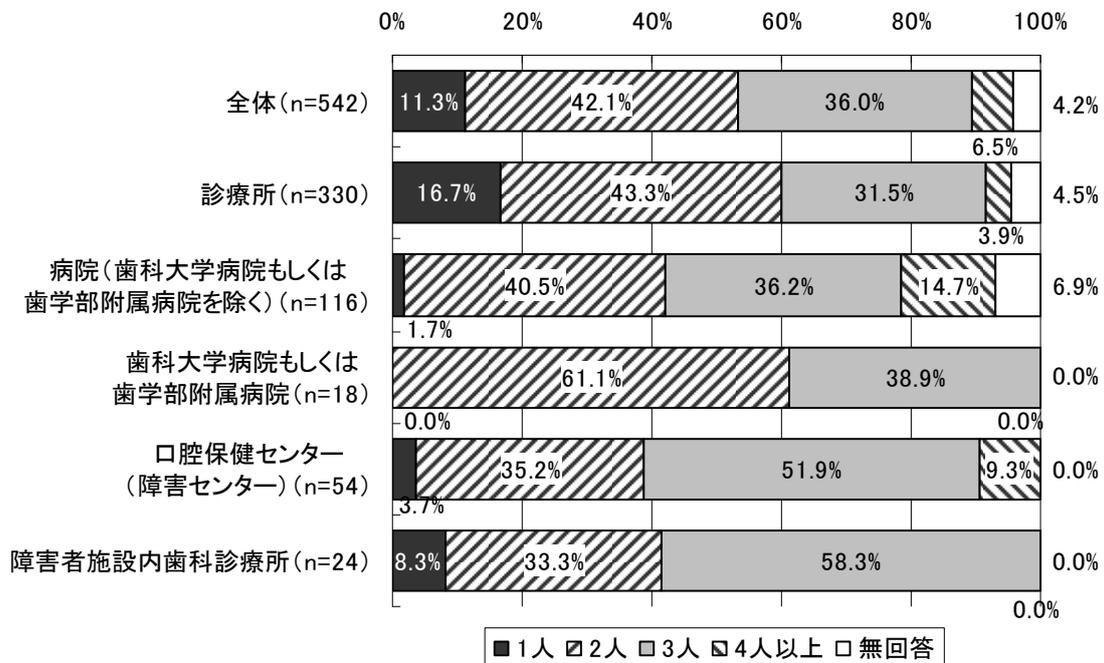
図表 131 障害者の最も多い治療状況



7) 1人の患者を治療する際に必要となる最もよくある職員数

1人の患者を治療する際に必要となる最もよくある職員数をみると、診療所では「2人」が43.3%で最も多く、次いで「3人」(31.5%)、「1人」(16.7%)、「4人以上」(3.9%)となった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「2人」が40.5%で最も多く、次いで「3人」(36.2%)、「4人以上」(14.7%)、「1人」(1.7%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「2人」が61.1%で最も多く、次いで「3人」(38.9%)となった。口腔保健センター(障害センター)では「3人」が51.9%で最も多く、次いで「2人」(35.2%)、「4人以上」(9.3%)、「1人」(3.7%)であった。障害者施設内歯科診療所では「3人」が58.3%で最も多く、次いで「2人」(33.3%)、「1人」(8.3%)であった。

図表 132 1人の患者を治療する際に必要となる最もよくある職員数



③障害者歯科医療における連携状況

1) 連携している医療機関

連携している医療機関をみると、診療所では「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が51.2%で最も多く、次いで「障害者歯科医療センター」（40.6%）、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」（37.6%）となった。診療所のうち「障害者歯科医療連携加算」の届出をしている施設では、届出をしていない施設と比較すると「医科の診療所」「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」「病院（救急医療機関）」と回答した施設の割合が高くなっている。

病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では、「他の歯科診療所」が58.6%で最も多く、次いで「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（34.5%）、「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」（31.9%）となった。

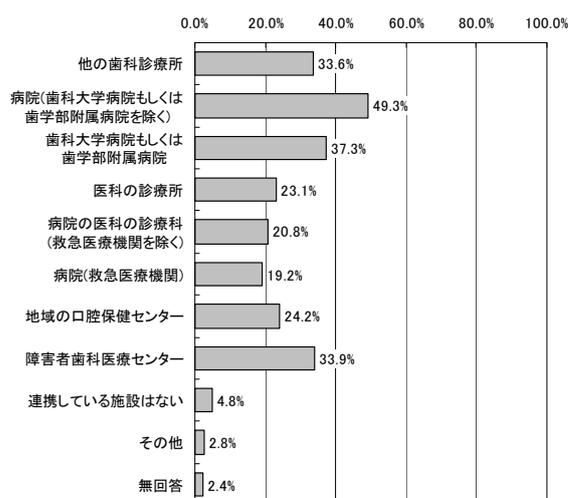
歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「他の歯科診療所」（66.7%）が最も多く、次いで「障害者歯科医療センター」（61.1%）、「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」「地域の口腔保健センター」（いずれも55.6%）となった。

口腔保健センター（障害センター）では「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が70.4%で最も多く、次いで「他の歯科診療所」（59.3%）、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」（51.9%）となった。

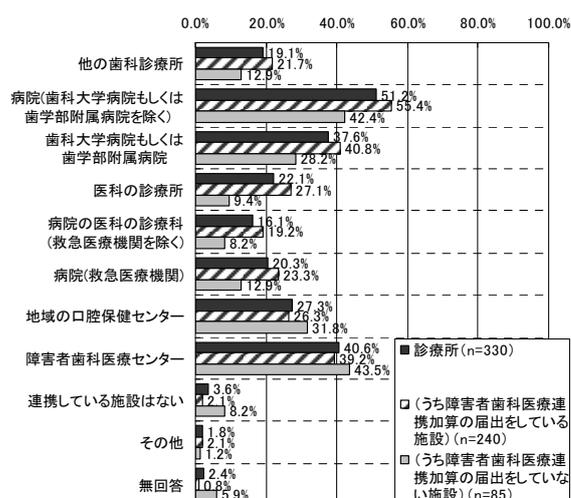
障害者施設内歯科診療所では、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が50.0%で最も多く、次いで「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（41.7%）、「他の歯科診療所」（29.2%）となった。

図表 133 連携している医療機関（複数回答）

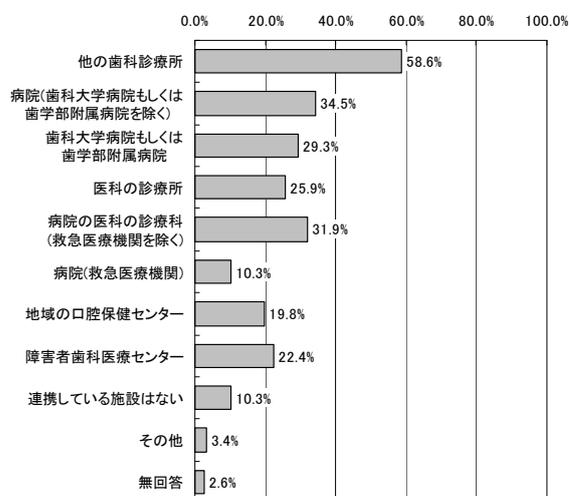
【全体 (n=542)】



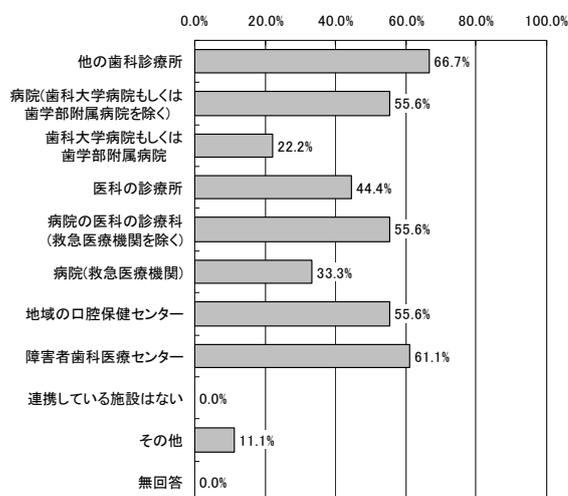
【診療所 (n=330)】



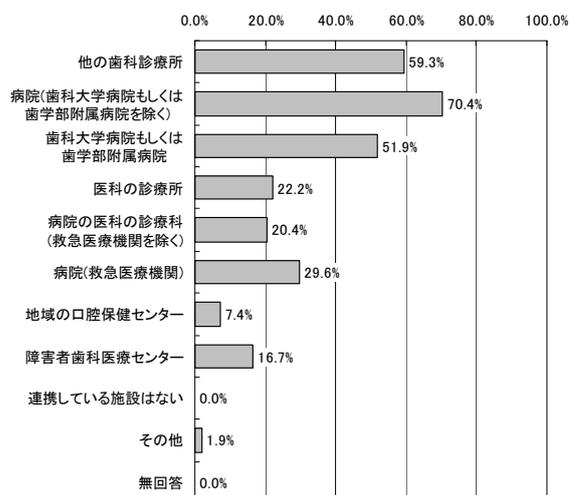
【病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）（n=116）】



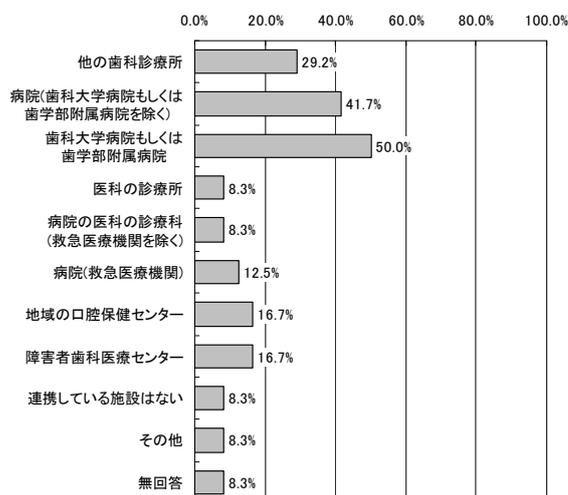
【歯科大学病院もしくは歯学部附属病院（n=18）】



【口腔保健センター（障害センター）（n=54）】



【障害者施設内歯科診療所（n=24）】



2) 緊急時の連絡方法

緊急時の連絡方法をみると、診療所では「自施設の電話番号を通知」が 67.0%で最も多く、次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(29.4%)、「特に連絡方法を用意していない」(17.3%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(16.4%)であった。

診療所のうち「障害者歯科医療連携加算」の届出をしている施設では、「自施設の電話番号を通知」が 74.2%で最も多く、次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(30.4%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(18.8%)、「特に連絡方法を用意していない」(15.4%)であった。

診療所のうち「障害者歯科医療連携加算」の届出をしていない施設では、「自施設の電話番号を通知」が 49.4%で最も多いものの他の施設と比較すると割合が低かった。次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(28.2%)、「特に連絡方法を用意していない」(21.2%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(10.6%)であった。

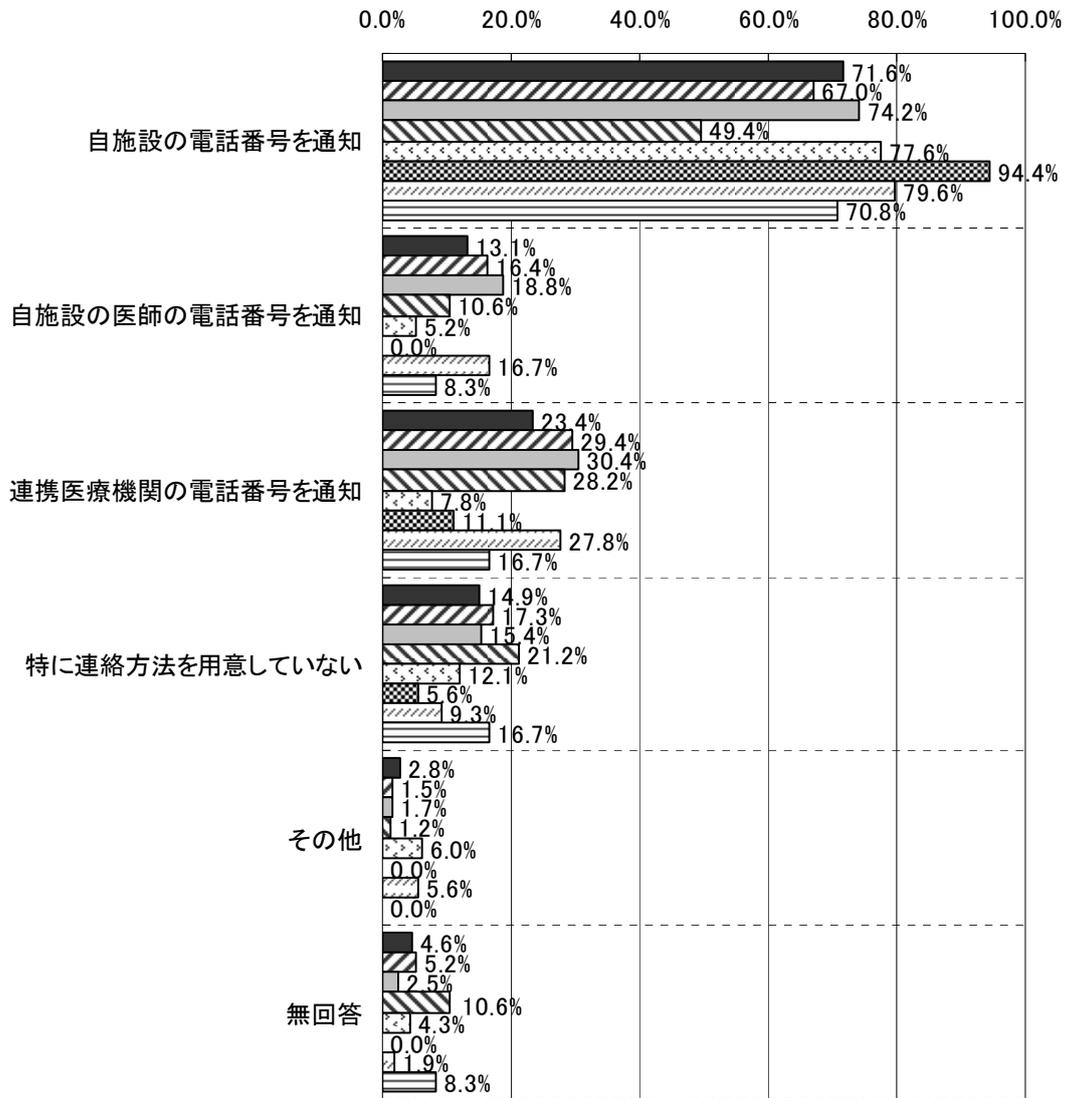
病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では、「自施設の電話番号を通知」が 77.6%で最も多く、次いで「特に連絡方法を用意していない」(12.1%)、「連携医療機関の電話番号を通知」(7.8%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(5.2%)であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では、「自施設の電話番号を通知」が 94.4%で最も多く、他の施設と比較しても高かった。次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(11.1%)、「特に連絡方法を用意していない」(5.6%)であった。

口腔保健センター(障害センター)では、「自施設の電話番号を通知」が 79.6%で最も多く、次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(27.8%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(16.7%)、「特に連絡方法を用意していない」(9.3%)であった。

障害者施設内歯科診療所では、「自施設の電話番号を通知」が 70.8%で最も多く、次いで「連携医療機関の電話番号を通知」「特に連絡方法を用意していない」(ともに 16.7%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(8.3%)であった。

図表 134 緊急時の連絡方法（複数回答）



- 全体 (n=542)
- ▨ 診療所 (n=330)
- ▩ (うち障害者歯科医療連携加算の届出をしている施設) (n=240)
- ▧ (うち障害者歯科医療連携加算の届出をしていない施設) (n=85)
- ▦ 病院 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=116)
- ▤ 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=18)
- ▣ 口腔保健センター(障害センター) (n=54)
- ▢ 障害者施設内歯科診療所 (n=24)

3) 緊急時の対応状況

緊急時の対応状況をみると、診療所では「夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」が 49.1%で最も多く、次いで「夜間、緊急時のいずれも対応している」（23.6%）、「夜間、緊急時のいずれも対応していない」（19.4%）となった。

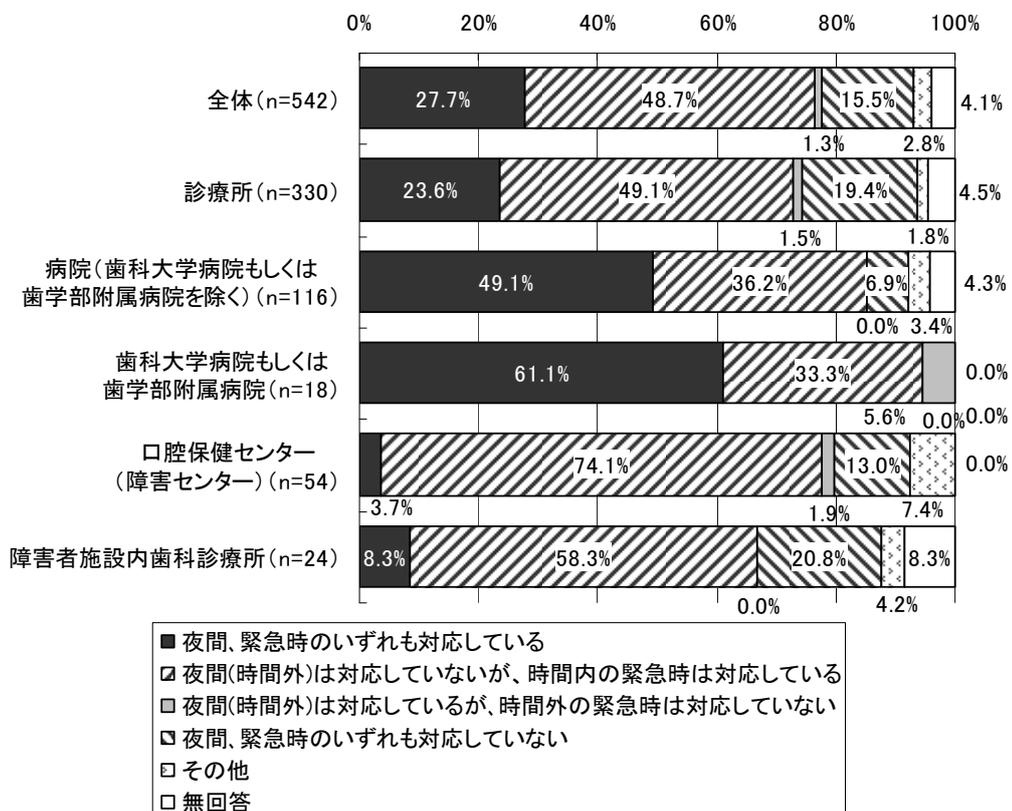
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「夜間、緊急時のいずれも対応している」が 49.1%で最も多く、次いで「夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」（36.2%）、「夜間、緊急時のいずれも対応していない」（6.9%）となった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「夜間、緊急時のいずれも対応している」が 61.1%で最も多く、次いで「夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」（33.3%）、「夜間（時間外）は対応しているが、時間外の緊急時は対応していない」（5.6%）であった。

口腔保健センター（障害センター）では「夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」が 74.1%で最も多く、次いで「夜間、緊急時のいずれも対応していない」（13.0%）、「夜間（時間外）は対応しているが、時間外の緊急時は対応していない」（1.9%）であった。

障害者施設内歯科診療所では、「夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」が 58.3%で最も多く、次いで「夜間、緊急時のいずれも対応していない」（20.8%）、「夜間、緊急時のいずれも対応している」（8.3%）であった。

図表 135 緊急時の対応状況



4) 他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢

他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢をみると、診療所では「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」が 62.4%で最も多く、次いで「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」(21.5%)、「整っていない」(12.4%)であった。

診療所のうち「障害者歯科医療連携加算」の届出をしている施設では「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」が 62.1%で最も多く、次いで「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」(27.9%)、「整っていない」(7.9%)であった。

診療所のうち「障害者歯科医療連携加算」の届出をしていない施設では「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」が 65.9%で最も多く、次いで「整っていない」(24.7%)、「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」(4.7%)であった。

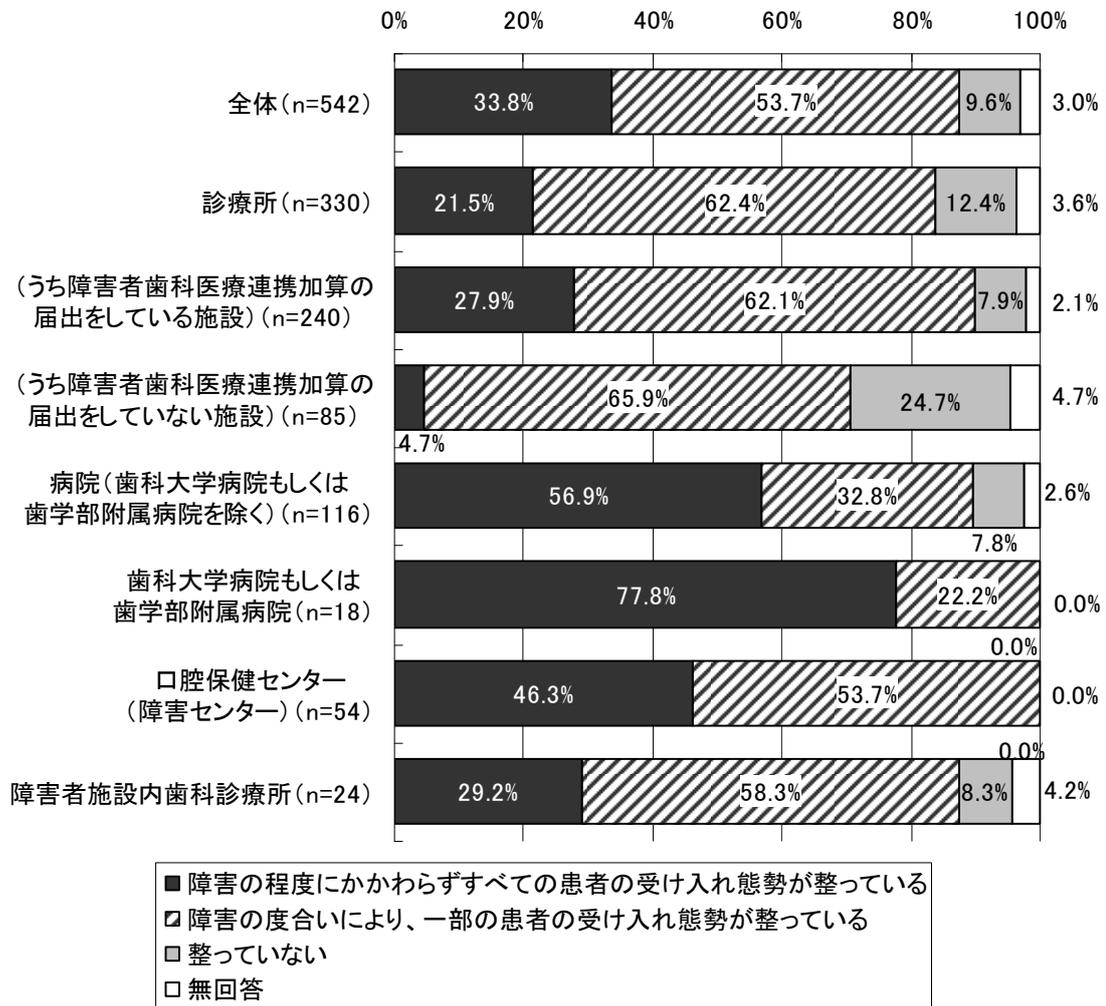
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」が 56.9%で最も多く、次いで「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」(32.8%)、「整っていない」(7.8%)であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」が 77.8%で最も多く、次いで「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」(22.2%)であった。「整っていない」と回答した施設はなかった。

口腔保健センター（障害センター）では「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」が 53.7%で最も多く、次いで「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」が 46.3%であった。「整っていない」と回答した施設はなかった。

障害者施設内歯科診療所では「障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている」が 58.3%で最も多く、次いで「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」(29.2%)、「整っていない」(8.3%)であった。

図表 136 他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢



5) 患者を受け入れることになった理由

患者を受け入れることになった理由をみると、診療所では「患者からの要望があったため」が 77.3%で最も多く、次いで「設備が充実した専門施設に通っていた患者が、地域の歯科診療所に通院可能となったため」(38.3%)、「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」(37.2%)となった。

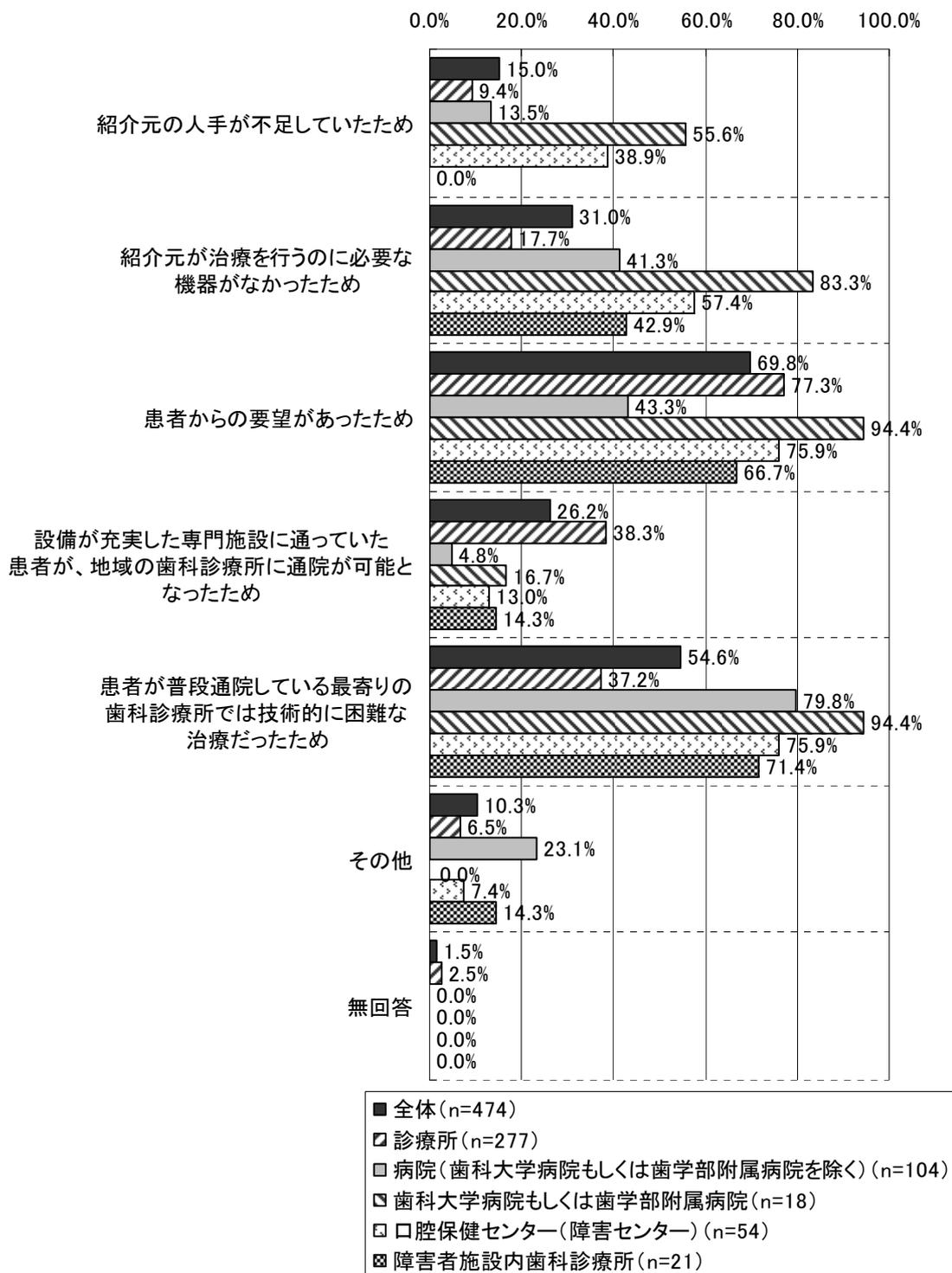
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」が 79.8%で最も多く、次いで「患者からの要望があったため」(43.3%)、「紹介元が治療を行うのに必要な機器がなかったため」(41.3%)となった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「患者からの要望があったため」「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」がともに 94.4%で最も多く、次いで「紹介元が治療を行うのに必要な機器がなかったため」(83.3%)、「紹介元の手が不足していたため」(55.6%)となった。

口腔保健センター（障害センター）では「患者からの要望があったため」「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」がともに 75.9%で最も多く、次いで「紹介元が治療を行うのに必要な機器がなかったため」(57.4%)、「紹介元の手が不足していたため」(38.9%)となった。

障害者施設内歯科診療所では「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」が 71.4%で最も多く、次いで「患者からの要望があったため」(66.7%)、「紹介元が治療を行うのに必要な機器がなかったため」(42.9%)となった。

図表 137 患者を受け入れることになった理由（複数回答）



6) 各機関との連携を推進する上での課題

各機関との連携を推進する上での課題をみると、診療所では「相談窓口や治療に関する情報が不足している」が 45.5%で最も多く、次いで「障害者歯科医療が知られていない」(39.4%)、「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」(35.2%)、「連携する医療機関の間で情報が共有化されていない」(30.6%)となった。

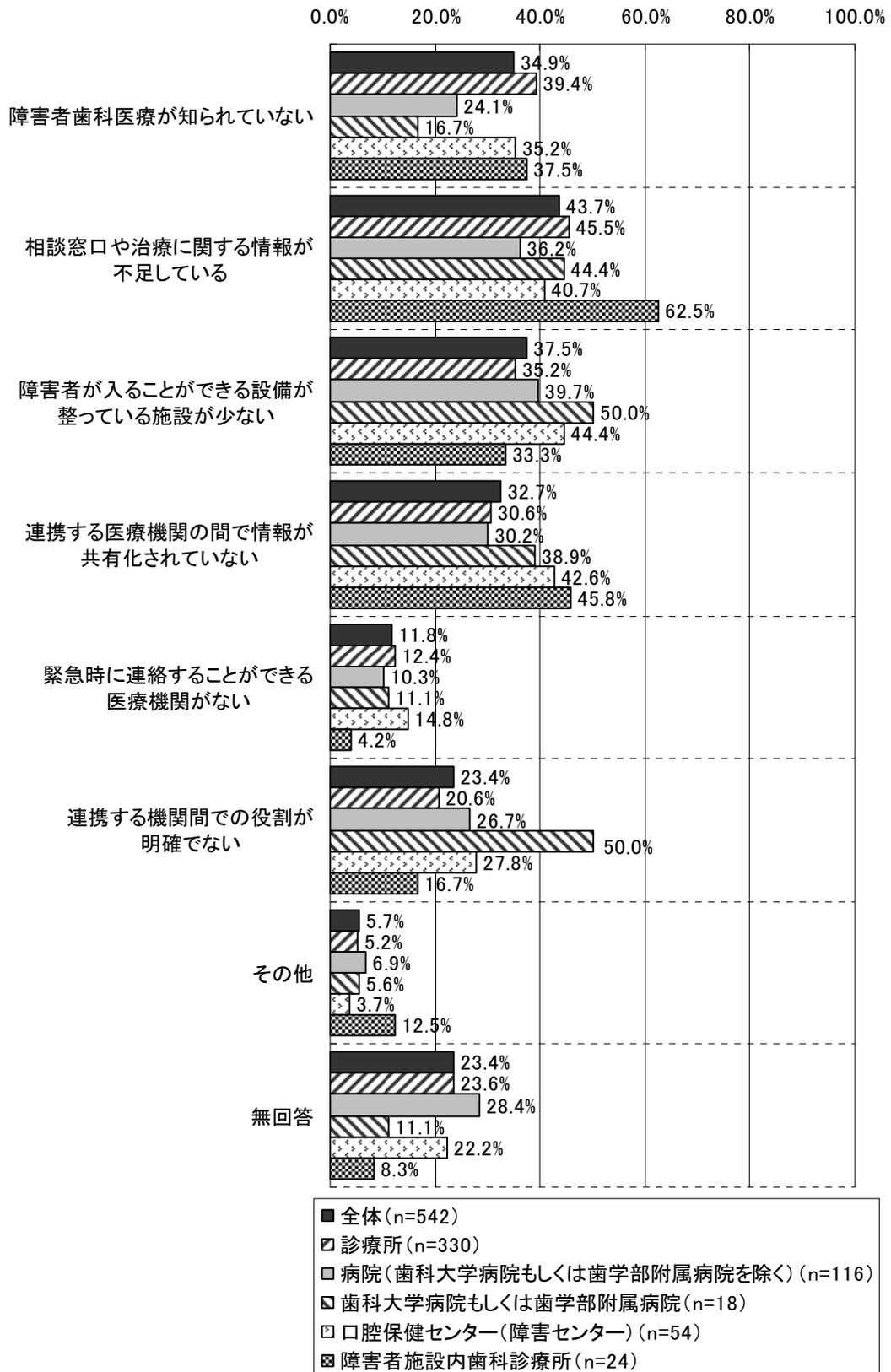
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」が 39.7%で最も多く、次いで「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(36.2%)、「連携する医療機関の間で情報が共有化されていない」(30.2%)となった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」「連携する機関間での役割が明確でない」がともに 50.0%で最も多く、次いで「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(44.4%)、「連携する医療機関の間で情報が共有化されていない」(38.9%)となった。

口腔保健センター（障害センター）では、「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」が 44.4%で最も多く、次いで「連携する医療機関の間で情報が共有化されていない」(42.6%)、「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(40.7%)、「障害者歯科医療が知られていない」(35.2%)となった。

障害者施設内歯科診療所では「相談窓口や治療に関する情報が不足している」が 62.5%で最も多く、次いで「連携する医療機関の間で情報が共有化されていない」(45.8%)、「障害者歯科医療が知られていない」(37.5%)、「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」(33.3%)となった。

図表 138 各機関との連携を推進する上での課題（複数回答）

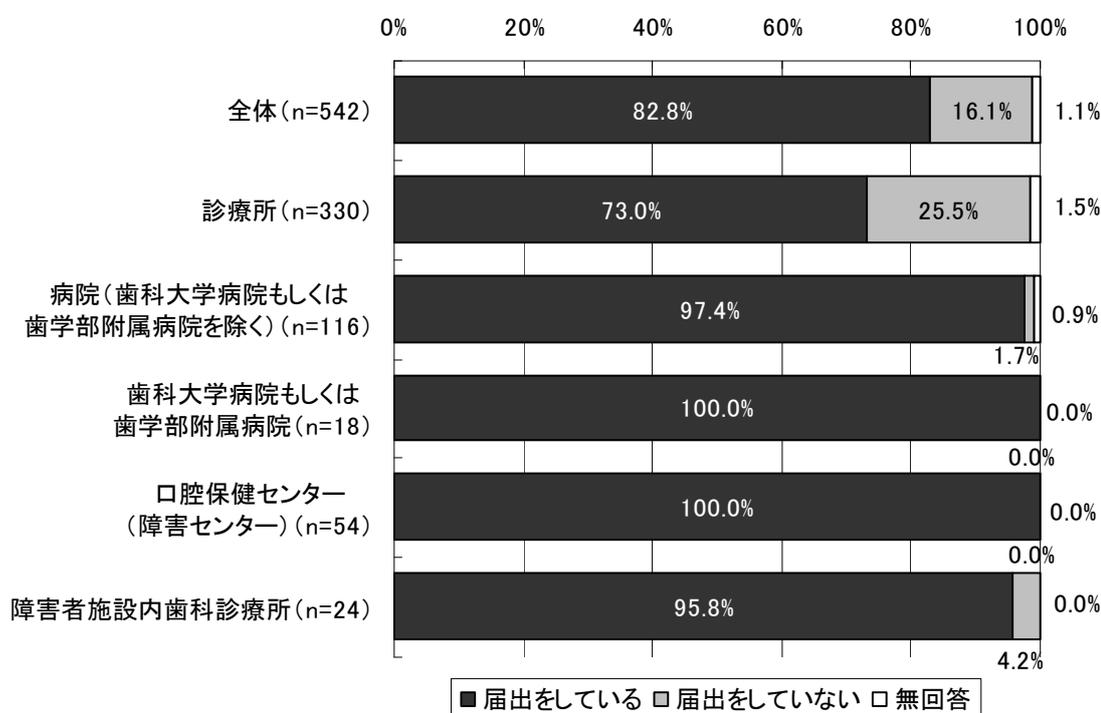


④障害者歯科医療連携加算の届出状況等

1) 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出の有無

「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出の有無をみると、診療所では「届出をしている」が73.0%、「届出をしていない」が25.5%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「届出をしている」が97.4%、「届出をしていない」が1.7%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院と口腔保健センター（障害センター）では、全て「届出をしている」という回答であった。障害者施設内歯科診療所では「届出をしている」が95.8%、「届出をしていない」が4.2%であった。

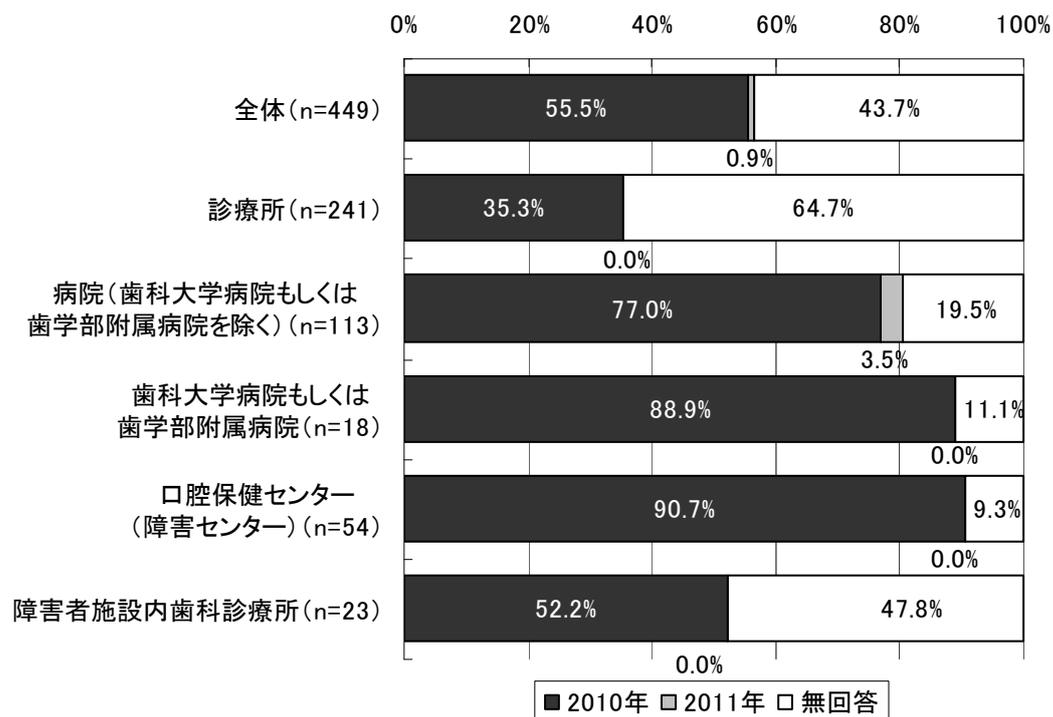
図表 139 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出の有無



2) 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出時期

「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出時期をみると、診療所では「2010年」が35.3%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「2010年」が77.0%、「2011年」が3.5%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「2010年」が88.9%であった。口腔保健センター（障害センター）では「2010年」90.7%であった。障害者施設内歯科診療所では「2010年」が52.2%であった。無回答が多い点に留意する必要がある。

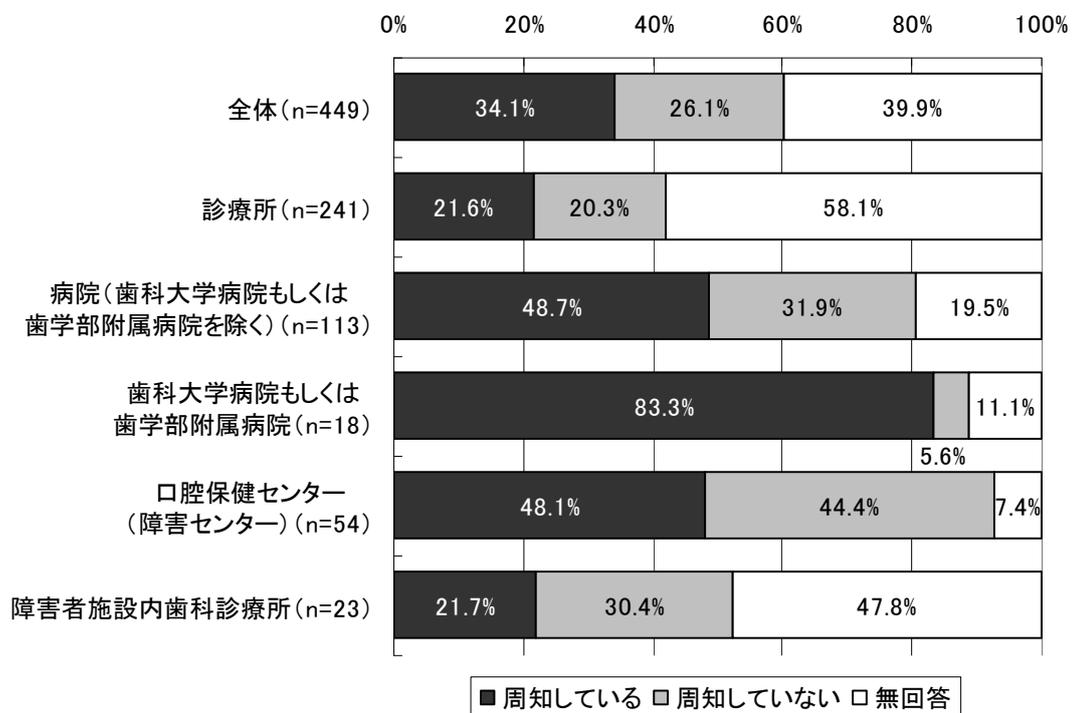
図表 140 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出時期



3) 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることの患者への周知

「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることの患者への周知をみると、診療所では「周知している」が21.6%、「周知していない」が20.3%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「周知している」が48.7%、「周知していない」が31.9%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「周知している」が83.3%、「周知していない」が5.6%であった。口腔保健センター（障害センター）では「周知している」が48.1%、「周知していない」が44.4%であった。障害者施設内歯科診療所では「周知している」が21.7%、「周知していない」が30.4%であった。

図表 141 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることの患者への周知



「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることの患者への周知方法をみると、診療所では「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 88.5%で最も多く、次いで「ホームページで告知している」(25.0%)、「関係施設にリーフレットを置いている」(15.4%)となった。

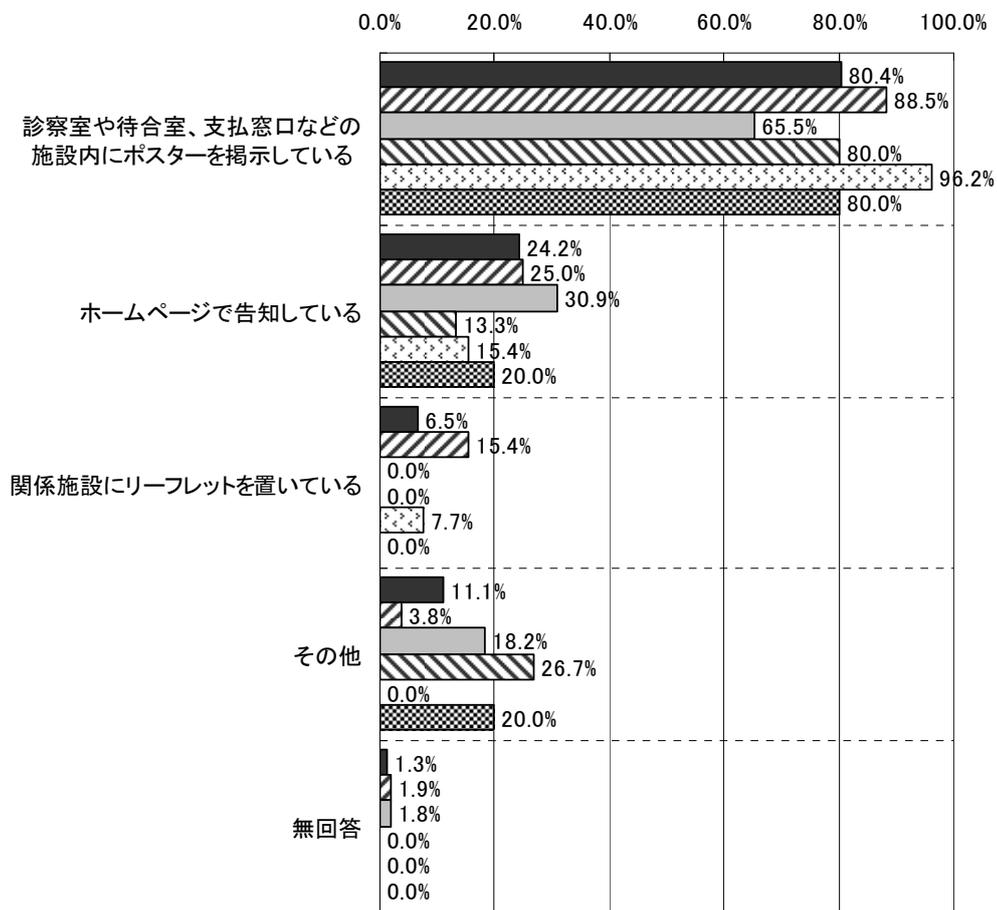
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 65.5%で最も多く、次いで「ホームページで告知している」(30.9%)となった。「関係施設にリーフレットを置いている」と回答した施設はなかった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 80.0%で最も多く、次いで「ホームページで告知している」(13.3%)となった。「関係施設にリーフレットを置いている」と回答した施設はなかった。

口腔保健センター（障害センター）では「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 96.2%でもっと多く、次いで「ホームページで告知している」が 15.4%、「関係施設にリーフレットを置いている」(7.7%)となった。

障害者施設内歯科診療所では「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 80.0%で最も多く、次いで「ホームページで告知している」(20.0%)となった。「関係施設にリーフレットを置いている」と回答した施設はなかった。

図表 142 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることの患者への周知方法
(複数回答)

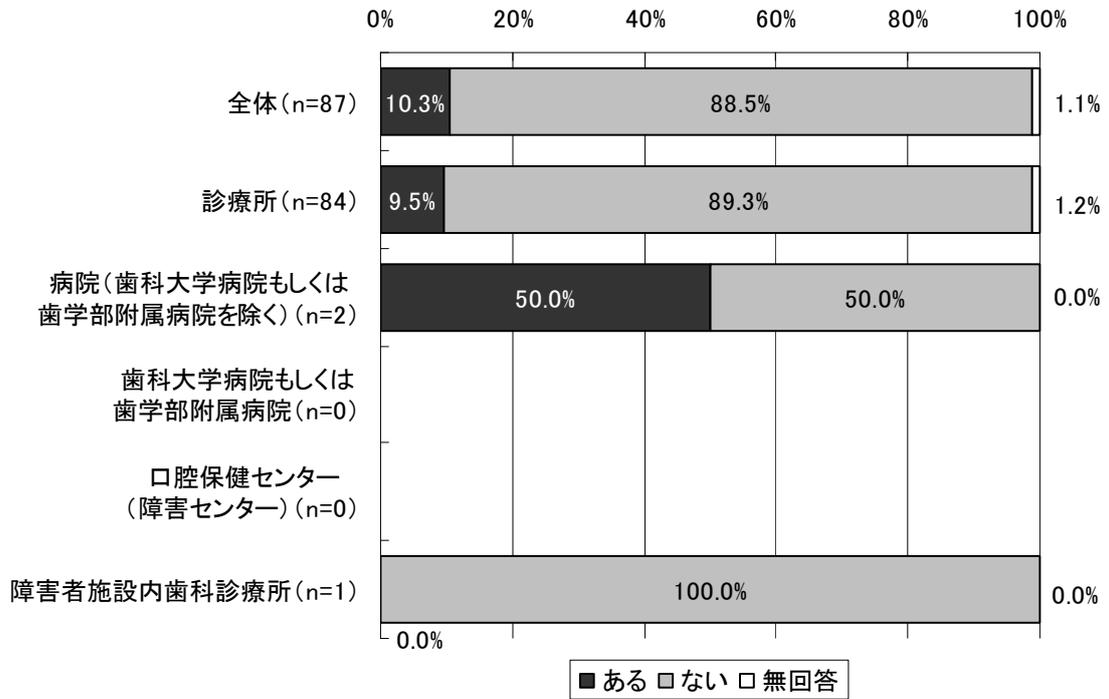


- 全体 (n=153)
- ▨ 診療所 (n=52)
- 病院 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=55)
- ▤ 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=15)
- ▥ 口腔保健センター(障害センター) (n=26)
- ▧ 障害者施設内歯科診療所 (n=5)

4) 「障害者歯科医療連携加算」施設基準の届出意向

「障害者歯科医療連携加算」施設基準の届出をしていない施設に対して届出意向を尋ねたところ、診療所では「ある」が9.5%、「ない」が89.3%であった。

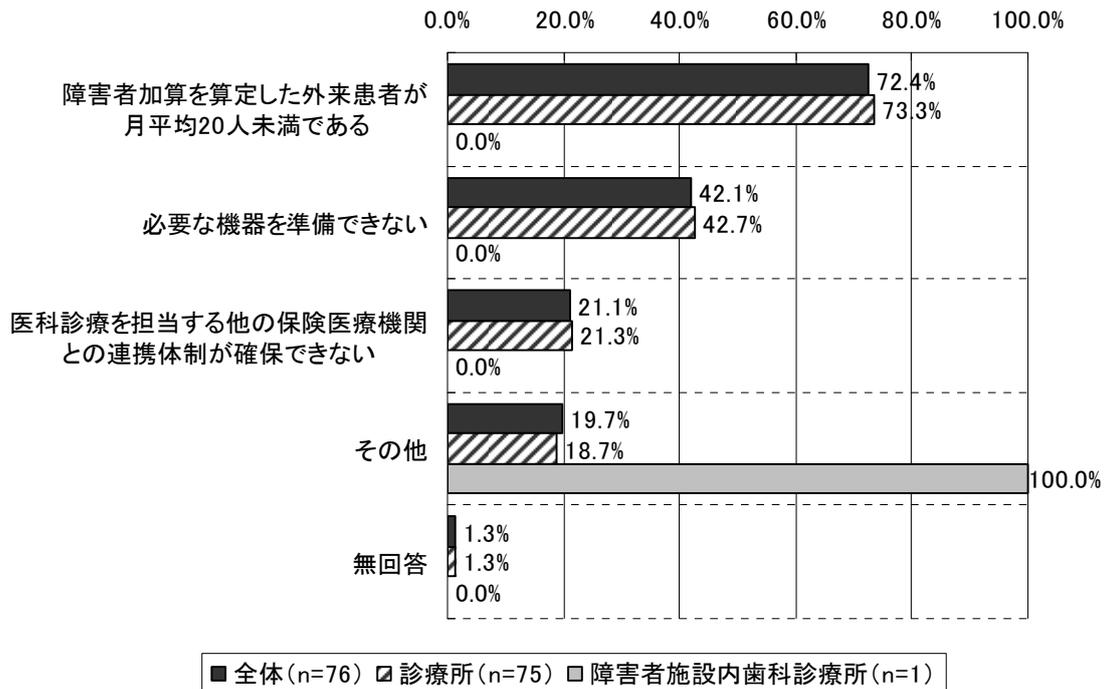
図表 143 「障害者歯科医療連携加算」施設基準の届出意向（届出をしていない施設）



(注) 病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）の回答施設数が 2 施設、障害者施設内歯科診療所の回答施設数が 1 施設であり、結果については注意が必要である。

「障害者歯科医療連携加算」の届出をしない理由を尋ねたところ、診療所では「障害者加算を算定した外来患者が月平均20人未満である」が73.3%で最も多く、次いで「必要な機器を準備できない」(42.7%)、「医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が確保できない」(21.3%)であった。

図表 144 「障害者歯科医療連携加算」の届出をしない理由（複数回答）



(注1) 障害者施設内歯科診療所の回答施設数が1施設であり、結果については注意が必要である。

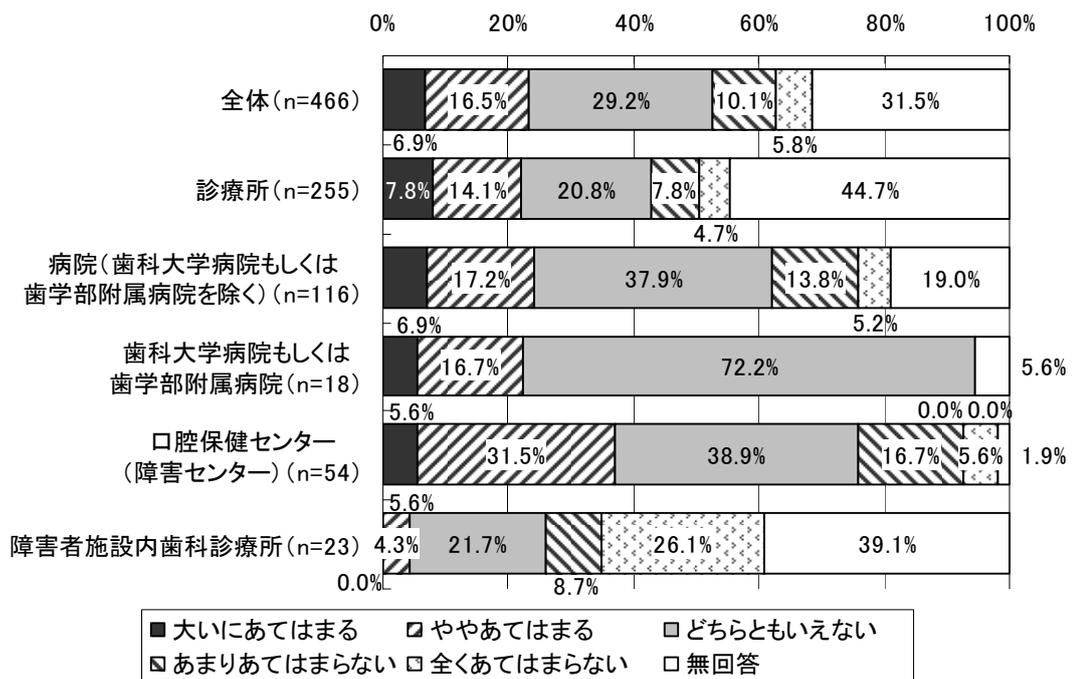
(注2) 「その他」を回答した施設について、その具体的な内容を整理すると、「手続きが面倒であり、届出の様式が煩雑なため書く気がなくなる」「障害児治療は一般開業医が行うにはあまりにリスクが高く、かかるコストと収入があまりにもアンバランス」「常勤歯科医師がいない」「医科を併設する診療所であるため届出が受理されなかった」等となった。

⑤障害者歯科医療連携加算による効果

障害者歯科医療連携加算による効果として「患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった」かをみると、診療所では「あてはまる（「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の合計、以下同様）が 21.9%、「あてはまらない（「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」の合計、以下同様）」が 12.5%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「あてはまる」が 24.1%、「あてはまらない」が 19.0%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「あてはまる」が 22.3%であった。「あてはまらない」と回答した施設はなかった。口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」が 37.1%、「あてはまらない」が 22.3%であった。障害者施設内歯科診療所では「あてはまる」が 4.3%、「あてはまらない」が 34.8%となり、他の施設とは異なって「あてはまらぬ」と回答した施設の方が「あてはまる」と回答した施設よりも多い結果となった。

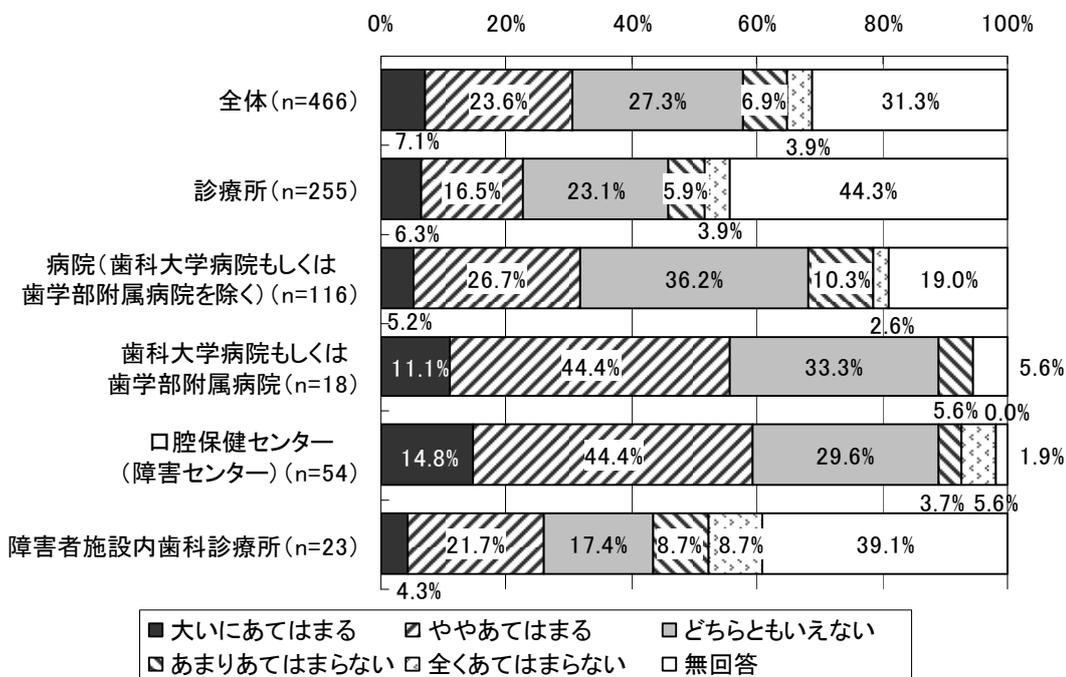
図表 145 障害者歯科医療連携加算による効果（届出施設）

－患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった－



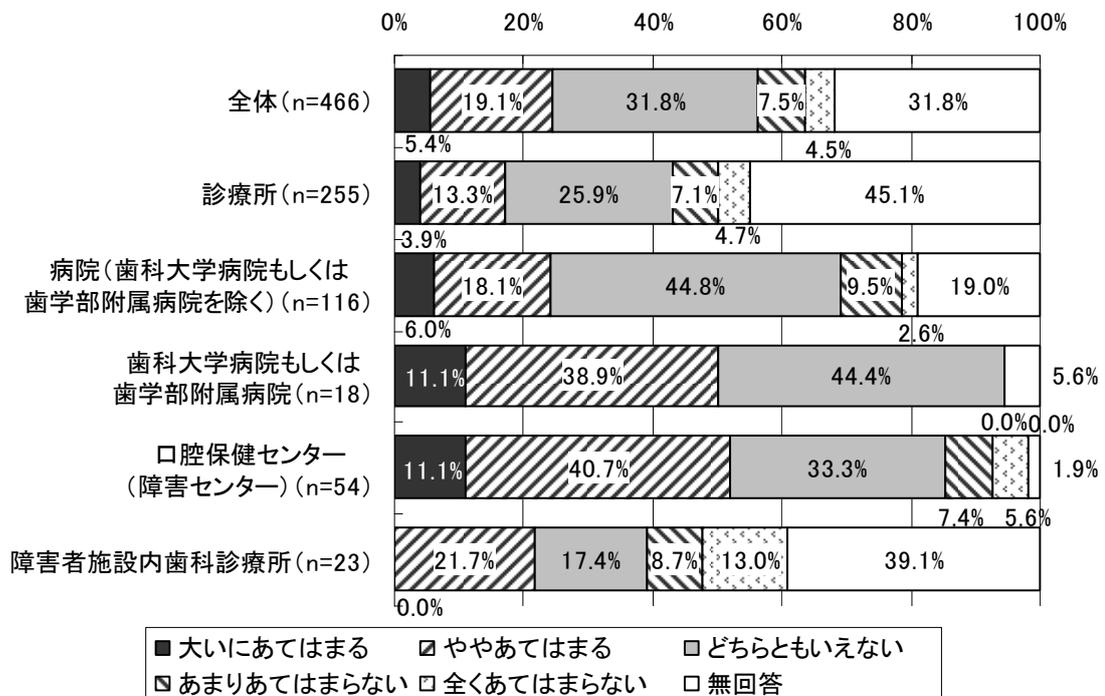
障害者歯科医療連携加算による効果として「障害者歯科医療に係る体制を整備しやすくなった」かをみると、診療所では「あてはまる」が22.8%、「あてはまらない」が9.8%となった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「あてはまる」が31.9%、「あてはまらない」が12.9%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「あてはまる」が55.5%、「あてはまらない」が5.6%となった。口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」が59.2%、「あてはまらない」が9.3%となった。障害者施設内歯科診療所では「あてはまる」が26.0%、「あてはまらない」が17.4%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」と回答した施設が過半数を占めた。

図表 146 障害者歯科医療連携加算による効果（届出施設）
 —障害者歯科医療に係る体制を整備しやすくなった—



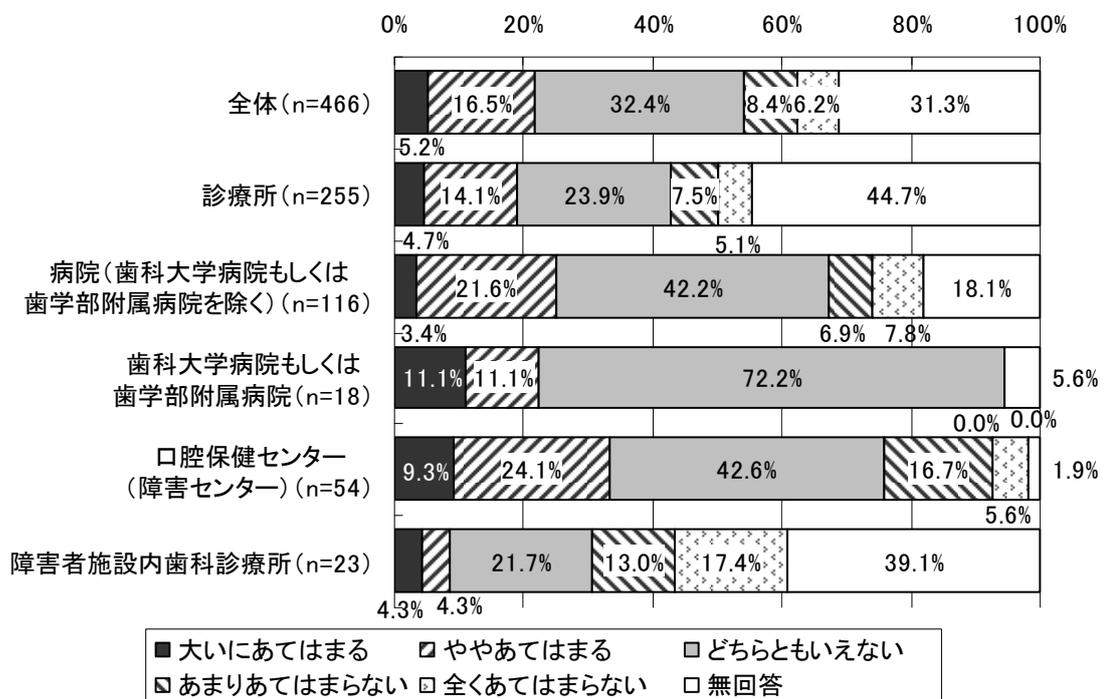
障害者歯科医療連携加算による効果として「他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった」かをみると、診療所では「あてはまる」が17.2%、「あてはまらない」が11.8%となった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「あてはまる」24.1%、「あてはまらない」が12.1%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「あてはまる」が50.0%、「あてはまらない」と回答した施設はなかった。口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」が51.8%、「あてはまらない」が13.0%となった。障害者施設内歯科診療所では「あてはまる」が21.7%、「あてはまらない」が21.7%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」と回答した施設が5割程度となった。

図表 147 障害者歯科医療連携加算による効果（届出施設）
 —他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった—



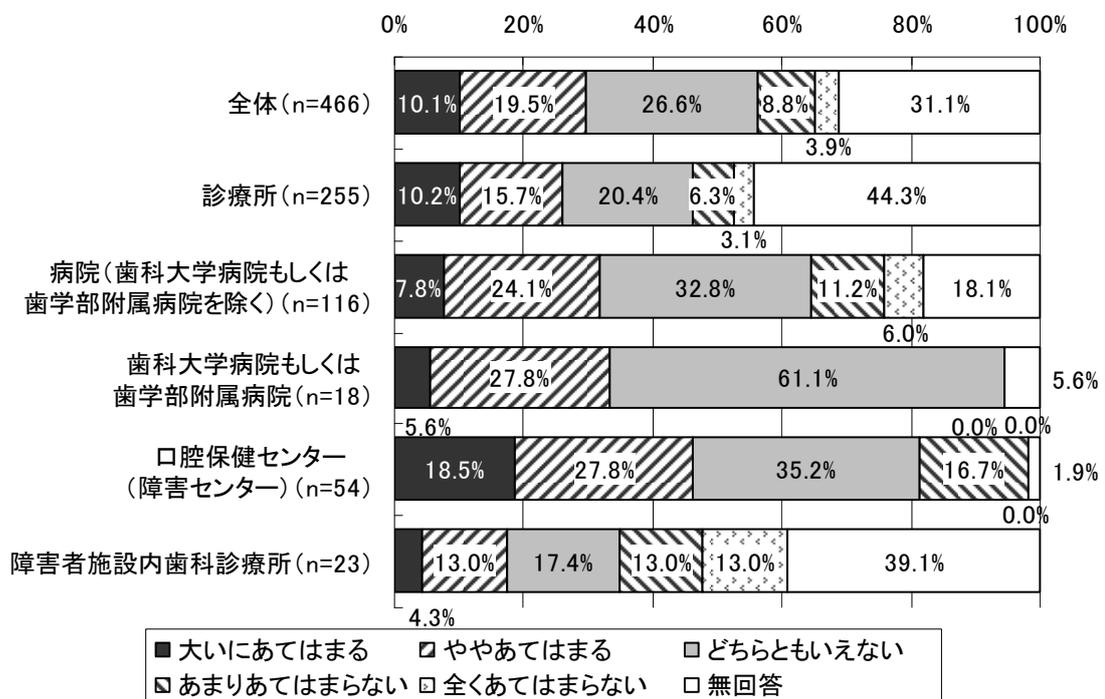
障害者歯科医療連携加算による効果として「患者のQOLが向上したように感じる」かをみると、診療所では「あてはまる」が18.8%、「あてはまらない」が12.6%となった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「あてはまる」が25.0%、「あてはまらない」が14.7%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「あてはまる」が22.2%、「あてはまらない」と回答した施設はなかった。口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」が33.4%、「あてはまらない」が22.3%となった。障害者施設内歯科診療所では「あてはまる」が8.6%、「あてはまらない」が30.4%となった。

図表 148 障害者歯科医療連携加算による効果（届出施設）
—患者のQOLが向上したように感じる—



障害者歯科医療連携加算による効果として「患者の家族の安心感が増したように感じる」をみると、診療所では「あてはまる」が25.9%、「あてはまらない」が9.4%となった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「あてはまる」が31.9%、「あてはまらない」が17.2%となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「あてはまる」が33.4%、「あてはまらない」と回答した施設はなかった。口腔保健センター（障害センター）では「あてはまる」が46.3%、「あてはまらない」が16.7%となった。障害者施設内歯科診療所では「あてはまる」が17.3%、「あてはまらない」が26.0%となった。

図表 149 障害者歯科医療連携加算による効果（届出施設）
 ー患者の家族の安心感が増したように感じるー



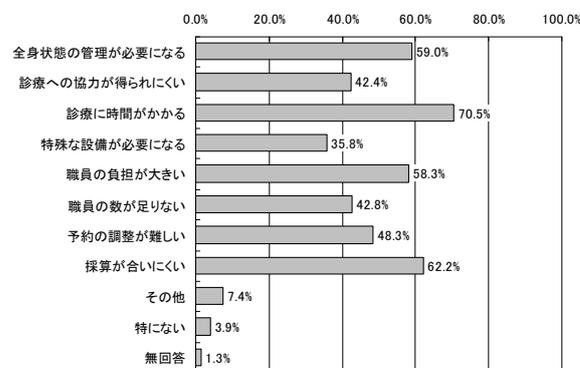
⑥今後の障害者医療について

1) 障害者を受け入れる上での課題

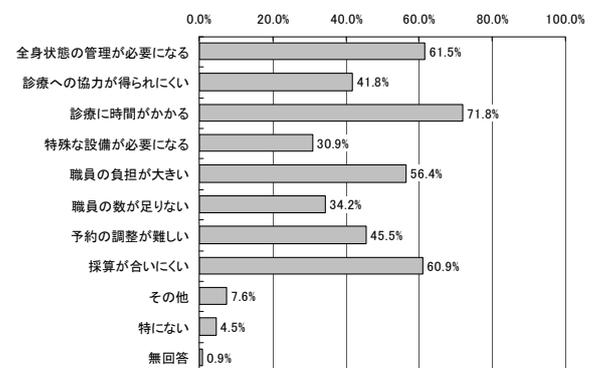
障害者を受け入れる上での課題をみると、診療所では「診療に時間がかかる」が71.8%で最も多く、次いで「全身状態の管理が必要になる」(61.5%)、「採算が合いにくい」(60.9%)、「職員の負担が大きい」(56.4%)となった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「診療に時間がかかる」が69.0%で最も多く、次いで「採算が合いにくい」(65.5%)、「職員の負担が大きい」(58.6%)、「職員の数が足りない」(53.4%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「職員の数が足りない」が94.4%で最も多く、次いで「診療に時間がかかる」「職員の負担が大きい」「予約の調整が難しい」「採算が合いにくい」(それぞれ83.3%)、「全身状態の管理が必要になる」(72.2%)、「診療への協力が得られにくい」「特殊な設備が必要になる」(それぞれ55.6%)となり、すべての項目が5割を超えた。口腔保健センター(障害センター)では「全身状態の管理が必要になる」が77.8%で最も多く、次いで「診療に時間がかかる」(68.5%)、「予約の調整が難しい」(63.0%)、「職員の負担が大きい」(59.3%)、「診療への協力が得られにくい」「採算が合いにくい」(それぞれ55.6%)、「特殊な設備が必要になる」(53.7%)となった。障害者施設内歯科診療所では「職員の負担が大きい」「職員の数が足りない」「採算が合いにくい」(それぞれ62.5%)が最も多く、次いで「全身状態の管理が必要になる」(58.3%)、「診療に時間がかかる」(54.2%)、「予約の調整が難しい」(50.0%)となった。

図表 150 障害者を受け入れる上での課題(複数回答)

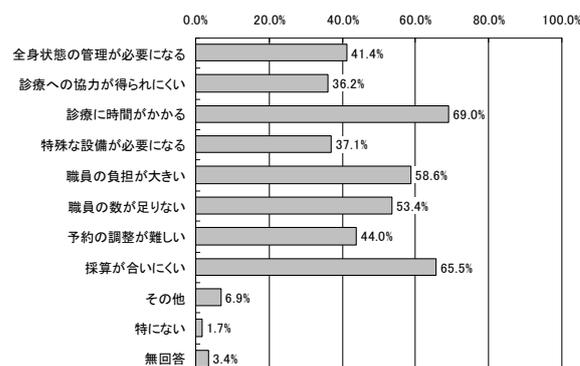
【全体 (n=542)】



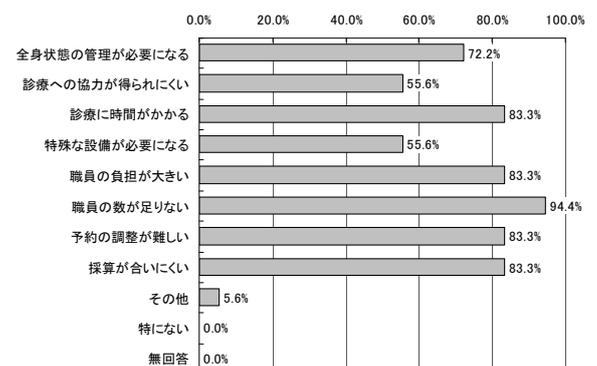
【診療所 (n=330)】



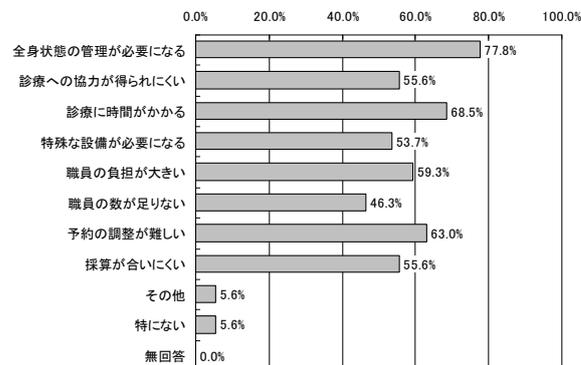
【病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=116)】



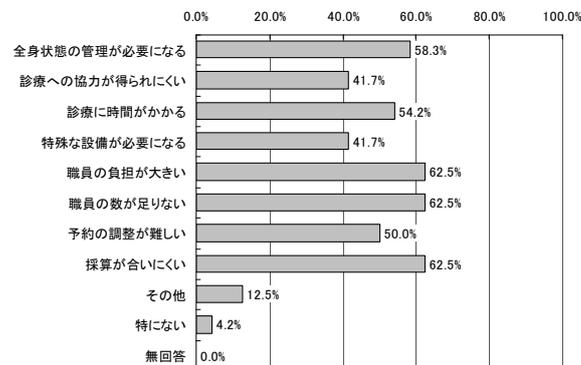
【歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=18)】



【口腔保健センター（障害センター）（n=54）】



【障害者施設内歯科診療所（n=24）】



2) 今後の障害者歯科医療の実施意向

今後の障害者歯科医療の実施意向をみると、診療所では「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」が 64.8% で最も多く、次いで「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」(20.3%)、「わからない」(11.5%)、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」(5.2%) となった。

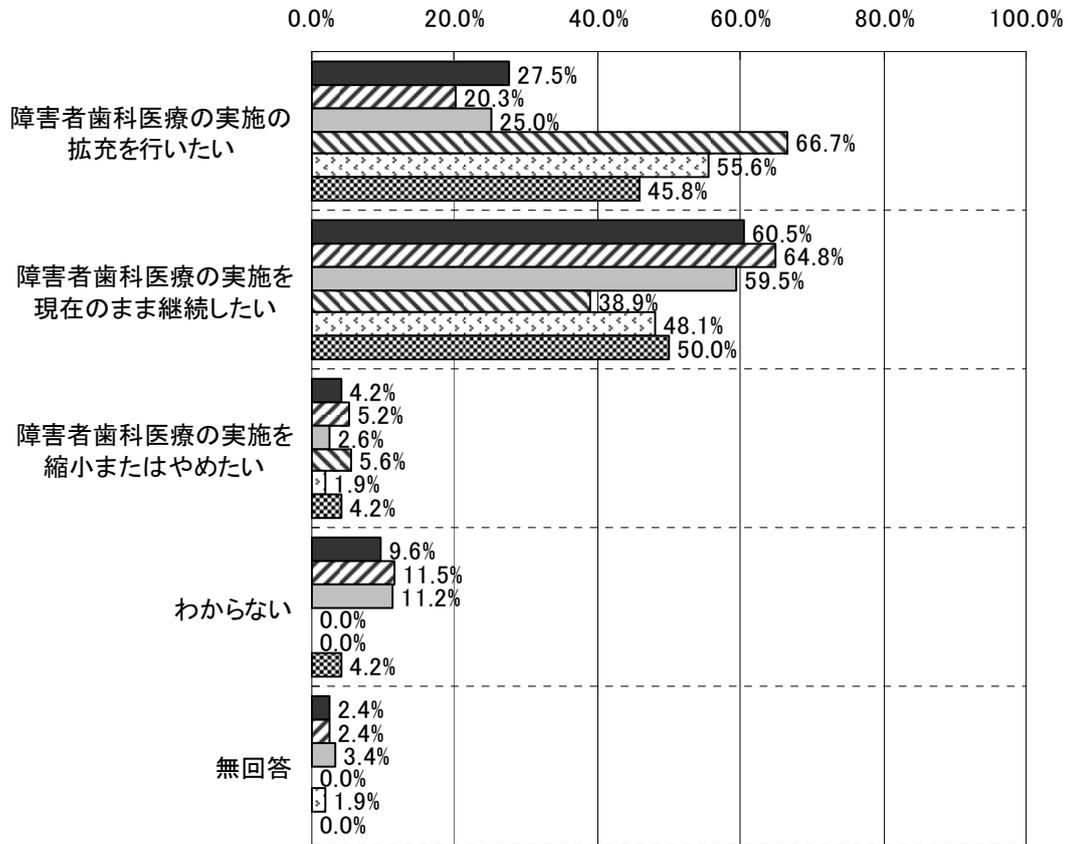
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」が 59.5% で最も多く、次いで「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」(25.0%)、「わからない」(11.2%)、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」(2.6%) となった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」が 66.7% で最も多く、次いで「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」(38.9%)、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」(5.6%) となった。「わからない」と回答した施設はなかった。

口腔保健センター（障害センター）では「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」が 55.6% で最も多く、次いで「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」(48.1%)、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」(1.9%) となった。「わからない」と回答した施設はなかった。

障害者施設内歯科診療所では「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」が 50.0% で最も多く、次いで「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」(45.8%)、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」「わからない」(それぞれ 4.2%) となった。

図表 151 今後の障害者歯科医療の実施について（複数回答）



■ 全体 (n=542) □ 診療所 (n=330)
 □ 病院 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) (n=116) □ 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 (n=18)
 □ 口腔保健センター (障害センター) (n=54) □ 障害者施設内歯科診療所 (n=24)

(注) 「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」ともに回答があった施設：20施設
 「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」ともに回答があった施設：3施設

「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」と回答した施設に具体的な理由を尋ねたところ、以下のような回答があった。

図表 152 「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」具体的な理由

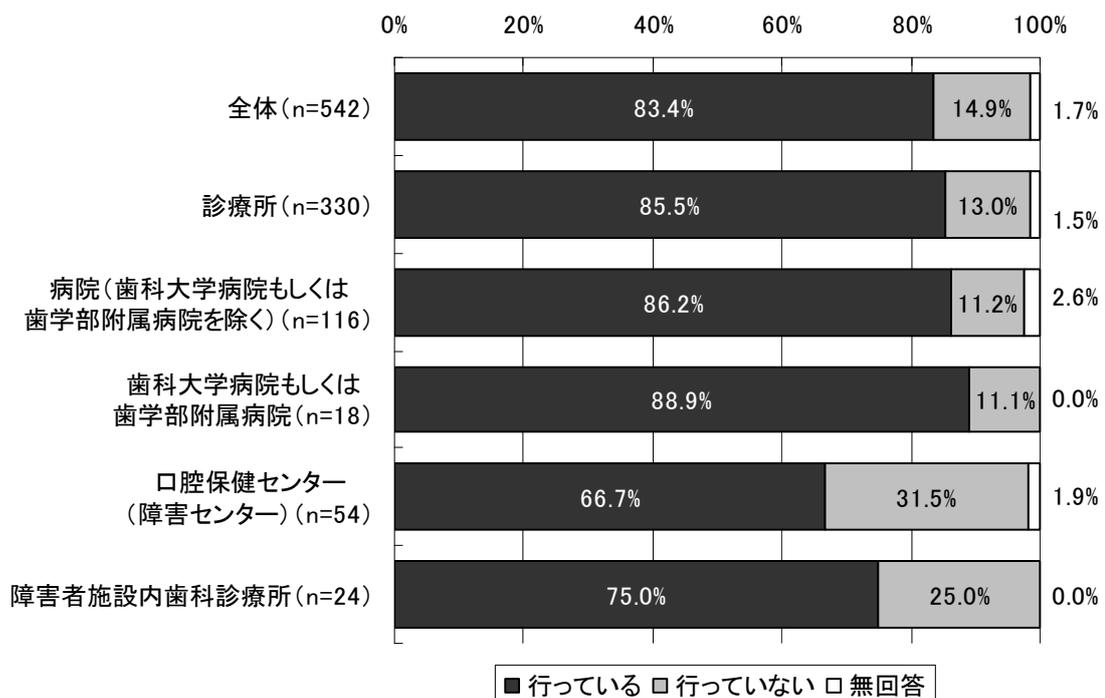
- ・ 歯科衛生士の人数が足りないので拡充はできない。
- ・ 障害者歯科を長年行ってきたが、診療所の立場ではリスクの高い診療を現在の保険制度（点数、リスクの保障のない）で次世代に任せるには無理がある。継続したいが考慮中である。

⑦診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない障害を有する患者の治療

1) 診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない障害を有する患者の治療の有無

診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない障害を有する患者の治療の有無をみると、診療所では「行っている」が85.5%、「行っていない」が13.0%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「行っている」が86.2%、「行っていない」が11.2%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「行っている」が88.9%、「行っていない」が11.1%であった。口腔保健センター（障害センター）では「行っている」が66.7%、「行っていない」が31.5%であった。障害者施設内歯科診療所では「行っている」が75.0%、「行っていない」が25.0%であった。

図表 153 診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない患者の治療の有無



図表 154 診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない患者の治療を行う上で困っている点（自由記述形式）

○算定要件（定義）（同旨を含め 73 件）

- ・ 障害者加算の定義が明確でないので難しい。たとえば認知症などはどう扱うか判断の分かれるところではないか。アスペルガー症候群などの境界領域も判断が難しい。
- ・ 「障害者加算」の算定要件に該当しない治療困難者が多くいる。一部には、歯科治療恐怖症の方や統合失調症などの精神疾患を合併しているケースなども問題が大きいと考える。
- ・ 最近はパニック障害・うつ病・人格障害・歯科恐怖症・異常紋扼反射などの精神的疾患の患者が多く外来での治療が困難な場合が多く、笑気吸入鎮静法、静脈内鎮静法、更には、全身麻酔を用いることが多くなってきた。これらの場合は障害者加算の対象とはなっていないので困っている。
- ・ 重症心疾患、整形外科的疾患や障害があり、治療を行う上で多大な困難があるにもかかわらず、病名上「障害」とは一般的に考えにくいために算定できない。
- ・ 視聴覚障害や運動機能障害の程度によっては本人が「障害者加算という言葉に反応し、加算に抵抗を示す場合がある。
- ・ 診療明細書に「障がい者」と明記しなければならない。「障がい者加算」を「診療困難者加算」に変えてほしい。
- ・ 脊椎小脳変性症で人工呼吸器をつけている。脳死判定に該当しないが、植物状態に近い患者は抵抗しないから障害者加算の対象とならない。
- ・ 初診時には問題なく治療ができると思われても、その後の治療において、日によって、治療が困難な場合も出てくるため、算定をするかどうか、難しい場合が多々ある。
- ・ 障害者加算の対象とならない患者の多くは、軽度の障害を持っている患者である。だからといって、一般の患者と同じように治療が必ずしも上手にできるとは限らず、診療に対して時間や人員が多くかかることがある。また、保険指導においても軽度だからこその困難さがあり、そのあたりが診療報酬に反映されていない。
- ・ 治療が困難という概念とともに特別な配慮が必要という概念も入れてほしい。
- ・ 時間がかかる患者が多いが、障害者加算の算定要件が厳しいので算定できない。時間による要件も入れてほしい。また介助につく人数による加算もあってよいと思う。
- ・ 抑制下での診療を行わない患者でも、コミュニケーションに長い時間を費やすことが多い。しかし、このようなケースでは障害者加算を算定できない。 /等

○移動・治療上の負担（同旨を含め 79 件）

- ・ 障害のある方でも院内の治療に協力的であれば障害者加算は算定できないが、来院する度にブラッシングができていないのを保護者及び患者に説明し指導を行い、口腔内を清掃したうえで治療処置を始めるようにしていると、時間ばかりかかり治療が進まない。また次から次へと新しいう蝕ができるという点で困ることがある。障害者加算を算定する基準をもう少し広げてほしい。

- ・ 障害のある患者は、感染症を合併していることがあるが、ガウン (200 円)、ガブルグローブ、アイシールドなどの消耗品代約 800 円 (400 円×2 名分；医師、歯科衛生士) や準備と片付け時間については、一般患者 1 名分の時間を要す。病院歯科に多く来院され、病院歯科の負担は大きく、診療報酬の点では赤字を生み出す要因となる。また体動はないが、リスクの高い患者については、歯科治療を行うまでの時間と慎重な歯科治療のための時間を要するとともに、心拍監視を行う者も必要となる。病院歯科の赤字体制を惹起させる要因の一つである。
- ・ 時間をかけても報酬に反映されない点。スタッフの努力に報いるためにも、反映させるシステム構築が必要である。
- ・ 脊椎損傷患者のユニット、車椅子間の移乗ではしばしばリフティングを要す。移乗不能で術者が無理な姿勢で行う。また、治療中起立性低血圧等で中断したり、水の誤嚥や頸性など様々なことが起こりやすいが、そのためのモニターも評価されない。
- ・ 原則として、モニター等により患者の全身状態をリアルタイムで把握しながら、診療を行っているが、それに対する診療報酬がないので小規模診療所では負担が大きい。
- ・ 移動に時間がかかる (検査や診察室への往来)。コストパフォーマンスが悪い。車椅子移動の場合、デンタルレントゲン室に入れられないため、設備の改修が必要であるが、現状はとても無理である。
- ・ 難聴が著しい患者では筆談が必要だが、非常に手間がかかる。四肢が不自由で診療前後に移動するときの介助が大変である。軽度認知症が始まっているが、障害者加算を算定するほどの状態ではない場合でも治療内容を理解させるのにひと苦労することが多い。
- ・ 車椅子から歯科用椅子への移乗介助、麻痺がある患者の洗口介助、歯科用椅子からの転落の危険性など常に患者から目を離すことができない。
- ・ 体重が重く、車椅子から診療台に移るまでに大変労力がかかる身体障害者等についても障害者加算の適用を検討して頂きたい。 / 等

○不採算 (評価が低い) (同旨を含め 41 件)

- ・ 障害者加算の算定要件が厳しいので時間がかかったり、人手がかかったりするわりに見合わない。
- ・ 精神疾患患者や脳血管障害患者、感染症患者等で、全身への配慮が必要な上に診療時間が長く、採算が合わない。
- ・ 障害がある患者は治療に時間がかかり、特別な配慮が必要であるにも関わらず、診療報酬点数による評価が低い。
- ・ 診療における処置内容と比較すると、コスト (時間を要する事、スタッフの person 費、材料費等) との採算が合わない。
- ・ 診療の効率が悪く採算性がない。算定要件が非現実的で厚労省と現場がかけ離れている。採算が見合わなければみんなやらないと思う。
- ・ 整形外科的な障害のみでも、診療室への出入り、診療ユニットへの着席など長時間を要する場合や、座位診療を余儀なくされる場合があるが、これらに配慮した点数設定がないため、不採算を余儀なくされている。

- ・ 幼児について障害が疑われるが、正式な診断がされていない場合、加算することができず、結果とし採算が合わない。
- ・ 加算の対象とはならないものの、かなりの時間を要したり、アポイントの時間帯に注意しないとといけないなど採算が合わない場合が困る。 /等

○その他

- ・ 医学的には障害者としての対応とすべきであるが、本人もしくは家族が障害であることを認識しておらず、障害者の認定を受けていないケースが多い。
- ・ 障害認定を受ける親子に拒否感が強い。
- ・ 行動調整やトレーニング、コミュニケーションツールの使用等が診療報酬として評価されていない。また、このような手順を踏むことに保護者によっては理解していただきにくい。
- ・ 高齢化で患者の多数がハイリスクとなっている。特別な加算ではなく、再診料が望ましい。
- ・ 患者の負担感が高額になる理由で算定しないことが多い。
- ・ 全身管理については全く違いはないのに、非協力的という点で差別するのはおかしいと思う。非協力な方は健常者の大人や子どもでも多数いる。
- ・ 算定要件を満たしている場合でもレセプト審査やその後の面倒を考えると点数算定を躊躇する。 /等

⑧東日本大震災の障害者歯科医療への影響

東日本大震災の障害者歯科医療への影響をみると、診療所では「当初から影響はない」が90.6%と最も多く、次いで「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が4.2%、「現在も障害者歯科医療に関して多少影響が残っている」が1.8%であった。

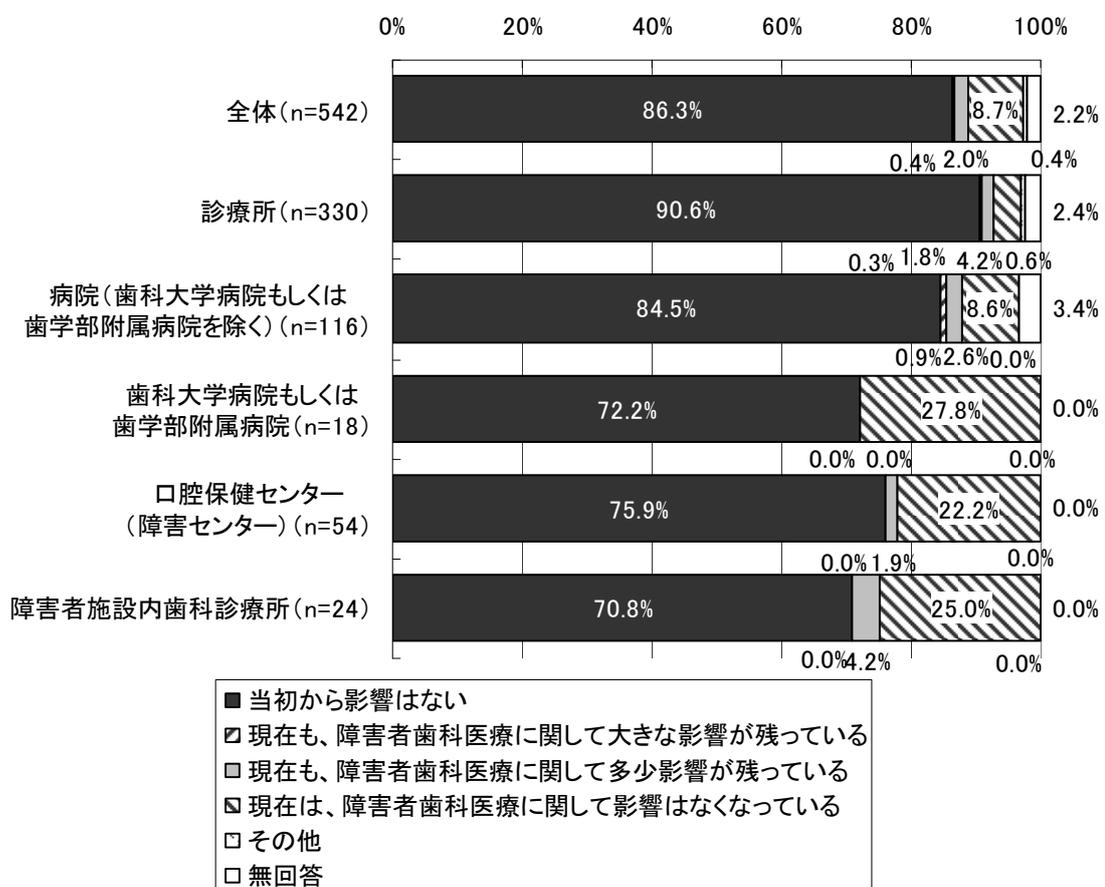
病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では、「当初から影響はない」が84.5%、と最も多く、次いで「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が8.6%、「現在も障害者歯科医療に関して多少影響が残っている」が2.6%であった。

歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では、「当初から影響はない」が72.2%と最も多く、次いで「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が27.8%であった。

口腔保健センター（障害センター）では、「当初から影響はない」が75.9%と最も多く、次いで「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が22.2%、「現在も障害者歯科医療に監視絵多少影響が残っている」が1.9%であった。

障害者施設内歯科診療所では、「当初から影響はない」が70.8%と最も多く、次いで「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が25.0%、「現在も障害者歯科医療に関して多少影響が残っている」が4.2%であった。

図表 155 東日本大震災の障害者歯科医療への影響



図表 156 東日本大震災の障害者歯科医療への具体的な影響

- ・ 計画停電による。
- ・ 以前から通院していた患者が震災後から精神的に不安定になり、口腔衛生状態が不良になった。
- ・ 震災直後は交通機関の乱れで患者の来院数が少なくなった。また医療機器（麻酔器 倍ピン具）のチェックのためや余震のため、全身麻酔診療を一時中断した。

⑨障害者歯科医療を行う上での問題点・課題等

本調査では、障害者歯科医療を行う上での問題点・課題等を自由記述形式で記載いただいた。主な意見を以下にとりまとめた。

- ・ 「障害者加算」という名称を変更してほしい。こちらとしては様々な対応のテクニックを使用して時間を割いて対応しているのに、患者サイドとしては上手にできているように見れば、「なぜ加算？」と思われてしまう。また、そもそも名前に「障害者」と付くと、患者家族も良い気はしないだろうと考える（同旨を含め2件）。
- ・ 保険請求時に全てが障害者加算を請求するとダメであるという話があり、診療所として、障害者加算を遠慮することもある。障害者であれば、いろいろなリスクがあり、診療所としては、いろいろな面で気を使う（同旨を含め9件）。
- ・ 人手不足、治療時間がかかる、予約時間が大切（待つことが苦手）などとても手間、時間、費用がかかり、開業医で受け入れてくれるところが少ないため、障害者歯科はとても予約がとりにくくなってしまう。3割負担の高機能自閉症児など、もう少し考慮してほしい（同旨を含め9件）。
- ・ 障害者歯科医療の一番の問題点は、連携にあると思われる。連携している医療機関に紹介しても、その後の状態が把握できないことが多い。連携案のようなものがあればうまくいくのではないかと（同旨を含め3件）。
- ・ 当診療所は、障害者の歯科治療で全身麻酔静脈鎮静法も含めた診療を行っている。安全に行うために高額な医療機器メンテナンス、人手が必要となる。診療保険点数では採算がとれないため、寄付・補助金により運営しているが、施設の老朽化の補修までまわらない。区や都の施設への援助いただきたい（同旨を含め3件）。
- ・ 初診の患者で「自宅から通いやすい場所にこのような診療所があるなんて知らなかった」という患者が多い。もっと当施設のようなところがあることを地域の方に知っていただけたら、障害のある方の口腔状態の改善にもつながると思う（同旨を含め2件）。
- ・ すべての人が平等により良い医療を受ける権利があることが基本である。現在歯科に関する障害者医療は、保険点数による加算などに頼ったものとなっているが、本来は障害者の問題は地域の問題であり、地方自治体が障害者の歯科医療を考える必要があるのではないかと。現在の状況は障害者歯科センターへの補助で「あとはお任せ」という自治体がほとんどではないか。地域で受診できる体制づくりをする。法的に医療機関に配慮することをきめ細かく行ってほしいと思う。また歯科関係者を歯科の中だけで動くのではなく、障害者

問題すべてを考えてほしい。

- 障害の程度により患者を区分し、センター方式を使い、一般開業医とセンターとのすみわけが重要と思われる。
- 当院では、全身麻酔まで対応して治療を行っているが、近隣の病院などでそこまで対応している診療所がなく、全身麻酔必要の患者がたまっていく一方である。病院等での対応を考えてほしい。
- 日本における病院歯科の減少が現実であり、対して、発達障害者の増加、高齢後期障害者の増加も現実としてあり、診療所では対応できない患者（障害者）を受け入れられる体制がなくなっていくように思う。 /等

(2) 患者調査

【調査対象等】

調査対象：「施設調査」の対象施設に調査日に来院し、「障害者加算」を算定した患者。

1施設あたり2名とした。

回答数：528人

回答者：患者本人、家族などまたは医療・介護関係者

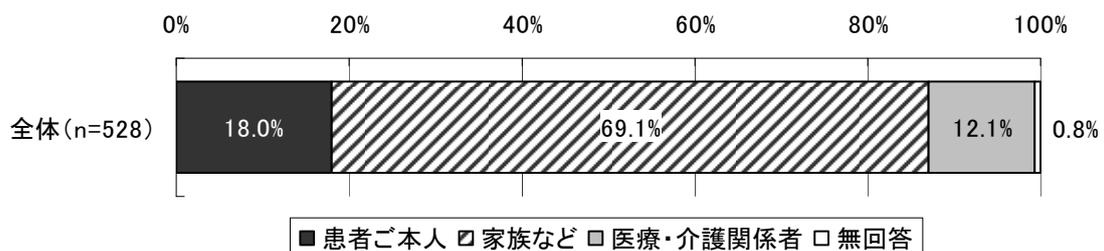
調査方法：調査対象施設を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

①回答者の属性

0) 調査票記入者

調査票記入者をみると、「患者ご本人」が18.0%、「家族など」が69.1%、「医療・介護関係者」が12.1%であった。

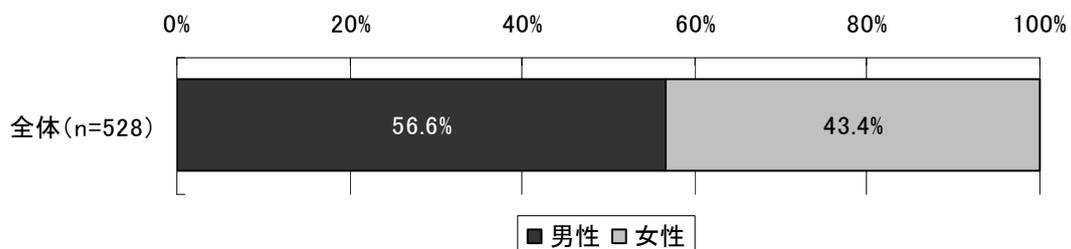
図表 157 調査票記入者



1) 患者の性別

患者の性別をみると、「男性」が56.6%、「女性」が43.4%であった。

図表 158 患者の性別

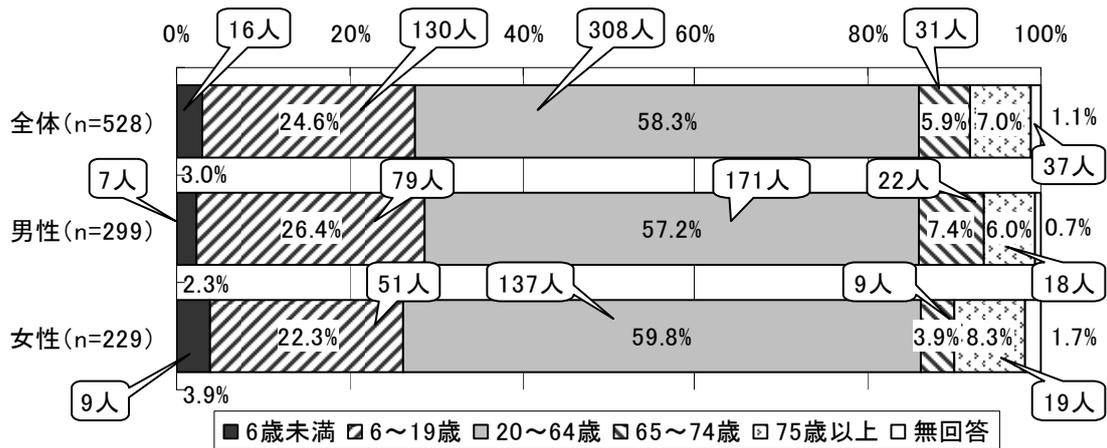


2) 患者の年齢

患者の年齢をみると、全体では、「6歳未満」が3.0%、「6～19歳」が24.6%、「20～64歳」が58.3%、「65～74歳」が5.9%、「75歳以上」が7.0%であった。

男女による大きな差異はみられなかった。

図表 159 患者の年齢（男女別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

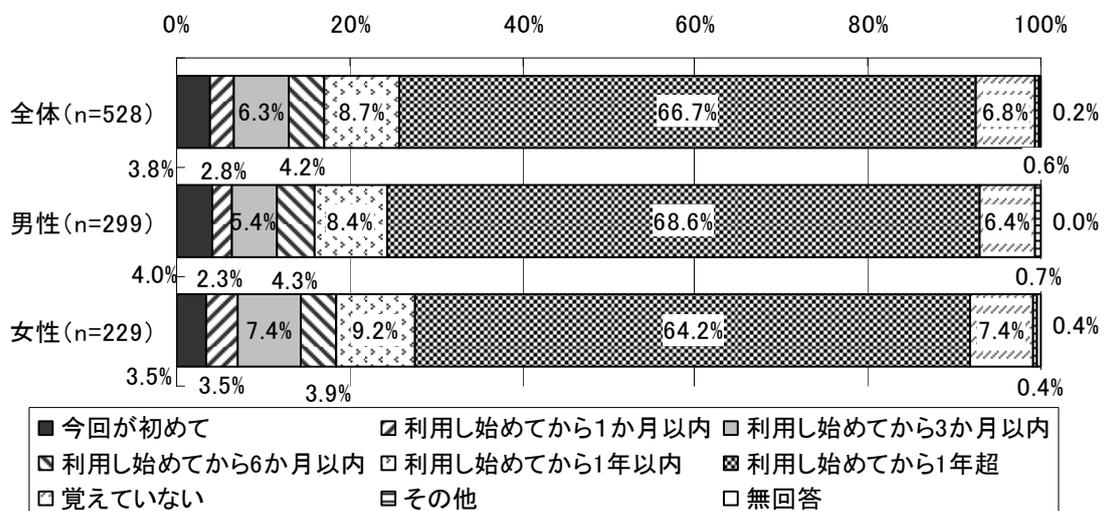
②受診した歯科医療機関について

1) 受診した歯科医療機関の利用開始時期

受診した歯科医療機関の利用開始時期をみると、全体では「利用し始めてから1年超」が66.7%で最も多かった。

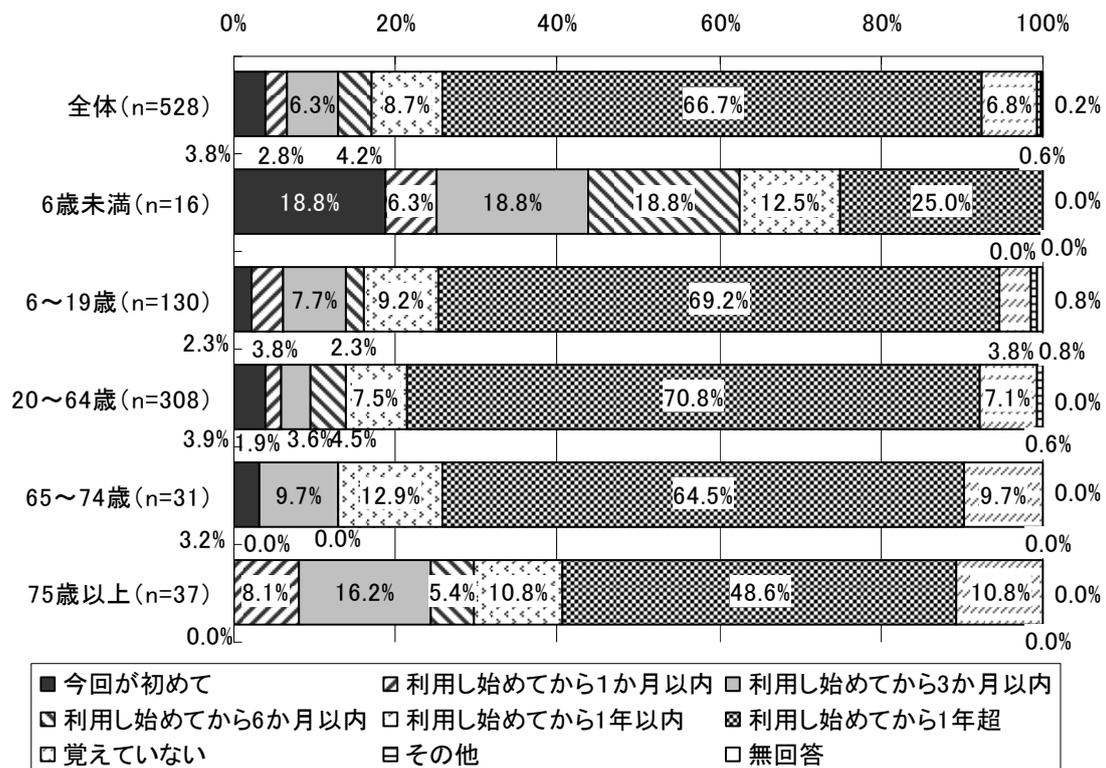
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 160 受診した歯科医療機関の利用開始時期（男女別）



受診した歯科医療機関の利用開始時期を年齢階級別にみると、いずれの年齢階級でも「利用し始めてから1年超」が最も多かった。特に、「6～19歳」「20～64歳」では7割程度となった。一方で、「6歳未満」では「今回が初めて」という患者が18.8%であった。

図表 161 受診した歯科医療機関の利用開始時期（年齢階級別）



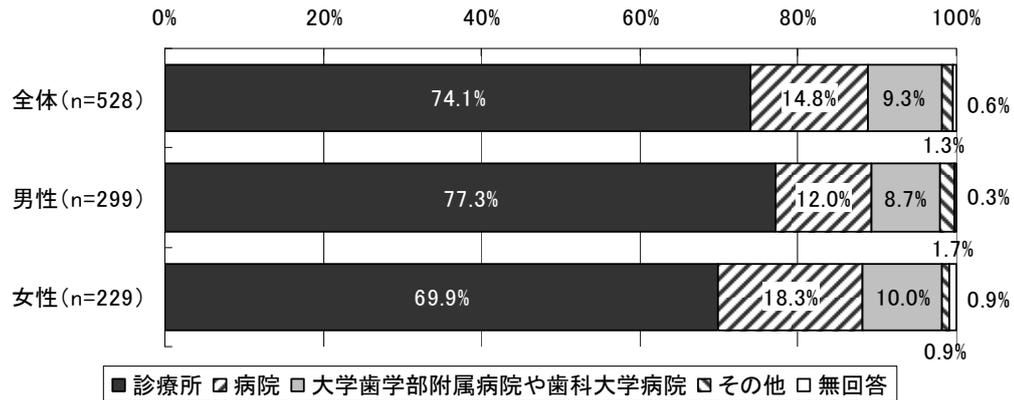
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

2) 受診した歯科医療機関

受診した歯科医療機関をみると、全体では「診療所」が74.1%、「病院」が14.8%、「大学歯学部附属病院や歯科大学病院」が9.3%であった。

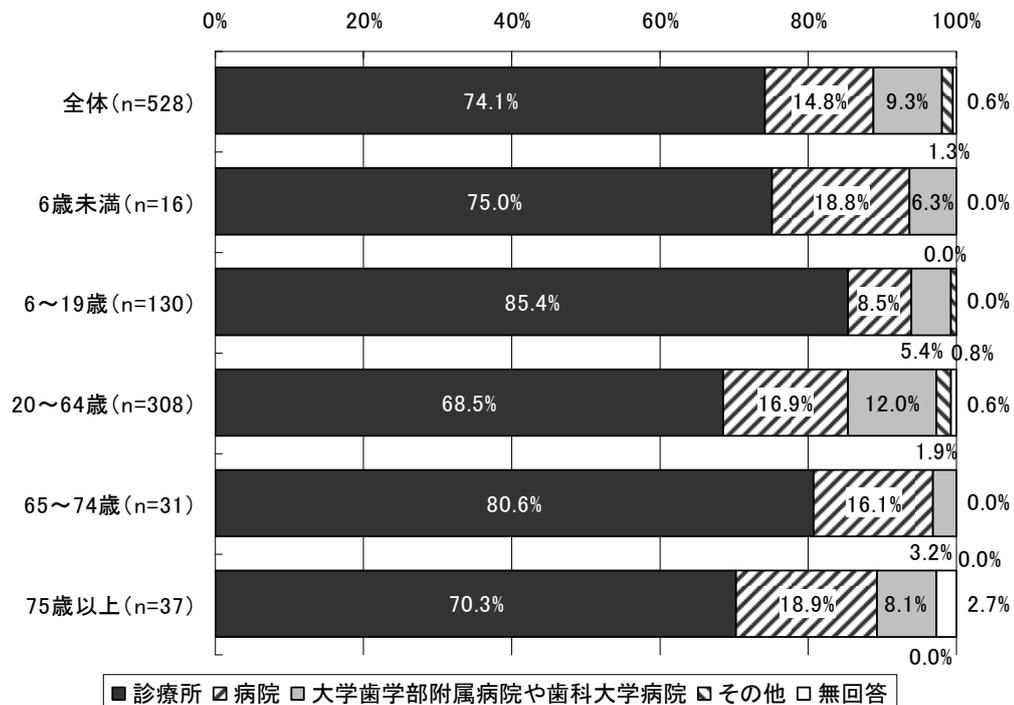
男女別にみると、男性の方が女性と比較して「診療所」が7.4ポイント高く、「病院」が6.3ポイント低かった。

図表 162 受診した歯科医療機関（男女別）



受診した歯科医療機関を年齢階級別にみると、「6～19歳」「65～74歳」では「診療所」の割合が8割以上となった。

図表 163 受診した歯科医療機関（年齢階級別）



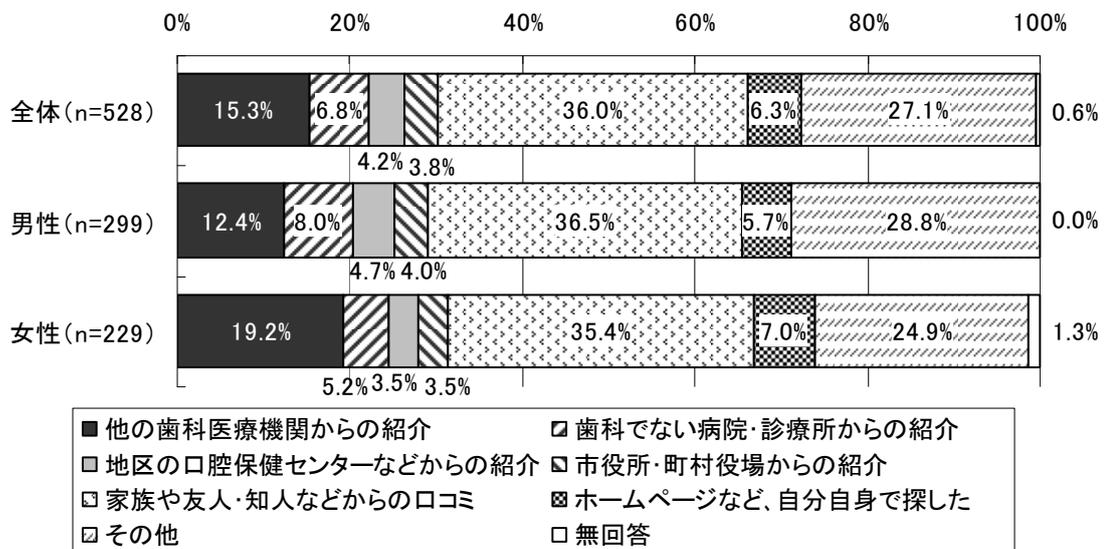
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

3) 受診した歯科医療機関を知ったきっかけ

受診した歯科医療機関を知ったきっかけをみると、全体では「家族や友人・知人などからの口コミ」が 36.0%で最も多く、次いで「他の歯科医療機関からの紹介」(15.3%)、「歯科でない病院・診療所からの紹介」(6.8%)、「ホームページなど、自分自身で探した」(6.3%)となった。

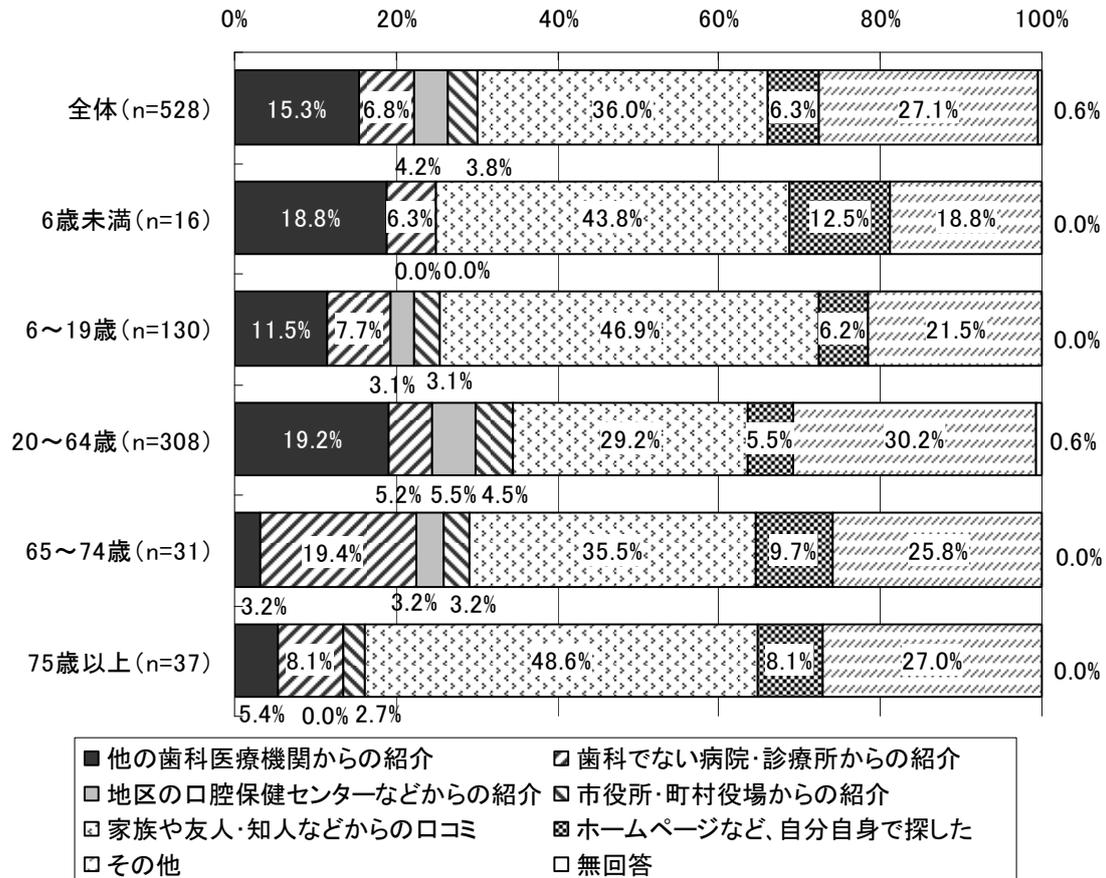
男女別にみると、女性は男性と比較して「他の歯科医療機関からの紹介」が 6.8 ポイント高かった。

図表 164 受診した歯科医療機関を知ったきっかけ（男女別）



受診した歯科医療機関を知ったきっかけを年齢階級別にみると、「6歳未満」「20～64歳」では「他の歯科医療機関からの紹介」がそれぞれ18.8%、19.2%となり、他の年齢階級と比較して高かった。また、「6歳未満」「6～19歳」「75歳以上」では「家族や友人・知人などからの口コミ」が4割を超えた。

図表 165 受診した歯科医療機関を知ったきっかけ（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

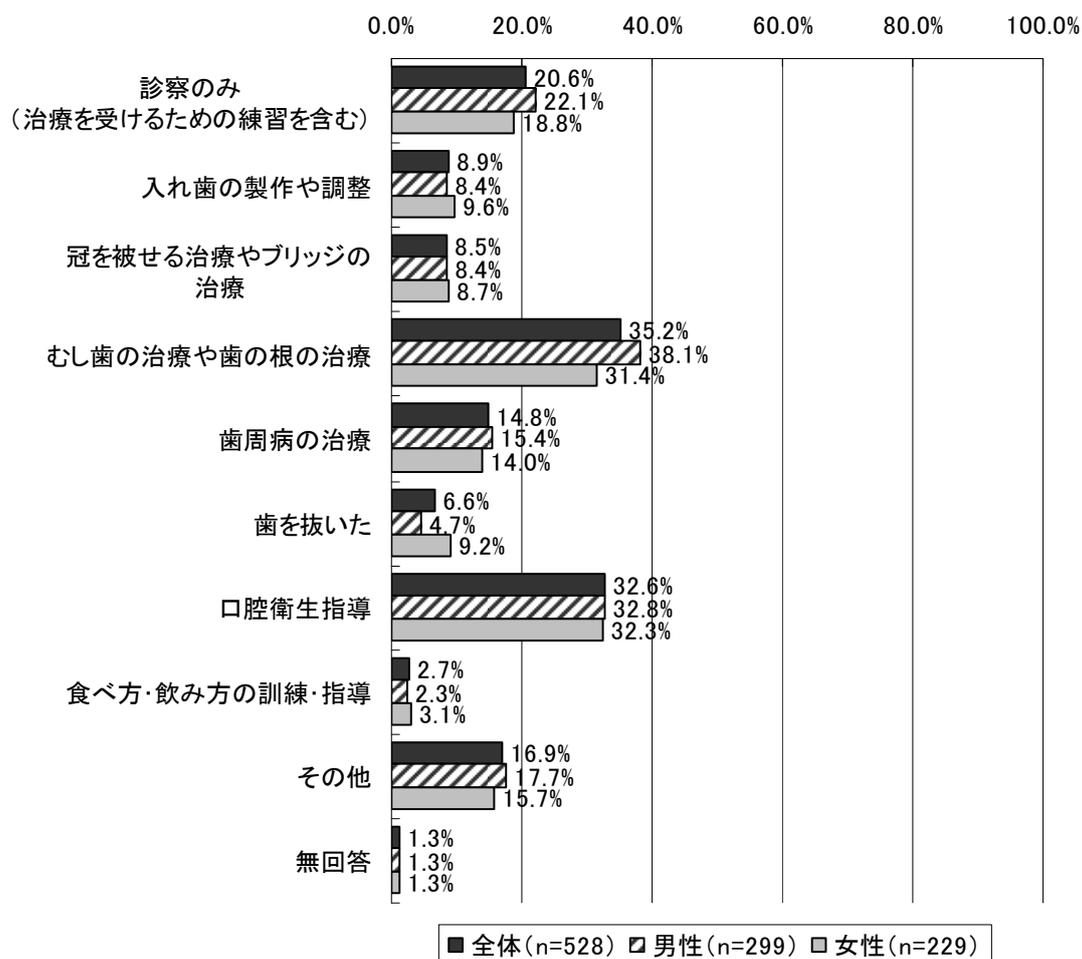
③受診した歯科医療について

1) 受診した診療内容

受診した診療内容をみると、全体では「むし歯の治療や歯の根の治療」が35.2%で最も多く、次いで「口腔衛生指導」(32.6%)、「診察のみ(治療を受けるための練習を含む)」(20.6%)となった。

男女別にみると、男性では女性と比較して「むし歯の治療や歯の根の治療」が6.7ポイント高かった。

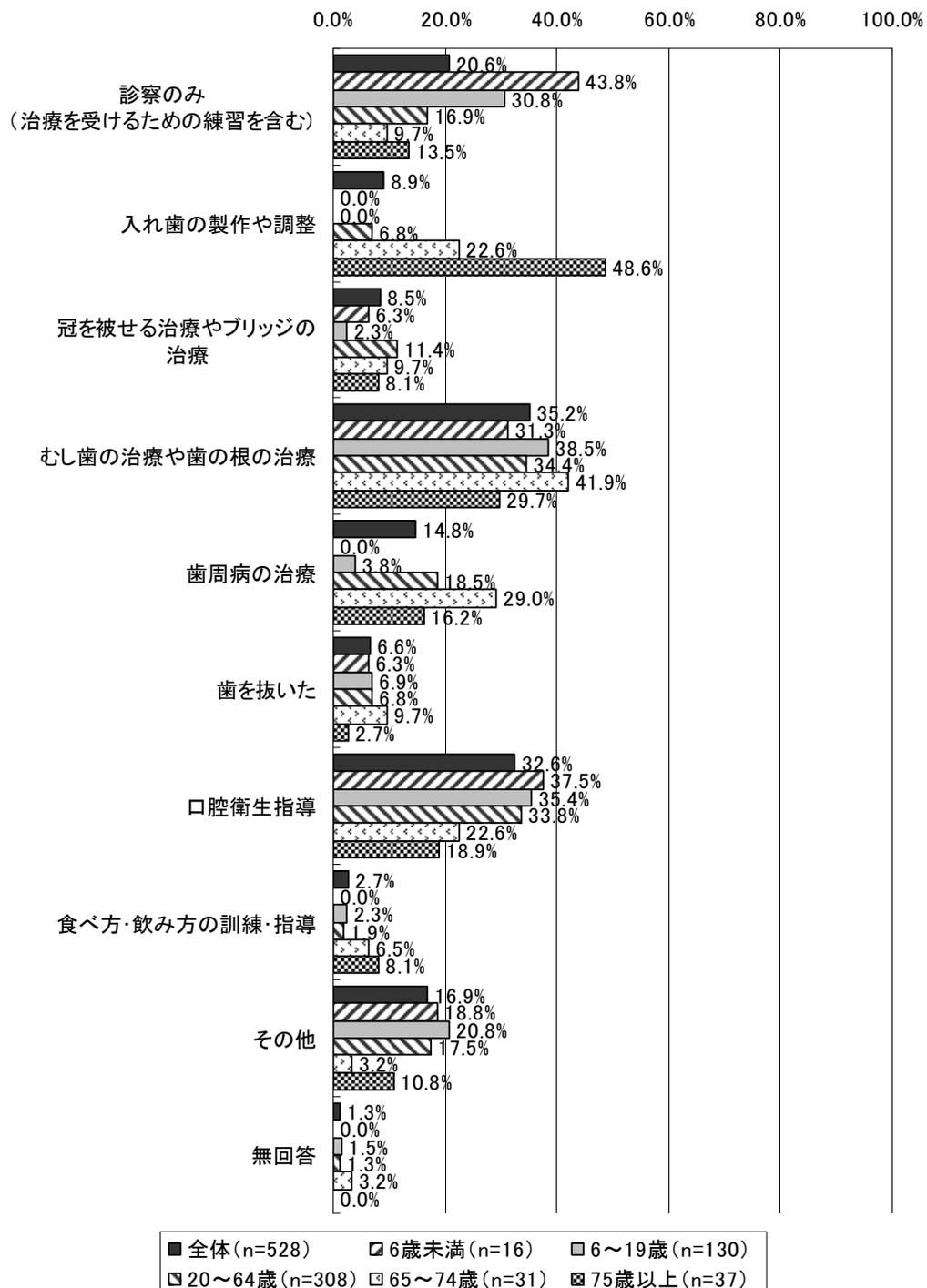
図表 166 受診した診療内容(男女別、複数回答)



(注)「その他」の回答について、その具体的な内容を整理すると、「口腔ケア」(21件)、「定期検診」(21件)、「予防」(11件)等となった。

受診した診療内容を年齢階級別にみると、「6歳未満」では「診察のみ（治療を受けるための練習を含む）」（43.8%）が、「6～19歳」「20～64歳」「65～74歳」では「むし歯の治療や歯の根の治療」（それぞれ38.5%、34.4%、41.9%）が、「75歳以上」では「入れ歯の製作や調整」（48.6%）が最も多かった。

図表 167 受診した診療内容（年齢階級別、複数回答）



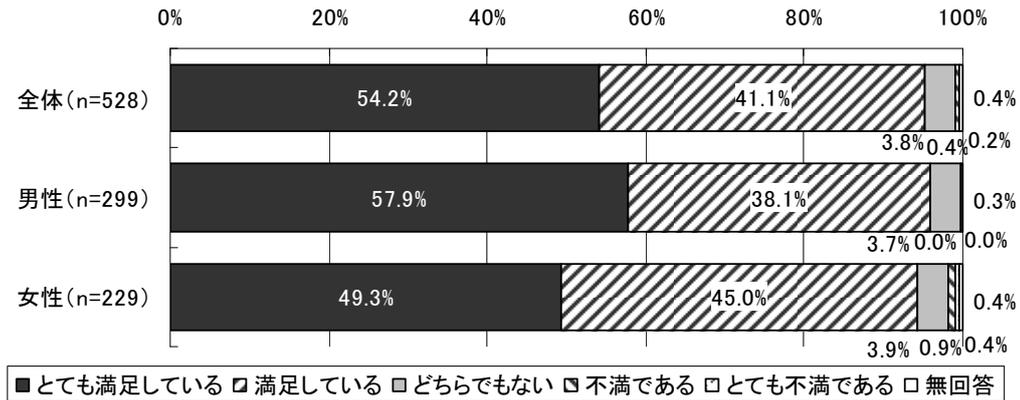
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

2) 受診した診療の満足度

受診した診療の満足度をみると、全体では「とても満足している」が54.2%と半数を超え、「満足している」(41.1%)と合わせると、95.3%が「満足している」と回答した。

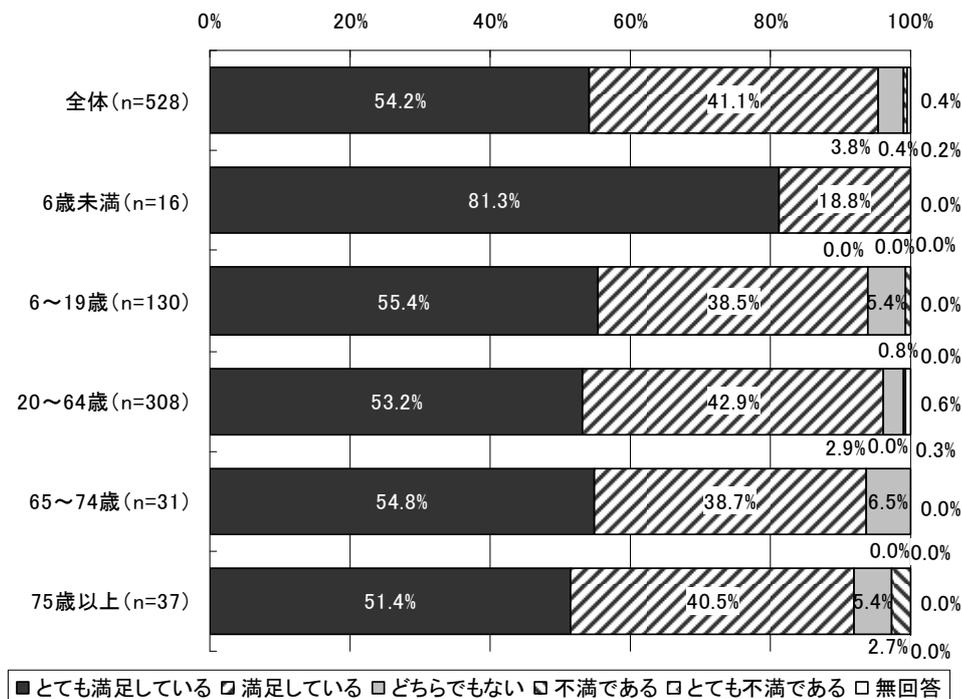
男女別にみると、男性の方が女性と比較して「とても満足している」の割合が8.6ポイント高かった。

図表 168 受診した診療の満足度（男女別）



受診した診療の満足度を年齢階級別にみると、「6歳未満」では「とても満足している」の回答割合が81.3%と他の年齢階級と比較して高かった。

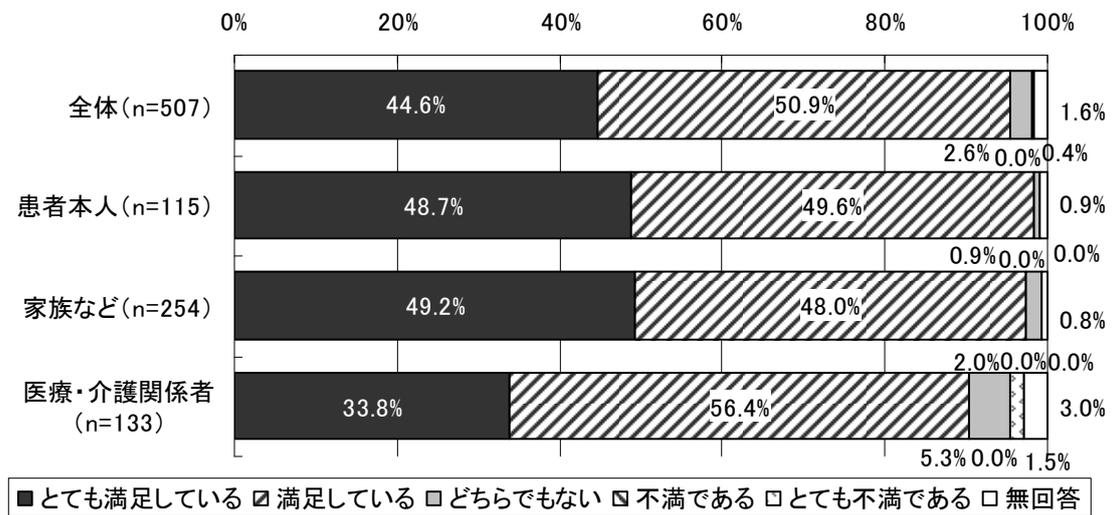
図表 169 受診した診療の満足度（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

受診した診療の満足度を調査票の記入者別にみると、医療・介護関係者では「とても満足している」の回答割合が患者本人や家族などと比較して低かった。

図表 170 受診した診療の満足度（調査票の記入者別）



(注) 「全体」には、「記入者」について無回答の5人が含まれる。

図表 171 受診した診療の満足度の理由（自由記述形式）

○医師、スタッフ等の説明が丁寧（同旨を含め 122 件）

- ・ 1つ1つ丁寧な状況と治療についての説明や、子供に対しての接し方が、とてもよい。
- ・ 子どもにわかりやすく、ゆっくり、説明して下さった。（ペースも合わせて）次回の指導内容を予告し、見通しを持たせてくれる。
- ・ 親切丁寧で安心して受診することができる。
- ・ 説明をきちんとしてくれることで安心できる。 /等

○医師、スタッフ等の対応がよい、信頼できる（同旨を含め 55 件）

- ・ 医師、衛生士ともに話やすい、聞きやすい。
- ・ スタッフの対応が良い。やさしい。親切。
- ・ 先生も助手の方もとても親切でテキパキと手早く仕事をされるので何の不安もなく満足している。 /等

○障害に対して理解がある（同旨を含め 76 件）

- ・ 患者の個性や疾病を理解して頂いており、その人に合った言葉かけや対応をしてくださるので。また、治療が丁寧。
- ・ 医師が障害に対する知識があるため、不安定になることなく安心感を持って治療していただいている。 /等

○患者や家族が安心できる（同旨を含め 57 件）

- ・ 医師がとても親切で診療を安心して受けられる。
- ・ 本人が静かに治療を受けられる。見ていても安心する。 /等

○予防・定期検診（同旨を含め 37 件）

- ・ 誤えん性肺炎の予防のため。
- ・ 定期的にチェックしていただけるのでとてもありがたい。
- ・ 歯磨きの定期検診に来ている中でむし歯をみつけて早いうちに治療してもらえる。
- ・ 虫歯になる前に検診を受け、いろいろなアドバイスを受けられる。 /等

○他では治療を受けられないため（同旨を含め 6 件）

- ・ 他の歯科医では、治療をしてもらえない。
- ・ 他に全身麻酔での治療をしていないため。 /等

○その他

- ・ 入れ歯を正確に入れてくれる。
- ・ 現在の子どもの状態を正確に把握することができた。
- ・ 特に不満を感じる点がない。
- ・ 麻酔をしないと抜歯できないので、緊急時にすぐに連携がとれる。 /等

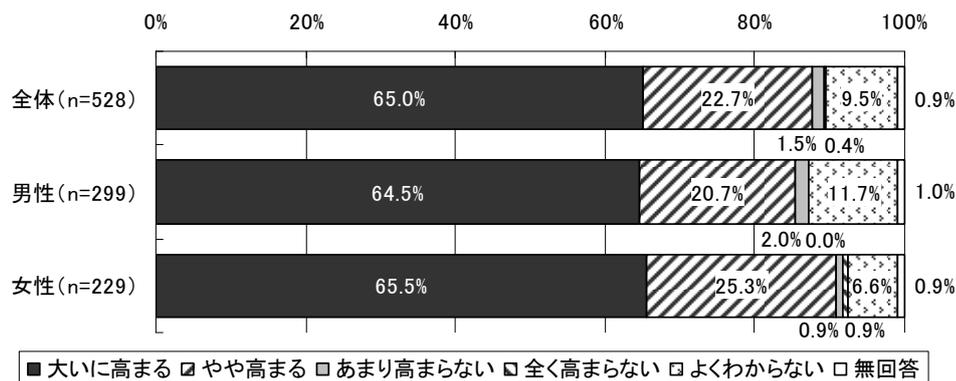
④ 歯科医療全般について

1) 緊急時の対応ができる機器が設置されていることの安心感

緊急時の対応ができる機器が設置されていることの安心感をみると、全体では「大いに高まる」が65.0%となり、「やや高まる」(22.7%)を合わせると87.7%となった。

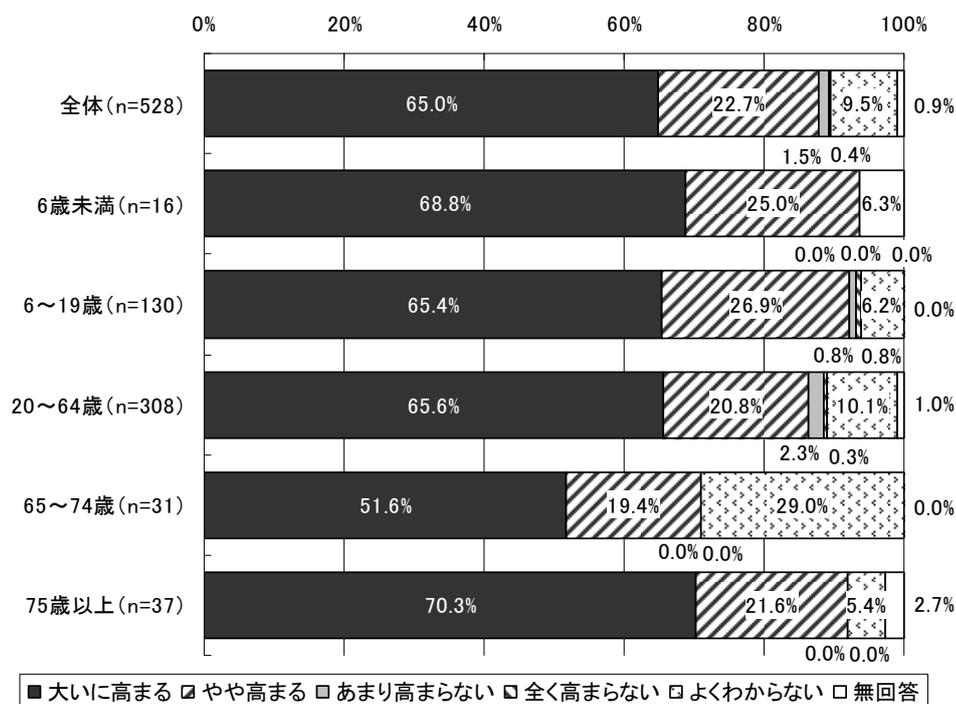
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 172 緊急時の対応ができる機器が設置されていることの安心感 (男女別)



緊急時の対応ができる機器が設置されていることの安心感を年齢階級別にみると、「65～74歳」で「大いに高まる」が51.6%と他の年齢階級と比較すると低かったものの、5割以上となった。それ以外の年齢階級では「大いに高まる」が65%以上を占めた。

図表 173 緊急時の対応ができる機器が設置されていることの安心感 (年齢階級別)



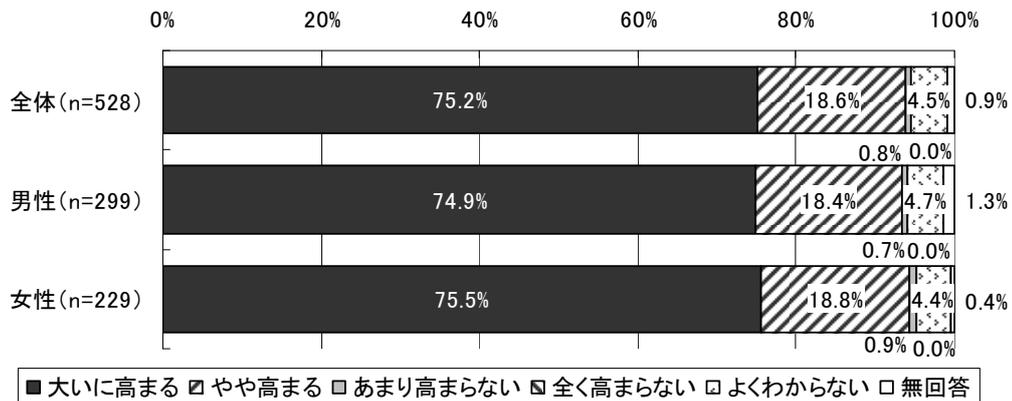
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

2) 緊急時に他の病院などと連携していることの安心感

緊急時に他の病院などと連携していることの安心感をみると、全体では「大いに高まる」が75.2%、「やや高まる」が18.6%となり、合わせて93.8%が「高まる」と回答した。

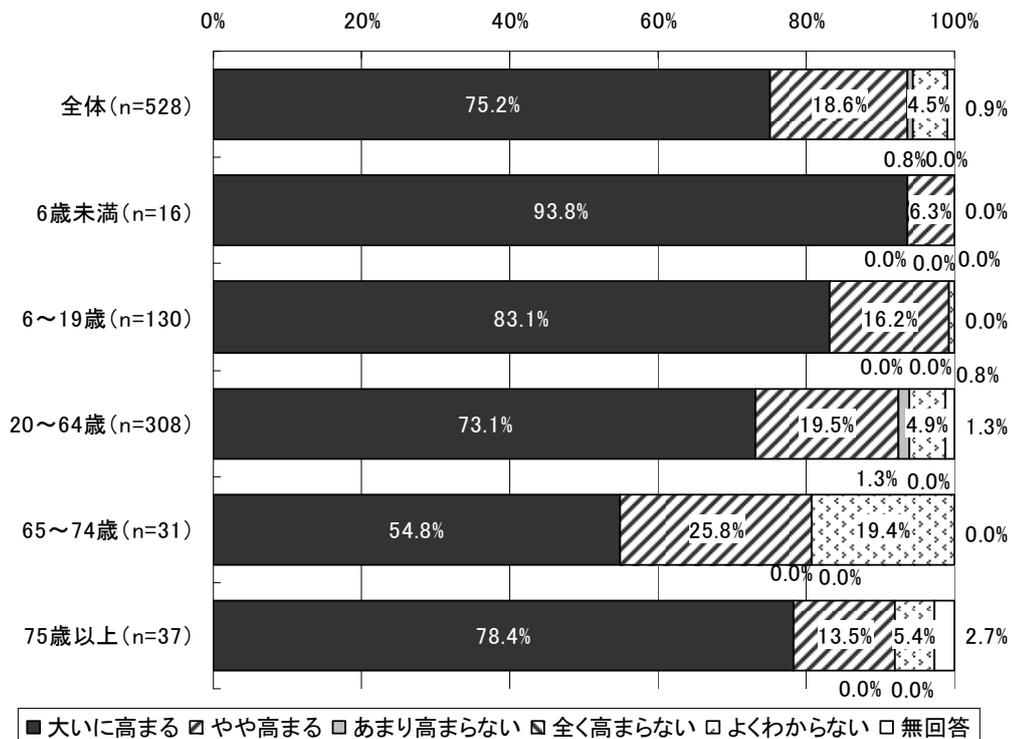
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 174 緊急時に他の病院などと連携していることの安心感（男女別）



緊急時に他の病院などと連携していることの安心感を年齢階級別にみると、75歳未満では、年齢階級が低いほど「大いに高まる」が高くなる傾向がみられた。

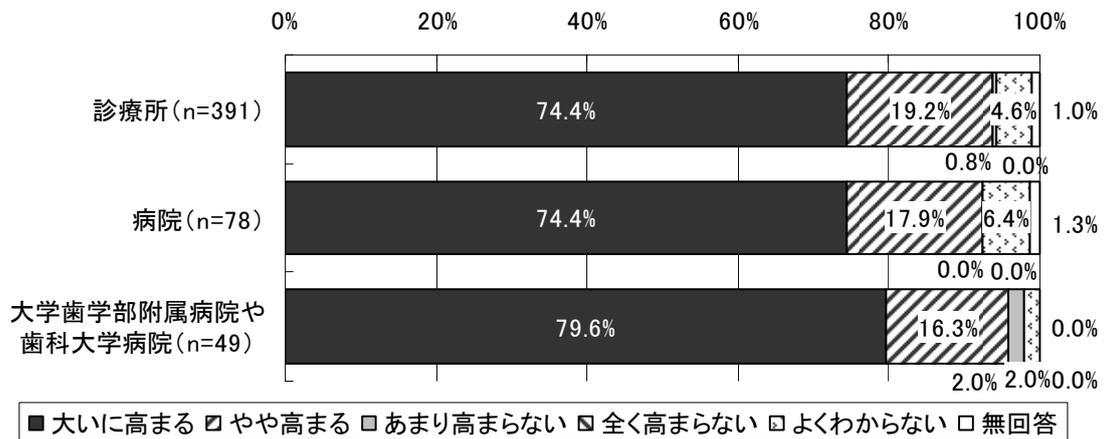
図表 175 緊急時に他の病院などと連携していることの安心感（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

緊急時に他の病院などと連携していることの安心感を受診した医療機関別にみると、大学歯学部や歯科大学病院で受診した患者で「大いに高まる」の割合が特に高かった。

図表 176 緊急時に他の病院などと連携していることの安心感（受診した医療機関別）

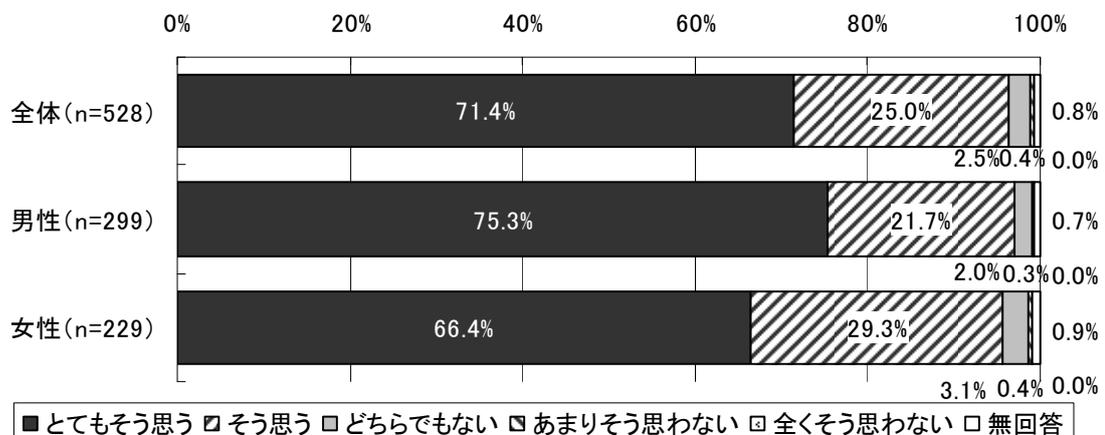


3) 歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているか

歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているかを尋ねたところ、全体では「とてもそう思う」が 71.4%、「そう思う」が 25.0%となり、合わせて 96.4%が「そう思う」と回答した。

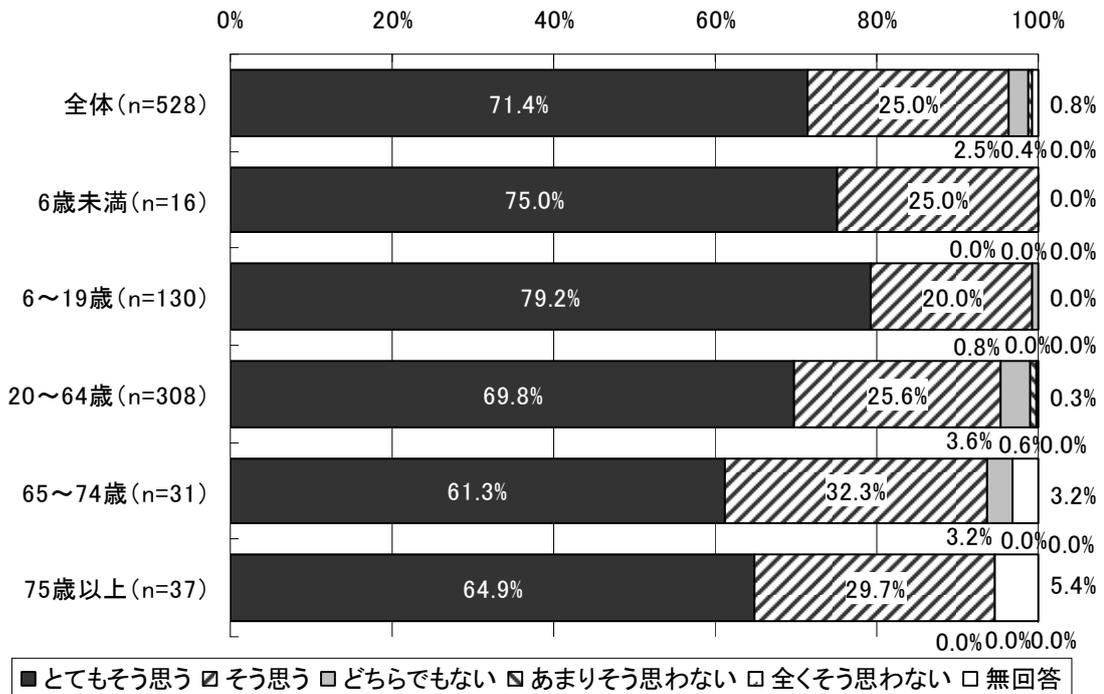
男女別にみると、男性の方が女性と比較して「とてもそう思う」の割合が 8.9 ポイント高かった。

図表 177 歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているか（男女別）



歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているかを年齢階級別にみると、20歳未満では「とてもそう思う」が7割を超え特に高かった。

図表 178 歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているか（年齢階級別）



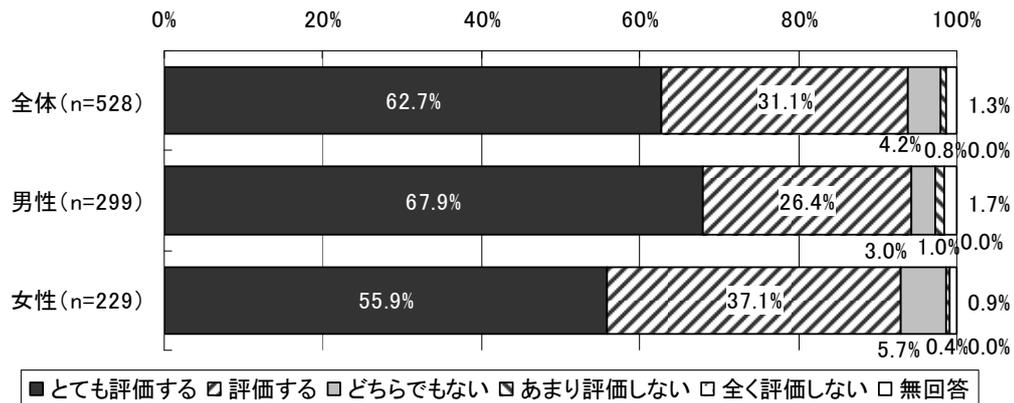
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

4) 専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについての評価

専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについての評価をみると、全体では「とても評価する」が62.7%、「評価する」が31.1%となり、合わせて93.8%が「評価する」と回答した。

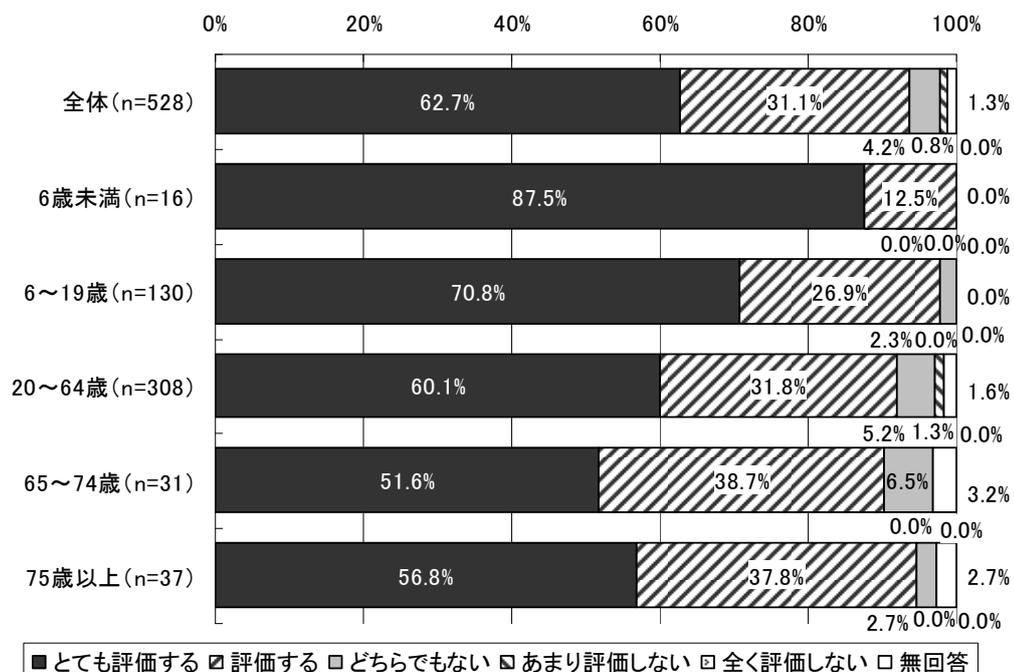
男女別にみると、男性の方が女性と比較して「とても評価する」が12.0ポイント高かった。

図表 179 専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについての評価（男女別）



専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについての評価を年齢階級別にみると、75歳未満では年齢階級が低いほど「とても評価する」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 180 専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについての評価（年齢階級別別）



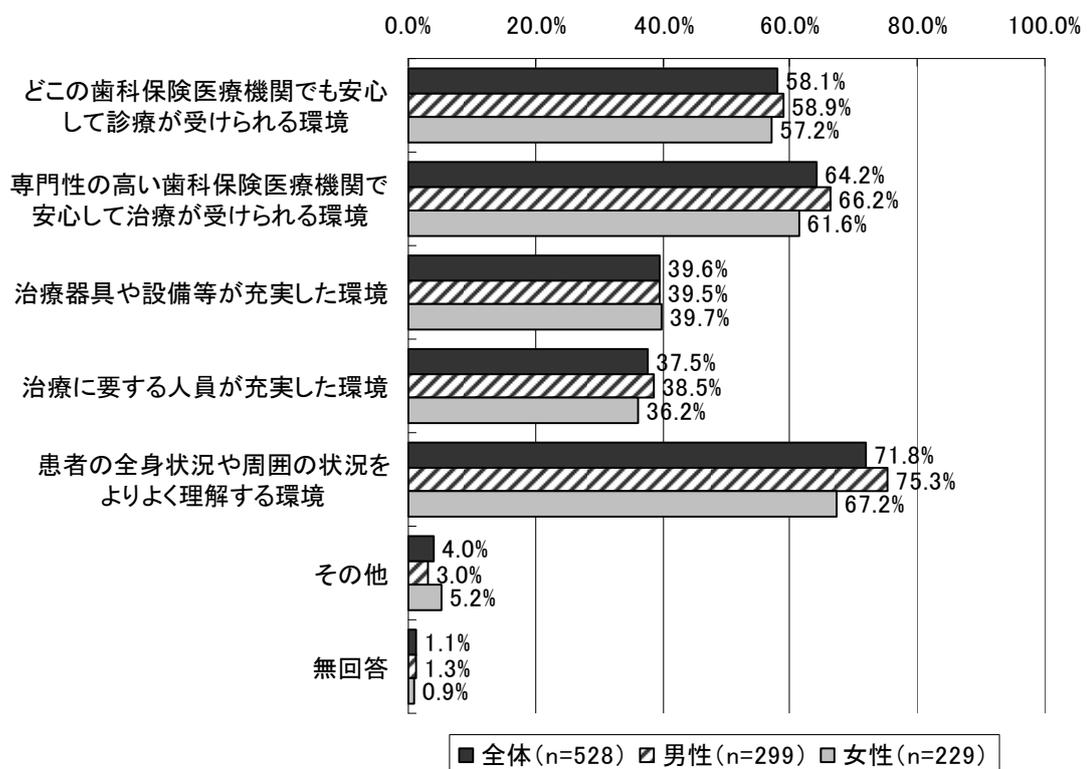
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

5) 今後、歯科医療を受けるにあたり希望すること

今後、歯科医療を受けるにあたり希望することをみると、全体では「患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境」が 71.8%で最も多く、次いで「専門性の高い歯科保険医療機関で安心して治療が受けられる環境」(64.2%)、「どこの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境」(58.1%)となった。

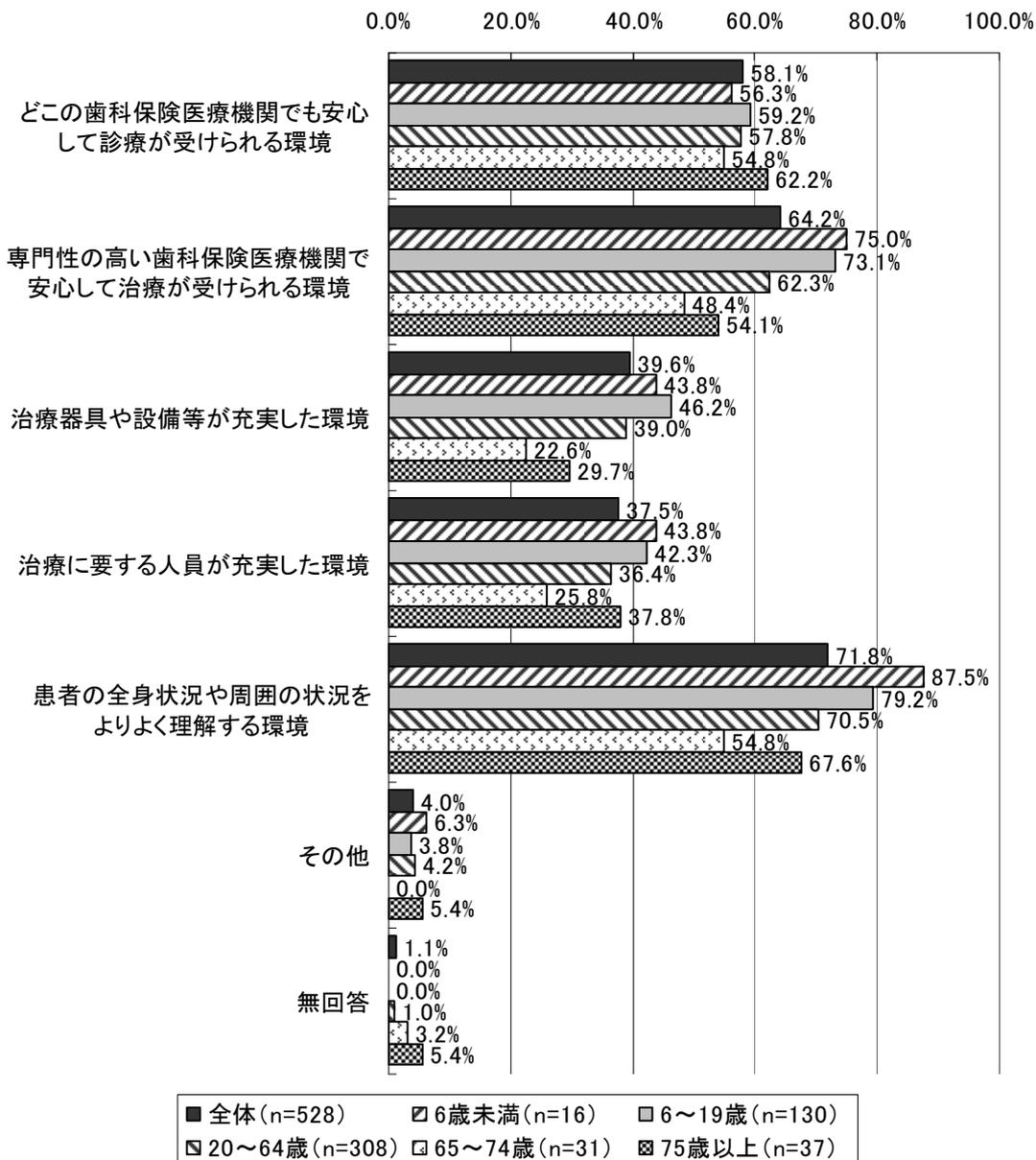
男女別にみると、男性の方が女性と比較して「患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境」が 8.1 ポイント高かった。

図表 181 今後、歯科医療を受けるにあたり希望すること（男女別、複数回答）



今後、歯科医療を受けるにあたり希望することを年齢階級別にみると、いずれの年齢階級でも「患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境」が最も高かった（65～74歳では「どこの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境」も同じ割合であった）。特に「6歳未満」では87.5%と他の年齢階級と比較しても高い結果となった。

図表 182 今後、歯科医療を受けるにあたり希望すること（年齢階級別、複数回答）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

⑤歯科医療を受ける上でのご意見・ご要望等

本調査では、障害者歯科医療を受ける上でのご意見・ご要望等を自由記述形式で患者に記載していただいた。主な意見を以下にとりまとめた。

○障害者を診察する歯科医・歯科医院の増加を希望

- ・ 障害児でも安心して治療できる医療機関がもっとたくさんできるといいと思う（障害を持っていると普通の方より倍の時間を要しないと、普通の方々と同じ気分で受けられないから）（同旨を含め 47 件）。
- ・ 障害者のための歯科医療機関が近くにないため通院に時間がかかる（同旨を含め 31 件）。

／等

○治療に満足している・感謝している・安心感がある

- ・ 今のところ何も不満もない。丁寧に治療してもらっている（同旨を含め 15 件）。
- ・ どこに行っても時間がかかり他の方への迷惑にならないかが気になる。このように障がい者が通う口腔センターがあれば助かる。医師や看護師の対応に感謝している。時間と心の余裕を感じ、診療できたことをありがたいと思う。これからも続けてほしい（同旨を含め 10 件）。
- ・ 特に困っている事はない（同旨を含め 7 件）。
- ・ 歯科医師の協力によって本当に安心して暮らせる（同旨を含め 6 件）。

／等

○治療が可能な病院などの紹介・情報提供をして欲しい

- ・ 生後 7 か月で心臓の手術をしているので、大学病院等の設備の整った歯科で治療を受けるように言われた。専門性の高い開業医の紹介などがあると助かる（同旨を含め 2 件）。
- ・ 歯科の診療には技術の差がとてもあると思うが、患者が医療機関（歯科）を探す時に技術の有無がわからない（判断できない）ので、どこで受診すればよいかとても困っている（同旨を含め 5 件）。

／等

○施設のバリアフリー化、個室での対応を望む

- ・ 他の科の受診もあるので今は施設の整っている所で受診でき感謝している。近くの歯科医院のいくつかは診察室が 2 階にあることが多く、障害のある方は階段を上れない。エレベーターを設置すれば誰でも利用できるはず。こんな面は遅れている（同旨を含め 8 件）。
- ・ 待合室で診察を待つ間、落ちついて静かに待てる時と落ち着かない時と、その時々で状況が違うので、他の患者達に気を遣うことがある。待ち時間を落ち着いて過ごせる環境（別室等）が整えばと思う（同旨を含め 9 件）。

／等

○予約がとれない・緊急時の対応に不安がある

- ・ 地域に専門医が 1 軒で、診療時間も短く毎日ではないことから、次の受診予約に約 1 か月は要し、治療がなかなか進まない（同旨を含め 15 件）。
- ・ 現在は虫歯がないので、定期的に口腔ケアをして頂くことで満足しているが、診療の曜日と時間帯が限定されていてとても少ないので、緊急時の対応が困難かと不安に思う。
- ・ 夜間の緊急診療が受けられたらと思う。

／等

○その他

- ・ 痛みのない治療をしてほしい（同旨を含め3件）。
- ・ 診察台に座っただけで泣いて嫌がるので、その時に一緒に親も治療していただきたくてもできない。子どもの歯だけでなく、親の治療中、一時的に面倒をみていただくことができるとよい（同旨を含め3件）。
- ・ 治療前詳しい説明なしで4本も差し歯になっていたので（多少説明はあったと思うが）驚いた。治療前に詳しい説明をしてほしかった（同旨を含め3件）。
- ・ 保険内での治療の範囲がもう少し広がるとよいと思う（同旨を含め2件）。
- ・ 歯科受診時、治療部位で他科受診も必要と医師に勧められ受診先を的確に指示してもらった。これからも他科機関との連携は必須と思われ継続してほしい（同旨を含め2件）。
- ・ 歯を削る時の器具や吸引する器具の音が子どもで知的障害もあるためか、なかなか慣れることが難しい。できたらそういった点で改善（改良）されていくことを望む。
- ・ 障害者でも声かけする等コミュニケーションをとって診察してほしい。
- ・ 毎週の治療で費用がかなり高額になること。ひどい虫歯になっていた所の歯を抜かれた（3本）がその跡をどのように処置していくか（歯の根が残っている）家族に相談されたが判断できず困った。とりあえず銀箔をかぶせてもらった。
- ・ もっともっと予防歯科が充実していけばいいと思う。 /等

8. まとめ

本調査よりあきらかになった点は、以下のとおりである。

(1) 在宅歯科医療の施設調査

①在宅歯科医療の実施状況調査

- ・ 施設の種別は、回答があった 1,011 施設は全て「診療所」であった（図表 2）。
- ・ 開設主体は、「個人」が 75.3%、「法人」が 23.9%、「その他」が 0.6%であった（図表 3）。
- ・ 施設の開設時期は、「1990～1994 年」(16.7%)が最も多く、次いで「1985～1989 年」(15.9%)、「1980～1984 年」(15.6%)、「2000 年以降」(15.5%)であった（図表 4）。
- ・ 標榜診療科は、「歯科」が 99.6%、「矯正歯科」が 30.5%、「小児歯科」が 58.3%、「歯科口腔外科」が 26.7%であった（図表 5）。
- ・ 医科の医療機関との併設状況は、「併設している」が 3.1%、「併設していない」が 95.5%であった（図表 6）。
- ・ 施設基準の届出状況は、「歯科外来診療環境体制加算」が 32.5%、「地域医療連携体制加算」が 39.6%、「歯科治療総合医療管理料」が 36.4%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 28.0%、「障害者歯科医療連携加算」が 6.0%であった（図表 7）。
- ・ 行っている診療内容は、「一般外来歯科診療」が 99.8%、「在宅歯科診療」が 81.5%、「障害者歯科診療」が 42.5%、「入院歯科診療」が 1.0%であった（図表 8）。
- ・ 歯科ユニット台数は、「3 台」(39.6%)が最も多く、次いで「4 台」(27.1%)であった（図表 9）。
- ・ 平成 23 年 6 月における 1 施設あたりの平均職員数（常勤・非常勤）については、歯科医師が 1.9 人、歯科衛生士が 2.7 人、歯科技工士が 0.3 人、その他の職員が 2.4 人であった（図表 10）。
- ・ 歯科訪問診療の開始時期は、「1995～1999 年」(17.4%)が最も多く、次いで「2001～2004 年」(10.7%)、「2000 年」(10.4%)であった（図表 11）。
- ・ 歯科訪問診療先は、「患者の自宅：戸建て」(82.6%)が最も多く、次いで「介護保険施設」(48.8%)、「歯科の標榜がない病院」(46.0%)、「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設」(45.9%)、「患者の自宅：集合住宅」(42.2%)であった（図表 15）。
- ・ 歯科訪問診療をはじめめる際に新たに整えたものが「ある」が 55.3%、「ない」が 32.9%であった。新たに整えたものが「ある」と回答した 559 施設が整えた内容としては、「装置・器具を購入した」が 96.6%、「スタッフを増員した」が 27.2%であった（図表 16、図表 17）。
- ・ 歯科訪問診療を行う際の同行者は、「歯科衛生士 1 人が同行」(67.0%)が最も多く、次いで「歯科医師 1 人が同行」(16.9%)、「他の人は同行しない」(11.9%)であった（図表 20）。
- ・ 歯科訪問診療を実施するきっかけは、「通院していた患者・家族等からの依頼」(78.4%)

が最も多く、次いで「患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介」(40.3%)、「地区歯科医師会からの依頼・紹介」(37.2%)「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの依頼・紹介」(31.5%)であった。最も多いきっかけとしては、「通院していた患者・家族等からの依頼」(34.9%)が最も多く、次いで「介護保険施設からの依頼・紹介」(10.6%)であった(図表 22)。

- ・ 歯科訪問診療の調整者としては、「患者の家族と」(75.1%)が最も多く、次いで「患者本人と」(43.8%)、「介護支援専門員と」(31.1%)となった(図表 23)。
- ・ 歯科訪問診療実施の周知方法は、「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」が 54.8%、「ホームページで告知している」が 22.2%、「介護関係機関等にリーフレットを置いている」が 6.1%であった(図表 24)。
- ・ 2009 年(平成 21 年)と 2011 年(平成 23 年)の 6 月・7 月の 2 月について患者数の同月比較をそれぞれすると、「歯科外来患者総数」はやや減少しているものの、「歯科訪問診療患者総数」や「歯科訪問診療料 1」「歯科訪問診療料 2」「訪問歯科衛生指導料」の算定患者延べ人数はそれぞれ増加している。一方で、「退院時共同指導料 1」「退院時共同指導料 2」「在宅患者連携指導料」「在宅患者緊急時等カンファレンス料」「診療情報提供料 (I)」は実績がほとんどなく変化がみられなかった(図表 25)。
- ・ 平成 22 年度診療報酬改定で創設された項目について 2011 年(平成 23 年)7 月の平均算定患者延べ人数をみると、「在宅患者急性歯科疾患対応加算」が 14.4 人、「歯科疾患在宅療養管理料」が 4.8 人、「口腔機能管理加算」が 4.9 人、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 0.3 人であった。同月の「介護支援連携指導料」の平均算定患者数は 0.0 人であった(図表 25)。
- ・ 2011 年の 6 月と 7 月の算定患者延べ人数が 0 人であった項目についてその理由をみると、全ての算定項目で「該当するケースがなかった」が最も多かった。また、「口腔機能管理加算」「在宅患者歯科治療総合医療管理料」「退院時共同指導料 1」「退院時共同指導料 2」「在宅患者連携指導料」「在宅患者緊急時等カンファレンス料」「介護支援連携指導料」の算定項目では「項目の内容がよく分からない」が 1 割を超えた。「在宅患者歯科治療総合医療管理料」「退院時共同指導料 1」「退院時共同指導料 2」「在宅患者連携指導料」では「施設基準や算定要件等を満たすことができない」が 1 割を超えた(図表 26)。
- ・ 歯科訪問診療で行っている主な治療内容をみると、「欠損補綴(義歯)」(81.4%)が最も多く、次いで「歯周治療」(53.6%)、「抜歯」(50.6%)、「口腔機能管理」(40.7%)であった(図表 28)。
- ・ 医療機関との連携が「あり」という回答は「一般診療所」が 43.0%で最も高く、次いで「病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」(39.4%)、「(医科の)病院(救急医療機関)」(34.0%)、「(医科の)病院(救急医療機関を除く)」(28.9%)、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」(28.8%)、「他の歯科診療所」(25.3%)、「口腔保健センター」(13.6%)となった(図表 29)。
- ・ 歯科の医療機関との平均連携施設数については、「他の歯科診療所」が 2.3 か所、「歯科

大学病院もしくは歯学部附属病院」が 1.3 か所、「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が 1.4 か所、「口腔保健センター」が 1.2 か所であった。また、医科の医療機関については、「一般診療所」が 1.5 か所、「病院（救急医療機関を除く）」が 1.4 か所、「病院（救急医療機関）」が 1.3 か所であった（図表 29）。

- ・ 医療機関以外との連携状況については、「介護保険施設」が 24.3%で最も高く、次いで「居宅介護支援事業所」（17.0%）、「訪問看護ステーション」（13.6%）、「地域包括支援センター」（12.1%）、「保険薬局」（5.4%）となった（図表 31）。
- ・ 関係機関との連携内容は、「患者の照会や診療情報の提供や依頼」が 51.2%で最も多く、次いで「患者急変時の受け入れ」（33.2%）、「夜間・休日等の往診の連携」（8.8%）であった（図表 32）。
- ・ 各機関との連携を推進する上での課題は、「歯科訪問診療があることが知られていない」が 35.5%で最も多く、次いで「介護保険の口腔関連サービスが知られていない」（30.8%）、「相談窓口や治療に関する情報が不足している」（30.1%）、「介護サービス提供者からの指導・助言が不足している」（24.7%）、「家族のサポートがない（独居である）」（22.6%）、「連携医療機関の間で情報が共有化されていない」（18.6%）となった（図表 33）。
- ・ 歯科訪問診療を行うことによる効果として「あてはまる（「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の合計）」の割合が高かったのは、「患者の家族の安心感が増したように感じる」（71.3%）、「患者の QOL が向上したように感じる」（55.4%）、「定期的な口腔ケアを行えるようになった」（54.4%）であった（図表 35）。
- ・ 歯科訪問診療を行う際の課題としては、「歯科訪問診療の評価が低い」が 50.2%で最も多く、次いで「保険請求、介護保険の確認等事務処理に困難がある」（47.6%）、「歯科訪問診療に当たっての装置・器具の準備と後片付けに時間がかかる」（43.8%）、「歯科訪問診療用の装置・器具の確保が難しい」（29.6%）、「他機関・他職種との連携を構築することが難しい」（27.1%）、「歯科訪問診療を行うためのスタッフを確保することが難しい」（26.4%）となった（図表 36）。
- ・ 「在宅療養支援歯科診療所」届出の有無をみると、「届出をしている」が 57.3%、「届出をしていない」が 34.5%であった。「在宅療養支援歯科診療所」の届出をしていない施設では今後の届出予定が「ある」は 12.9%、「ない」が 84.5%であった。（図表 37、図表 39）
- ・ 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行わない理由は、「情報提供を行う体制が整えられない」が 29.5%で最も多く、次いで「歯科衛生士がいない」（27.1%）、「後方支援機能を有する別の保険医療機関との連携が確保できない」（22.0%）、「他の保険医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者との連携が確保できない」（20.7%）「研修を受けることができない」（20.3%）となった（図表 40）。
- ・ 今後の歯科訪問診療の実施意向は、「歯科訪問診療を現状のまま実施したい」が 46.7%で最も多く、次いで「歯科訪問診療の実施を拡大したい」（24.1%）、「わからない」（13.8%）、「歯科訪問診療の実施を縮小したいまたはやめたい」（7.4%）となった（図表 41）。

- ・ 東日本大震災の歯科訪問診療への影響は、「当初から影響はない」が 85.1%、「現在も、歯科訪問診療に関して大きな影響が残っている」が 0.5%、「現在も、歯科訪問診療に関して多少影響が残っている」が 1.1%、「現在は、歯科訪問診療に関して影響はなくなっている」が 2.2%であった（図表 43）。

②在宅歯科医療の実施意向調査

- ・ 回答施設の種別は、回答があった 479 施設は全て「診療所」であった（図表 45）。
- ・ 診療所開設主体は、「個人」が 82.5%、「法人」が 16.5%であった（図表 46）。
- ・ 開設時期は、「2005 年以降」（16.1%）が最も多く、次いで「1990～1994 年」（14.8%）、「1985～1989 年」（14.0%）となったが、他の時期にも広く分散している（図表 47）。
- ・ 標榜診療科は、「歯科」が 98.5%、「矯正歯科」が 26.5%、「小児歯科」が 49.3%、「歯科口腔外科」が 24.4%であった（図表 48）。
- ・ 医科の医療機関との併設状況は、「併設している」が 2.9%、「併設していない」が 95.2%であった（図表 49）。
- ・ 施設基準の届出状況は、「歯科外来診療環境体制加算」が 11.3%、「地域医療連携体制加算」が 10.9%、「歯科治療総合医療管理料」が 14.6%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 3.3%、「障害者歯科医療連携加算」が 2.1%、「地域歯科診療支援病院歯科診療料」が 0.2%であった（図表 50）。
- ・ 歯科ユニット台数は、「3 台」（43.0%）が最も多く、次いで「4 台」（23.0%）、「2 台」（16.9%）であった（図表 51）。
- ・ 平成 23 年 6 月における 1 施設あたりの平均職員数は、常勤職員では、歯科医師が 1.2 人、歯科衛生士が 1.2 人、歯科技工士が 0.2 人、その他の職員が 1.5 人であった。また、非常勤職員では、歯科医師が 0.3 人、歯科衛生士が 0.5 人、歯科技工士が 0.0 人、その他が 0.8 人であった（図表 52、図表 53）。
- ・ 歯科訪問診療の実施状況については、「実施している」が 35.5%、「今後、実施したいと考えている」が 5.2%、「実施していたが、今はしていない」が 18.8%、「全く実施していない」が 39.9%であった。（図表 54）
- ・ 歯科訪問診療を実施していない理由は、「自院の人手が不足している」が 55.2%で最も多く、次いで「歯科訪問診療に必要な装置・器具を揃えることができない」（45.4%）、「歯科訪問診療の要請がない」（43.5%）、「保険請求の手続きが煩雑である」（31.4%）、「歯科訪問診療を行うことに対して不安感がある」（23.9%）、「歯科訪問診療を積極的に行っている医療機関が地域にある」（21.9%）となった（図表 55）。
- ・ 歯科訪問診療を始めるために希望する支援としては、「歯科訪問診療に適した装置・器具を揃えるための支援」が 53.9%で最も多く、次いで「診療報酬上のより一層の評価」（42.8%）、「研修受講に関する支援」（23.2%）、「他機関・他職種との連携するための支援」（21.2%）となった（図表 57）。

(2) 在宅歯科医療の患者調査

- ・ 調査票の記入者は、「患者本人」が 22.7%、「家族など」が 50.1%、「医療・介護関係者」が 26.2%であった（図表 58）。
- ・ 患者の性別は、「男性」が 38.5%、「女性」が 61.1%であった（図表 59）。
- ・ 患者の平均年齢は、全体が 79.2 歳、男性が 75.9 歳、女性が 81.3 歳であった（図表 61）。
- ・ 受診した場所は、「自宅（一戸建て）」が 45.4%で最も多く、次いで「介護保険施設」（22.7%）、「有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設」（13.8%）、「自宅（マンションなどの集合住宅）」（10.5%）、「入院している病院」（6.1%）となった（図表 62）。
- ・ 介護保険の利用状況は、「利用している」が 84.0%、「利用していない」が 15.8%であった。利用している人の要介護度は、「要介護 5」が 28.6%で最も多く、次いで「要介護 3」（19.5%）、「要介護 4」（19.0%）となった（図表 64、図表 66）。
- ・ 障害者手帳の有無は、「持っている」が 41.8%、「持っていない」が 54.8%であった。障害者手帳を持っている人の手帳の種類は、「身体障害者手帳」が 94.5%であった（図表 68、図表 70）。
- ・ 歯科医師を知ったきっかけは、「以前、通院していた歯科診療所・病院」（30.6%）が最も多く、次いで「ケアマネージャーからの紹介」（19.9%）であった（図表 72）。
- ・ 診療を受ける頻度は、「1 週間に 1 度」が 31.8%で最も多く、次いで「1 か月に 2~3 度」（24.1%）、「決まっていない」（14.4%）、「1 か月に 1 度」（12.8%）となった（図表 75）。
- ・ 診療に来た医療関係者は、「歯科医師」が 91.9%で最も多く、次いで「歯科衛生士」（62.9%）であった（図表 77）。
- ・ 診療に来た歯科医師の人数をみると、全体では「1 人」が 83.3%と最も多く、次いで「2 人」（7.3%）であった（図表 79）。
- ・ 診療内容は、「入れ歯の製作や調整」が 52.3%で最も多く、次いで「歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導」（39.3%）、「食べ方・飲み方の訓練・指導」（17.9%）、「むし歯の治療や歯の根の治療」（14.8%）であった（図表 81）。
- ・ 歯科訪問診療を受診しての満足度については、「満足している」（「とても満足している」と「満足している」の合計）が 95.5%と高かった（図表 84）。
- ・ 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいかを尋ねた結果、「とてもそう思う」が 62.7%、「そう思う」が 34.1%で、合わせて 96.8%となった（図表 86）。
- ・ 歯科訪問診療を受診する際に気になる点については、「特に気になる点はない」が 80.9%となった（図表 89）。
- ・ 歯科医師が在宅医療に関する研修を受講していることに対する安心感が「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）が 88.8%であった（図表 92）。
- ・ 情報が共有されていることに対する安心感が「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）が 89.8%であった（図表 94）。
- ・ 他の医療機関と連携していることに対する安心感が「高まる（「大いに高まる」と「やや高まる」の合計）」が 91.3%であった（図表 96）。

(3) 障害者歯科医療の実施状況調査

①施設調査

- ・ 回答施設の種別は、「診療所」が 60.9%、「病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が 21.4%、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が 3.3%、「口腔保健センター（障害センター）」が 10.0%、「障害者施設内歯科診療所」が 4.4%であった（図表 98）。
- ・ 開設主体は、診療所では「個人」が 71.2%、「法人」が 27.0%、「公的機関」が 1.8%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では、「個人」が 0.9%、「法人」が 48.3%、「公的機関」が 47.4%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では、「法人」94.4%、「公的機関」が 5.6%であった。口腔保健センター（障害センター）では、「法人」81.5%、「公的機関」が 18.5%であった。障害者施設内歯科診療所では「法人」62.5%、「公的機関」が 37.5%であった（図表 99）。
- ・ 標榜診療科は、診療所では、「歯科」が 96.1%、「矯正歯科」が 33.6%、「小児歯科」が 69.7%、「歯科口腔外科」が 30.6%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では、「歯科」が 61.2%、「矯正歯科」が 16.4%、「小児歯科」が 15.5%、「歯科口腔外科」が 80.2%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では、「歯科」「矯正歯科」「小児歯科」がともに 100.0%、「歯科口腔外科」が 94.4%であった。口腔保健センター（障害センター）では、「歯科」が 100.0%、「矯正歯科」が 3.7%、「小児歯科」が 25.9%、「歯科口腔外科」が 13.0%であった。障害者施設内歯科診療所では、「歯科」が 95.8%、「矯正歯科」が 4.2%、「小児歯科」が 16.7%、「歯科口腔外科」が 4.2%であった（図表 101）。
- ・ 医科の医療機関との併設状況は、診療所では「併設している」が 4.2%、「併設していない」が 94.5%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では全ての施設が「併設している」と回答した。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「併設している」が 72.2%、「併設していない」が 22.2%であった。口腔保健センター（障害センター）では「併設している」が 1.9%、「併設していない」が 96.3%であった。障害者施設内歯科診療所では「併設している」が 87.5%、「併設していない」が 12.5%であった（図表 102）。
- ・ 施設基準の届出状況は、診療所では「歯科外来診療環境体制加算」が 30.6%、「地域医療連携体制加算」が 23.9%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 25.2%、「在宅療養支援歯科診療所」が 29.7%、「障害者歯科医療連携加算」が 50.6%であった。病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「歯科外来診療環境体制加算」が 71.6%、「地域医療連携体制加算」が 8.6%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 15.5%、「障害者歯科医療連携加算」が 88.8%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が 77.6%であった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「歯科外来診療環境体制加算」が 88.9%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 55.6%、「障害者歯科医療連携加算」が 100.0%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が 100.0%であった。口腔保健センター（障害セ

- ンター)では「歯科外来診療環境体制加算」が29.6%、「地域医療連携体制加算」が11.1%、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が7.4%、「在宅療養支援歯科診療所」が13.0%、「障害者歯科医療連携加算」が96.3%であった。障害者施設内歯科診療所では「歯科外来診療環境体制加算」が16.7%、「地域医療連携体制加算」が4.2%、「障害者歯科医療連携加算」が50.0%、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が8.3%であった(図表103)。
- ・ 行っている診療内容として「在宅歯科診療」を行っている割合は、診療所では69.7%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では18.1%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院で38.9%、口腔保健センター(障害センター)では31.5%、障害者施設内歯科診療所では0.0%であった(図表104)。
 - ・ 行っている診療内容として「障害者歯科診療」を行っている割合は、診療所では91.2%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では98.3%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院で100.0%、口腔保健センター(障害センター)では100.0%、障害者施設内歯科診療所では95.8%であった(図表104)。
 - ・ 1施設あたりの平均ユニット台数は、診療所が4.8台、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)が12.8台、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院が177.5台、口腔保健センター(障害センター)が4.4台、障害者施設内歯科診療所が2.1台であった(図表105)。
 - ・ 障害者のための歯科ユニットがあるという施設は、診療所が13.0%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)が20.7%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院が88.9%、口腔保健センター(障害センター)が77.8%、障害者施設内歯科診療所が37.5%であった(図表107)。
 - ・ 2011年6月における1施設あたりの常勤職員数は、診療所では歯科医師が1.9人、歯科衛生士が2.3人、看護職員が0.1人、歯科技工士が0.3人、その他職員が1.7人であった。病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では歯科医師が9.7人、歯科衛生士が4.0人、看護職員が11.4人、歯科技工士が1.0人、その他職員が10.4人であった(図表108)。
 - ・ 障害者歯科医療の開始時期は、診療所では「1990～1999年」(29.7%)、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「1980～1989年」(19.8%)、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「1980～1989年」「～1979年」(ともに33.3%)、口腔保健センター(障害センター)では「1980～1989年」(38.9%)、障害者施設内歯科診療所では「1990～1999年」(33.3%)が最も多かった(図表110)。
 - ・ 障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応したのがあるという施設は、診療所では79.4%、「病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では59.5%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では83.3%、口腔保健センター(障害センター)では90.7%、障害者施設内歯科診療所では87.5%であった(図表111)。
 - ・ 障害者歯科医療の開始に際して新たに対応したことの内容としては、「障害者歯科医療に関する研修に参加した」(76.4%)が最も多く、次いで「AEDやパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した」(72.4%)、「適切にコミュニケーションをとるための道

具の用意や研修に参加した」(58.9%)となった(図表 112)。

- 2009年(平成21年)と2011年(平成23年)の6月・7月の2月について患者数の同月比較をそれぞれすると、「外来患者総数」(中央値)は6月・7月のいずれも2011年の方が2009年よりも少なかった。「障害者加算」算定患者延べ人数は、6月・7月いずれもやや増加となり、算定率も上昇した。「歯科衛生実地指導料1」は6月・7月ともにやや減少となり、算定率も低下した。なお、2011年7月における「障害者歯科医療連携加算」の算定患者延べ人数は0.3人、「歯科衛生実地指導料2」の算定患者延べ人数は30.9人、「診療情報提供料(I)」の算定患者延べ人数は16.4人となった(図表 113)
- 上記において2011年の6月・7月の算定患者延べ人数が「0人」であった場合にその理由を尋ねたところ、いずれの加算項目でも「該当するケースがなかった」が多かった。「施設基準や算定要件等を満たすことができない」という回答割合は、「障害者歯科医療連携加算」では23.9%、「歯科衛生実地指導料1」では15.3%、「歯科衛生実地指導料2」では25.6%となった。また、「人手が不足している」という回答割合は、「歯科衛生実地指導料1」では12.2%となった(図表 121)。
- 障害者の最も多い治療状況として最も多かったのは、診療所と病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「鎮静法等を用いない治療」(それぞれ46.7%、37.9%)で、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、口腔保健センター(障害センター)、障害者施設内歯科診療所では「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」(それぞれ、61.1%、81.5%、62.5%)であった(図表 131)。
- 1人の患者を治療する際に必要となる最もよくある職員数は、診療所、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「2人」(それぞれ、43.3%、40.5%、61.1%)という施設が最も多かった。また、口腔保健センター(障害センター)、障害者施設内歯科診療所では「3人」(それぞれ51.9%、58.3%)が最も多かった(図表 132)。
- 連携している医療機関については、診療所では「病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」が51.2%で最も多く、次いで「障害者歯科医療センター」(40.6%)、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」(37.6%)となった。歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「他の歯科診療所」(66.7%)が最も多く、次いで「障害者歯科医療センター」(61.1%)、「病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」「病院の医科の診療科(救急医療機関を除く)」「地域の口腔保健センター」(いずれも55.6%)となった(図表 133)。
- 緊急時の連絡方法については、「自施設の電話番号を通知」(71.6%)が最も多く、次いで「連携医療機関の電話番号を通知」(23.4%)、「特に連絡方法を用意していない」(14.9%)、「自施設の医師の電話番号を通知」(13.1%)であった(図表 134)。
- 緊急時の対応状況については、「夜間(時間外)は対応していないが、時間内の緊急時は対応している」(48.7%)が最も多く、次いで「夜間、緊急時のいずれも対応している」(27.7%)、「夜間、緊急時のいずれも対応していない」(15.5%)、「夜間(時間外)

- は対応しているが、時間外の緊急時に対応していない」(1.3%)となった(図表 135)。
- ・ 他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢については、「障害者歯科医療連携加算」の届出をしている診療所では、届出をしていない診療所と比較して「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」の割合(届出あり:27.9%、届出なし:4.7%)が23.2ポイント高かった。また、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院)では、他の施設と比較して「障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている」という施設の割合が高かった(図表 136)。
 - ・ 患者を受け入れることになった理由については、診療所では「患者からの要望があったため」(77.3%)が最も多く、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院)、障害者施設内歯科診療所では「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」(それぞれ79.8%、71.4%)が最も多かった。また、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、口腔保健センター(障害センター)では「患者からの要望があったため」「患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため」(それぞれ94.4%、75.9%)が最も多かった(図表 137)。
 - ・ 各機関との連携を推進する上での課題として最も多く挙げられたのは、診療所では「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(45.5%)、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」(39.7%)、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」「連携する機関間での役割が明確でない」(ともに50.0%)、口腔保健センター(障害センター)では「障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない」(44.4%)、障害者施設内歯科診療所では「相談窓口や治療に関する情報が不足している」(62.5%)であった(図表 138)。
 - ・ 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準届出をしている施設の割合は、診療所では73.0%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では97.4%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院と口腔保健センター(障害センター)では100.0%、障害者施設内歯科診療所では95.8%であった(図表 139)。
 - ・ 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることについて患者に周知している施設の割合は、診療所では21.6%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では48.7%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では83.3%、口腔保健センター(障害センター)では48.1%、障害者施設内歯科診療所では21.7%であった。ただし、無回答の施設が多かった点に注意する必要がある(図表 141)。
 - ・ 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることへの患者への周知方法としては、「診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している」(80.4%)が最も多く、次いで「ホームページで告知している」(24.2%)、「関係施設にリーフレットを置いている」(6.5%)となった(図表 142)。
 - ・ 「障害者歯科医療連携加算」施設基準の届出をしていない施設の届出意向については、診療所では「ある」が9.5%、「ない」が89.3%であった。また、「障害者歯科医療連携

加算」の届出をしない理由としては、診療所では「障害者加算を算定した外来患者が月平均 20 人未満である」(73.3%) が最も多く、次いで「必要な機器を準備できない」(42.7%)、「医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が確保できない」(21.3%) となった(図表 143、図表 144)。

- ・ 障害者歯科医療連携加算による効果として、「大いにあてはまる」「あてはまる」という肯定的な評価についてみると、「障害者歯科医療に係る体制を整備しやすくなった」(30.7%)、「患者の家族の安心感が増したように感じる」(29.6%)、「患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった」(23.4%)、「患者の QOL が向上したように感じる」(21.7%) となった。いずれも「あまりあてはまらない」「あてはまらない」という否定的な評価を大きく上回った(図表 145～149)。
- ・ 障害者を受け入れる上での課題として最も多く挙げられたのは、診療所では「診療に時間がかかる」(71.8%)、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では「診療に時間がかかる」(69.0%)、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「職員の数が足りない」(94.4%)、口腔保健センター(障害センター)では「全身状態の管理が必要になる」(77.8%)、障害者施設内歯科診療所では「職員の負担が大きい」「職員の数が足りない」「採算が合いにくい」(いずれも 62.5%) であった(図表 150)。
- ・ 今後の障害者歯科医療の実施意向については、診療所、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)、障害者施設内歯科診療所では「障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい」(それぞれ 64.8%、59.5%、50.0%) が、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院、口腔保健センター(障害センター)では「障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい」(それぞれ 66.7%、55.6%) が最も多かった。なお、「障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい」という施設は、全体で 4.2% となった(図表 151)。
- ・ 診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象とならない障害を有する患者の治療を行っているという施設は、診療所では 85.5%、病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では 86.2%、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では 88.9%、口腔保健センター(障害センター)では 66.7%、障害者施設内歯科診療所では 75.0% であった(図表 153)。
- ・ 東日本大震災の障害者歯科医療への影響については、「当初から影響はない」が 86.3%、「現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている」が 8.7%、「現在も障害者歯科医療に関して多少影響が残っている」が 2.0%、「現在も障害者歯科医療に関して大きな影響が残っている」が 0.4% であった(図表 155)。

②患者調査

- ・ 調査票記入者は、「患者ご本人」が 18.0%、「家族など」が 69.1%、「医療・介護関係者」が 12.1% であった(図表 157)。
- ・ 患者の性別は、「男性」が 56.6%、「女性」が 43.4% であった(図表 158)。
- ・ 患者の年齢は、「6 歳未満」が 3.0%、「6～19 歳」が 24.6%、「20～64 歳」が 58.3%、「65～74 歳」が 5.9%、「75 歳以上」が 7.0% であった(図表 159)。

- ・ 受診した歯科医療機関の利用開始時期は、「利用し始めてから1年超」(66.7%)が最も多かった(図表160)。
- ・ 受診した歯科医療機関は、「診療所」が74.1%、「病院」が14.8%、「大学歯学部附属病院や歯科大学病院」が9.3%であった(図表162)。
- ・ 受診した歯科医療機関を知ったきっかけは、「家族や友人・知人などからの口コミ」(36.0%)が最も多く、次いで「他の歯科医療機関からの紹介」(15.3%)「歯科でない病院・診療所からの紹介」(6.8%)、「ホームページなど、自分自身で探した」(6.3%)となった(図表164)。
- ・ 受診した診療内容は、「むし歯の治療や歯の根の治療」(35.2%)が最も多く、次いで「口腔衛生指導」(32.6%)、「診察のみ(治療を受けるための練習を含む)」(20.6%)となった。(図表166)
- ・ 受診した診療の満足度は、「とても満足している」が54.2%と半数を超え、「満足している」(41.1%)と合わせると、95.3%が「満足している」と回答した(図表168)。
- ・ 緊急時の対応ができる機器が設置されていることで安心感が「大いに高まる」は65.0%、「やや高まる」が22.7%で、合わせて87.7%となった(図表172)。
- ・ 緊急時に他の病院などと連携していることで安心感が「大いに高まる」は75.2%、「やや高まる」が18.6%で、合わせて93.8%となった(図表174)。
- ・ 歯科診療所で診療や支援を受けることは歯や口の健康の向上につながっているかという質問に対して、「とてもそう思う」が71.4%、「そう思う」が25.0%で、合わせて96.4%となった(図表177)。
- ・ 専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについて、「とても評価する」が62.7%、「評価する」が31.1%となり、合わせて93.8%となった(図表179)。
- ・ 今後、歯科医療を受けるにあたり希望することとしては、「患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境」(71.8%)が最も多く、次いで「専門性の高い歯科保健医療機関で安心して治療が受けられる環境」(64.2%)、「どこの歯科保健医療機関でも安心して診療が受けられる環境」(58.1%)となった(図表181)。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

在宅歯科医療の実施状況調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅歯科診療の実施状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、2011年(平成23年)6月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は1つだけ	1. 診療所 2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院
②開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他()
③施設開設時期	西暦()年()月頃
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科
⑤医科の医療機関との併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない
⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算 3. 歯科治療総合医療管理料 4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 5. 障害者歯科医療連携加算 6. 地域歯科診療支援病院歯科初診料
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに○	1. 一般外来歯科診療 2. 在宅歯科診療 3. 障害者歯科診療 (基本診療料に係る「障害者加算」の算定対象となるもの) 4. 入院歯科診療
⑧歯科ユニット台数	()台

		常勤	非常勤
⑨職員数 (常勤換算)	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 歯科衛生士	() 人	() 人
	3) 歯科技工士	() 人	() 人
	4) その他	() 人	() 人
	5) 合計	() 人	() 人

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。

■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2. 貴施設における歯科訪問診療の体制整備等についてお伺いします。

①貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつですか。	西暦 () 年 () 月
②歯科訪問診療で訪問する先はどこですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 自宅(患者宅)：戸建て 2. 自宅(患者宅)：集合住宅 3. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設 4. 介護保険施設(指定介護療養型医療施設、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設) 5. 歯科の標榜がない病院 6. その他(具体的に)
③歯科訪問診療を始めるにあたって新たに整えたものがありますか。 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない→質問④へ
③-1 整えたものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 装置・器具を購入した →③-1-1 購入した装置・器具 (具体的に) 2. スタッフを増員した →③-1-2 増員したスタッフ 〔 歯科医師： 名 歯科衛生士： 名 〕 〔 その他の職員 名 〕
④歯科訪問診療を行う際、誰と同行していますか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 他の人は同行しない 2. 歯科医師1人が同行 3. 医師1人が同行 4. 歯科衛生士1人が同行 5. 看護師1人が同行 6. その他(具体的に)
④-1 上記④の選択肢1～6のうち、最も多い組み合わせの番号を1つだけご記入ください。	
④-1-1 上記の組み合わせで訪問する理由をご記入ください。	

⑤ 歯科訪問診療を実施するきっかけとしてあてはまるものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. (貴施設に) 通院していた患者・家族等からの依頼 2. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介 3. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介 4. 地区歯科医師会からの依頼・紹介 5. 口腔保健センター等からの依頼・紹介 6. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 7. 介護保険施設からの依頼・紹介 8. 居宅介護支援事業所からの依頼・紹介 9. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 10. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設のからの依頼・紹介 11. その他 (具体的に)	
⑤-1 上記⑤の選択肢1~11のうち、最も多いものの番号を1つだけご記入ください。	
⑥ 訪問歯科診療の調整は誰と行っていますか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 患者本人と 2. 患者の家族と 3. 在宅医療を行っている医療機関と 4. 訪問看護師と 5. 介護職と 6. 介護支援専門員(ケアマネジャー)と 7. 入院している病院の関係者と 8. その他 (具体的に)	
⑦ 貴施設が歯科訪問診療を実施していることを患者にどのように周知していますか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している 2. ホームページで告知している 3. 介護関係機関等にリーフレットを置いている 4. その他 (具体的に)	

3. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況についてお伺いします。

① 2009年(平成21年)【診療報酬改定前】と2011年(平成23年)【改定後】の6月、7月の各月の歯科外来患者総数(当月の初診患者と再診患者の延べ人数)、歯科訪問診療患者総数(当月の歯科訪問診療を実施した患者延べ人数)をご記入ください。 注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。				
	6 月		7 月	
	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
1) 歯科外来患者総数	() 人	() 人	() 人	() 人
2) 歯科訪問診療患者総数 ※歯科訪問診療料を算定できない場合を含む	() 人	() 人	() 人	() 人
② 2009年(平成21年)【診療報酬改定前】と2011年(平成23年)【改定後】の6月、7月の各月のそれぞれの算定患者延べ人数をご記入ください。 注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。				
	6 月		7 月	
	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
1) 歯科訪問診療料1	() 人	() 人	() 人	() 人
2) 歯科訪問診療料2	() 人	() 人	() 人	() 人
3) 在宅患者等急性歯科疾患対応加算	/	() 人	/	() 人
4) 歯科疾患在宅療養管理料	/	() 人	/	() 人

	6 月		7 月	
	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
5) 口腔機能管理加算		() 人		() 人
6) 訪問歯科衛生指導料	() 人	() 人	() 人	() 人
7) 在宅患者歯科治療総合医療管理料		() 人		() 人
8) 退院時共同指導料 1	() 人	() 人	() 人	() 人
9) 退院時共同指導料 2	() 人	() 人	() 人	() 人
10) 在宅患者連携指導料	() 人	() 人	() 人	() 人
11) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	() 人	() 人	() 人	() 人
12) 診療情報提供料 (I)	() 人	() 人	() 人	() 人
13) 介護支援連携指導料		() 人		() 人

②-1 上記②で 2011 年 (平成 23 年) 6 月と 7 月の間の算定患者延べ人数が「0 人」だった項目について、その理由をそれぞれお選びください。 ※あてはまるものすべてに○

	該当するケースがなかった	項目の内容がよく分からない	人手が不足している	施設基準や算定要件等を満たすことができない	その他	
1) 歯科訪問診療料 1	1	2	3	4	5	→
2) 歯科訪問診療料 2	1	2	3	4	5	→
3) 在宅患者等急性 歯科疾患対応加算	1	2	3	4	5	→
4) 歯科疾患在宅療養 管理料	1	2	3	4	5	→
5) 口腔機能管理加算	1	2	3	4	5	→
6) 訪問歯科衛生指導 料	1	2	3	4	5	→
7) 在宅患者歯科治療 総合医療管理料	1	2	3	4	5	→
8) 退院時共同指導料 1	1	2	3	4	5	→
9) 退院時共同指導料 2	1	2	3	4	5	→
10) 在宅患者連携指導 料	1	2	3	4	5	→
11) 在宅患者緊急時等 カンファレンス料	1	2	3	4	5	→
12) 診療情報提供料 (I)	1	2	3	4	5	→
13) 介護支援連携指導 料	1	2	3	4	5	→

③歯科訪問診療で行っている主な治療内容は何か。 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯冠修復 2. 歯内療法 3. 歯周治療 4. 抜歯 5. 欠損補綴（ブリッジ） 6. 欠損補綴（義歯） 7. 口腔機能管理 8. 口腔粘膜疾患治療 9. その他（具体的に）
④2011年（平成23年）3月11日の東日本大震災によって、貴施設では、歯科訪問診療に関して、現在においても患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ	
1. 当初から影響はない 2. 現在も、歯科訪問診療に関して大きな影響が残っている 3. 現在も、歯科訪問診療に関して多少影響が残っている 4. 現在は、歯科訪問診療に関して影響はなくなっている 5. その他（具体的に）	
④-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にご記入ください。	

4. 歯科訪問診療における連携状況についておうかがいします。

①歯科訪問診療を実施する上で、以下の医療機関とは連携していますか。また、連携している場合、連携施設数を具体的にご記入ください。			
		連携の有無	連携施設数
1) 歯科の医療機関	他の歯科診療所	1. あり 2. なし	か所
	歯科大学病院もしくは歯学部附属病院	1. あり 2. なし	か所
	病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）	1. あり 2. なし	か所
	口腔保健センター	1. あり 2. なし	か所
	その他（具体的に）	1. あり 2. なし	か所
2) 医科の医療機関	一般診療所	1. あり 2. なし	か所
	病院（救急医療機関を除く）	1. あり 2. なし	か所
	病院（救急医療機関）	1. あり 2. なし	か所
	その他（具体的に）	1. あり 2. なし	か所
②医療機関以外の施設で、連携しているその他の機関があれば○をつけてください。 ※あてはまるものすべてに○	1. 訪問看護ステーション 2. 保険薬局 3. 介護保険施設 4. 居宅介護支援事業所 5. 地域包括支援センター 6. その他（具体的に）		
③関係機関との連携内容 ※あてはまるものすべてに○	1. 患者急変時の受け入れ 2. 夜間・休日等の往診の連携 3. 患者の照会や診療情報の提供や依頼 4. その他（具体的に）		

<p>④各機関との連携を推進する上での課題 ※あてはまるものすべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族のサポートがない（独居である） 2. 歯科訪問診療があることが知られていない 3. 介護保険の口腔関連サービスが知られていない 4. 相談窓口や治療に関する情報が不足している 5. 介護サービス提供者からの指導・助言が不足している 6. 連携する機関が普段の診療に同行できない 7. 連携する医療機関の間で情報が共有化されていない 8. 緊急時に連絡することができる医療機関がない 9. 連携する機関間での役割（責任・権限など）が明確でない 10. その他（具体的に)
---	---

5. 歯科訪問診療による影響等についてお伺いします。

<p>①歯科訪問診療を行うことによって、歯科医療機関や歯科訪問診療が必要な患者にとってどのような効果があったと考えられますか。 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。</p>					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 定期的な口腔ケアを行えるようになった	5	4	3	2	1
2) 地域のニーズを把握しやすくなった	5	4	3	2	1
3) 他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 患者のQOLが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5) 患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6) その他 ()	5	4	3	2	1
<p>②貴施設が歯科訪問診療を行っていく際の課題は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○</p>					
<ol style="list-style-type: none"> 1. 歯科訪問診療を行うためのスタッフを確保することが難しい 2. 歯科訪問診療を行う際にスタッフが同行することが難しい 3. 歯科訪問診療用の装置・器具の確保が難しい 4. 歯科訪問診療の評価が低い 5. 歯科訪問診療に当たっての装置・器具の準備と後片付けに時間がかかる 6. 保険請求、介護保険の確認等事務処理に困難がある 7. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい 8. その他（具体的に) 					

6. 貴施設における「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況等についてお伺いします。

①2011年（平成23年）6月現在「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ	1. 届出をしている→質問①-1へ 2. 届出をしていない→質問②へ 3. 病院のため届出ができない→7. 質問①へ
①-1「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出はいつですか。	西暦（ ）年（ ）月（→7. 質問①へ）
②今後「在宅療養支援歯科診療所」の届出をする予定はありますか ※○は1つだけ	1. ある→7. 質問①へ 2. ない→③へ
③「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行わない理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 研修を受けることができない 2. 歯科衛生士がいない 3. 情報提供を行う体制が整えられない 4. 後方支援機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できない 5. 他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者との連携が確保できない 6. その他（具体的に)	

7. 貴施設における今後の歯科訪問診療についてお伺いします。

①今後の歯科訪問診療の実施についてどのように考えていますか。 ※○は1つだけ	
1. 歯科訪問診療の実施を拡大したい 3. 歯科訪問診療の実施を縮小したいまたはやめたい	2. 歯科訪問診療を現状のまま実施したい 4. わからない
①-1 上記①で「3.」を選んだ理由を具体的にご記入ください。	

8. 歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

--

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

在宅歯科医療の実施意向調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅歯科診療に関する実施意向や課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、2011年(平成23年)6月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は1つだけ	1. 診療所 2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院		
②開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他()		
③施設開設時期	西暦()年()月頃		
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科		
⑤医科の医療機関との併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない		
⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算 3. 歯科治療総合医療管理料 4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 5. 障害者歯科医療連携加算 6. 地域歯科診療支援病院歯科初診料		
⑦歯科ユニット台数	()台		
⑧職員数 (常勤換算)		常勤	非常勤
	1) 歯科医師	()人	()人
	2) 歯科衛生士	()人	()人
	3) 歯科技工士	()人	()人
	4) その他	()人	()人
	5) 合計	()人	()人
<p>※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。</p> <p>■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)</p> <p>■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)</p>			

(-----▶裏面に続きます)

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況についてお伺いします。

①2011年（平成23年）6月現在、貴施設では歯科訪問診療を実施していますか。 ※〇は1つだけ	
1. 実施している→質問3.へお進みください	2. 今後、実施したいと考えている
3. 実施していたが、今はしていない	4. 全く実施していない
②貴施設が歯科訪問診療を実施していないのはなぜですか。 ※あてはまるものすべてに〇	
1. 自院の人手が不足している	2. 歯科訪問診療の要請がない
3. 歯科訪問診療の評価が低い	4. 保険請求の手続きが煩雑である
5. 歯科訪問診療を行うことに対して不安感がある	
6. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい	
7. 歯科訪問診療を積極的に行っている医療機関が地域にある	
8. 歯科訪問診療に必要な装置・器具を揃えることができない	
9. その他（具体的に)	
③どのような支援があれば歯科訪問診療をはじめてもよいとお考えになりますか。 ※あてはまるものすべてに〇	
1. 研修受講に関する支援	2. 診療報酬上のより一層の評価
3. 歯科衛生士の紹介	4. 歯科訪問診療に適した装置・器具を揃えるための支援
5. 他機関・他職種との連携するための支援	
6. その他（具体的に)	

3. 歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 23 年度調査）

在宅歯科医療に関する意識調査

0. 最初に、この調査票のご記入者についておうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方でしょうか。

- | | | |
|------------------|--------------|---|
| 1. ご本人 | 2. 家族など（具体的に |) |
| 3. 医療・介護関係者（具体的に | |) |

1. 患者さん（本日受診された方）について、おたずねします。

① 性別	1. 男性	2. 女性	② 年齢	() 歳
------	-------	-------	------	-------

- ③ 本日あなたが診療を受けた場所はどこですか。※〇は1つ

- | | |
|--|---|
| 1. 自宅（一戸建て） | |
| 2. 自宅（マンション、アパート、団地などの集合住宅） | |
| 3. 有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設 | |
| 4. 介護保険施設（指定介護療養型医療施設、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設） | |
| 5. 入院している病院 | |
| 6. その他（具体的に |) |

- ④ 介護保険を利用していますか。※〇は1つ

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

【④で「1. 利用している」とご回答いただいた方のみお答えください。

「2. 利用していない」とご回答いただいた方は④へおすすみください。】

- ④-1 要介護度はどのようになっていますか。※〇は1つ

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 要支援 1 | 2. 要支援 2 | 3. 要介護 1 |
| 4. 要介護 2 | 5. 要介護 3 | 6. 要介護 4 |
| 7. 要介護 5 | 8. 申請中 | 9. 対象ではない |

【すべての方がお答えください。】

- ⑤ 障害者手帳をお持ちですか。※〇は1つ

- | | | |
|----------|-----------|--------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない | 3. 申請中 |
|----------|-----------|--------|

④ 本日はどのような診療を受けましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 診察のみ
2. 入れ歯の製作や調整
3. 冠を被せる治療やブリッジの治療
4. むし歯の治療や歯の根の治療
5. 歯周病（歯槽のうろう）の治療
6. 歯を抜いた
7. 歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導
8. 食べ方・飲み方の訓練（お口のリハビリ）・指導
9. その他（具体的に

)

⑤ 診療を受けてどのように感じましたか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とても満足している | 2. 満足している | 3. どちらでもない |
| 4. 不満である | 5. とても不満である | |

⑥ 今後も歯科診療が必要な際には、歯科医師が自宅、施設等に訪問して行う診療を受けたいですか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とてもそう思う | 2. そう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまりそう思わない | 5. 全くそう思わない | |

【⑥で「1. とてもそう思う」「2. そう思う」とご回答いただいた方のみお答えください。それ以外の方は⑦へおすすみください。】

⑥-1 今後も自宅、施設等で歯科診療を受けたいと思うのはなぜですか。

【すべての方がお答えください。】

⑦ 歯科医師が自宅、施設等に訪問して行う診療について、気になる点がありますか。気になる点がある場合、それはどのような理由によるものでしょうか。

※あてはまるものすべてに○

1. 特に気になる点はない
2. 自宅や介護保険施設の自室等での診療に不安があるから
3. 部屋が狭く治療器具等を置く場所がないから
4. 日程の調整や準備など家族への負担が大きいため
5. 金銭的な負担が大きいため
6. その他（具体的に

)

【⑦で「2. 自宅や介護保険施設の自室等での診療に不安があるから」とご回答いただいた方のみお答えください。

それ以外の方は3. へおすすみください。】

⑦-1 具体的にどのような不安がありますか。

【すべての方がお答えください。】

3. 歯科医療全般について、おたずねします。

① 歯科医師が、在宅医療に関する研修を受けていることで安心感が高まりますか。

※〇は1つ

- | | | |
|--------------|----------|-------------|
| 1. 大いに高まる | 2. やや高まる | 3. あまり高まらない |
| 4. まったく高まらない | 5. わからない | |

② 歯科医師と他の医療機関の医師や介護関係者との間で情報が共有されていると安心感が高まりますか。※〇は1つ

- | | | |
|--------------|----------|-------------|
| 1. 大いに高まる | 2. やや高まる | 3. あまり高まらない |
| 4. まったく高まらない | 5. わからない | |

③ 歯科医師が 緊急時に適切な対応ができるよう、他の病院などと連携していることで安心感が高まりますか。※〇は1つ

- | | | |
|--------------|----------|-------------|
| 1. 大いに高まる | 2. やや高まる | 3. あまり高まらない |
| 4. まったく高まらない | 5. わからない | |

4. 歯科訪問診療について、お困りのことやご要望などがございましたらお書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れて、お近くのポストに9月20日（火）までに投函してください。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

障害者歯科医療の実施状況調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するのためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における障害者歯科医療の実施状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、2011年(平成23年)6月末現在の状況についてご記入ください。

※本調査での「障害者」とは、診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象となりうる患者を指します。実際に、障害者加算を算定していない場合でも、本調査票にご回答いただけますよう、お願い申し上げます。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は1つだけ	1. 診療所 (口腔保健センター(障害センター)、障害者施設内歯科診療所を除く) 2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 4. 口腔保健センター(障害センター) 5. 障害者施設内歯科診療所
②開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. 公的機関 4. その他
③施設開設時期	西暦()年()月頃
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科
⑤医科の医療機関との併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない
⑥施設基準 (届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算 3. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 4. 在宅療養支援歯科診療所 5. 障害者歯科医療連携加算 6. 地域歯科診療支援病院歯科初診料
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに○	1. 一般外来歯科診療 2. 在宅歯科診療 3. 障害者歯科診療 (基本診療料に係る「障害者加算」の算定対象となるもの) 4. 入院歯科診療

⑧歯科ユニット台数		() 台	
⑨障害者のための歯科ユニットを別に設けていますか。 ※○は1つだけ			1. ある 2. ない
⑩職員数 (常勤換算)	常 勤		非常勤
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 歯科衛生士	() 人	() 人
	3) 看護職員	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) その他	() 人	() 人
	6) 合計	() 人	() 人
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			

2. 貴施設における障害者歯科医療の状況についてお伺いします。

①障害者歯科医療を開始したのはいつですか。		西暦 () 年 () 月			
②障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応をしたものはありますか。 ※○は1つだけ		1. ある 2. ない			
②-1 新たに対応をしたものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科医師を増員した 2. 歯科衛生士を採用・増員した 3. 看護補助者などを採用・増員した 4. 障害者歯科医療に関する研修に参加した 5. 適切にコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した 6. 緊急事態に対応するため、医科の医療機関との連携を開始した 7. AED やパルスオキシメーターなどの医療機器を整備した 8. 静脈内鎮静法を実施するための機器等を整備した 9. 吸入鎮静法を実施するための機器等を整備した 10. 治療スペースの確保やバリアフリー化など施設を整備した 11. その他 (具体的に)				
	③2009年(平成21年)【診療報酬改定前】、2011年(平成23年)【改定後】の6月、7月における各月の歯科外来患者総数(当月の初診患者と再診患者の延べ人数)をご記入ください。 注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。				
		6 月		7 月	
		2009年 (平成21年)		2011年 (平成23年)	
		() 人		() 人	

④2009年（平成21年）【診療報酬改定前】、2011年（平成23年）【改定後】の6月、7月における各月のそれぞれの算定患者延べ人数をご記入ください。注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	6月		7月	
	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）	2009年 （平成21年）	2011年 （平成23年）
1) 障害者加算	()人	()人	()人	()人
2) 障害者歯科医療連携加算		()人		()人
3) 歯科衛生実地指導料1	()人	()人	()人	()人
4) 歯科衛生実地指導料2		()人		()人
5) 診療情報提供料（I）		()人		()人

④-1 上記④で2011年（平成23年）6月、7月の算定患者延べ人数がいずれも「0人」だった項目について、その理由をそれぞれお選びください。※あてはまるものすべてに○

	該当するケースがなかった	い項目の内容がよく分からない	人手が不足している	施設基準や算定要件等を満たすことができない	その他	
1) 障害者加算	1	2	3	4	5	→
2) 障害者歯科医療連携加算	1	2	3	4	5	→
3) 歯科衛生実地指導料1	1	2	3	4	5	→
4) 歯科衛生実地指導料2	1	2	3	4	5	→
5) 診療情報提供料（I）	1	2	3	4	5	→

「施設基準や算定要件等を満たすことができない」と回答した場合、負担に感じていることは何ですか。具体的に内容をご記入ください。また、「その他」と回答した場合、その具体的な理由をご記入ください。

⑤2011年（平成23年）6月の1か月間の算定患者延べ人数をご記入ください。

	6歳未満	6歳以上 20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上
1) 障害者加算	人	人	人	人	人
2) 障害者歯科医療連携加算	人	人	人	人	人
3) 歯科衛生実地指導料1	人	人	人	人	人
4) 歯科衛生実地指導料2	人	人	人	人	人
5) 診療情報提供料（I）	人	人	人	人	人

⑥来院する患者に対する最も多い治療状況 ※○は1つだけ	
1. 鎮静法等を用いない治療 2. 鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療 3. 静脈内鎮静法や吸入鎮静法等を利用した治療 4. 全身麻酔を用いた歯科治療 5. その他（具体的に)	
⑦1人の患者を治療する際に必要となる最もよくある職員数は何人ですか。 ※○は1つだけ	1. 1人 2. 2人 3. 3人 4. 4人以上
⑧2011年（平成23年）3月11日の東日本大震災によって障害者歯科医療に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても障害者歯科医療に関して、患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ	
1. 当初から影響はない 2. 現在も、障害者歯科医療に関して大きな影響が残っている 3. 現在も、障害者歯科医療に関して多少影響が残っている 4. 現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている 5. その他（具体的に)	
⑧-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にご記入ください。	

3. 障害者歯科医療における連携状況についてお伺いします。

①連携している医療機関 ※あてはまるものすべてに○	1. 他の歯科診療所 2. 病院（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く） 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 4. 医科の診療所 5. 病院の医科の診療科（救急医療機関を除く） 6. 病院（救急医療機関） 7. 地域の口腔保健センター 8. 障害者歯科医療センター 9. 連携している施設はない 10. その他（具体的に)
②緊急時の連絡方法 ※あてはまるものすべてに○	1. 貴施設の電話番号を通知 2. 貴施設の医師の電話番号を通知 3. 連携医療機関の電話番号を通知 4. 特に連絡方法を用意していない 5. その他（具体的に)
③緊急時の対応状況 ※○は1つだけ	1. 夜間、緊急時のいずれも対応している 2. 夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している 3. 夜間（時間外）は対応しているが、時間外の緊急時は対応していない 4. 夜間、緊急時のいずれも対応していない 5. その他（具体的に)

④貴施設では他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢が整っていますか。 ※あてはまるもの1つに○	
1. 障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている →質問④-1へ 2. 障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている →質問④-1へ 3. 整っていない →質問⑤へ	
④-1 貴施設が患者を受け入れることになった理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 紹介元の手手が不足していたため 2. 紹介元が治療を行うのに必要な機器がなかったため 3. 患者からの要望があったため 4. 設備が充実した専門施設に通っていた患者が、地域の歯科診療所に通院が可能となったため 5. 患者が普段通院している最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため 6. その他（具体的に	
⑤各機関との連携を推進する上での課題 ※あてはまるものすべてに○	1. 障害者歯科医療が知られていない 2. 相談窓口や治療に関する情報が不足している 3. 障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない 4. 連携する医療機関の間で情報が共有化されていない 5. 緊急時に連絡することができる医療機関がない 6. 連携する機関間での役割（責任・権限など）が明確でない 7. その他（具体的に

4. 貴施設における障害者歯科医療連携加算の届出状況等についてお伺いします。

①2011年（平成23年）6月現在「障害者歯科医療連携加算」の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ	1. 届出をしている→質問①-1へ 2. 届出をしていない→質問②へ
①-1 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準の届出はいつですか。	西暦（ ）年（ ）月
①-2 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満たしていることを患者に周知していますか。	1. 周知している 2. 周知していない→5. 質問①へ
①-3 どのように患者に周知していますか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している 2. ホームページで告知している 3. 関係施設にリーフレットを置いている 4. その他（具体的に
	(→6ページの5. 質問①へ)
②今後「障害者歯科医療連携加算」の届出をする予定はありますか ※○は1つだけ	1. ある→5. 質問①へ 2. ない→質問③又は④へ
【診療所の方のみお答えください。回答後は6. へおすすみください。】	
③「障害者歯科医療連携加算」の届出をしない理由又は出来ない理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 障害者加算を算定した外来患者が月平均20人未満である 2. 必要な機器（自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む））を準備できない 3. 医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る）との連携体制が確保できない 4. その他（具体的に	

【病院の方のみお答えください。回答後は6.へおすすみください。】

④「障害者歯科医療連携加算」の届出をしない理由をご記入ください。

--

5. 障害者歯科医療連携加算による効果についてお伺いします。

①障害者歯科医療連携加算によって、歯科医療機関や障害者への歯科医療を行う上でどのような効果があると考えられますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった	5	4	3	2	1
2) 障害者歯科医療に係る体制を整備しやすくなった	5	4	3	2	1
3) 他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 患者のQOLが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5) 患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6) その他（具体的に)	5	4	3	2	1

【すべての施設の方にお伺いします】

6. 貴施設における今後の障害者歯科医療についてお伺いします。

①障害者を受け入れる上でどのような課題がありますか。 ※あてはまるものすべてに○

<p>1. 全身状態の管理が必要になる</p> <p>3. 診療に時間がかかる</p> <p>5. 職員の負担が大きい</p> <p>7. 予約の調整が難しい</p> <p>9. その他 ()</p>	<p>2. 診療への協力が得られにくい</p> <p>4. 特殊な設備が必要になる</p> <p>6. 職員の数が足りない</p> <p>8. 採算が合いにくい</p> <p>10. 特にない</p>
---	--

②今後、障害者歯科医療の実施についてどのように考えていますか。 ※あてはまるものすべてに○

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい | 2. 障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい |
| 3. 障害者歯科医療の実施を縮小またはやめたい | 4. わからない |

②-1 上記②で「3.」を選んだ理由を具体的にご記入ください。

--

7. 診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならない患者の治療についてお伺いします。

①貴施設では、2010年（平成22年）4月以降、診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならないが障害のある患者の治療を行っていますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 行っている | 2. 行っていない |
|----------|-----------|

②診療報酬の基本診療料（初診料）の「障害者加算」の対象とならないが障害のある患者の治療を行う上で、お困りになっている点があればご記入ください。

--

8. 障害者歯科医療の問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

--

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 23 年度調査）

歯科医療に関する意識調査

5. 最初に、この調査票のご記入者についておうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方でしょうか。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 患者ご本人 | 2. 家族など（具体的に：患者の（ ）） |
| 3. 医療・介護関係者（具体的に（ ）） | |

6. 患者さん（本日受診した方）について、おたずねします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	（ ） 歳
------	------------------	------	-------

7. 本日受診した歯科医療機関について、おたずねします。

- ① 本日受診した歯科医療機関を、いつ頃から利用していますか。※〇は1つ

- | |
|--------------------|
| 1. 今回が初めて |
| 2. 利用し始めてから1か月以内 |
| 3. 利用し始めてから3か月以内 |
| 4. 利用し始めてから6か月以内 |
| 5. 利用し始めてから1年以内 |
| 6. 利用し始めてから（ ）年くらい |
| 7. 覚えていない |
| 8. その他（具体的に（ ）） |

- ② 本日受診した歯科医療機関は次のうちどれですか。※〇は1つ

- | |
|---|
| 1. 診療所（「～診療所」「～クリニック」「～医院」などとなっています） |
| 2. 病院（「～病院」となっています。ただし、大学歯学部附属病院や歯科大学病院は除きます） |
| 3. 大学歯学部附属病院や歯科大学病院 |
| 4. その他（具体的に（ ）） |

- ③ 本日受診した歯科医療機関をどのように知りましたか。※〇は1つ

- | |
|-----------------------|
| 1. 他の歯科医療機関からの紹介 |
| 2. 歯科でない病院・診療所からの紹介 |
| 3. 地区の口腔保健センターなどからの紹介 |
| 4. 市役所・町村役場からの紹介 |
| 5. 家族や友人・知人などからの口コミ |
| 6. ホームページなど、自分自身で探した |
| 7. その他（具体的に（ ）） |

8. 本日受けた歯科診療について、おたずねします。

① 本日はどのような診療を受けましたか。※あてはまるものすべてに○

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 診察のみ（治療を受けるための練習も含みます） |
| 2. 入れ歯の製作や調整 |
| 3. 冠を被せる治療やブリッジの治療 |
| 4. むし歯の治療や歯の根の治療 |
| 5. 歯周病（歯槽のうろう）の治療 |
| 6. 歯を抜いた |
| 7. 口腔衛生指導（歯みがきの方法、口の中の病気などの対応方法の指導） |
| 8. 食べ方・飲み方の訓練（お口のリハビリ）・指導 |
| 9. その他（具体的に |

② 診療を受けてどのように感じましたか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とても満足している | 2. 満足している | 3. どちらでもない |
| 4. 不満である | 5. とても不満である | |

②-1 ②の理由を具体的にご記載ください。

--

9. 歯科診療全般について、おたずねします。

① 診療を受ける医療機関が、緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外式除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していることで安心感が高まりますか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる | 2. やや高まる | 3. あまり高まらない |
| 4. まったく高まらない | 5. よくわからない | |

② 診療を受ける医療機関が、緊急時に適切な対応ができるよう、他の病院などと連携していることで安心感が高まりますか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる | 2. やや高まる | 3. あまり高まらない |
| 4. まったく高まらない | 5. よくわからない | |

③ 障がい者のための歯科医療を積極的に行っている歯科医師がいる歯科診療所で診療や指導・支援を受けることによって、歯や口の健康の向上につながっていると思いますか。※○は1つ

- | | | |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とてもそう思う | 2. そう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまりそう思わない | 5. 全くそう思わない | |

- ④ 病院や障がい者のための歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関を紹介してもらうことについて、評価しますか。※○は1つ

- | | | |
|-------------|--------------|------------|
| 1. とても評価する | 2. 評価する | 3. どちらでもない |
| 4. あまり評価しない | 5. まったく評価しない | |

- ⑤ 今後、歯科医療を受けるにあたり、どのようなことを望みますか。

※あてはまるものすべてに○

- | |
|----------------------------------|
| 1. どの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境 |
| 2. 専門性の高い歯科保険医療機関で安心して診療が受けられる環境 |
| 3. 治療器具や設備等が充実した環境 |
| 4. 治療に要する人員が充実した環境 |
| 5. 患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境 |
| 6. その他（具体的に |

10. 歯科医療を受ける上で、お困りになっていることやご要望などがございましたら、お書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れて、お近くのポストに9月20日（火）までに投函してください。

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）

在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況調査

報告書

◇ ◆目 次◆ ◇

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	2
4. 調査項目	3
5. 回収の状況	7
6. 入院医療機関調査の概要.....	8
(1) 施設の概況	9
①開設者	9
②標榜診療科.....	10
③病院の種別.....	10
④職員数（常勤換算）	11
⑤病床数、1日平均入院患者数.....	12
⑥平均在院日数の変化	12
(2) 退院調整の実施状況.....	13
①地域連携を担当する部署の有無.....	13
②退院調整の体制.....	13
③施設基準の届出状況等.....	15
④外泊中の訪問看護等	28
⑤定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数	30
⑥連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数	32
⑦連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数	34
(3) 退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）	35
①退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）	35
②退院調整を効果的に行うために工夫していること（事例）	36
③在宅医療を実施していく上で受けた研修.....	39
(4) 退院後のフォロー状況.....	41
①訪問診療や訪問看護の実施状況等	41
②緊急入院の対応状況等の実績.....	42
(5) 他医療機関等との連携による効果等	45
(6) 東日本大震災の影響等	49
(7) 入院医療機関における患者の概要（患者調査）	51
①性別.....	51
②年齢.....	52
③主たる傷病.....	53
④同居家族の有無.....	54

⑤入院前の所在	55
⑥入院期間	56
⑦手術の有無	56
⑧退院調整に向けた関与の有無	57
⑨退院調整に向けた関与の時期	57
⑩退院調整時に連携した施設・事業所	58
⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	59
⑫退院調整のカンファレンスの参加者	60
⑬退院後の状況等	62
(8) 在宅医療を推進していく上での、入院医療機関としての課題等	64
①入院医療機関における課題	64
②受け皿における課題	66
③患者・家族に関する課題	67
7. 在宅医療調査の結果概要	69
(1) 施設の状況	69
①回答施設の種別	69
②開設者	70
③病床規模	70
④在宅医療を開始した時期	72
⑤在宅療養支援病院・診療所の届出時期	72
⑥在宅療養支援病院の届出をしていない理由	73
(2) 施設の診療体制	74
①訪問診療を行う時間の定め方	74
②職員数	75
③1 か月間の外来延べ患者数	76
(3) 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数	77
①年齢別患者数	77
②主たる疾患別患者数 (1 施設あたりの平均値)	79
③NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数	79
④診療報酬項目別算定患者数	79
(4) 緊急時の対応・往診体制	82
①在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法	82
②緊急時の連絡への主な対応者	83
③緊急時の往診体制	84
④緊急時の往診体制の構築方法	85
⑤緊急時の対応実績	86
⑥緊急時の入院先の病床確保について	92
(5) 他の医療機関との連携	95

①定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数	95
②カンファレンスに参加することのある連携機関	96
③他の在宅療養支援病院との連携の有無	97
④他の施設・事業所との連携状況	99
⑤在宅医療を推進する上で必要と思われるサービス等	107
(6) 特別訪問看護指示書	109
(7) ターミナルケア	111
(8) 在宅医療に関する考え	112
①現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか	112
②在宅医療の推進に関する負担感	113
(9) 東日本大震災の影響	122
(10) 在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等	124
①在宅医療提供機関における課題	124
②他機関との連携に関する課題	126
③患者・家族との関係に関する課題	128
④その他	129
8. 訪問看護調査の概要	130
(1) 回答事業所・訪問看護部門の属性	130
①種別	130
②開設者	131
③併設施設種別	132
④訪問看護を開始した時期	134
⑤職員数（常勤換算）	135
(2) 利用者数	136
①平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数	136
②精神疾患のある利用者数	144
(3) 精神疾患のある利用者に対する訪問看護	148
①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数	148
②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点（自由記述形式）	149
(4) 長時間の訪問看護について	150
①長時間の訪問看護の利用者数	150
②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態	153
③長時間訪問看護の利用者のうち週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無	153
(5) 乳幼児への訪問看護の体制について	154
①NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数	154
②入院期間別乳幼児利用者数	155

③乳児への訪問看護の増減について	156
④幼児への訪問看護の増減について	157
⑤乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先.....	158
⑥乳幼児の在宅移行につながる連携体制	159
⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること	160
(6) 複数名による訪問看護	161
①複数名の職員が同時に訪問した利用者の有無	161
②看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無.....	163
③複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数	165
④複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数	168
⑤看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務	170
⑥複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース	170
(7) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算の状況.....	171
①ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者	171
②ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由 .	174
③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題	175
④ターミナルケア後 24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数.....	175
⑤在宅以外の場所で死亡した理由	176
(8) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護	177
(9) 訪問管理療養費とその加算等について	179
①事業所の設備や備品等.....	179
②訪問看護管理療養費の増額分についての使途	180
(10) サービス提供時間について	181
①「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無	181
②「24 時間対応体制加算」を届出していない理由.....	181
③利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無.....	182
④時間外料金を徴収しないケース	185
⑤早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数.....	186
(11) 退院直後の利用者への訪問看護の実施について	187
①退院直後の利用者への訪問看護の実績	187
②退院支援指導加算を算定できなかったケース	188
(12) 重症者管理加算について.....	189
①真皮を越える褥瘡があった利用者数.....	189
②特別の管理を必要とする利用者であっても、月に 4 日以上の訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者	190
(13) 複数事業所による訪問看護療養費の算定	191

①複数事業所による訪問看護を受けた利用者数	191
②複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース	192
(14) 他の医療機関との連携について	194
①退院時共同指導を実施した利用者数	194
②他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間	195
③退院時共同指導に関する課題	196
④在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無	197
(15) 東日本大震災の影響	198
(16) 訪問看護を推進する意義や課題等	199
①訪問看護を推進する意義	199
②訪問看護提供機関における課題	200
③他機関との連携に関する課題	203
④指示書等に関する課題	205
⑤その他	205
9. 患者調査の概要	207
(1) 患者の属性・病状等（患者調査施設記入分）	207
①性別	207
②年齢	208
③現在の住まい	210
④医療区分	212
⑤退院転帰	214
⑥在宅移行前の入院・入所場所	216
⑦NICUの入院の有無	218
⑧障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	219
⑨認知症高齢者の日常生活自立度	221
⑩要介護認定の状況	223
⑪障害者手帳などの種類	225
⑫受けている医療	230
⑬現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）	232
⑭在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期	235
⑮在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近）	237
⑯往診を開始した時期	239
⑰訪問看護を開始した時期	241
⑱褥瘡の状態（NPUAP分類）	243
(2) 医師の訪問診療について	245
①医師の訪問頻度	245
②夜間や休日に具合が悪くなった時の対応	247

③医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度.....	249
④医師の訪問診療についての要望.....	251
(3) 訪問看護について.....	252
①1 か月以内における訪問看護師の訪問の有無.....	252
②1 か月以内における訪問看護師の訪問頻度.....	254
③訪問看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度.....	256
④訪問看護師が自宅に訪問する際の人数.....	258
⑤訪問看護師の事業所への緊急連絡.....	260
⑥訪問看護サービスについての要望.....	261
(4) その他のサービスについて.....	262
①歯や口の中で気になることなどの有無.....	262
②歯科訪問診療の受診状況.....	264
③歯科の訪問診療についての要望.....	270
④普段飲んでいる薬の受け取り方法.....	271
⑤薬剤師による訪問についての要望.....	273
(5) 病院からの退院時の説明について.....	274
①退院にむけての説明を受けた時期.....	274
②退院にむけての説明を聞きたかった時期.....	276
③退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか.....	279
④退院後の生活について家族に十分説明してくれたか.....	281
⑤自宅で行う治療について十分に説明してくれたか.....	283
⑥自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったか.....	285
(6) 在宅医療に対する満足度.....	287
①自宅で（家族と）生活できることについて.....	287
②自宅にいながら専門家に相談できることについて.....	289
③体調等で心配なことがあった場合の連絡先.....	291
(7) 自宅で生活することについての意見・要望等.....	293
①自宅で生活することの満足度.....	293
②在宅医療に対する不安.....	293
③自宅で生活を希望する理由.....	294
④要望.....	294
10. まとめ.....	299
(1) 入院医療機関調査.....	299
①施設調査.....	299
②入院医療機関における患者の概要（患者調査）.....	303
(2) 在宅医療調査.....	304
(3) 訪問看護調査.....	309
(4) 患者調査.....	316

1. 目的

平成 22 年度の診療報酬改定に向けての中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）における議論の中で、在宅医療については、「実際に在宅医療を行っているところに評価をすることが重要ではないか」「在宅療養支援病院の要件が厳しすぎるのではないか」「NICU 等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の仕組みが必要ではないか」、また訪問看護については、「訪問看護ステーションの回数制限を撤廃し、複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行えるようにすべきではないか」等の意見が出された。

こうした議論を受けて、平成 22 年度診療報酬改定では、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組について評価が行われた。また、往診料の引上げや小児に対する在宅医療の評価の新設、在宅ターミナルケア加算の要件見直し、在宅療養支援病院の拡大、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和、訪問看護ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の要件見直しなど、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価も行われた。

本調査では、上記の診療報酬改定の内容や中医協における議論等を踏まえ、①各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況等、②在宅医療・訪問看護の実施状況等、及び③患者の意識等を把握し、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証を行うことを目的とする。

2. 調査対象

本調査では、「入院医療機関調査」「在宅医療調査」「訪問看護調査」「患者調査」の 4 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- ・入院医療機関調査：以下の施設基準の届出を行っている病院の中から、無作為抽出した病院（①②を合わせて）1,500 施設を対象とした。
 - ①在宅療養支援病院（悉皆）
 - ②総合評価加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画退院時指導料のいずれかの施設基準について届出を行っている施設（無作為抽出）
- ・在宅医療調査：在宅療養支援診療所から無作為に抽出した 1,500 施設、及び在宅療養支援病院（悉皆、上記「入院医療機関票」に同封して送付）、その他の在宅医療実施機関（上記「入院医療機関票」に同封して送付）。
- ・訪問看護調査：全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した 1,000 事業所、及び病院の訪問看護部門（上記「入院医療機関票」に同封して送付）。
- ・患者調査：上記「在宅医療調査」と「訪問看護調査」の対象施設・事業所において調査期間中に在宅医療を提供した患者。ただし、1 施設・事業所につき、医療区分 1～3 毎にそれぞれ 1 名、計 3 名の患者を対象とした。

※調査客体数は上記のとおりである。調査客体は全国の保険医療機関等のうち、東日本大震災の影響が甚大な地域を除外した上で無作為抽出した。また、東日本大震災による被災地とし

て配慮すべき地域については、調査発送前に電話により調査可否についての確認を実施した。このため、実際の配布数は7頁の図表1に記載したとおりである。

3. 調査方法

本調査では、対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。調査実施時期は、平成23年8月19日～平成23年9月26日とした。

- ・入院医療機関調査については、入院医療機関における患者の退院調整の実施状況、退院後のフォロー状況等を尋ねる「入院医療機関票」を配布した。
- ・在宅医療調査については、在宅医療の実施状況、在宅医療を実施する上での連携状況、緊急時の対応状況等を尋ねる「在宅医療票」を配布した。
- ・訪問看護調査については、訪問看護ステーション及び訪問看護を提供する医療機関における訪問看護の実施状況、患者の状況等を尋ねる「訪問看護票」を配布した。
- ・患者調査については、①退院支援状況、在宅医療・訪問看護の利用状況、意識等を患者・家族に対して尋ねる「患者調査（患者記入分）」と、②当該患者の病状や医療の内容を在宅医療・訪問看護を提供している施設・事業所等に対して尋ねる「患者調査（施設・事業所記入分）」といった2種類の調査票を配布した。
- ・「患者調査（患者記入分）」と「患者調査（施設・事業所記入分）」には、共通のIDを付与し、「患者調査（患者記入分）」を配布した患者に対して、同一IDの「患者調査（施設・事業所記入分）」に施設・事業所が回答するように依頼した。
- ・「患者票（患者記入分）」の回収は、各患者から、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。

4. 調査項目

区分	主な調査項目
(1) 入院医療機関調査	<ul style="list-style-type: none"> ○施設概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、標榜診療科、施設種別等（DPC 対象病院、DPC 準備病院、地域医療支援病院、特定機能病院、がん診療連携拠点病院） ・ 職員数（医師、看護師、薬剤師、事務職員 等） ・ 病床数、入院患者数、平均在院日数等 ○退院調整の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携担当部署の有無、退院調整に関わる職種別職員数 ・ 総合評価加算、介護支援連携指導料、慢性期病棟等退院調整加算等の届出状況、算定回数等 ・ 外泊中の訪問看護の状況 ・ 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等との連携状況 ・ 退院後状況別の退院患者数等 ○退院後のフォロー状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自施設、関連施設・事業所での訪問診療、訪問看護の実施状況 ・ 救急・在宅等支援療養病床初期加算、在宅患者緊急入院診療加算の算定回数 ・ 在宅療養支援診療所等から連絡を受け、入院した患者数等 ・ 他医療機関等との会合や患者情報の共有などによる効果等 ○退院患者の基本属性、入院中の状況、退院調整の状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関に転院した患者 ・ 特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホームに入居した患者 ・ 自院に外来通院となった患者 ・ 自院の在宅医療を受けている患者 ・ 他院の在宅医療を受けている患者 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響
(2) 在宅医療調査	<ul style="list-style-type: none"> ○施設概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、施設種別、病床数 ・ 在宅医療を開始した時期 ・ 在宅療養支援病院・診療所の届出の有無、届出の時期、届出がない場合の理由等 ○診療体制 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療を行う時間 ・ 職員数・在宅医療の職員数（医師、看護師、薬剤師、事務職員 等） ・ 1 か月間の外来患者数等

	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者数（年齢別、主たる疾病別） ・ 往診料や在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料などの算定患者数・回数等 ○緊急時の対応状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時に連絡をとれる番号の通知方法、主な対応者 ・ 緊急時の往診の状況、体制構築の内容 ・ 緊急時の対応実績 ・ 緊急入院時に病床が確保できなかった場合の有無とその対応 ・ 緊急時の対応のために工夫していること等 ○在宅医療を実施する上での各医療機関等との連携状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な会合や患者の情報共有などの連携を行っている機関と共同で実施した会議（カンファレンス）開催回数と参加連携機関 ・ 他の在宅療養支援病院との連携の有無 ・ 他の医療機関等との連携内容 ・ 在宅医療を推進する上で有効と考えられる連携機関・情報共有内容 ・ 連携している施設数・事業所数、連携状況に関する評価、連携が不十分と評価した場合の理由 ・ 在宅医療を推進する上で特に必要と思われるサービス ○特別訪問看護指示書について <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別訪問看護指示書を交付した人数（状態別） ○ターミナルケアについて <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を提供していた患者のうちの死亡患者数・在宅での死亡患者数 ○在宅医療に関する考え方 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現体制での在宅医療の提供件数の増加の可否とその患者数 ・ 在宅医療の推進にかかる負担感 ・ 在宅医療の推進にかかる負担感を減らすための工夫等 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響
(3) 訪問看護調査	<ul style="list-style-type: none"> ○事業所概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、施設種別 ・ 他の医療機関等の併設状況等 ○訪問看護の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護を開始した時期 ・ 職員数（看護師、事務職員 等）等 ○訪問看護の利用者数（年齢別） <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者数、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数、特別訪問

	<p>看護指示書が出た利用者数、同月に医療・介護保険両方の訪問看護を受けた利用者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患のある利用者数 <p>○精神疾患のある利用者に関する訪問看護の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数 ・ 精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点等 <p>○訪問看護基本療養費及び在宅患者訪問看護・指導料の加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長時間の訪問看護を実施した利用者の人数（年齢別） ・ 長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数等 ・ 長時間訪問看護が必要となる利用者の状態 ・ 長時間の訪問看護を利用する利用者のうち、週 1 回の訪問では、サービスが不足すると考えられるケースの有無とその状態像 ・ NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数 ・ 乳幼児利用者数（年齢別・入院していた期間別） ・ 診療報酬改定後の乳幼児の利用の増加の有無、増加の場合の理由 ・ 乳幼児への訪問看護にあたって、重要な連携先と連携体制、乳幼児への訪問看護にあたり特別に用意している準備や工夫 ・ 複数名での訪問の有無とその理由別利用者数 ・ 複数名でのサービス提供が必要なケースと、看護職・医療職以外でも問題がないと考えられるケース ・ ターミナルケアの件数・期間（がん・がん以外別） ・ ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由 ・ ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数とその理由 <p>○同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）の対象利用者数等 <p>○訪問看護管理療養費とその加算等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の設備や備品等 ・ 訪問看護管理療養費の増額分の使途 ・ 24 時間対応体制加算および 24 時間連絡体制加算の届出の有無、24 時間対応体制加算を届出していない場合の理由
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外の料金徴収の有無、徴収がある場合の料金と利用者実績 ・ 利用者の希望により時間外にサービス提供したが、利用料を徴収していないケースの有無、徴収しなかった理由 ・ 早朝、夜間、深夜の訪問看護を実施した利用者数（状態別） ・ 退院直後の利用者への訪問看護を実施した利用者数、退院支援指導加算算定者数、退院支援指導加算を算定できなかった利用者数（理由別） ・ 真皮を超える褥瘡があった利用者の人数、重症者管理加算を算定できない利用者の有無と人数、その主な理由 ・ 複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数、その理由、複数事業所でのサービス提供が有効と考えられるケース等 <p>○他の医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導を実施した利用者数 ・ 他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間 ・ 退院時共同指導に関する課題 ・ 在宅療養支援診療所・病院に夜間の対応を断られた経験の有無等 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響 ・ 訪問看護を推進する意義や課題等
(4) 患者調査	<p>○患者記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 記入者 ・ 性別、年齢、同居家族の有無 ・ 医師の訪問頻度、緊急時の対応、満足度、要望 ・ 訪問看護師の訪問頻度、緊急時の対応、満足度、訪問者数、緊急の連絡をした経験の有無とその時の対応、要望 ・ 歯科の訪問診療の有無、希望等 ・ 薬の受取り方と頻度、薬剤師による訪問の要望 ・ 退院時の調整時期、退院調整の評価 ・ 在宅医療の満足度等 <p>○施設記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、住居形態 ・ 医療区分、退院転帰、在宅移行前の入院・入所場所、NICUへの入院有無、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護認定の状況、障害者手帳の種類 ・ 受けている医療、病名、病気の発症時期、入院日、往診開始時期、訪問看護開始時期、褥瘡の状態等

5. 回収の状況

図表 1 回収の状況

調査区分	有効回収数	配布数
①入院医療機関調査		
施設数	374	1,453 件
②在宅医療調査		
施設数	400	1,474 件 (別途①にも同封して送付)
③訪問看護調査		
施設・事業所数	400	962 件 (別途①にも同封して送付)
④患者調査		
患者調査(施設・事業所記入分)	1,000	11,667 件 (①、②、③に各 3 通ずつ同封して送付)
患者調査(患者記入分)	1,000	
うち、両調査が回収でき、回答が一致したもの	569	

(注)「配布数」は実際に配布した調査票数である。東日本大震災の被災地域に所在する施設・事業所に対して電話により調査協力可能の可否を事前に確認し、「調査不可能」と回答のあった調査対象施設を除いている。

6. 入院医療機関調査の概要

【調査対象等】

調査対象：以下の施設基準の届出を行っている病院の中から、無作為抽出した病院（①②を合わせて）1,500 施設を対象とした。

①在宅療養支援病院（悉皆）

②総合評価加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画退院時指導料、のいずれかの施設基準について届出を行っている施設（無作為抽出）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、「調査不可能」と回答のあった 47 施設を除く 1,453 施設を調査対象とした。

回答数：374 施設

回答者：開設者・管理者など

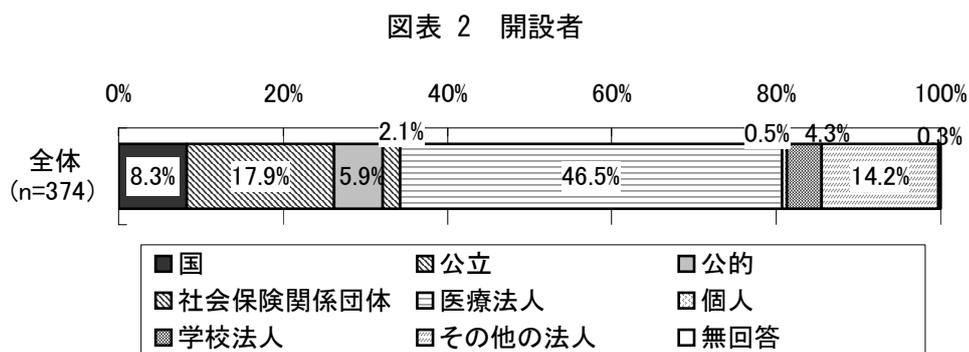
回答者：開設者・管理者宛に送付し、施設の中でご担当者に配布・記入いただいた。
各設問毎の回答者の職種は以下のとおり。

	施設 の状況 につ いて	退 院 調 整 の 実 施 状 況 につ いて	退 院 後 の フ ォ ロ ー 状 況 につ いて	東 日 本 大 震 災 の 影 響 につ いて	課 題 につ いて	患 者 調 査
医師	9	20	23	14	19	14
歯科医師	0	0	0	0	0	0
看護師	22	142	121	78	87	111
准看護師	1	4	9	1	4	4
薬剤師	2	2	2	0	0	0
理学療法士	1	2	4	1	0	0
作業療法士	0	2	3	1	0	0
言語聴覚士	0	0	2	1	0	0
歯科衛生士	0	0	1	0	0	0
看護補助者	1	0	1	0	0	0
その他の医療職種	0	8	7	6	6	8
社会福祉士	22	197	169	110	114	190
事務職員	327	209	166	157	73	78
その他	7	22	18	12	12	16
無回答	23	23	40	52	136	68
全体	374	374	374	374	374	374

(1) 施設の概況

①開設者

「入院医療機関調査」において有効回答が得られた病院374施設の開設者についてみると、「医療法人」(46.5%)が最も多く、次いで「公立」(17.9%)、「その他の法人」(14.2%)、「国」(8.3%)であった。



(注) 開設者の凡例の内訳は以下の通りである。

国：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国、独立行政法人）

公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的：日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

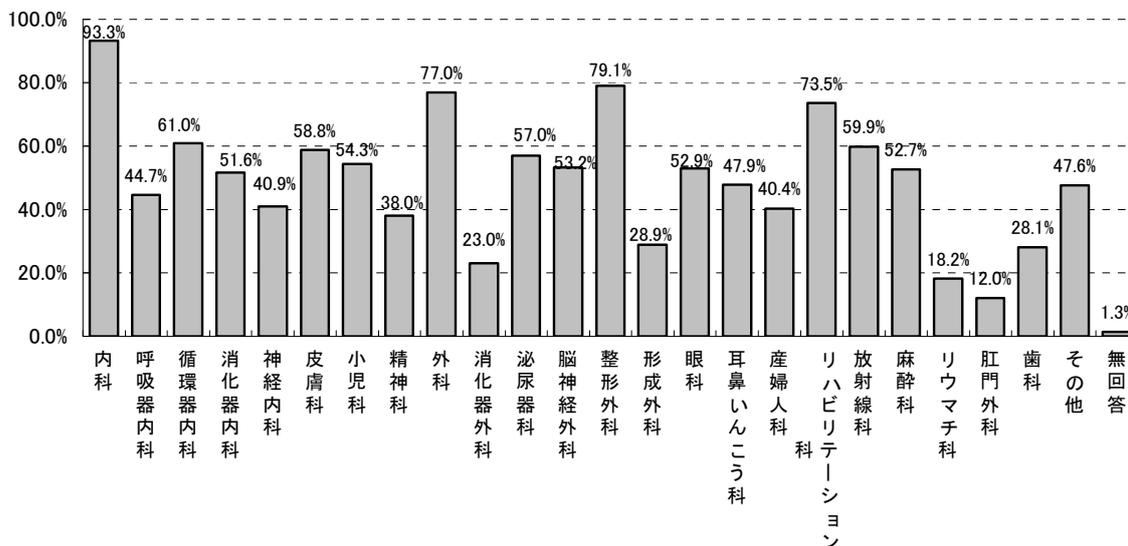
社会保険関係団体：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人：公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②標榜診療科

標榜診療科についてみると、「内科」(93.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(79.1%)、「外科」(77.0%)、「リハビリテーション科」(73.5%)であった。

図表 3 標榜診療科 (複数回答、n=374)

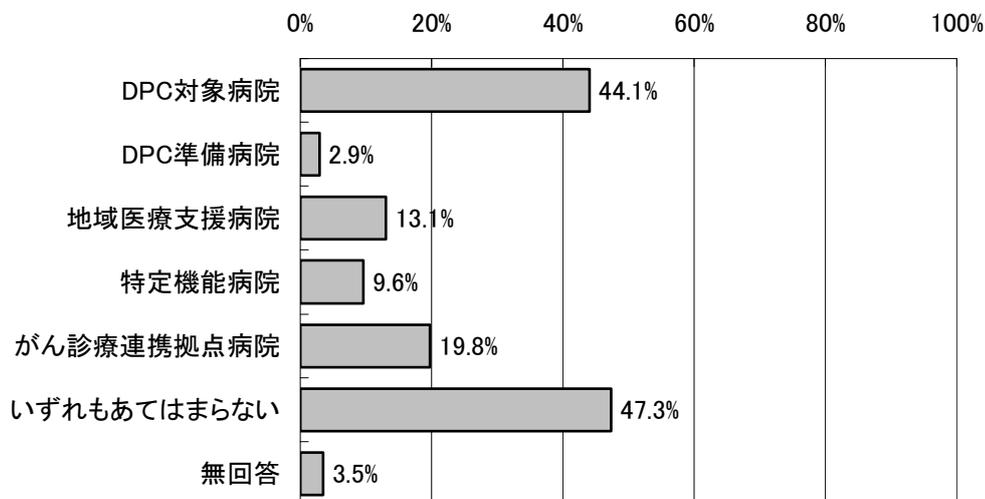


(注)「その他」の内容として、「血液内科」「呼吸器外科」「心臓血管外科」等が挙げられた。

③病院の種別

病院の種別についてみると、「DPC対象病院」が44.1%、「DPC準備病院」が2.9%、「地域医療支援病院」が13.1%、「特定機能病院」が9.6%、「がん診療連携拠点病院」が19.8%であった。

図表 4 施設種別 (n=374、複数回答)



④職員数（常勤換算）

1施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、総職員数は平均523.8（標準偏差580.2、中央値252.3）人であった。「社会福祉士」については、1施設あたり平均2.7人、中央値で2人であった。

図表 5 1施設あたりの職員数（常勤換算、n=367）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	86.8	142.4	17.6
歯科医師	6.1	27.8	0.0
看護師	237.5	281.4	92.7
准看護師	14.6	12.6	11.9
薬剤師	13.0	16.0	5.0
理学療法士	10.4	10.6	7.0
作業療法士	5.2	7.4	3.0
言語聴覚士	2.4	3.1	2.0
看護補助者	30.0	24.0	24.4
その他の医療職種	47.3	62.4	19.2
社会福祉士	2.7	2.5	2.0
事務職員	47.8	59.5	25.5
その他の職員	19.8	26.7	10.9
合計	523.8	580.2	252.3

（注）・常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした（以下、同様である）。

1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

・有効回答の得られた367施設を集計対象とした。

⑤病床数、1日平均入院患者数

1施設あたりの病床数は平均309.5（標準偏差269.2、中央値199）床であった。また、1日平均入院患者数は平均251.8（標準偏差228.9、中央値161.6）人であった。

図表 6 病床数及び1日平均入院患者数（n=357）

	病床数(床)			1日平均入院患者数(人)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	254.5	277.5	132	204.2	236.0	99.1
療養病棟	27.4	50.4	0	25.2	48.6	0
回復期リハビリテーション病棟	10.5	28.7	0	9.3	25.7	0
精神病棟	10.5	34.6	0	8.3	29.0	0
その他の病棟	6.6	21.9	0	4.9	18.4	0
病院全体	309.5	269.2	199	251.8	228.9	161.6

(注) 病床数及び1日平均入院患者数について記入のあった357施設を集計対象とした。

⑥平均在院日数の変化

平成21年、22年、23年の各6月における平均在院日数の変化について中央値をみると、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、その他の病棟、及び病院全体においては、やや短かくなったが、療養病棟、精神病棟では平成23年は平成21年と比較して長かった。

図表 7 平均在院日数の変化（n=203）

(単位：日)

	平均値			中央値		
	H21.6	H22.6	H23.6	H21.6	H22.6	H23.6
一般病棟	23.0	25.6	23.6	15.8	15.6	15.0
療養病棟	236.4	222.7	331.1	146.9	139.6	153.2
回復期リハビリテーション病棟	83.4	82.5	81.1	81.2	78.3	77.6
精神病棟	81.1	98.8	102.1	58.0	59.8	63.5
その他の病棟	90.1	106.2	95.9	45.1	34.5	33.0
病院全体	44.0	44.0	43.0	17.6	17.1	16.8

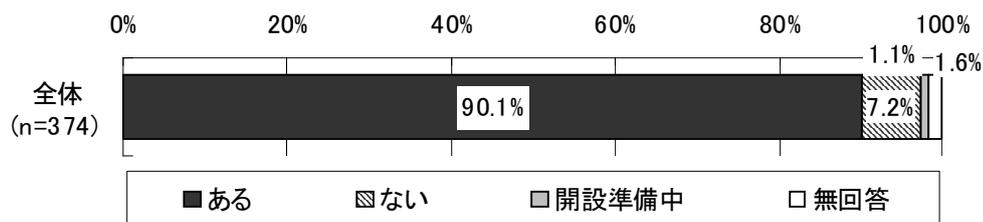
(注) 各病棟の平均在院日数は当該病棟がある施設での有効回答を集計した結果である。n数は病院全体の平均在院日数を回答した施設数。

(2) 退院調整の実施状況

①地域連携を担当する部署の有無

地域連携を担当する部署の有無については、「ある」が 90.1%、「開設準備中」が 1.1%、「ない」が 7.2%であった。

図表 8 地域連携を担当する部署の有無



図表 9 地域連携を担当する部署の有無別平均在院日数（平成 23 年 6 月）

(単位：日)

ある(n=186)			ない(n=12)			開設準備中(n=2)		
平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
41.8	86.8	16.3	52.2	66.5	30.1	23.8	13.8	23.8

②退院調整の体制

退院調整の体制についてみると、1施設あたりの専従者数は平均 2.43 人（標準偏差 3.04、中央値 1）人であった。また、専任者数は平均 2.36（標準偏差 2.65、中央値 1）人であった。職種としては、専従・専任いずれも「社会福祉士」が多かった。

図表 10 退院調整の体制（1施設あたりの人数、n=365）

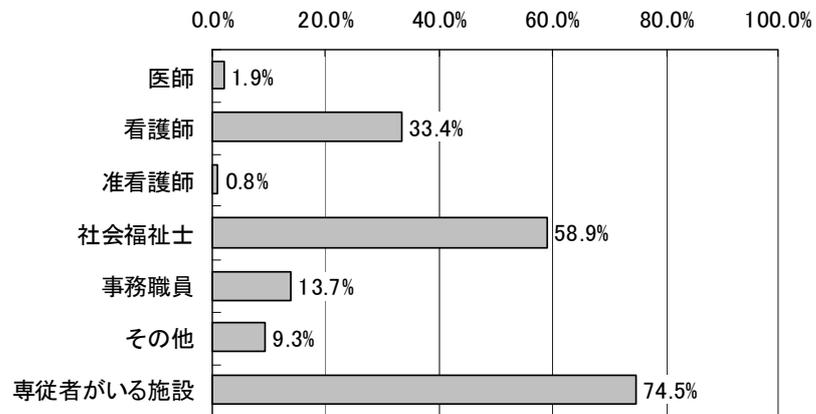
	専従(人)			専任(人)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	0.09	1.23	0.00	0.29	0.83	0.00
看護師	0.52	0.88	0.00	0.79	1.18	0.00
准看護師	0.01	0.13	0.00	0.02	0.15	0.00
社会福祉士	1.40	1.87	1.00	0.81	1.42	0.00
事務職員	0.28	0.91	0.00	0.30	0.80	0.00
その他	0.12	0.43	0.00	0.15	0.49	0.00
合計	2.43	3.04	1.00	2.36	2.65	1.00

(注)・専従・専任の人数について記入のあった 365 施設を集計対象とした。

・「その他」の具体的な内容として、「介護支援専門員」「精神保健福祉士」等が挙げられた。

退院調整部署に「専従」の担当者がいる施設の割合は74.5%であった。専従担当者として「社会福祉士」がいる施設が58.9%、「看護師」がいる施設が33.4%であった。

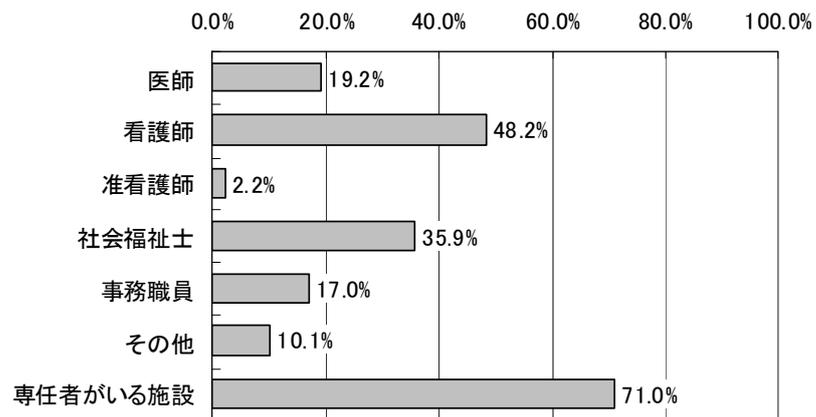
図表 11 退院調整部署に専従担当者がいる施設の割合 (n=365)



(注)「医師 1.9%」とは、医師の専従者がいる施設 (7 施設) が全施設 (365 施設) の 1.9% であるということを示す。

退院調整部署に「専任」の担当者がいる施設の割合は71.0%であった。専任担当者として「看護師」がいる施設が48.2%、「社会福祉士」がいる施設が35.9%、「医師」がいる施設が19.2%であった。

図表 12 退院調整部署に専任担当者がいる施設の割合 (n=365)

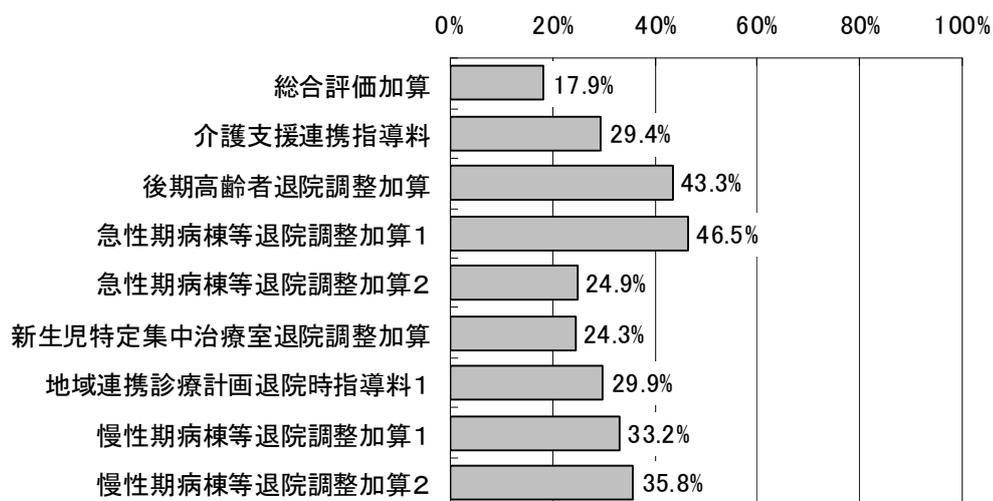


(注)「医師 19.2%」とは、医師の専任者がいる施設 (70 施設) が全施設 (365 施設) の 19.2% であるということを示す。

③施設基準の届出状況等

施設基準の届出について多い順に挙げると、「急性期病棟等退院調整加算 1」が 46.5%、「後期高齢者退院調整加算」が 43.3%、「慢性期病棟等退院調整加算 2」が 35.8%、「慢性期病棟等退院調整加算 1」が 33.2%、「地域連携診療計画退院時指導料 1」が 29.9%、「介護支援連携指導料」が 29.4%、「急性期病棟等退院調整加算 2」が 24.9%、「新生児特定集中治療室退院調整加算」が 24.3%、「総合評価加算」が 17.9%であった。

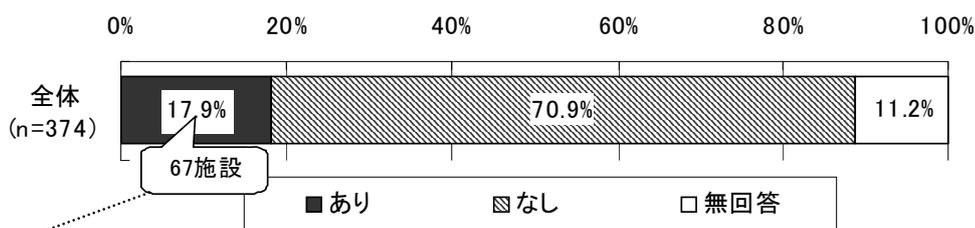
図表 13 施設基準の届出状況等 (n=374)



1) 総合評価加算

「総合評価加算」の施設基準の届出が「あり」という施設が 17.9%であった。施設基準の届出時期は「平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月」が 71.6%で最も多いが、平成 22 年 4 月以前は「後期高齢者総合評価加算」である。なお、「総合評価加算」となった平成 22 年 4 月以降の届出は 20.9%であった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「総合評価加算」の算定回数は平均 68.0（標準偏差 124.5、中央値 4）回であった。

図表 14 「総合評価加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

図表 15 「総合評価加算」施設基準の届出時期

届出時期	施設数	構成割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	48	71.6%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	3	4.5%
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	9	13.4%
平成 23 年 4 月～	5	7.5%
無回答	2	3.0%
全体	67	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

図表 16 「総合評価加算」の算定回数（各年 1 か月間）

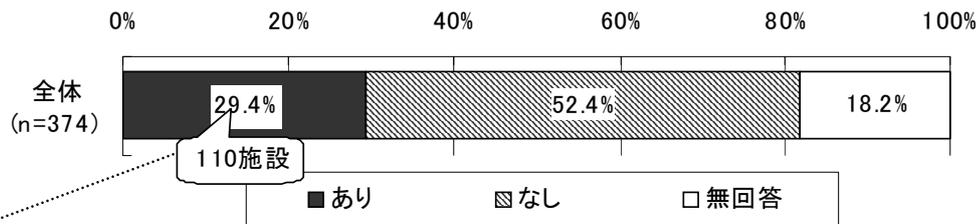
	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	30.2	68.0	125.3%
標準偏差	53.1	124.5	
中央値	0	4	-

(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

2) 介護支援連携指導料

「介護支援連携指導料」の施設基準の届出が「あり」という施設は 29.4%であった。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 40.0%で最も多かった（ただし、無回答が 55.5%であったことに留意が必要）。平成 23 年 6 月 1 か月間の「介護支援連携指導料」の算定回数は「～10 回未満」が 52.7%で最も多かった。算定実績のある施設は 77.3%であった。

図表 17 「介護支援連携指導料」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 18 「介護支援連携指導料」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	44	40.0%
平成 22 年 7 月	1	0.9%
平成 23 年 3 月	1	0.9%
平成 23 年 4 月	2	1.8%
平成 23 年 6 月	1	0.9%
無回答	61	55.5%
全体	110	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 19 「介護支援連携指導料」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

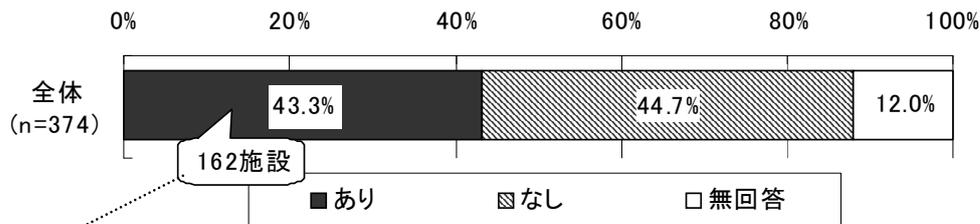
	施設数	構成割合
0 回	18	16.4%
～10 回未満	58	52.7%
～20 回未満	16	14.5%
～30 回未満	6	5.5%
30 回以上	5	4.5%
無回答	7	6.4%
全体	110	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

3) 後期高齢者退院調整加算

「後期高齢者退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は 43.3%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった）。届出時期は「平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月」が 83.3%であった。平成 21 年 6 月 1 か月間の「後期高齢者退院調整加算」の算定回数は「～10 回未満」が 27.8%、「～20 回未満」が 14.8%であった。また、「0 回」が 44.4%であった。

図表 20 「後期高齢者退院調整加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

図表 21 「後期高齢者退院調整加算」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	135	83.3%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	8	4.9%
無回答	19	11.7%
全体	162	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

図表 22 「後期高齢者退院調整加算」の算定回数分布
(平成 21 年 6 月 1 か月間)

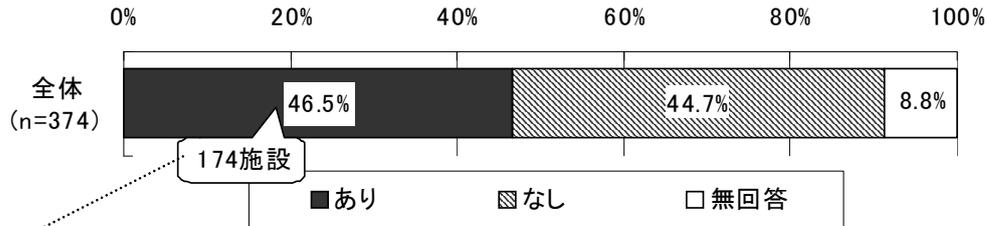
	施設数	構成割合
0 回	72	44.4%
～10 回未満	45	27.8%
～20 回未満	24	14.8%
～30 回未満	9	5.6%
30 回以上	5	3.1%
無回答	7	4.3%
全体	162	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

4) 急性期病棟等退院調整加算 1

「急性期病棟等退院調整加算 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 46.5%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 79.9%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「急性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数は「30 回以上」が 28.7%で最も多く、次いで「～10 回未満」が 23.6%であった。また、「0 回」が 17.2%であった。

図表 23 「急性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 24 「急性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	139	79.9%
平成 22 年 5 月	6	3.4%
平成 22 年 6 月	4	2.3%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	4	2.3%
平成 23 年 4 月～	13	7.5%
無回答	8	4.6%
全体	174	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 25 「急性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数分布

(平成 23 年 6 月 1 か月間)

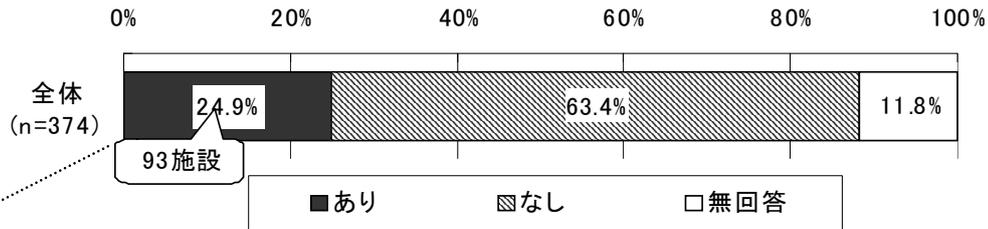
	施設数	構成割合
0 回	30	17.2%
～10 回未満	41	23.6%
～20 回未満	29	16.7%
～30 回未満	17	9.8%
30 回以上	50	28.7%
無回答	7	4.0%
全体	174	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

5) 急性期病棟等退院調整加算 2

「急性期病棟等退院調整加算 2」の施設基準の届出が「あり」という施設は 24.9%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 75.3%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「急性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数は「～10 回未満」が 23.7%で最も多く、次いで「～20 回未満」が 16.1%であった。また、「0 回」が 43.0%であった。

図表 26 「急性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 27 「急性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出時期

届出時期	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	70	75.3%
平成 22 年 5 月	1	1.1%
平成 22 年 6 月	3	3.2%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	11	11.8%
平成 23 年 4 月～	4	4.3%
無回答	4	4.3%
全体	93	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 28 「急性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数分布
(平成 23 年 6 月 1 か月間)

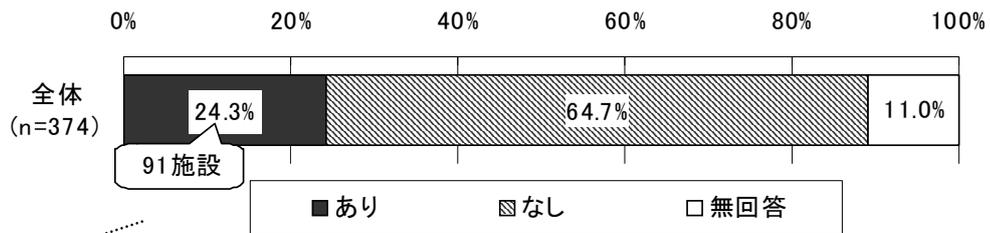
算定回数	施設数	構成割合
0 回	40	43.0%
～10 回未満	22	23.7%
～20 回未満	15	16.1%
～30 回未満	3	3.2%
30 回以上	13	14.0%
無回答	0	0.0%
全体	93	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

6) 新生児特定集中治療室退院調整加算

「新生児特定集中治療室退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は 24.3%であった(本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された)。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 87.9%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「新生児特定集中治療室退院調整加算」の算定回数は「0 回」が 64.8%で最も多く、「～10 回未満」が 22.0%、「～20 回未満」が 6.6%であった。

図表 29 「新生児特定集中治療室退院調整加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 30 「新生児特定集中治療室退院調整加算」施設基準の届出時期

届出時期	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	80	87.9%
平成 22 年 5 月	0	0.0%
平成 22 年 6 月	1	1.1%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	4	4.4%
平成 23 年 4 月～	3	3.3%
無回答	3	3.3%
全体	91	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 31 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の算定回数分布

(平成 23 年 6 月 1 か月間)

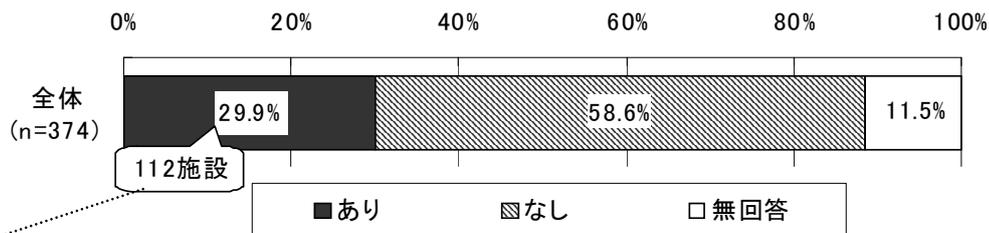
算定回数	施設数	構成割合
0 回	59	64.8%
～10 回未満	20	22.0%
～20 回未満	6	6.6%
～30 回未満	2	2.2%
30 回以上	1	1.1%
無回答	3	3.3%
全体	91	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

7) 地域連携診療計画退院時指導料 1

「地域連携診療計画退院時指導料 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 29.9%であった。届出時期は「平成 20 年度」が 29.5%で最も多く、次いで「平成 22 年度」が 22.3%、「平成 18 年度」が 15.2%と続いた。1 か月間の「地域連携診療計画退院時指導料 1」の算定回数の平均は、平成 21 年 6 月に 1.5 回であったが、平成 23 年 6 月には 2.4 回と増えた。

図表 32 「地域連携診療計画退院時指導料 1」施設基準の届出状況



図表 33 「地域連携診療計画退院時指導料 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 18 年度	17	15.2%
平成 19 年度	9	8.0%
平成 20 年度	33	29.5%
平成 21 年度	15	13.4%
平成 22 年度	25	22.3%
平成 23 年度	9	8.0%
無回答	4	3.6%
全体	112	100.0%

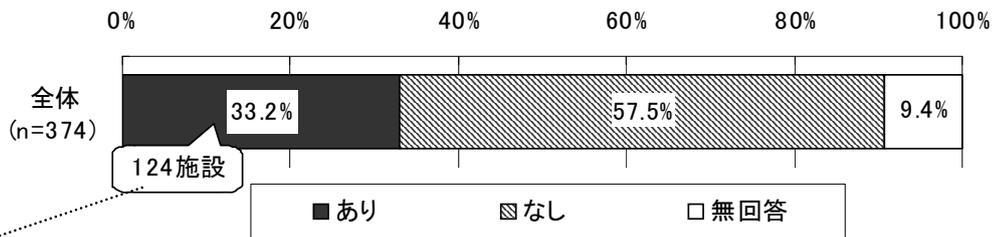
図表 34 「地域連携診療計画退院時指導料 1」の算定回数 (n=108)

	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	1.5	2.4	63.4%
標準偏差	2.6	4.8	
中央値	0.0	0.0	-

8) 慢性期病棟等退院調整加算 1

「慢性期病棟等退院調整加算 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 33.2%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 69.4%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「慢性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数は「0 回」が 53.2%であり、「～5 回未満」が 24.2%、「～10 回未満」が 8.1%であった。また、「退院支援計画作成加算」の算定実績がある施設は 31.6%、「退院加算」の算定実績がある施設は 24.6%であった。

図表 35 「慢性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 36 「慢性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	86	69.4%
平成 22 年 5 月	7	5.6%
平成 22 年 6 月	3	2.4%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	10	8.1%
平成 23 年 4 月～	12	9.7%
無回答	6	4.8%
全体	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 37 「慢性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	施設数	構成割合
0 回	66	53.2%
～5 回未満	30	24.2%
～10 回未満	10	8.1%
～20 回未満	1	0.8%
20 回以上	0	0.0%
無回答	17	13.7%
全体	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 38 「慢性期病棟等退院調整加算 1」のうち退院支援計画作成加算及び退院加算の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

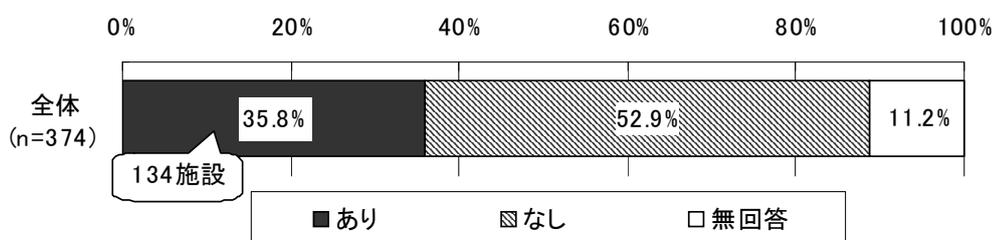
	退院支援計画作成加算		退院加算	
	施設数	構成割合	施設数	構成割合
0 回	41	36.0%	46	40.4%
～5 回未満	27	23.7%	22	19.3%
～10 回未満	3	2.6%	1	0.9%
～20 回未満	1	0.9%	3	2.6%
20 回以上	5	4.4%	2	1.8%
無回答	37	32.5%	40	35.1%
全体	114	100.0%	114	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

9) 慢性期病棟等退院調整加算 2

「慢性期病棟等退院調整加算 2」の施設基準の届出が「あり」という施設は 35.8%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 62.7%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「慢性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数は「0 回」が 72.4%、「～5 回未満」が 11.2%、「～10 回未満」「～20 回未満」がそれぞれ 3.7%であった。「退院支援計画作成加算」の算定実績がある施設は 16.9%、「退院加算」の算定実績がある施設は 16.1%であった。

図表 39 「慢性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 40 「慢性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	84	62.7%
平成 22 年 5 月	1	0.7%
平成 22 年 6 月	5	3.7%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	31	23.1%
平成 23 年 4 月～	6	4.5%
無回答	7	5.2%
全体	134	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 41 「慢性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	施設数	構成割合
0 回	97	72.4%
～5 回未満	15	11.2%
～10 回未満	5	3.7%
～20 回未満	5	3.7%
20 回以上	1	0.7%
無回答	11	8.2%
全体	134	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 42 「慢性期病棟等退院調整加算 2」のうち退院支援計画作成加算及び退院加算の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	退院支援計画作成加算		退院加算	
	施設数	構成割合	施設数	構成割合
0 回	74	59.7%	74	59.7%
～5 回未満	12	9.7%	12	9.7%
～10 回未満	6	4.8%	7	5.6%
～20 回未満	3	2.4%	1	0.8%
20 回以上	0	0.0%	0	0.0%
無回答	29	23.4%	30	24.2%
全体	124	100.0%	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

10) 退院時共同指導料 2

「退院時共同指導料 2」の算定回数の平均値についてみると、平成 21 年 6 月は 0.42 回、平成 23 年 6 月は 0.65 回であった。このうち、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300 点）」を算定した回数は、平成 21 年 6 月が 0.24 回、平成 23 年 6 月が 0.40 回であった。また、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合（2,000 点）」の算定回数は、平成 21 年 6 月が 0.09 回、平成 23 年 6 月が 0.13 回であった。このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」は、平成 21 年 6 月が 0.08 回、平成 23 年 6 月が 0.12 回であった。

図表 43 「退院時共同指導料 2」の算定回数 (n=246)

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
退院時共同指導料 2	平均値	0.42	0.65	54.8%
	標準偏差	1.48	1.98	
	中央値	0	0	-
当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う 保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合 (300 点)	平均値	0.24	0.40	63.3%
	標準偏差	0.95	1.49	
	中央値	0	0	-
当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う 保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若し くはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤 師、訪問看護ステーションの看護師等 (准看護師を除 く)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちい ずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合 (2,000 点)	平均値	0.09	0.13	40.9%
	標準偏差	0.40	0.55	
	中央値	0	0	-
ケアマネジャーと連携した回数	平均値	0.08	0.12	45.0%
	標準偏差	0.42	0.64	
	中央値	0	0	-

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 246 施設を集計対象とした。

11) 退院時リハビリテーション指導料

1 か月間の「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数の平均は、平成 21 年 6 月が 23.3 回、平成 23 年 6 月が 29.2 回であった。

図表 44 「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数

(単位：回)

	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	23.3	29.2	25.5%
標準偏差	41.9	59.8	
中央値	10	12	20.0%

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 278 施設を集計対象とした。

12) 退院前訪問指導料

1 か月間の「退院前訪問指導料」の算定回数は、平成 21 年 6 月が 0.67 回、平成 23 年 6 月が 0.70 回であった。

図表 45 「退院前訪問指導料」の算定回数

(単位：回)

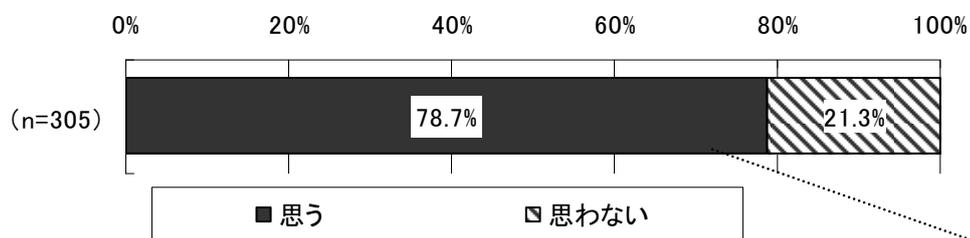
	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	0.67	0.70	5.6%
標準偏差	1.68	1.85	
中央値	0	0	-

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 267 施設を集計対象とした。

④外泊中の訪問看護等

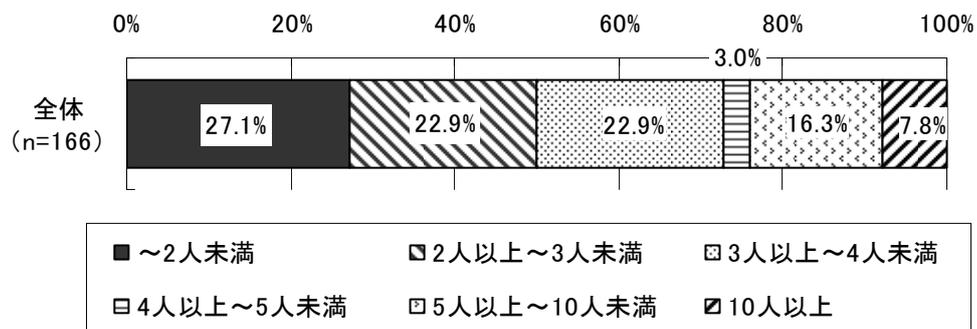
「外泊中に訪問看護が利用できることは患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して、「思う」と回答した施設が78.7%、「思わない」と回答した施設が21.3%であった。また、「思う」と回答した施設に対して、外泊中の訪問看護利用で退院が促進できると考えられる患者数（1か月あたりの患者数）を尋ねたところ、「～2人未満」が27.1%、「2人以上～3人未満」「3人以上～4人未満」がそれぞれ22.9%、「5人以上～10人未満」が16.3%、「10人以上」が7.8%であった。

図表 46 外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか
(回答のあった施設のみ)



(注) 無回答 69 件を除いた 305 件を集計対象とした。

図表 47 外泊中に訪問看護が利用できれば、退院が促進されると思われる患者数
(月あたり、退院を促進すると思うと回答した施設<回答のあった施設のみ>)



(注) 「外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して「思う」という回答のあった 240 件のうち、患者数について記入のあった 166 件を集計対象とした。

【外泊中に訪問看護が必要な患者】（自由記述式）

- ・ がん・がん末期の患者（同旨を含め 42 件）
- ・ ターミナル期の患者（同旨を含め 35 件）
- ・ 医療依存度の高い患者（同旨を含め 24 件）
- ・ 胃ろうの患者（同旨を含め 20 件）
- ・ インスリン療養中の患者（同旨を含め 15 件）
- ・ 吸引が必要な患者（同旨を含め 11 件）
- ・ 家族の不安が強い患者（同旨を含め 10 件）
- ・ 神経難病の患者（同旨を含め 9 件）
- ・ 不安が強い患者（同旨を含め 9 件）
- ・ 認知症の患者（同旨を含め 5 件）
- ・ 経鼻栄養の患者（同旨を含め 3 件）／等

⑤定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数

当該施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数についてみると、「①病院・診療所」「②在宅療養支援病院・診療所」「③訪問看護ステーション」については年ごとに連携施設・事業所の数が増加している。一方で、「④歯科保険医療機関」「⑤保険薬局」「⑥介護老人保健施設」「⑦介護老人福祉施設」についてはほぼ横ばいであった。

平成23年6月1か月間における連携施設・事業所数は「①病院・診療所」が平均41.12箇所でもっとも多く、次いで「④歯科保険医療機関」が12.27箇所、「⑨居宅介護支援事業所」が8.17箇所であった。「①病院・診療所」「⑥介護老人保健施設」「⑨居宅介護支援事業所」を除くと中央値が「0」となっており、定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携施設・事業所がないという施設が多いことがわかる。

図表 48 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数
(n=131)

(単位：箇所)

		平成21年 6月	平成22年 6月	平成23年 6月
①病院・診療所	平均値	36.44	39.52	41.12
	中央値	5	5	5
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	平均値	2.69	3.14	3.23
	中央値	0	0	0
③訪問看護ステーション	平均値	2.95	3.05	3.43
	中央値	0	0	0
④歯科保険医療機関	平均値	12.27	12.23	12.27
	中央値	0	0	0
⑤保険薬局	平均値	2.31	2.35	2.45
	中央値	0	0	0
⑥介護老人保健施設	平均値	1.90	1.82	1.93
	中央値	1	1	1
⑦介護老人福祉施設	平均値	1.70	1.65	1.71
	中央値	0	0	0
⑧その他の施設	平均値	3.51	3.63	3.83
	中央値	0	1	0
⑨居宅介護支援事業所	平均値	6.99	6.85	8.17
	中央値	1	1	1

(注) 全ての項目について数値の記入があった131施設を集計対象とした。

連携施設・事業所がある施設に限定してみると、平成23年6月1か月間における連携施設・事業所数の中央値は「①病院・診療所」が9箇所でもっとも多く、次いで「⑨居宅介護支援事業所」が7箇所であった。

図表 49 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数
 <前記図表のうち、連携を行っている施設・事業所がある施設>

(単位：箇所)

		平成21年 6月	平成22年 6月	平成23年 6月
①病院・診療所	施設数	97	101	100
	平均値	49.2	51.3	53.9
	中央値	9	9	9
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	施設数	42	53	53
	平均値	8.4	7.8	8.0
	中央値	5	4	4
③訪問看護ステーション	施設数	59	60	64
	平均値	6.6	6.7	7.0
	中央値	3	3	3
④歯科保険医療機関	施設数	33	34	34
	平均値	48.7	47.1	47.3
	中央値	1	1.5	1
⑤保険薬局	施設数	27	28	30
	平均値	11.2	11.0	10.7
	中央値	1	1	1
⑥介護老人保健施設	施設数	69	67	67
	平均値	3.6	3.6	3.8
	中央値	2	2	3
⑦介護老人福祉施設	施設数	55	53	57
	平均値	4.1	4.1	3.9
	中央値	2	2	2
⑧その他の施設	施設数	65	66	64
	平均値	7.1	7.2	7.8
	中央値	3	3	4
⑨居宅介護支援事業所	施設数	72	73	74
	平均値	12.7	12.3	14.5
	中央値	7	7	7

(注)・前記の図表のうち、連携箇所が0でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は連携施設・事業所があるという施設数。

⑥連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数

連携施設・事業所がある施設における定期会合数についてみると、いずれも平均値が1未満で中央値が0という状況であった。

図表 50 連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数 (n=145)

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 22 年 6 月	平成 23 年 6 月
①病院・診療所	平均値	0.66	0.74	0.71
	中央値	0	0	0
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	平均値	0.12	0.19	0.19
	中央値	0	0	0
③訪問看護ステーション	平均値	0.27	0.30	0.43
	中央値	0	0	0
④歯科保険医療機関	平均値	0.03	0.03	0.03
	中央値	0	0	0
⑤保険薬局	平均値	0.07	0.09	0.10
	中央値	0	0	0
⑥介護老人保健施設	平均値	0.34	0.38	0.40
	中央値	0	0	0
⑦介護老人福祉施設	平均値	0.15	0.19	0.18
	中央値	0	0	0
⑧その他の施設	平均値	0.23	0.24	0.39
	中央値	0	0	0
⑨居宅介護支援事業所	平均値	0.34	0.37	0.50
	中央値	0	0	0

(注) 全ての項目について数値の記入があった 145 施設を集計対象とした。

定期会合の実績のあった施設に限定してみると、実績のある施設数は平成 21 年、22 年、23 年で大きくは増加していない。また、定期会合数についても「③訪問看護ステーション」「⑧その他の施設」「⑨居宅介護支援事業所」では若干増加したものの、他の施設・事業所はほとんど変化がみられなかった。

図表 51 連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数
 <前記図表のうち、定期会合を行った実績がある施設>

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 22 年 6 月	平成 23 年 6 月
①病院・診療所	施設数	39	41	41
	平均値	2.2	2.4	2.3
	中央値	1	1	1
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	施設数	10	13	15
	平均値	1.5	1.9	1.6
	中央値	1	1	1
③訪問看護ステーション	施設数	23	26	27
	平均値	1.6	1.6	2.2
	中央値	1	1	1
④歯科保険医療機関	施設数	4	4	4
	平均値	1.0	1.0	1.0
	中央値	1	1	1
⑤保険薬局	施設数	9	11	11
	平均値	1.0	1.1	1.2
	中央値	1	1	1
⑥介護老人保健施設	施設数	25	27	29
	平均値	1.8	2.0	1.9
	中央値	1	1	1
⑦介護老人福祉施設	施設数	15	18	17
	平均値	1.4	1.5	1.4
	中央値	1	1	1
⑧その他の施設	施設数	13	14	15
	平均値	2.4	2.5	3.6
	中央値	1	1	1
⑨居宅介護支援事業所	施設数	26	28	29
	平均値	1.7	1.8	2.2
	中央値	1	1	1

(注)・前記の図表のうち、定期会合数が 0 でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は連携施設・事業所との定期会合の実績があるという施設数。

⑦連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数
 当該施設と連携している病院・診療所数は平均 40.5（中央値は 5）箇所であり、このうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所は 7.0（中央値は 0）箇所であった。このうち在宅療養支援病院・診療所は 2.2（中央値 0）箇所であった。

図表 52 連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数（1施設あたり、n=119）

（単位：箇所）

	平均値	標準偏差	中央値
①連携を行っている病院・診療所	40.5	108.4	5
②①のうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所数	7.0	26.8	0
③②のうち在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の数	2.2	8.1	0

（注）全ての項目について数値の記入があった 119 施設を集計対象とした。

(3) 退院患者数の状況 (平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月 1 か月間)

①退院患者数の状況 (平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月 1 か月間)

本調査で回答のあった 158 施設についてみると、平成 21 年 6 月に退院した患者数は 48,311 人であったが、平成 23 年 6 月には 50,763 人と 5.1%増加した。このうち退院調整をした患者数は、平成 21 年 6 月には 5,056 人であったのが平成 23 年 6 月には 6,377 人と 26.1%増加し、退院患者数に占める割合も 10.5%から 12.6%に増加した。また、在宅医療に移行した患者数は、平成 21 年 6 月には 402 人であったのが平成 23 年 6 月には 493 人と 22.6%増加した。特に他院の在宅医療を受けている患者数が 226 人から 306 人へと 35.4%と大きく増加した。

図表 53 退院患者数の状況 (158 施設での総人数)

	平成 21 年 6 月		平成 23 年 6 月		増加率
	人数 (人)	構成 割合	人数 (人)	構成 割合	
①退院患者数	48,311	100.0%	50,763	100.0%	5.1%
②退院調整をした患者数(加算算定の有無を問わず)	5,056	10.5%	6,377	12.6%	26.1%
③他医療機関へ転院した患者数	2,567	5.3%	2,858	5.6%	11.3%
④特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	816	1.7%	996	2.0%	22.1%
⑤自院に外来通院となった患者数	16,573	34.3%	17,691	34.9%	6.7%
⑥在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	402	0.8%	493	1.0%	22.6%
⑦自院の在宅医療を受けている患者数	142	0.3%	166	0.3%	16.9%
⑧他院の在宅医療を受けている患者数	226	0.5%	306	0.6%	35.4%
⑨退院時共同指導料を算定した患者数	19	0.0%	37	0.1%	94.7%
⑩死亡退院患者数	1,549	3.2%	1,741	3.4%	12.4%

(注)・全ての項目について記入のあった 158 施設を集計対象とした。

・構成割合は、「①退院患者数」に対する該当患者数の割合。

図表 54 退院患者数の状況（1施設あたり平均、n=158）

	平成 21 年 6 月		平成 23 年 6 月	
	人数 (人)	構成 割合	人数 (人)	構成 割合
①退院患者数	305.8	100.0%	321.3	100.0%
②退院調整をした患者数(加算算定の有無を問わず)	32.0	10.5%	40.4	12.6%
③他医療機関へ転院した患者数	16.2	5.3%	18.1	5.6%
④特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	5.2	1.7%	6.3	2.0%
⑤自院に外来通院となった患者数	104.9	34.3%	112.0	34.9%
⑥在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	2.5	0.8%	3.1	1.0%
⑦自院の在宅医療を受けている患者数	0.9	0.3%	1.1	0.3%
⑧他院の在宅医療を受けている患者数	1.4	0.5%	1.9	0.6%
⑨退院時共同指導料を算定した患者数	0.1	0.0%	0.2	0.1%
⑩死亡退院患者数	9.8	3.2%	11.0	3.4%

(注)・全ての項目について記入のあった 158 施設を集計対象とした。

・構成割合は、「①退院患者数」に対する該当患者数の割合。

②退院調整を効果的に行うために工夫していること（事例）

退院調整を効果的に行うために工夫していることを自由記述形式で記載していただいた。以下は、その事例である。

【退院調整を効果的に行うために工夫していること】（自由記述形式、事例）

- ・ 患者が入院した時点で、退院調整の必要性の有無をスクリーニングして、各病棟からオーダーリング上で後方支援の依頼を当院地域医療連携センターに行えるようにしている。これにより、退院調整を行っていく上での問題点等を早期に確認できている。
- ・ 急性発症直後から、今後の方針に関するチームカンファレンスを行っている。評価において、残存する後遺障害の予測を立て、家族や患者の目指すゴール設定を行っている。病状の安定が確認できた時点で、介護保険や身体障害者手帳の申請に関する説明を行う。随時チームカンファレンスや担当看護師による家族面談を行い、最終的には家族を交えたカンファレンスを実施することで、効果的な退院調整が実施できている。
- ・ 入院早期より主治医、病棟看護師が要退院支援患者をスクリーニングし医療ソーシャルワーカーに介入依頼するシステムとしている。医療ソーシャルワーカーを病棟担当制とし、定期的に病棟を訪問したりカンファレンスに参加することで要退院支援患者の早期発見、早期対応に努めている。
- ・ 病棟看護師の退院調整に関するアセスメント能力を向上させるために、退院支援調整研

修を実施している。また、退院支援・調整マニュアルを作成し、退院フローシート、情報サポート用紙、退院調整アセスメントシートを使用し、スムーズに退院調整ができるようにしている。

- ・ 退院調整看護師と病棟看護師（プライマリナース）との連携・患者の情報共有。
- ・ 週1回退院調整看護師・MSWが各病棟のカンファレンスに参加している。
- ・ 入院後早い時期（1週間以内くらい）に退院調整が必要な患者かどうかの評価を行い、早期に介入することで病棟からの情報を収集するようにしている。また、外部の方々とはなるべく顔の見える関係を築くということで、地域の会議等に積極的に参加し、連携をとりやすくしている。
- ・ 入院時に退院調整が必要になる可能性の高い患者をスコア化してリストアップしておく。緊急入院の受入れ病棟等退院調整が必要になりそうな患者については頻度高く病棟をラウンドし、情報を集めておく。転院先となる病院との定期的な連携懇談会を開催してコミュニケーションを図っておく。
- ・ 在宅に移行する場合は、退院前に外泊を行い問題点を抽出し、（入院中に問題を）解決してから在宅に移行する。
- ・ 週1回退院調整会議を行っている。
- ・ 本人や家族の希望を聞きながら調整するのと同時に、介護者の状況を把握し、介護力評価を行っている。
- ・ ケアマネジャーや行政などと連絡を取り合う。
- ・ 地域連携パスの導入（脳外、整形、5大がん）。
- ・ 地域との連携の強化、ネットワークづくり（地域とノウハウ共有会の参加、退院支援看護師の集まりを定期的実施し参加している）。
- ・ 一般診療では、入院時より、主治医・MSW等による退院調整に入る。回復期病棟では、カンファレンス時に在宅生活を想定した退院時期を可能な限り決定している。
- ・ 退院支援スクリーニングシートを入院時に看護師がチェックし、24時間以内に連携室にFAXを送付する体制で早期に介入している。
- ・ 病棟にて全患者48時間以内にスクリーニングを行い、入院後1週間以内にアセスメントを退院調整部門に伝えるシステムを構築し、早期介入を行っている。
- ・ 他の医療機関から、メールやFAXで空床状況の連絡を頂いている。
- ・ 週に2回退院支援看護師とMSWが病棟ラウンドを行い、退院支援について医師や病棟看護師と患者情報の共有・交換を行い、患者が安心して退院できるように努めている。
- ・ 院内スタッフの退院支援に対する意識、レベルを高めるため、セミナーを年に5回開催している。
- ・ 退院支援に関わる業務を事例研究としてとりまとめ、院内の研究会で発表している。
- ・ ①入院時と入院後7日目頃、退院支援が必要か否かのスクリーニング。②入院時のスクリーニングで退院支援必要と判断した患者、介護保険利用者に対して病室訪問。③「介護支援連携指導」ケアマネ、患者、家族、看護師との情報交換、退院支援プラン立案。④「退院支援計画」65歳以上退院困難な患者に対して計画を立案し、退院調整を行う。

⑤「総合評価」認知機能を評価し、早期退院支援。

- ①電子カルテシステムを用いた退院調整目的のスクリーニングシステムの構築。②電子カルテシステムを用いた、退院調整依頼のシステム構築。③退院調整依頼の多い診療科、病棟との定期カンファレンス（週1回程度）。
- 医療連携は基本的に電話1本、シームレスな連携を促す。さらに社会的な問題で転院先が受入れを判断しないという暗黙の合意を地域で形成している。それを実現するため、転院後の未収金発生の防止、社会的入院の防止などの対策を紹介元が責任をもって実施。退院困難が予測されるものの、入院時スクリーニングにおいて、経済的問題があるものを広く発見し、入院日より援助できるシステムを採用している。それを未収金対策にとどめることなく治療終了後の転院や施設入所の必要を予測しつつ援助計画を立てる。そのことがシームレスな医療連携や、長期の社会的入院の回避に貢献している。
- 「退院後の生活についてチームで支援します」リーフレットを作成し、入院案内に入れて入院患者へ情報提供している。
- 地域医療連携室、MSW2名の担当病棟（診療科）を決め、各々の担当病棟カンファレンスには参加している。地域連携係長（看護師長）が定期的に病棟ラウンドして、PTのスクリーニングを始めた。
- 退院が間近な患者については、ケアマネジャーと連携をとり、自宅での生活がスムーズにできるようにしている。介護保険の申請が必要な患者については申請代行をしたり、介護保険利用者については担当のケアマネジャーと連携をとるようにしている。
- 退院支援・退院調整のマニュアルを作成し、院内で統一して対応できるようにしている。退院調整を推進するため、他職種で構成された院内委員会と看護部内の委員会の2つを設置し連携して取り組んでいる。退院調整を担当する地域医療室職員（看護師、MSW）を交えた退院支援カンファレンスを各病棟で週1回開催している。
- 入院当初より、介護サービスが必要な人には区役所に介護保険の申請を手続きし、訪問調査には退院後に担当してもらうケアマネジャーに同席してもらい、できるだけ早く課題とサービスをつなげて自宅に退院してもらうように取り組んでいる。必要であれば、担当PTと家屋評価も行っている。／等

③在宅医療を実施していく上で受けない研修

在宅医療を実施していく上で受けない研修を自由記述形式で記載していただいた。以下は、その抜粋である。

【在宅医療を実施していく上で受けない研修】（自由記述形式、抜粋）

- ・ 在宅で行う医療行為（点滴・経管栄養・酸素吸入・人工呼吸器等）の実際／在宅医療の知識、見学・体験ができる研修により本人や家族へ説明ができる（同旨を含め 26 件）
- ・ 訪問看護／訪問看護の事例検討／体験（同旨を含め 23 件）
- ・ 在宅の症例／在宅医療を実施している医師から在宅医療の実際について話を聞きたい（同旨を含め 22 件）
- ・ 法令関係／介護保険制度／介護保険、医療保険の対象と違い（同旨を含め 19 件）
- ・ 病院から在宅に移行するための研修／退院支援・連携・調整業務の方法／退院調整の成功事例（同旨を含め 17 件）
- ・ 診療報酬／報酬上のルール（同旨を含め 14 件）
- ・ ターミナルケア／ターミナル時の連携のとり方／在宅での看取り（同旨を含め 14 件）
- ・ 在宅での緩和ケア（同旨を含め 9 件）
- ・ 円滑な情報共有を行える地域ネットワークづくりの研修（同旨を含め 8 件）
- ・ 多職種による連携についての合同研修会（同旨を含め 7 件）
- ・ 社会資源の把握（同旨を含め 7 件）
- ・ 地域連携をスムーズに行うための病院・診療所・訪問看護ステーション等の合同研修（同旨を含め 7 件）
- ・ 各関係者が在宅医療の先進事例について学ぶ連携の場やトータルケアを実践していく上での知識・技術の向上を図れる研修（同旨を含め 6 件）
- ・ 在宅に必要な医療材料などに関する医師・看護師への研修／在宅で使用可能な医療機器の情報（同旨を含め 5 件）
- ・ 保健分野の活動や制度／福祉制度（同旨を含め 4 件）
- ・ 在宅にて介護を行う家族に対する心理的な支援等についての講習（同旨を含め 4 件）
- ・ 在宅スタッフとの症例検討会などを通じた、現在の退院調整に関する評価（同旨を含め 3 件）。
- ・ 患者・家族へのアプローチなどの研修（同旨を含め 2 件）
- ・ 往診医・訪問看護師による、退院前に病院内で指導しておいた方がよいこと、提供した方がよい情報などに関する研修（同旨を含め 2 件）。
- ・ 特定疾患患者の医療／がん・神経難病・小児それぞれを得意としている在宅医療ネットワークを作るにはどうすればよいか（同旨を含め 2 件）
- ・ 福祉用具、在宅改修に関する研修（同旨を含め 2 件）
- ・ 在宅医療の今後の動向、在宅医療の可能性（同旨を含め 2 件）
- ・ 専門外の取組（例えば、歯科医・ST が主催している研修など）（同旨を含め 2 件）
- ・ 連携パスにおけるかかりつけ医の役割

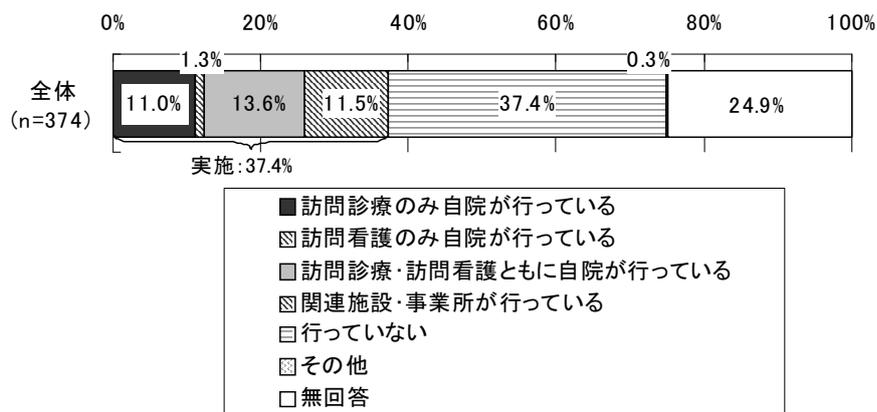
- ・ 病状悪化、急変時等の対応についての研修
- ・ 感染対策・医療安全対策
- ・ 在宅医療を支える病院の役割
- ・ 在宅医学統計
- ・ 窓口担当者との連携方法
- ・ 在宅側との退院前カンファレンスの開催方法
- ・ 虐待対応
- ・ 認知症の今後の対応策
- ・ 透析の今後の対応策
- ・ 総合的短期型支援の方法と実際
- ・ 老人保健施設の活かし方
- ・ 海外の在宅医療
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅調整の困難事例
- ・ トラブルケーススタディ
- ・ 施設入所のための手続き・連絡方法
- ・ 基礎的医療知識
- ・ 体交・移動・オムツの替え方などの具体的な介護知識 / 等

(4) 退院後のフォロー状況

①訪問診療や訪問看護の実施状況等

訪問診療や訪問看護の実施状況については、「訪問診療のみ自院が行っている」が11.0%、「訪問看護のみ自院が行っている（併設の訪問看護ステーションは含まない）」が1.3%、「訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている」が13.6%、「関連施設・事業所が行っている」が11.5%、「行っていない」が37.4%であった。

図表 55 訪問診療や訪問看護などの在宅医療の状況



(注) 「その他」の内容として、「関連の事業所が行っているが、年数件のみ自院で訪問診療を行う」が挙げられた。

②緊急入院の対応状況等の実績

緊急入院の対応状況等の実績についてみると、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定回数は、平成23年5月が平均27.5回、6月が27.2回であった。「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300点）」及び「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650点）」の算定回数は平成23年5月、6月ともに0.0回であった。

図表 56 緊急入院等に関する算定回数（n=248）

（単位：回）

	平成23年5月			平成23年6月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
救急・在宅等支援療養病床初期加算	27.5	68.9	0	27.2	67.6	0
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関(1300点)	0.0	0.2	0	0.0	0.5	0
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外(650点)	0.0	0.3	0	0.0	0.2	0

（注）全ての項目について記入のあった248施設を集計対象とした。

次に、算定実績のある施設に限定してみると、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月及び6月ともに51施設であり、その平均算定回数は5月が133.6回、6月が132.2回であった。また、「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300点）」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月が4施設、6月が3施設であり、その平均算定回数はそれぞれ1.3回、4.0回であった。さらに、「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650点）」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月が4施設、6月が6施設であり、その平均算定回数はそれぞれ2.0回、1.3回であった。

図表 57 緊急入院等に関する算定回数<前記図表のうち、算定実績のある施設>

（単位：施設数は「件」、他は「回」）

	平成23年5月				平成23年6月			
	施設数	平均値	標準偏差	中央値	施設数	平均値	標準偏差	中央値
救急・在宅等支援療養病床初期加算	51	133.6	94.8	113	51	132.2	91.8	117
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関(1300点)	4	1.3	0.5	1	3	4.0	3.5	2
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外(650点)	4	2.0	1.4	1.5	6	1.3	0.8	1

（注）・前記の図表のうち、算定回数が0でない施設のみを集計対象とした。

・施設数は算定実績がある施設数。

緊急入院の患者数として、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」についてみると、1施設あたりの平均患者数は、平成21年6月が14.5人であり、平成23年6月が15.1人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が7.9人であり、平成23年6月が7.5人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成21年6月が6.2人であり、平成23年6月が5.3人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が3.2人であり、平成23年6月が2.4人であった。

図表 58 緊急入院の患者数等 (n=173)

(単位：人)

		平成21年 6月	平成23年 6月
①在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	平均値	14.5	15.1
	標準偏差	65.9	69.2
	中央値	0	0
②(うち)緊急入院した患者数	平均値	7.9	7.5
	標準偏差	38.3	41.6
	中央値	0	0
③①のうち当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	平均値	6.2	5.3
	標準偏差	29.3	22.3
	中央値	0	0
④(うち)緊急入院した患者数	平均値	3.2	2.4
	標準偏差	13.4	10.5
	中央値	0	0

(注) 全ての項目について記入のあった173施設を集計対象とした。

次に、該当患者がいた施設に限定してみると、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」の1施設あたりの平均は、平成21年6月が53.4人であり、平成23年6月が50.2人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が34.9人であり、平成23年6月が30.0人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成21年6月が33.3人であり、平成23年6月が26.8人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が18.9人であり、平成23年6月が14.2人であった。

図表 59 緊急入院の患者数等<前記図表のうち、該当患者がいた施設>

(単位：施設数は「件」、他は「人」)

		平成21年 6月	平成23年 6月
①在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	施設数	47	52
	平均値	53.4	50.2
	標準偏差	118.9	119.8
	中央値	10	6
②(うち)緊急入院した患者数	施設数	39	43
	平均値	34.9	30.0
	標準偏差	75.3	80.0
	中央値	6	4
③(うち)当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	施設数	32	34
	平均値	33.3	26.8
	標準偏差	61.9	44.6
	中央値	6	6
④(うち)緊急入院した患者数	施設数	29	29
	平均値	18.9	14.2
	標準偏差	28.2	22.5
	中央値	4	3

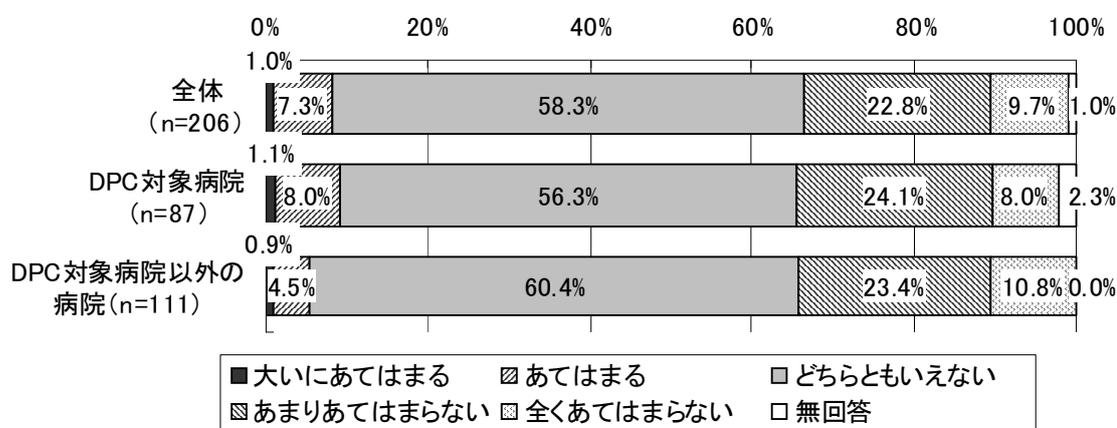
(注)・前記の図表のうち、患者数が0でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は該当患者がいた施設数。

(5) 他医療機関等との連携による効果等

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「救急外来受診や再入院が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 8.3% であった。「どちらともいえない」が 58.3% で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 32.5% で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合よりも高い結果となった。

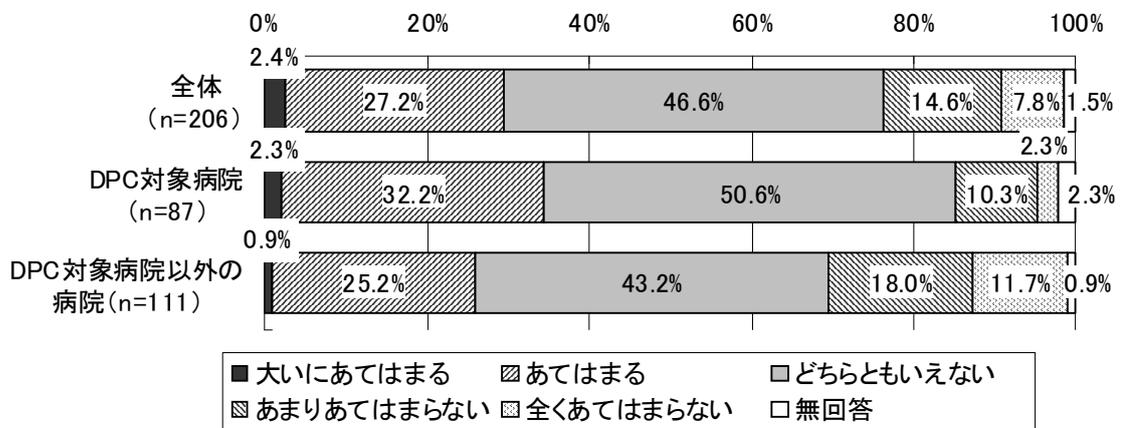
図表 60 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <救急外来受診や再入院が減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 29.6% であった。「どちらともいえない」が 46.6% で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 22.4% で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

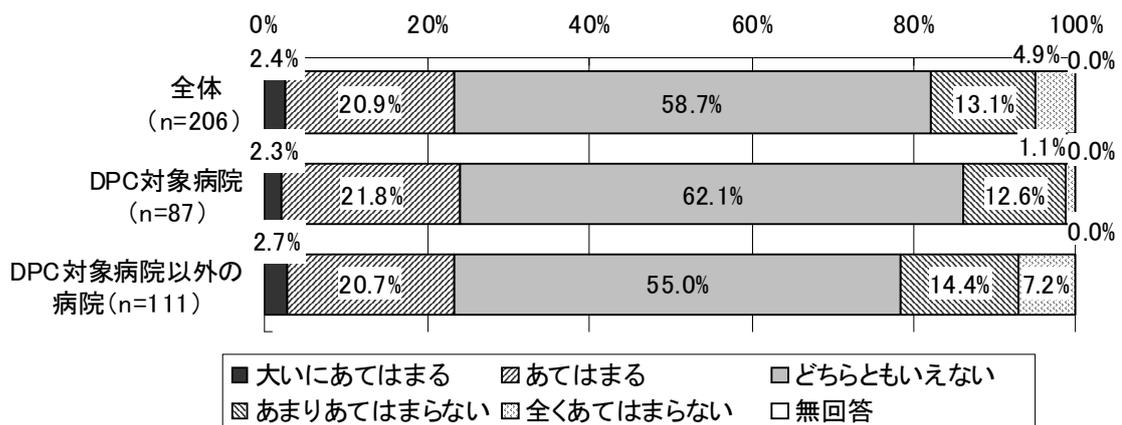
図表 61 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「自宅退院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 23.3%であった。「どちらともいえない」が 58.7%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 18.0%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

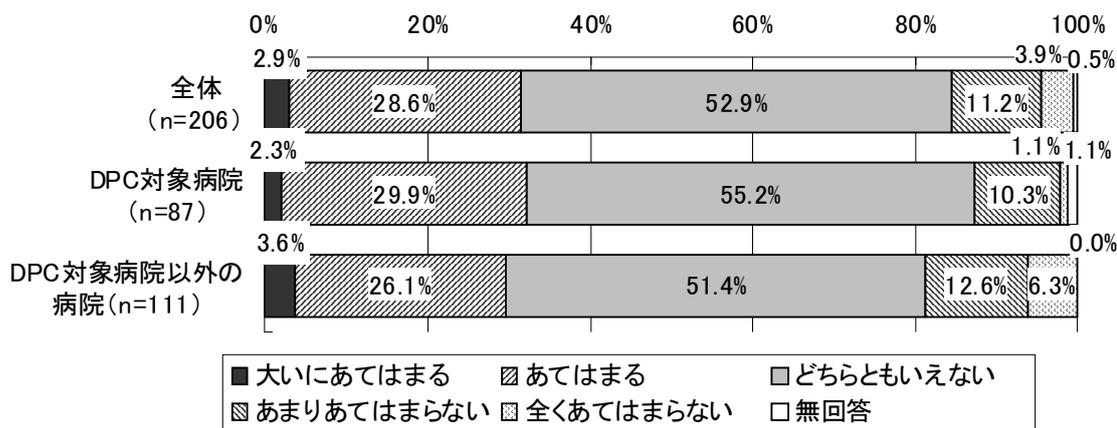
図表 62 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <自宅退院が増えた>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は31.5%であった。「どちらともいえない」が52.9%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

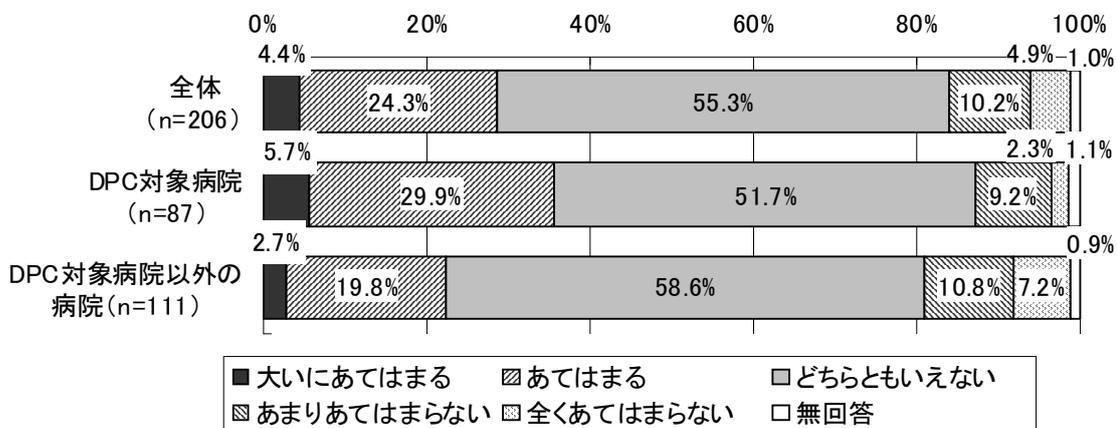
図表 63 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった74施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は28.7%であった。「どちらともいえない」が55.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。特にDPC対象病院で肯定的な評価の割合が高かった。

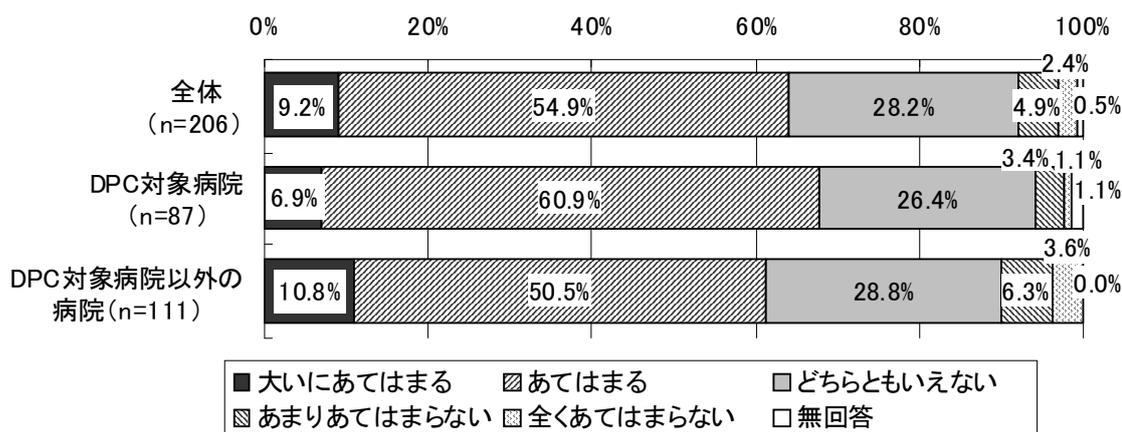
図表 64 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <平均在院日数が減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった74施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 64.1%であった。「どちらともいえない」は 28.2%であった。「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 7.3%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

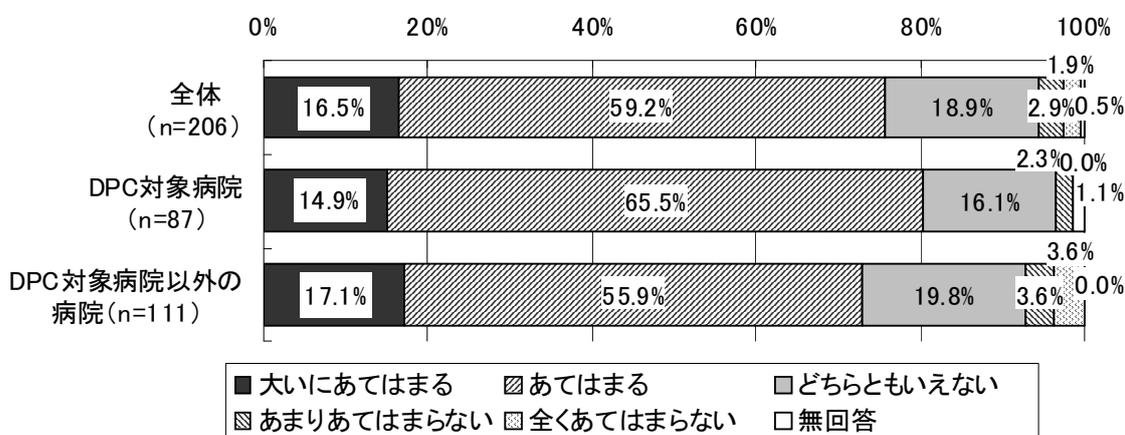
図表 65 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 75.7%であった。「どちらともいえない」は 18.9%で、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 4.8%であった。他の項目と比較しても、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合が高かった。

図表 66 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった>

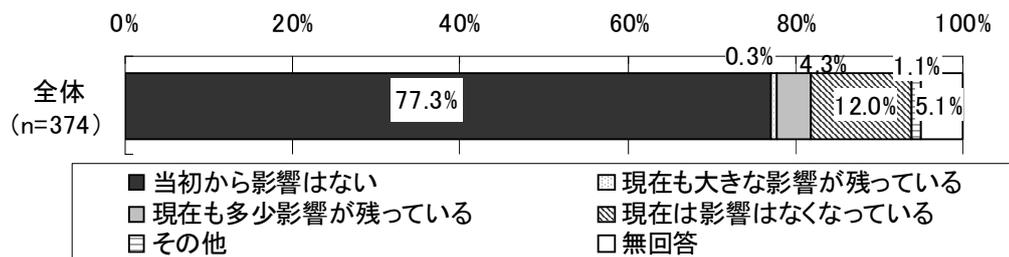


(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

(6) 東日本大震災の影響等

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があったかを尋ねたところ、「当初から影響はない」が 77.3%と最も多かった。「現在も大きな影響が残っている」が 0.3%、「現在も多少影響が残っている」が 4.3%、「現在は影響はなくなっている」が 12.0%であった。

図表 67 東日本大震災によって、現在においても退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があるか



【影響の具体的な内容】（自由記述形式）

<地震の影響>

- ・ 被災した特養や老健があり、入所やショートステイが利用できなくなっている。
- ・ 被災者の退院先や介護保険、医療福祉サービスの調整に苦慮。
- ・ 被災地より入院した患者の退院後転帰場所の問題。
- ・ 退院調整のためキーパーソンとなる家族が東北在住であり、連絡がつかなくなって調整が延期となった。
- ・ 物品の確保／薬や注入食に制限／介護用ベッド、車椅子等の福祉用具の確保。
- ・ 住宅改修を利用しないと在宅での生活が難しい患者で、材料不足による改修工事の延期で入院が延びた。
- ・ スタッフの人数の確保／往診医、訪問看護師などの確保。
- ・ 被災地住民の転院・退院支援が増加した。
- ・ 遠方からの受入れのため、入院時間が夜間、深夜（当院規定外）であった。
- ・ 当院から精神病院への転院の際に、転院先病院も避難患者を受け入れていたため、受け入れ先を探すのに難渋した。
- ・ 後方支援病院として入院患者を受け入れるため、病床オーバーがみられた。在院患者の退院調整期間を短くせざるを得なかった。

<停電の影響>

- ・ 地震や停電（計画停電も含む）に対する不安が強く、退院できない／人工呼吸器患児の退院延期（停電時の不安や大きな震災時の対応への不安のため）（同旨を含め 10 件）。
- ・ 地震に伴う、電力不足問題により、自宅生活（介護施設）ができなくなるとのことで療養目的での入院依頼があった（同旨を含め 2 件）。
- ・ 退院調整の連絡中に先方が停電になり、その日は連絡がつかなくなった。
- ・ 停電予定表を見ながら、入院日・時間の調整をした。エレベーターの使用可能時間も考慮しなければならなかった。
- ・ 転院が決まっていたが、停電により交通手段がなくなり、家族が来院できなくなった。
- ・ 計画停電が医療機関でも実施されたことにより、CT や MRI など十分な検査ができないとの理由で、埼玉県東部や遠方から患者が搬送され、近隣の患者受入れや転院支援に苦慮した。 / 等

(7) 入院医療機関における患者の概要 (患者調査)

「入院医療機関票」に個別の対象患者の状態や退院調整の実績などを尋ねる質問を設けた。下記①～⑤の症例に当てはまる患者それぞれ1名について、患者の状態や退院調整の実績などを質問し、施設調査項目と合わせて回答していただいた。

【有効回答症例数】

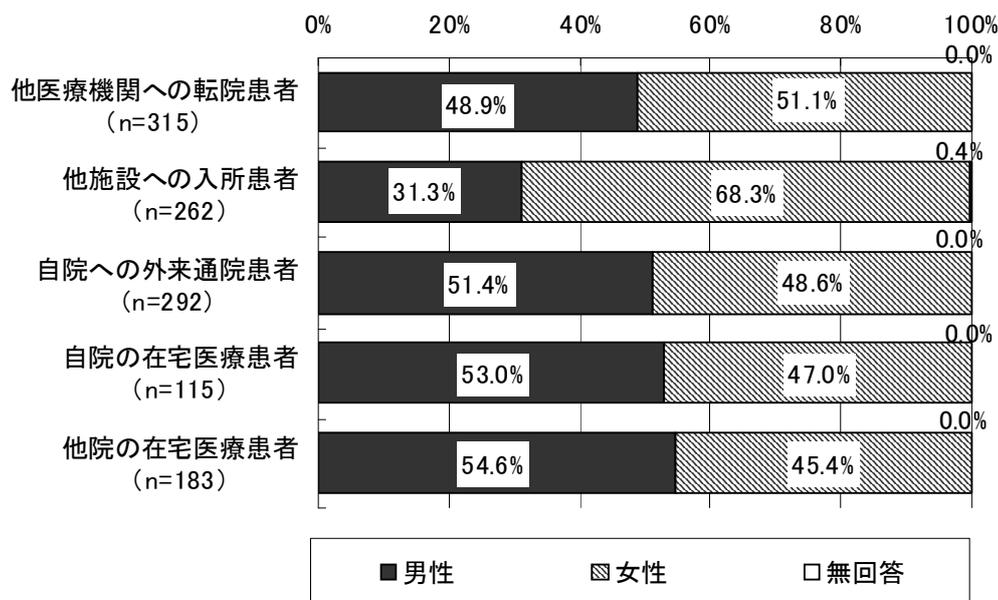
- ①他医療機関への転院患者 (315名)
- ②他施設への入所患者 (262名)
- ③自院への外来通院患者 (292名)
- ④自院の在宅医療患者 (115名)
- ⑤他院の在宅医療患者 (183名)

※上記の症例数は、各施設に①～⑤に該当する患者を1名ずつ抽出・本調査に回答していただいた結果であり、実際の転帰別該当患者数の分布を反映した症例数ではないことに注意する必要がある。

①性別

性別についてみると、「他施設への入所患者」では男性が31.3%、女性が68.3%と女性の割合が他の患者と比較して高かった。

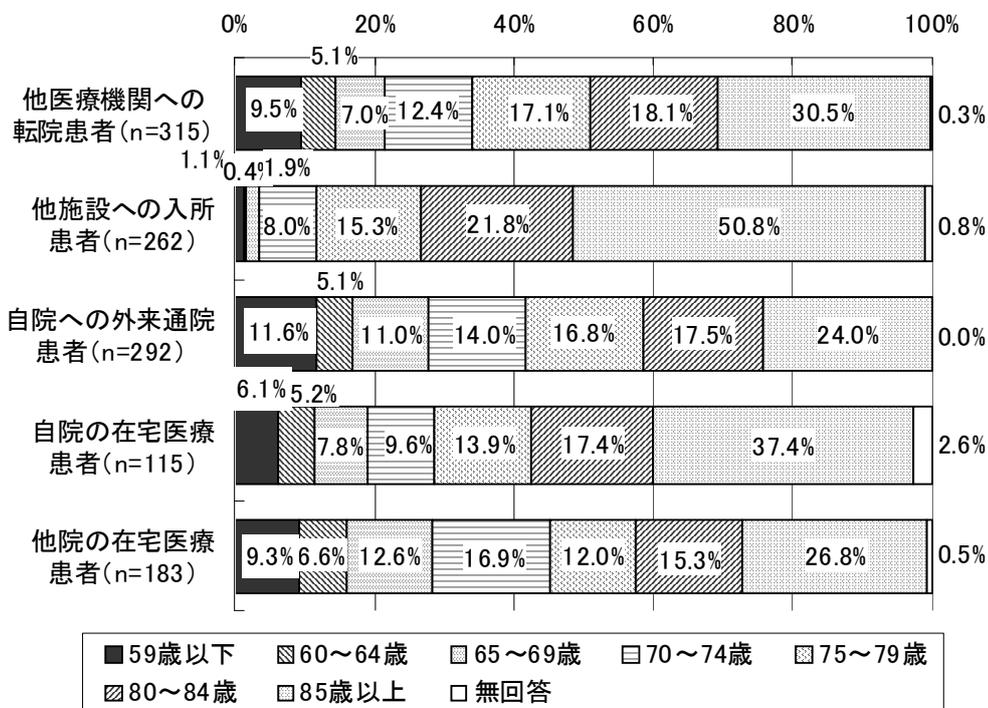
図表 68 性別



②年齢

年齢についてみると、「他施設への入所患者」では85歳以上が50.8%を占めた。

図表 69 年齢分布



平均年齢についてみると、「他施設への入所患者」では83.8歳と最も高かった。次いで「自院の在宅医療患者」(78.6歳)、「他医療機関への転院患者」(76.4歳)、「他院の在宅医療患者」(75.0歳)、「自院への外来通院患者」(73.9歳)となった。

図表 70 年齢

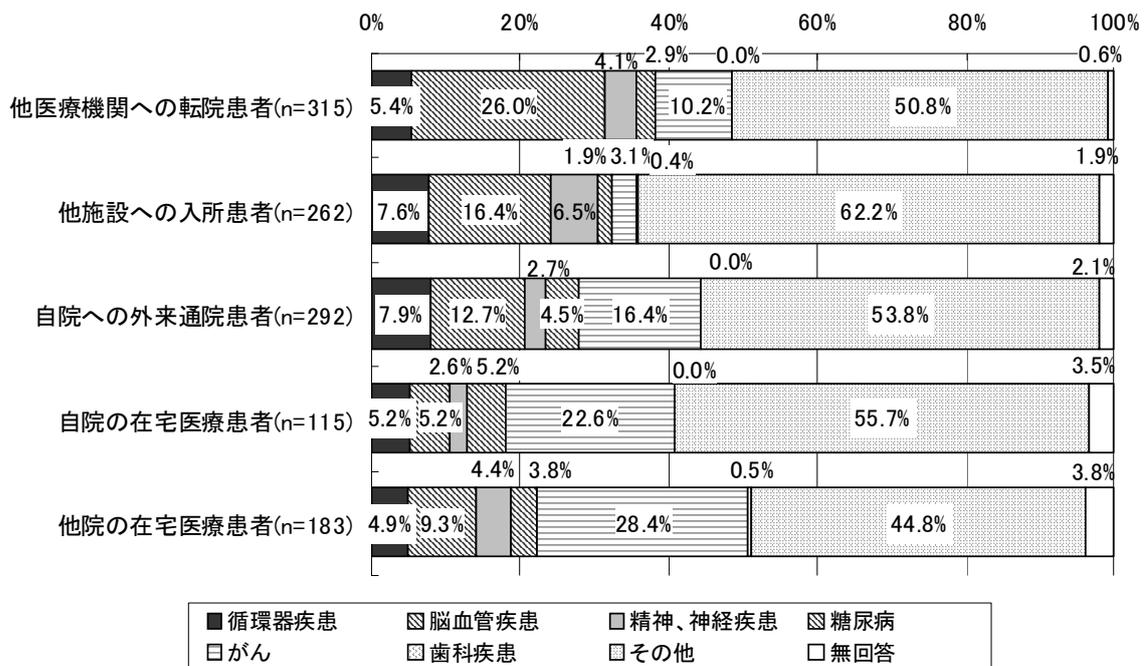
(単位：歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
他医療機関への転院患者	314	76.4	14.9	79.0
他施設への入所患者	260	83.8	7.9	85.0
自院への外来通院患者	292	73.9	16.2	77.0
自院の在宅医療患者	112	78.6	12.7	81.5
他院の在宅医療患者	182	75.0	15.5	76.0

③主たる傷病

主たる傷病についてみると、「他医療機関への転院患者」では他の患者と比較して、「脳血管疾患」の割合が高い結果となった。「自院の在宅医療患者」では22.6%、「他院の在宅医療患者」では28.4%が「がん」であった。

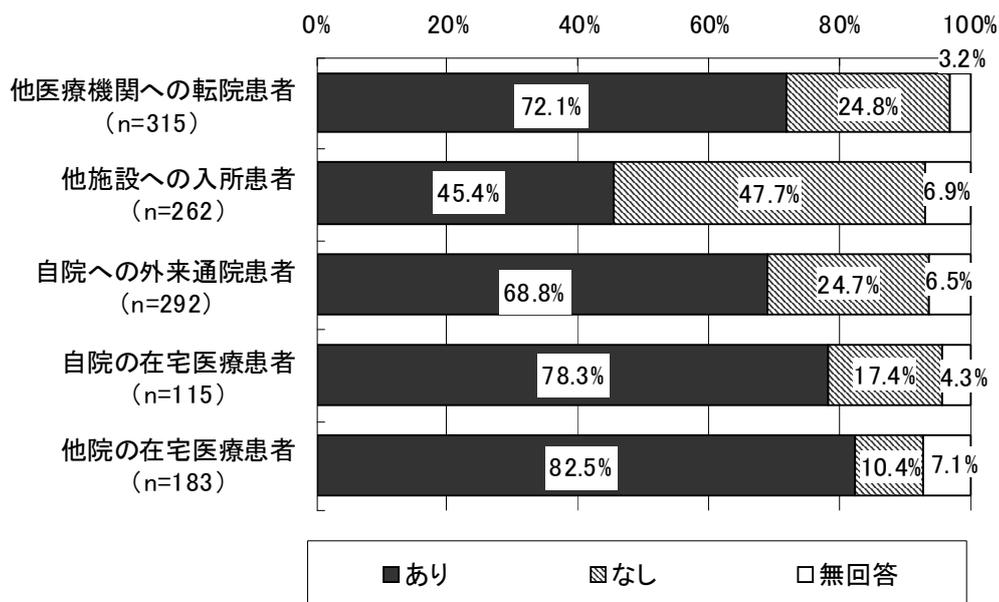
図表 71 主たる傷病



④同居家族の有無

同居家族の有無についてみると、「他施設への入所患者」では「あり」が45.4%、「なし」が47.7%となり、「なし」が「あり」を上回った。一方、他の患者では、「あり」が「なし」を上回っている。特に在宅医療患者では、同居家族が「あり」という患者が8割近くを占めた。

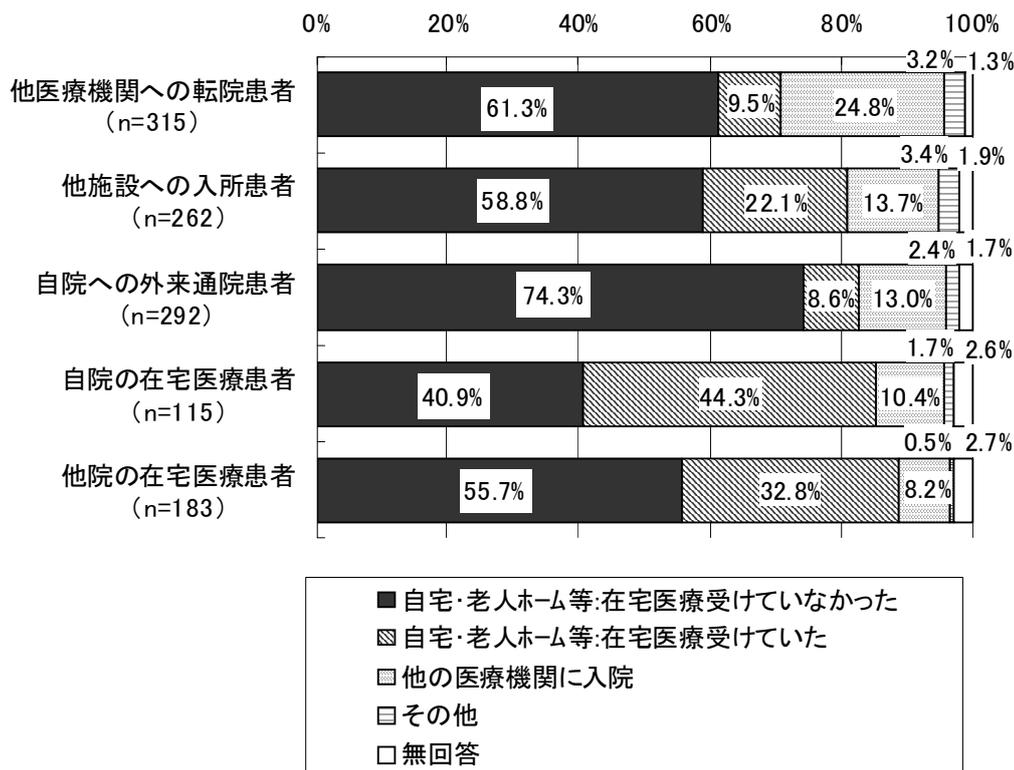
図表 72 同居家族の有無



⑤入院前の所在

入院前の所在についてみると、「自院の在宅医療患者」では 44.3%、「他院の在宅医療患者」では 32.8%の患者が、調査対象施設に入院する前に在宅医療を受けていた。一方、入院前には在宅医療を受けていなかったが、調査対象施設からの退院後、在宅医療を受けるようになった患者も、「自院の在宅医療患者」の 40.9%、「他院の在宅医療患者」の 55.7%を占めている。

図表 73 入院前の所在



⑥入院期間

調査対象施設での入院期間についてみると、「他医療機関への転院患者」が109.1日で最も長く、次いで「他施設への入所患者」が76.9日となった。一方で、「自院への外来通院患者」では49.7日で最も短かった。「自院の在宅医療患者」では51.5日、「他院の在宅医療患者」では56.4日であった。

図表 74 入院期間

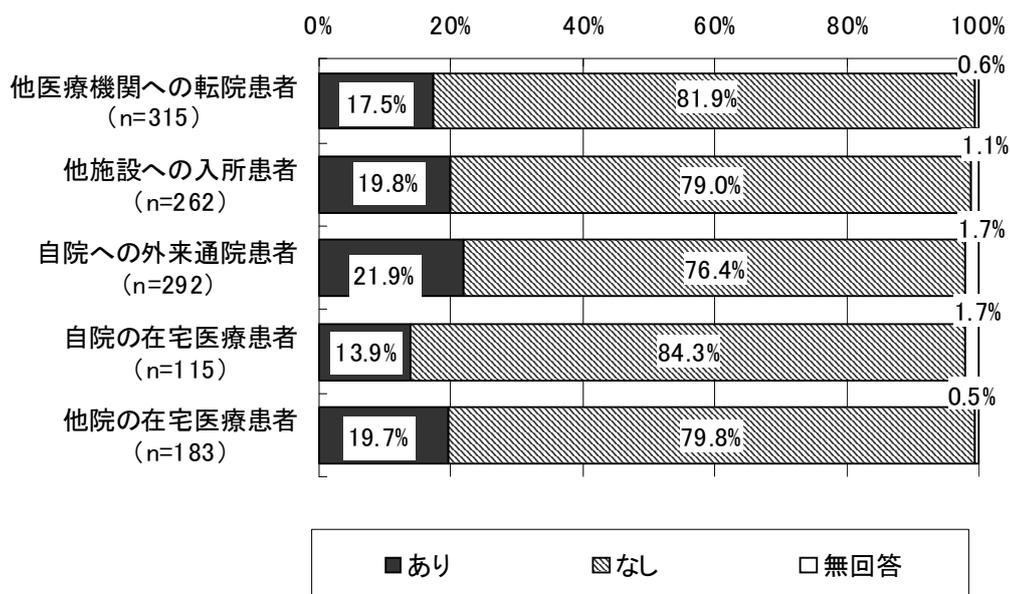
(単位：日)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
他医療機関への転院患者	311	109.1	295.7	45
他施設への入所患者	258	76.9	124.7	42
自院への外来通院患者	286	49.7	49.3	33
自院の在宅医療患者	113	51.5	59.3	30
他院の在宅医療患者	183	56.4	66.7	37

⑦手術の有無

入院期間中における手術の有無についてみると、手術が「あり」という割合は「自院への外来通院患者」では21.9%で最も高く、次いで「他施設への入所患者」(19.8%)、「他院の在宅医療患者」(19.7%)であった。

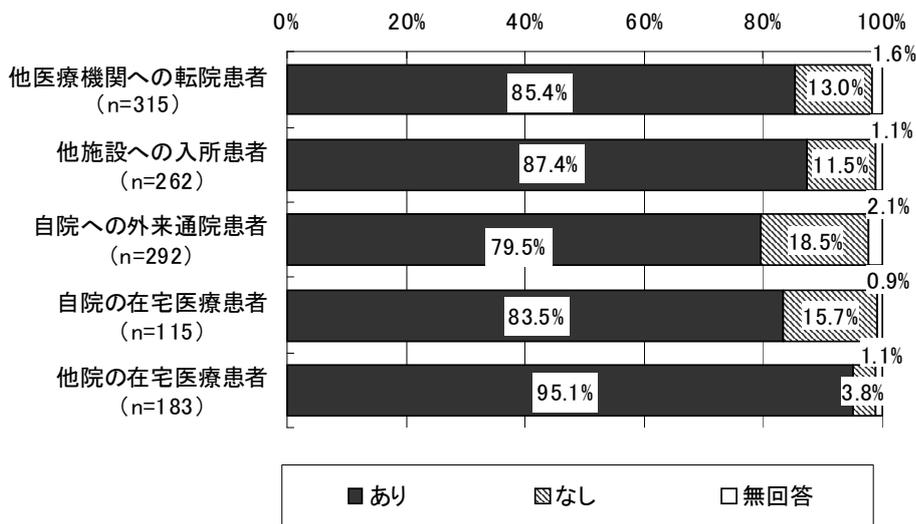
図表 75 手術の有無



⑧退院調整に向けた関与の有無

退院調整に向けた関与の有無についてみると、関与が「あり」という割合は、「他院の在宅医療患者」が95.1%で最も高く、「自院への外来通院患者」が79.5%で最も低かった。

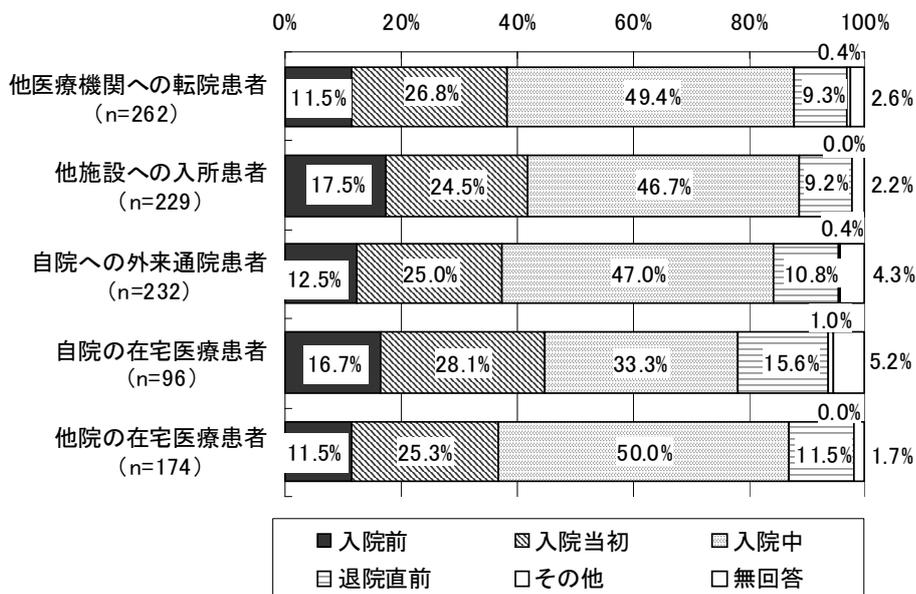
図表 76 退院調整に向けた関与の有無



⑨退院調整に向けた関与の時期

退院調整に向けた関与があった患者についてその関与時期をみると、最も多いのが、いずれの患者でも「入院中」という回答であった。一方で、「入院前」あるいは「入院当初」で退院調整の関与を行っている場合も合わせて4割程度あった。

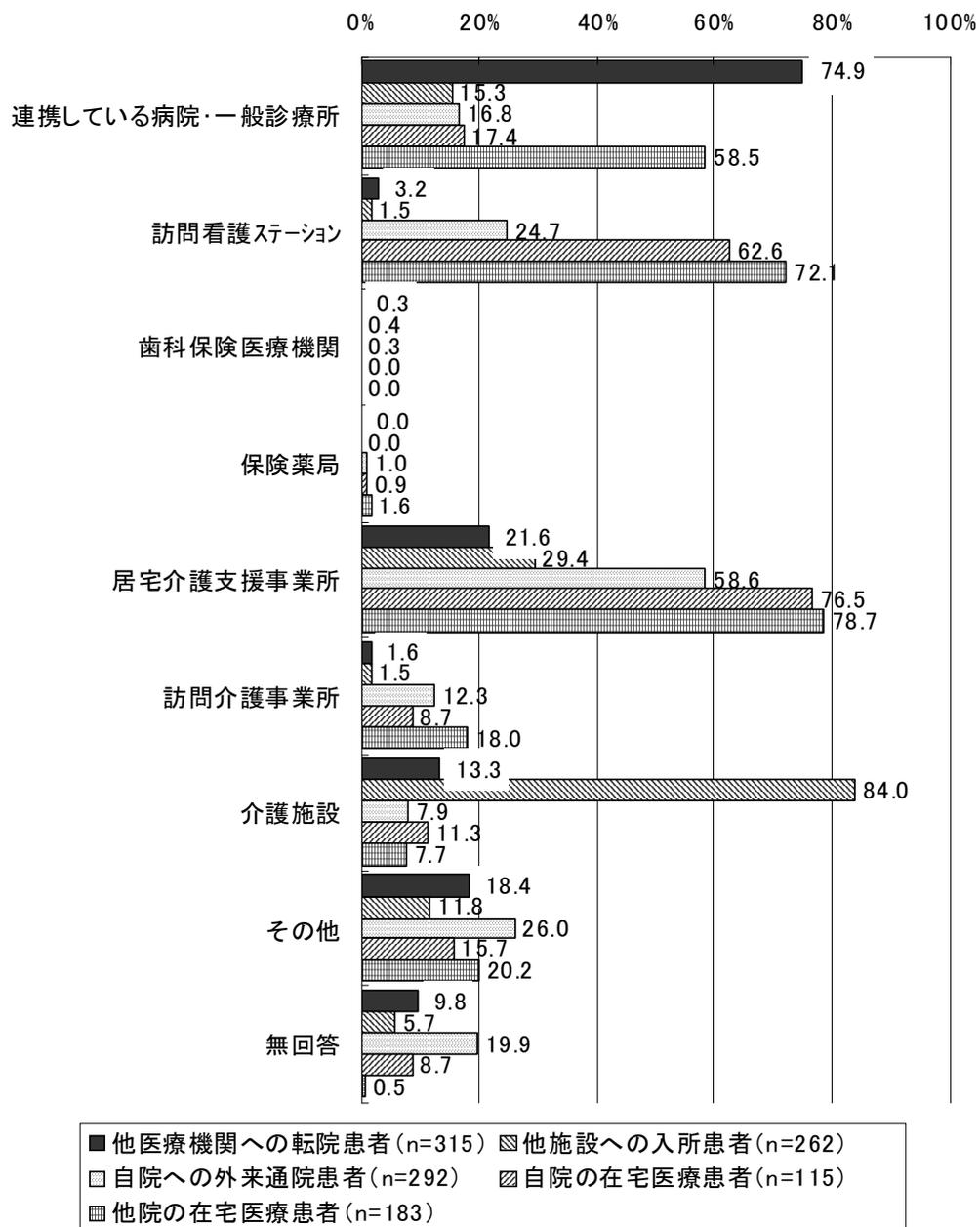
図表 77 退院調整に向けた関与の時期（退院調整の関与があった患者）



⑩退院調整時に連携した施設・事業所

退院調整時に連携した施設・事業所についてみると、特に「他院の在宅医療患者」では、「連携している病院・一般診療所」「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」などで割合が高かった。また、「自院の在宅医療患者」では、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」で割合が高かった。

図表 78 退院調整時に連携した施設・事業所（複数回答）



⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間

退院調整のカンファレンスの回数についてみると、「他医療機関への転院患者」が2.6回で最も多く、「自院の在宅医療患者」が1.9回で最も少ない結果となった。

また、カンファレンスの平均所要時間は、「他院の在宅医療患者」が39.5分で最も長く、次いで「自院への外来通院患者」(35.5分)、「自院の在宅医療患者」(35.2分)、「他施設への入所患者」(27.4分)、「他医療機関への転院患者」(26.8分)となった。

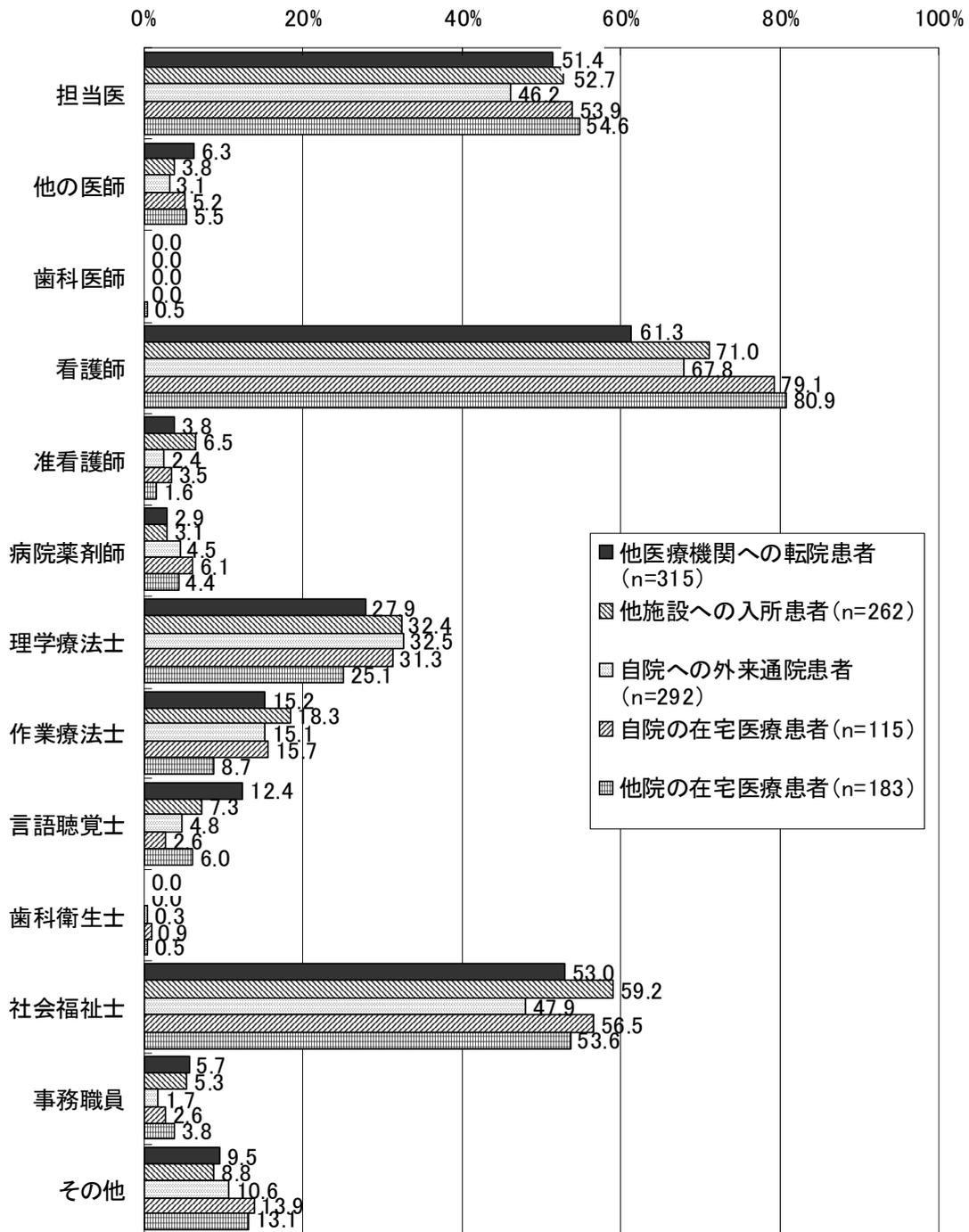
図表 79 退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間（平成23年6月1か月間）

	回数(回)				平均所要時間(分)			
	人数 (人)	平均値	標準 偏差	中央値	人数 (人)	平均値	標準 偏差	中央値
他医療機関への転院患者	221	2.6	2.6	2.0	202	26.8	16.7	20.0
他施設への入所患者	216	2.4	2.3	2.0	200	27.4	16.3	30.0
自院への外来通院患者	234	2.0	1.8	1.0	214	35.5	18.6	30.0
自院の在宅医療患者	100	1.9	1.4	1.0	91	35.2	22.0	30.0
他院の在宅医療患者	154	2.0	2.1	1.0	152	39.5	18.9	40.0

⑫退院調整のカンファレンスの参加者

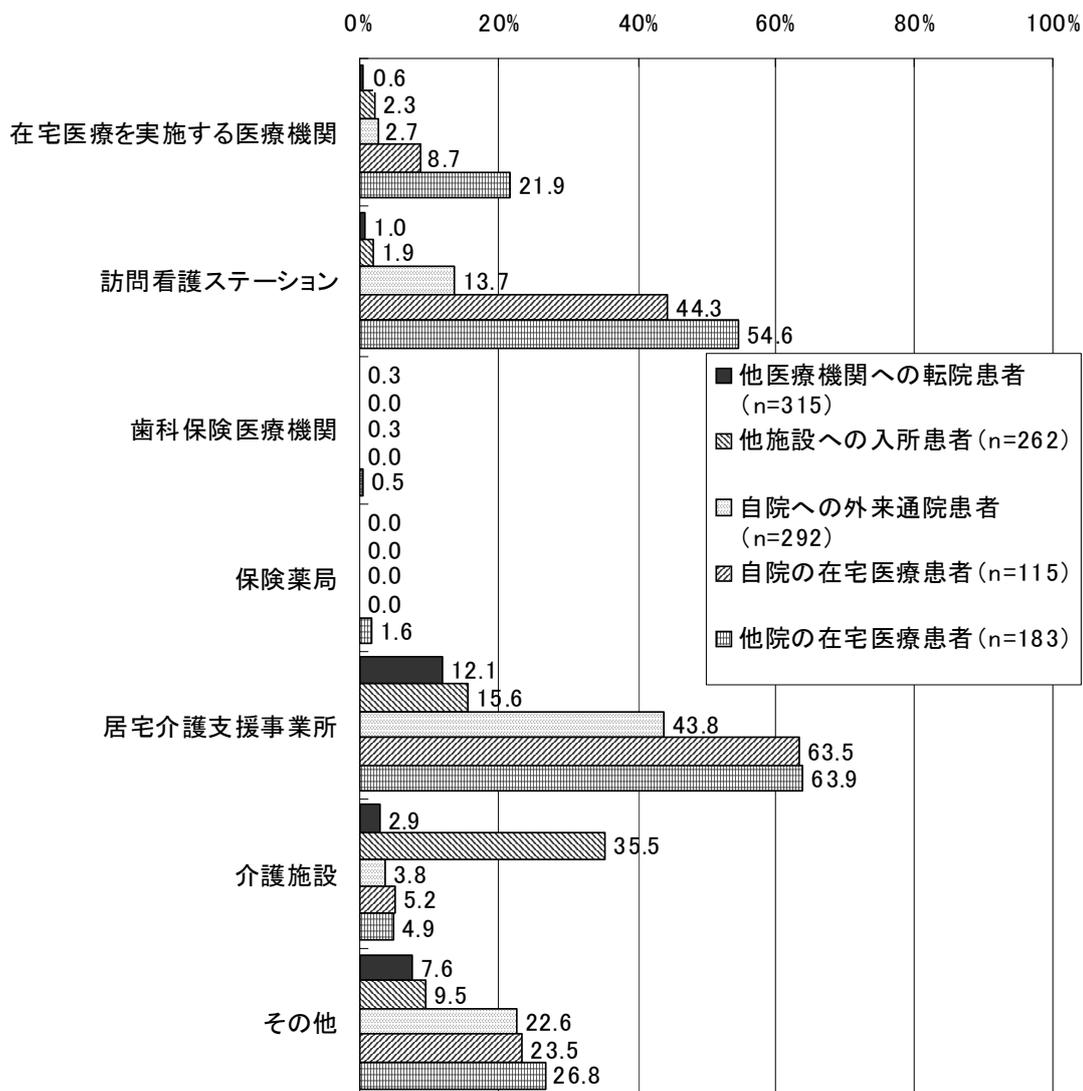
退院調整における院内のカンファレンス参加者についてみると、いずれの患者においても「看護師」「担当医」「社会福祉士」「理学療法士」の参加割合が高かった。

図表 80 退院調整のカンファレンスの参加者（院内）



次いで退院調整における外部のカンファレンス参加者についてみると、「自院の在宅医療患者」「他院の在宅医療患者」の場合、「居宅介護支援事業所」「訪問看護ステーション」の割合が高かった。いずれの患者においても、「歯科保険医療機関」「保険薬局」の割合は低かった。

図表 81 退院調整のカンファレンスの参加者（外部）

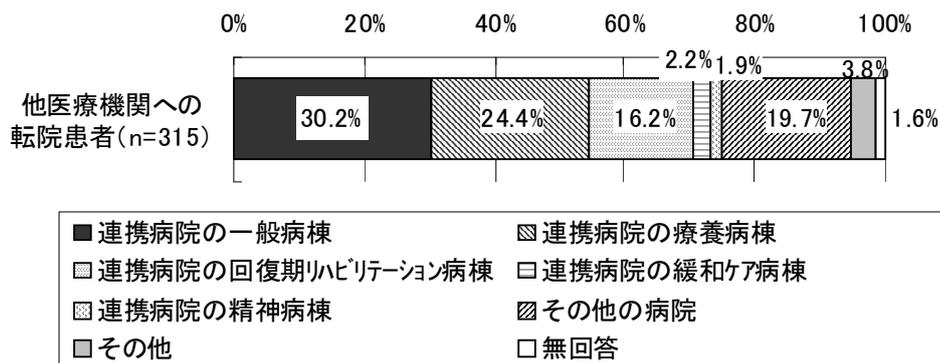


⑬退院後の状況等

1) 他医療機関に転院した患者の転院先

他医療機関に転院した患者の転院先についてみると、「連携病院の一般病棟」が30.2%で最も多く、次いで「連携病院の療養病棟」(24.4%)、「(連携先でない) その他の病院」(19.7%)、「連携病院の回復期リハビリテーション病棟」(16.2%)となった。

図表 82 他医療機関に転院した患者の転院先

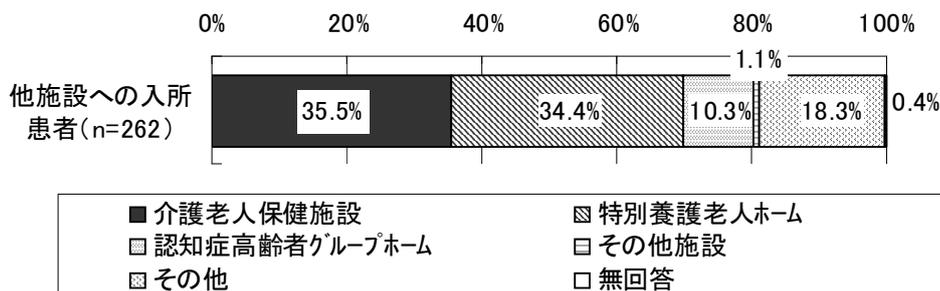


(注) 「その他」の内容として、「急性期病院へ搬送」が挙げられた。

2) 他施設へ入所した患者の入所先

他施設へ入所した患者の入所先についてみると、「介護老人保健施設」が35.5%で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」(34.4%)となった。

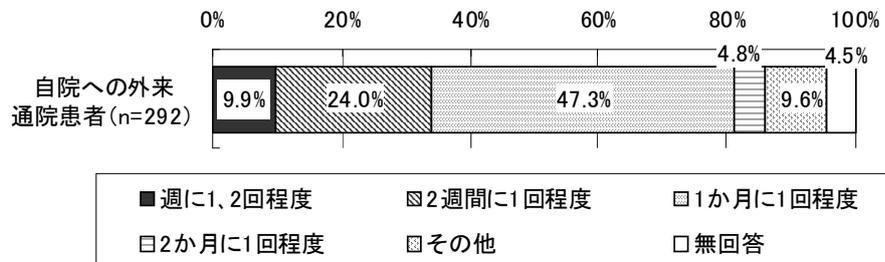
図表 83 他施設へ入所した患者の入所した先



3) 自院に外来通院している患者の通院頻度

自院に外来通院している患者における通院頻度についてみると、「1か月に1回程度」が47.3%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(24.0%)、「週に1、2回程度」(9.9%)となった。

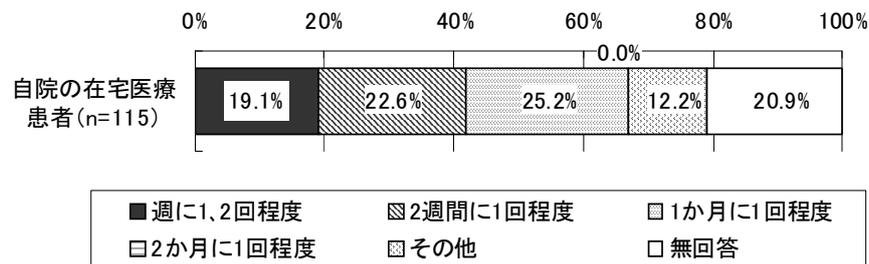
図表 84 自院に外来通院している患者の通院頻度



4) 自院の在宅医療患者への訪問診療の頻度

自院の在宅医療患者への訪問診療の頻度についてみると、「1か月に1回程度」が25.2%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(22.6%)、「週に1、2回程度」(19.1%)となった。

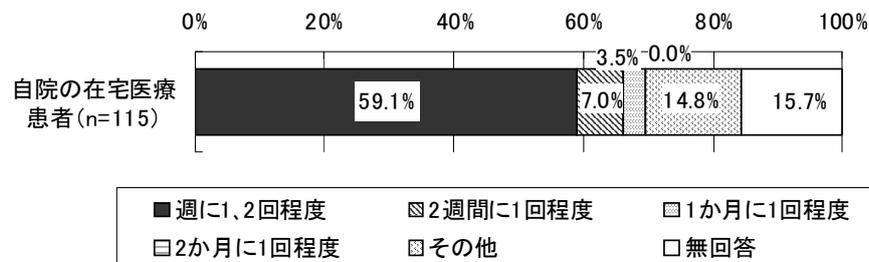
図表 85 自院の在宅医療患者における訪問診療の頻度



5) 自院の在宅医療患者への訪問看護の頻度

自院の在宅医療患者への訪問看護の頻度についてみると、「週に1、2回程度」が59.1%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(7.0%)となった。

図表 86 他院の在宅医療患者における訪問看護の頻度



(8) 在宅医療を推進していく上での、入院医療機関としての課題等

以下は、在宅医療を推進していく上での入院医療機関としての課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①入院医療機関における課題

○在宅医療等に関する医療スタッフの知識不足

- ・病院勤務の医療スタッフが在宅療養生活場面を想定して、手技の指導や在宅の準備を進めることが困難であること（在宅のイメージをもっていないこと）。
- ・医療者が治療等の選択の際に患者の家族の生活を考慮する視点を持つこと。
- ・院内スタッフの意識の改革、生活モデルでの捉え方ができるような教育が必要。
- ・認知症の方への接し方がわからず、「在宅は無理」と考える人が多い（医療者も含め）。
- ・在宅療養にスムーズに移行できるよう医療・看護処置をシンプルなものにする必要がある（在宅手順の統一化）。また、在宅療養の様子を病院職員にフィードバックできる機会を設け、職員1人1人の在宅医療について理解を深める。
- ・診療科、コメディカルが在宅医療の実際を知り、患者家族に説明（情報提供）できるようにしていく必要があると思う。 /等

○在宅医療等に向けた院内の体制整備

- ・病院としての方針が不明瞭であり、地域との連携のあり方も不明瞭。また、診療報酬の算定においても力を入れておらず、退院調整部門としてのモチベーションの向上につながっていない現状がある。在宅へのパスの活用促進においても院内の動きが悪く、そのようなツールでの在宅連携システムにのれない現状がある。入院患者が多く、退院調整部署のマンパワー不足もあり、全ての入院患者の把握ができず介入ができていない現状がある。
 - ・患者の様子をよくみて、タイミングを逃さず退院できるよう準備をすること。医師・看護師をはじめ、ひとりひとりのスタッフに在宅医療につないでいくために、病院内で行うべきことについて意識づけること。
 - ・入院と同時に患者の退院時の状況アセスメントを行い、早期から調整していく。①介護認定を受ける手順を知る（介護保険のシステムを知る）、②退院調整ナースの業務を理解し、患者が在宅により良い意味で生活できるようにカンファレンスする、③社会的にサービスを受けることができる機関を知り連携を図る。
 - ・在宅医療への移行に関して、早期に多職種が協働して支援できるような体制を強化すること。
 - ・退院調整を行うスタッフのマンパワー整備・質の確保、退院調整を行うスタッフの研修。
- /等

○在宅医療機関等との連携強化・情報共有化

- ・在宅診療医、訪問看護ステーション等の名簿（病院マップ）の作成が必要。地域連携部門スタッフの確保（退院調整看護師、MSW等）と研修、在宅医療機関と拠点病院との症例検討会の開催、緩和ケアチームとの連携。

- ・当院をかかりつけとしていて、在宅サービスを利用している患者のサービス事業所との情報共有の問題。
- ・ケアマネジャー等の在宅関連機関との連携（入院時、退院時、普段）。
- ・入院前の患者の情報収集はもちろん、退院先でも良いケアが受けられるよう継続的に観察していけたらと思う（特に地域の患者で当院かかりつけの場合）。また、地域包括や居宅介護支援事業所等在宅関連事業と、日頃のコミュニケーションを増やしていくことによって、スムーズなやりとりができる。
- ・各在宅療養支援診療所の特色（訪問診療可能地域、麻薬の取扱いの有無、医師の専門診療科等）の把握が困難。1軒ずつ個別相談しているが、なかなか情報量が増えない。／等

○在宅医療のサポート体制（急変時の受け入れ、レスパイト入院など）の整備

- ・回復期リハから患者を在宅に退院させる場合、入院の医療機関のフォローが必要であっても回復期リハが後方病床になれない為に在宅往診医に迷惑をかける。
- ・訪問診療をしている方の急変時に備えて、ベッドを確保しておきたいが、急性期病院の後方支援病院的な役割をしているため、そこからの患者だけで満床になってしまう。
- ・在宅患者が入院を要する状態になった時に、自院に空床が全くなく、緊急性がある場合、どうしても自院での入院が不可能な場合があり他院に紹介することになると、当初の「自院で責任をもって診る」という方針に反することが起こり得る。この問題を解決するには、常に空床を作っておくことが必要だが、現実には困難な場合が多い。
- ・緩和ケア病棟を持っていないので、終末期の緊急入院やレスパイト入院を受けられない診療科がある。
- ・在宅を支える医師が、後方支援医療機関へ望むものは「疾病の増悪時の診療」と「介護者の都合による緊急入院」と考えているが、私たち慢性期病院としては満床に近い状況を維持しなければならない経営事情もあり、矛盾を感じている。／等

○退院調整に関する課題

- ・在宅医療の準備のためには程度の差はあるものの、ある程度時間を必要とする。対象者1人1人が安心して帰れるように、また、フォローしていく在宅支援の事業所や病院（診療所）も安心して引き受けられるよう、十分な引継ぎが必要である。殊に、急性期病院では、早く退院させたがるが、退院調整の目的が在院日数の短縮が第一となつてはならないと思う。質の良い退院調整をした結果として、在院日数が減つたとならなければならないと思う。
- ・退院時に必要な体制を適切にスピーディにコーディネートする力を持つ。
- ・ぎりぎりまで治療し、在院日数も短いため、退院調整にかけられる時間がない。家族も意思決定を急かされてしまう。
- ・退院調整業務を行う人員不足。病院収益に関して診療報酬のインセンティブが不足している。
- ・①通院治療をしている段階から在宅医療の可能性について患者・家族と共に検討しておく。
②入院中の患者と退院先について相談をする時、転院と同様に在宅療養という選択肢を提示する。
③在宅医療の時に活用できる介護、福祉サービスについての知識を職員が有し、患者・

家族の相談に応じることができるようになる。④退院時共同指導、介護支援連携等が効率的に実施できるよう話し合いの方法や記録用紙の改善を図る必要がある。／等

②受け皿における課題

○在宅医療実施機関・医師の確保

- ・訪問診療可能な医療機関や訪問看護の事業所が不足している。
- ・24時間対応してくれる往診専門の医師が3名しかいない。在宅療養支援診療所に登録されていても、外来診療している診療所に重症の医療依存度が高い人は頼めない。
- ・地域により、往診医の数や体制（24時間対応や在宅で行う、医療行為等）に格差があること。
- ・在宅医療の受け皿が少なく、質も高くないので退院できない。
- ・地域的に集中することがあり、受け皿となる医師の負担が大となっている状況がうかがえるため、依頼する際に躊躇する（現在は利用者のニーズに十分対応していただいている）。
- ・がん末期等で中心静脈栄養や疼痛コントロール等の濃厚な医療処置が必要な場合、対応可能なクリニックが少なく、また、地域的に偏在している。そのため在宅移行の調整に時間がかかり、本人・家族の望みが叶えられなかったり、在宅療養期間が短くなることがある。
- ・がん末期患者のペインコントロールや神経難病に対して得意とする医師が極めて少ない。特に小児等に関しては患者数も少なく各施設の力量が向上しない。
- ・専門外分野に対応できる開業医が少ない（在宅医療においてグループ診療が必要）。／等

○訪問看護に関する課題

- ・訪問看護ステーションが少ないため、在宅へ移行する患者で、訪問看護や往診が必要な患者の支援が行き届いてない。
- ・訪問看護が医療保険では疾病名、介護保険では介護ヘルパーとのバランスにより制限がかかっているため、もっと訪問看護が入れたら在宅移行可能なケースもある。
- ・医療的処置や人工呼吸器などを必要とする方が増えている中で、技術を訪問看護ステーションの方へ伝えることでスムーズな在宅への移行となる→手技の伝達方法。
- ・24時間対応できる訪問看護の不足。
- ・在宅ニーズが高い患者は在宅受入れが困難であり、また、訪問看護ステーション等の資源も少なく、結果的に入院期間が延長される。／等

○転院先や施設などに関する課題

- ・認知症の患者が多くなり、急性期の治療は終了したが、その後の施設を探すのが困難になっている。
- ・急性期と在宅をつなぐ亜急性期治療とADL拡大に向けたケアの充実した医療機関が少ない（回復期リハビリを適応しにくい高齢者や認知障害のある患者の転院が難しい）。
- ・ケアマネジャーに訪問看護や往診導入について相談すると「医療のことはわからない」という人が多い。確かに範囲外の部分はあるが、包括的に支援していくために必要な部分であり、ケアマネジャーにはそういう知識を身につけてほしい。

- ・グループホームや有料老人ホームの質の向上（患者状態が悪化したら、再入所できないという施設が多すぎる）。／等

③患者・家族に関する課題

○病態として転院・在宅移行が困難な患者への対応

- ・当院の機能・役割から考えると、人工透析を行っている患者が多く、その中で、要介護状態となってしまう方々や、回復期にあり専門的なりハビリテーションが必要な方の受け入れ先を見つけ出すのが困難である。例えば、体調は安定していて、要介護認定後の透析患者が介護保険施設に入所を申し込んでも、透析中であるからと断られたり、透析患者が脳卒中を発症し、密なりハビリを必要としても、診療報酬の仕組みなどから、回復期リハ病棟で受け入れてもらえなかったりする状況があり、透析患者にどのようにして適切な医療福祉サービスを提供するかという課題がある。
- ・胃ろう、IVH、吸引等医療行為があると、デイやショートステイ先がないため、家族のレスパイトができない。そのため、入院医療機関がその役割を担っている現実があり、家族も安心して退院していけない（検査目的や胃ろう交換目的で入院させる等）。
- ・栄養管理について胃ろうなど経管栄養や中心静脈栄養に入院中に切り換えられると、医療依存度が高くなり、在宅医を探すことが難しくなる。結局転院という選択肢に切り換えざるを得なくなり、在院日数は延長する。現状では、夜間・休日での対応が難しく、医療依存度の高い患者の往診医は増加していないので、在宅医療を推進していくことには困難が伴う。
- ・ALSの支援をしてくれる医師が限られている（在宅人工呼吸器管理をしてくれる医師）。
- ・がん末期の患者に対して、主に往診を行う医療機関、有床の診療所や医療機関の連携が図れていない。そのため、一度在宅に移行した後に入院が必要になった場合の対応が不安で、在宅療養に踏み切れない患者が多い。
- ・小児患者の在宅医療（訪問医、訪問看護等）を行える施設が少ない。地域で連携し小児の在宅医療を実施してくれる施設を増やしていくような働きかけが必要である。
- ・老人保健施設や療養病院では、心臓疾患や麻薬を利用する患者は薬代が高価で受け入れが困難となっている。
- ・40歳未満の難病患者の行き場がない。在宅しかないが、年齢的に親が介護にあたっている。
／等

○介護者不足等により在宅移行が困難な患者への対応

- ・介護者が不在の高齢者が増加傾向にあるため、高齢者施設を在宅とみなし、往診医師や訪問看護師との連携を強化していくことが望まれる。
- ・少子化に伴う家族構成の問題もあり、在宅医療を推進する上ではこの事がかなりの障害になっていると思う。在宅に戻そうとしても面倒を看ることができないという（家族がいない、いても働きに出て留守が多い）等である。医療機関に置き去り感がある。在宅に移行することが難しい。
- ・高齢の患者が多く、在宅への移行が難しい。介護保険施設、福祉施設への入所希望が多い。

- ・患者の医療・介護度が重症化すればするほど、在宅復帰の選択を同居者である患者家族の受入れ状況に委ねることも少なくない。今後も、在宅医療、介護促進の観点からサービスの充実を図っていくことは重要と考えるが、入院医療機関において、更なる在宅復帰の向上を図っていくには、今以上に患者家族への相談支援機能を充実させていく必要があると考える。充実した患者家族の負担軽減や生活問題への解決方法の立案を促すものとする。
- ・日中 1 人暮らしが支えきれない。単身者や老々介護の場合。土日祝日や夜間のフォローが難しい。 / 等

○在宅医療に関する患者・家族の知識不足・不安の解消

- ・急性期病院から介護療養型医療施設へ転院した時点で、家族には在宅療養困難との思いがあり、たとえ医療の必要度が低くなったとしても、介護が必要な状況であれば、在宅を進めることは容易ではない。入院生活が長くなると家族側も患者がいない生活リズムに慣れてしまうため、在宅療養に対し抵抗を持ちやすいのではないかとと思われる。
- ・医療行為があると在宅で介護ができないと考えている家族が多くみられるため、訪問看護、訪問診療等、医療的なバックアップもしっかりあるということを理解してもらえるようにしていく必要がある。
- ・患者や家族が、在宅医療を知ることが大切、特に看取り＝病院という固定観念が強い。公開講座などを通じて、市民へ広く在宅療養について広報が必要。また、ホームドクター、かかりつけ医を推進することが必要。
- ・在宅医療に関して、家族や周りの方々が不安に感じるが多く、取り除けていない。病院側は自宅で過ごせると思っても、なかなか納得・理解して頂けない。どのように話を進めていけば在宅医療を進められるかを検討していく必要がある。
- ・病院への入院継続を強く希望することが多いため、在宅医療についての患者・家族の認識を高めること。 / 等

7. 在宅医療調査の結果概要

【調査対象等】

調査対象：在宅療養支援診療所から無作為に抽出した 1,500 施設、及び在宅療養支援病院（悉皆、「入院医療機関票」に同封して送付）、その他の在宅医療実施機関（施設数不明、「入院医療機関票」に同封して送付）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、在宅療養支援診療所 1,500 施設のうち「調査不可能」と回答のあった 26 施設を除く 1,474 施設を調査対象とした。

回答数：400 施設

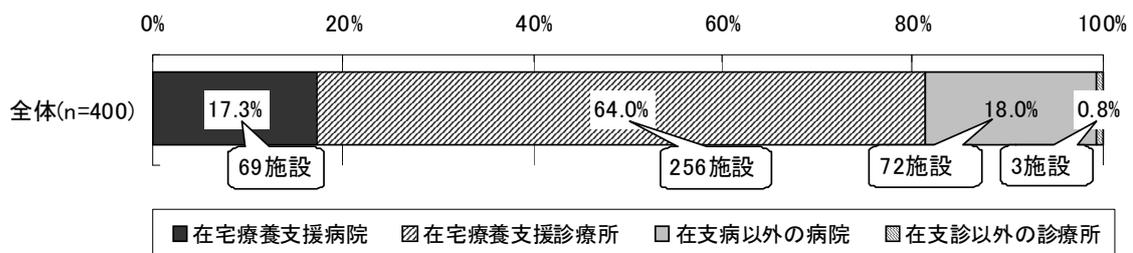
回答者：開設者・管理者

（1）施設の状況

①回答施設の種別

回答施設 400 施設の種別をみると、「在宅療養支援病院（以下、「在支病」）」が 17.3%（69 施設）、「在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）」が 64.0%（256 施設）、「在支病以外の病院」が 18.0%（72 施設）、「在支診以外の診療所」が 0.8%（3 施設）であった。

図表 87 回答施設の種別

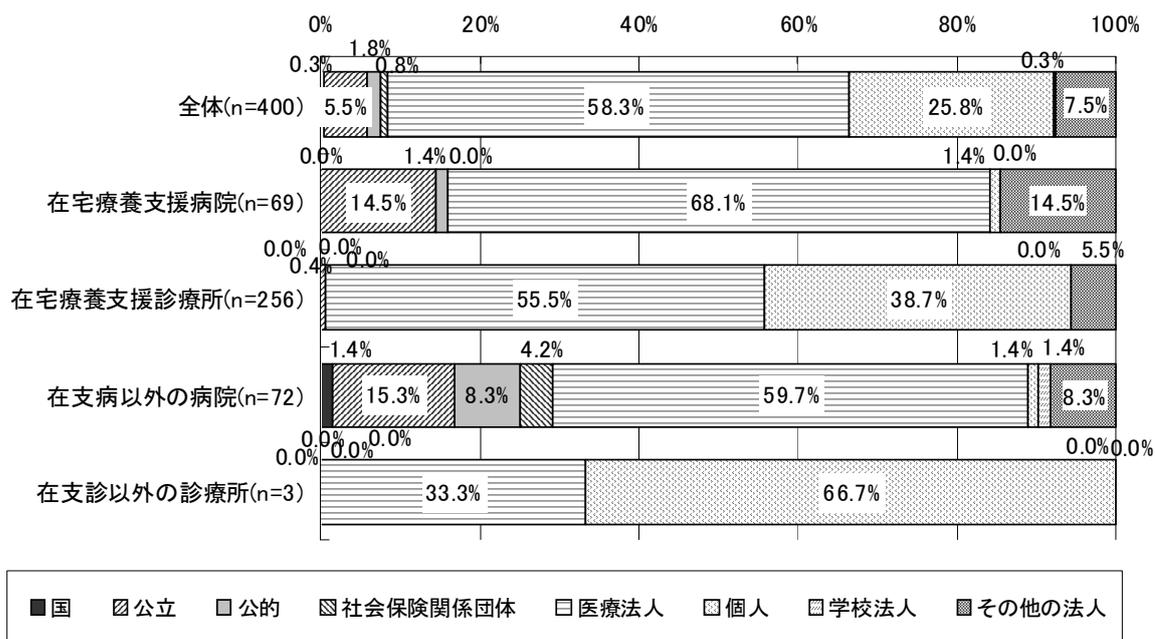


（注）「在支病」は「在宅療養支援病院」、「在支診」は「在宅療養支援診療所」を指す（以下、同様）。

②開設者

施設の開設者についてみると、在支病では「医療法人」が68.1%で最も多く、次いで「公立」と「その他の法人」がそれぞれ14.5%であった。また、在支診では「医療法人」が55.5%で最も多く、次いで「個人」が38.7%となった。在支病以外の病院では「医療法人」が59.7%で最も多く、次いで「公立」が15.3%となった。

図表 88 開設者



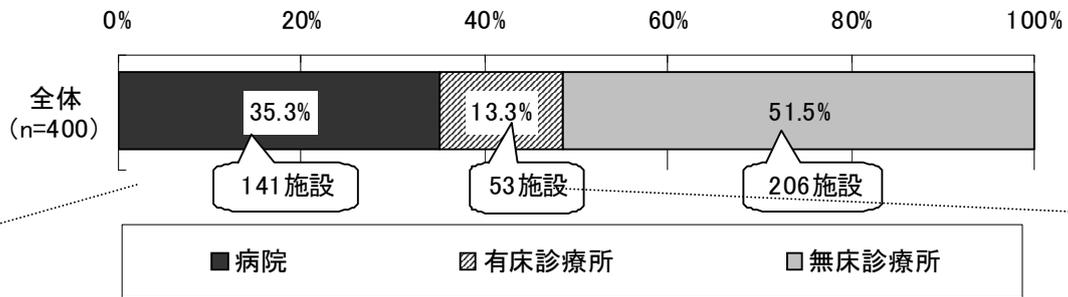
(注) 「在支診以外の診療所」は3施設であり、割合をみる際には注意が必要である（以下、同様）。

③病床規模

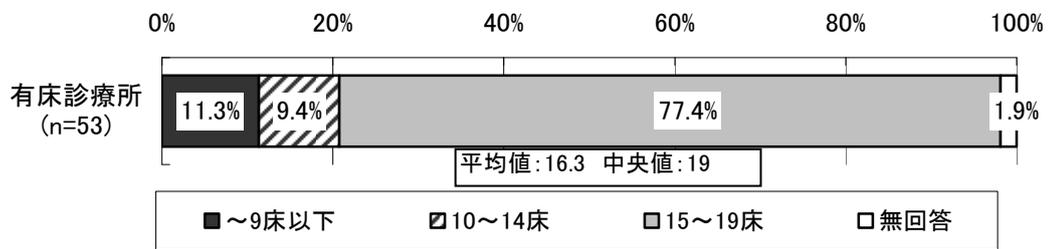
有床診療所53施設の病床規模をみると、「15～19床」が77.4%で最も多く、次いで「～9床以下」が11.3%、「10～14床」が9.4%となった。また、病床数の平均は16.3（中央値19）床であった。

病院141施設の病床規模についてみると、在支病では「50～99床」が34.8%で最も多く、次いで「100～149床」が21.7%となった。一方、在支病以外の病院では「150～199床」が22.2%で最も多く、次いで「300～499床」が16.7%となった。また、病床数の平均は在支病では102.1（中央値94）床、在支病以外の病院では225.5（中央値184.5）床となった。在支病の施設要件があるため、在支病のほうが在支病以外の病院と比較して平均病床数が小さかった。

図表 89 医療機関の種別

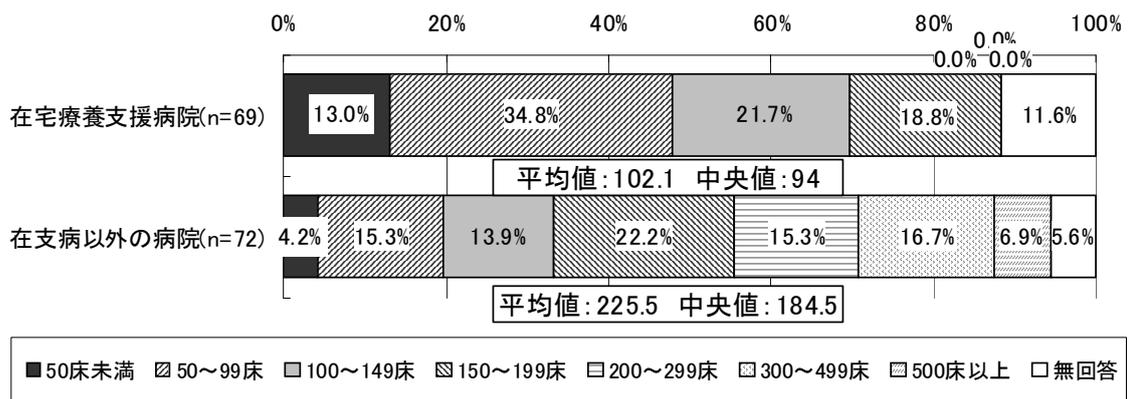


図表 90 有床診療所の病床規模



(注) 有床診療所 53 施設は全て在宅療養支援診療所であった。

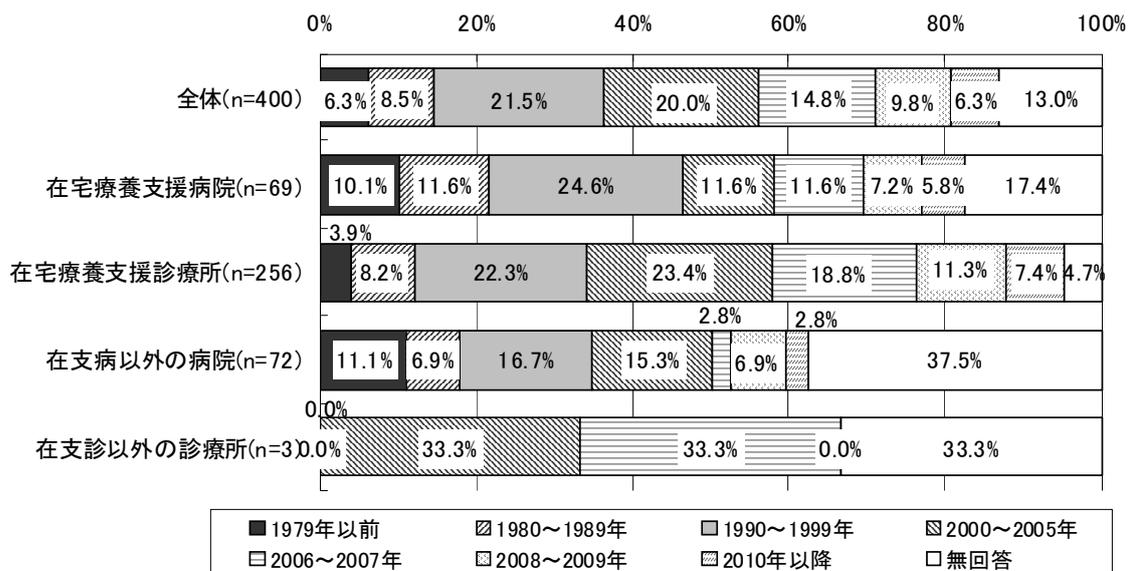
図表 91 病院の病床規模



④在宅医療を開始した時期

在宅医療を開始した時期についてみると、在支病では「1990～1999年」が24.6%で最も多かった。これに「1979年以前」「1980～1989年」も加えると半数近くが1999年以前の開始となっている。在支診では「2000～2005年」が23.4%で最も多く、次いで「1990～1999年」が22.3%となった。在支病と比較して、「2000～2005年」に在宅医療を開始した施設が多い。

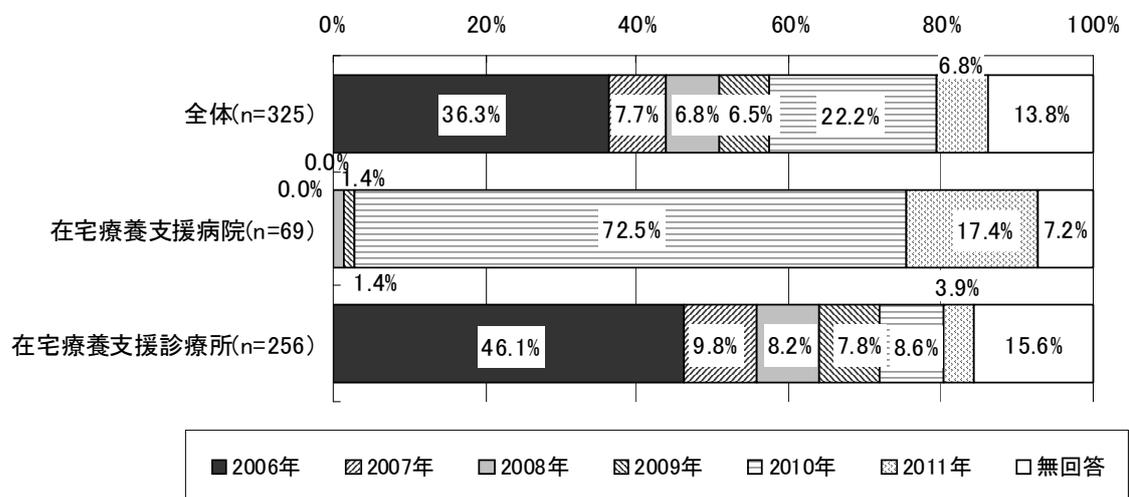
図表 92 在宅医療を開始した時期



⑤在宅療養支援病院・診療所の届出時期

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期についてみると、在支病では「2010年」が72.5%で最も多く、次いで「2011年」が17.4%であった。また、在支診では「2006年」が46.1%で最も多く、次いで「2007年」が9.8%、「2010年」が8.6%となった。

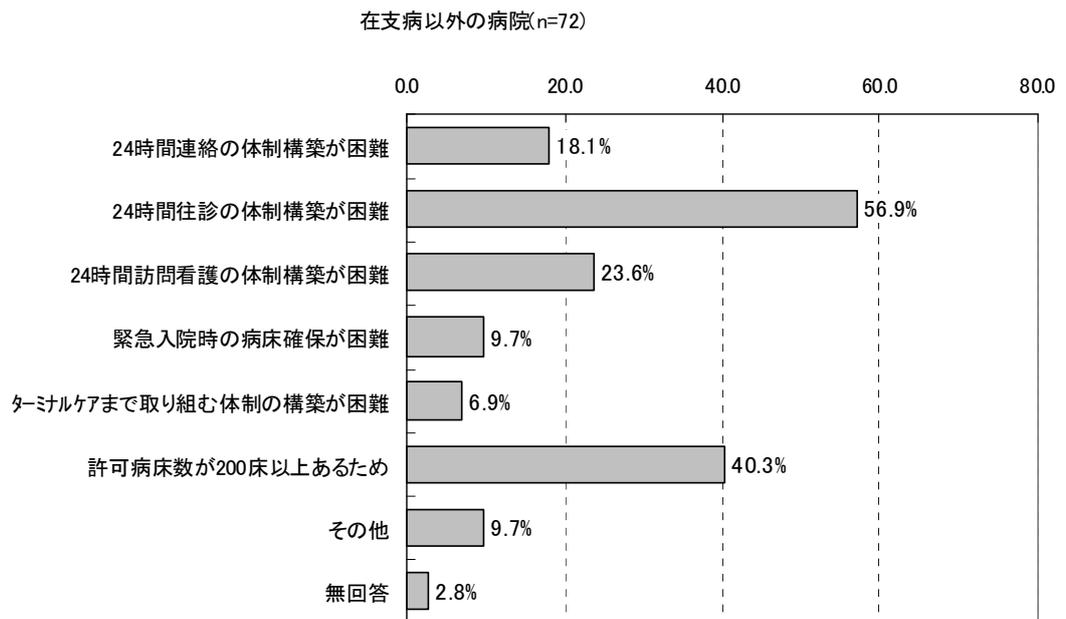
図表 93 在宅療養支援病院・診療所の届出時期



⑥在宅療養支援病院の届出をしていない理由

在支病以外の病院に在宅療養支援病院の届出をしていない理由を尋ねたところ、「24時間往診の体制構築が困難」が56.9%で最も多く、次いで「許可病床数が200床以上であるため」が40.3%、「24時間訪問看護の体制構築が困難」が23.6%、「24時間連絡の体制構築が困難」が18.1%と続いた。

図表 94 在宅療養支援病院の届出をしていない理由（在支病以外の病院のみ、複数回答）



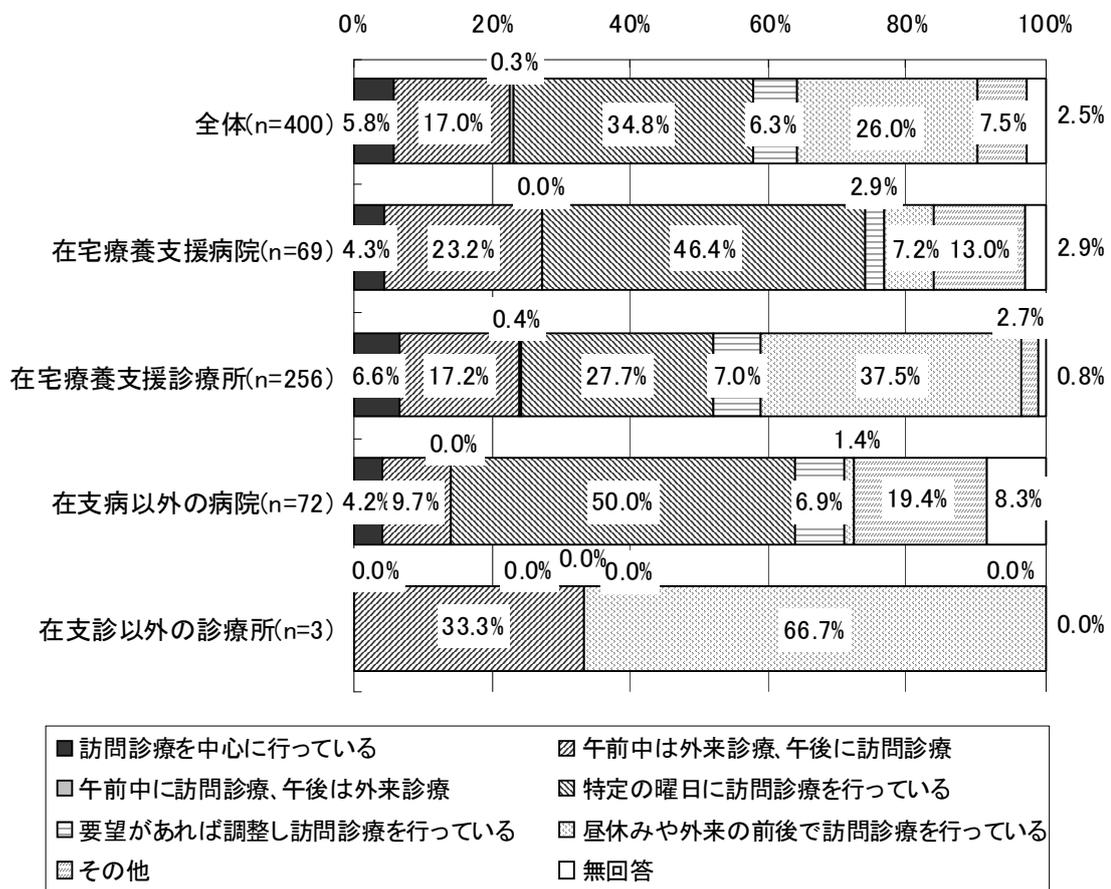
(注)「その他」の内容として、「4km以内に診療所が存在する」(3件)、「急性期医療を目標としている病院であるため」、「在宅療養支援病院の届出を準備している」、「町の訪問看護ステーションで対応」等が挙げられた。

(2) 施設の診療体制

① 訪問診療を行う時間の定め方

訪問診療を行う時間の定め方についてみると、在支病では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が46.4%で最も多く、次いで「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が23.2%となった。また、在支診では「昼休みや外来の前後で訪問診療を行っている」が37.5%で最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を行っている」が27.7%、「午前中は外来診療、午後に訪問診療を行っている」が17.2%となった。在支病以外の病院では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が50.0%で最も多く、次いで「その他」が19.4%、「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が9.7%となった。

図表 95 訪問診療を行う時間の定め方



(注) 「その他」の内容として、「外来担当医と別に訪問診療担当医が行っている」、「主治医によって違う」等が挙げられた。

②職員数

職員数についてみると、在支病では在支病以外の病院と比較して、1施設あたりの平均職員数が少ないが、「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」については、医師数や職員数合計などで上回っている。一方、在支診では在支診以外の診療所と比較して、1施設あたりの平均職員数と「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」が多い。

図表 96 職種別平均値（常勤換算）

（単位：人）

	回答施設数	医師	歯科医師	保健師 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	その他 医療職 職員	事務 職員他	計
全職員数									
在宅療養支援病院	60	9.3	0.2	34.8	14.0	2.8	36.6	20.8	118.4
在宅療養支援診療所	225	1.6	0.0	3.0	2.1	0.1	2.5	3.5	12.8
在支病以外の病院	55	31.7	0.6	118.9	17.5	6.8	68.2	57.4	301.2
在支診以外の診療所	3	1.3	0.0	0.5	1.0	0.0	0.3	2.2	5.3
うち、在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数									
在宅療養支援病院	60	1.9	0.0	1.4	0.5	0.0	0.3	0.3	4.5
在宅療養支援診療所	225	1.1	0.0	0.8	0.8	0.0	0.2	0.2	3.1
在支病以外の病院	55	1.5	0.0	1.4	0.1	0.1	0.3	0.2	3.7
在支診以外の診療所	3	1.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.7	2.3

（注）常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした（以下、同様である）。

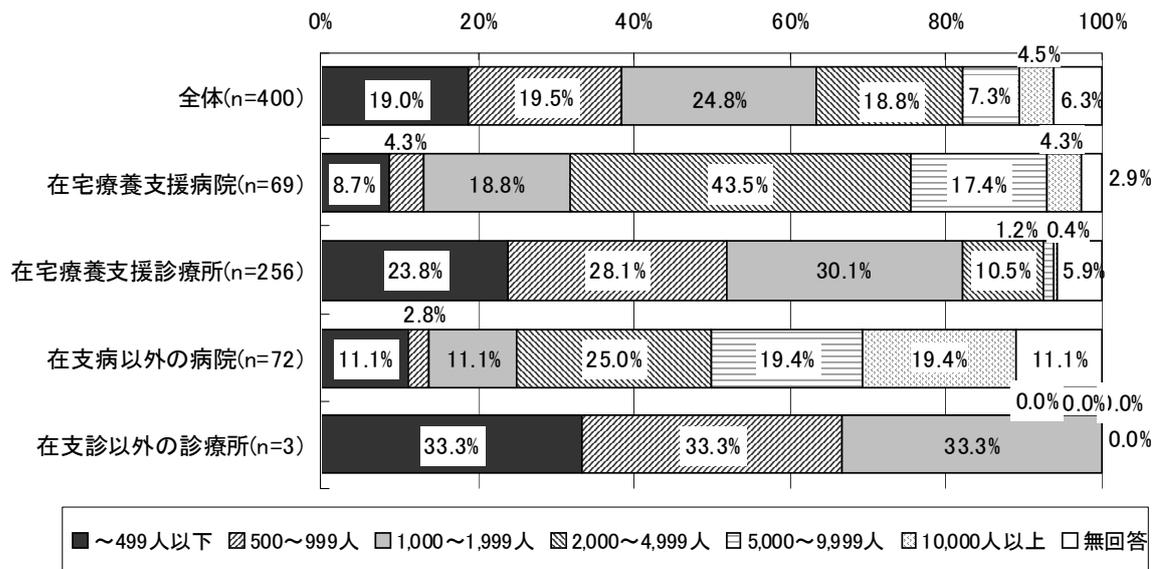
- ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- ・1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

③1 か月間の外来延べ患者数

1 か月間の外来延べ患者数についてみると、在支病では「2,000～4,999 人」が 43.5%で最も多く、次いで「1,000～1,999 人」が 18.8%となった。外来延べ患者数の中央値は 2,865 人であった。また、在支診では「1,000～1,999 人」が 30.1%で最も多く、次いで「500～999 人」が 28.1%、「～499 人以下」が 23.8%であった。外来延べ患者数の中央値は 936 人であった。

図表 97 1 か月間の外来延べ患者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）



図表 98 1 か月間の外来延べ患者数（1 施設あたり）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
在宅療養支援病院	67	3,580.2	2,735.3	2,865
在宅療養支援診療所	241	1,167.1	1,156.2	936
在支病以外の病院	64	7,146.3	8,687.7	4,109
在支診以外の診療所	3	675.7	454.0	700

(3) 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数

①年齢別患者数

回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数について平成23年6月1か月間の実績をみると、平均患者数は在支病が39.56人、在支診が43.91人、在支病以外の病院が20.32人、在支診以外の診療所が1.50人であった。在支病、在支診、在支診以外の診療所では平成21年6月と比較して、患者数は増加している。特に、在支病、在支診では、「75歳以上」「65歳以上75歳未満」の患者数が増加している。

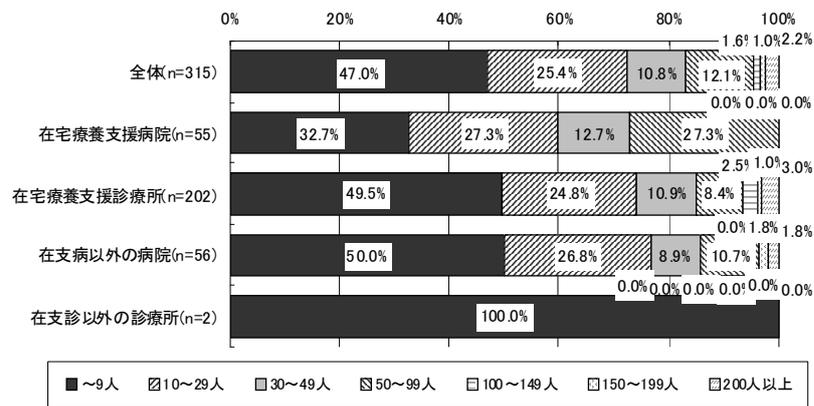
図表 99 年齢別患者数（1施設あたりの平均値）（平成21年・平成23年6月1か月間）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	55	55	202	202	56	56	2	2
3歳未満	0.02	0.00	0.05	0.09	0.09	0.16	0.00	0.00
3歳以上6歳未満	0.02	0.04	0.10	0.15	0.07	0.02	0.00	0.00
6歳以上15歳未満	0.02	0.00	0.42	0.41	0.11	0.09	0.00	0.00
15歳以上40歳未満	0.22	0.49	1.79	2.20	0.68	0.55	0.00	0.00
40歳以上65歳未満	1.13	2.44	4.46	5.20	1.95	1.80	0.00	0.00
65歳以上75歳未満	2.49	3.64	4.86	6.38	3.07	2.63	0.00	0.00
75歳以上	26.58	32.96	23.35	29.48	18.02	15.07	1.00	1.50
合計	30.47	39.56	35.04	43.91	23.98	20.32	1.00	1.50

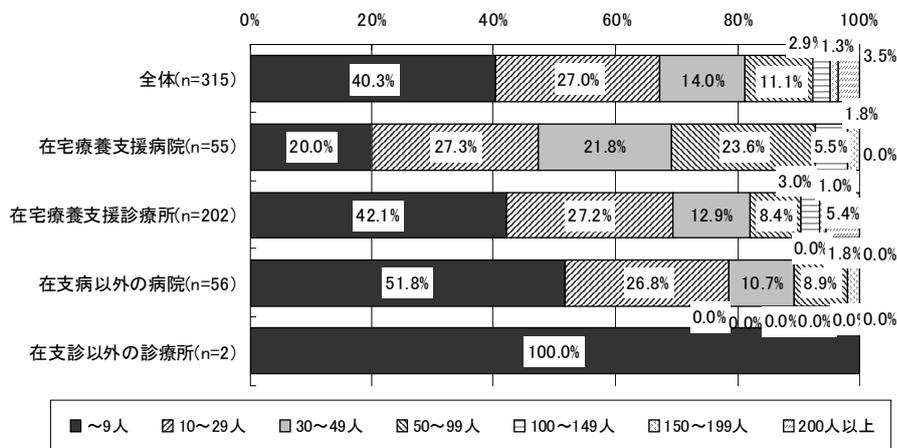
（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 100 患者数（平成21年6月【診療報酬改定前】）



（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた315件を集計対象とした。

図表 101 患者数（平成23年6月【診療報酬改定後】）



（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた315件を集計対象とした。

②主たる疾患別患者数（1施設あたりの平均値）

主たる疾患別患者数についてみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「認知症」の患者が平成21年と比較して増加している。また、在支病、在支診では、すべての疾患で患者数の増加がみられた。

図表 102 主たる疾患別患者数（1施設あたりの平均値）（平成21年・平成23年6月1か月間）
（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	54	54	200	200	57	57	2	2
悪性新生物	1.78	1.94	1.06	1.62	1.61	1.56	0.50	0.00
認知症	4.37	6.04	7.68	10.89	2.28	2.58	0.00	0.00
特定疾患(難病)	1.74	1.89	1.87	2.29	2.67	2.56	0.00	0.00
脳血管障害後遺症	8.00	8.87	7.11	9.73	7.96	6.88	0.00	0.00
呼吸器系疾患	2.67	3.04	2.45	4.81	3.05	1.67	0.00	0.00
その他の疾病	12.22	17.80	8.03	19.69	7.81	6.82	0.50	1.50

（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

③NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数

NICU から在宅医療に移行した患者の受入れ数についてみると、平成23年6月の1施設あたりの平均は、在支病が2.44人、在支診が1.43人、在支病以外の病院が1.79人であった。平成21年6月と比較して大きな変化はみられない。

図表 103 NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数（1施設あたりの平均値）
（平成21年・平成23年6月1か月間）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	54	54	200	200	57	57	2	2
NICU から移行した患者	2.28	2.44	1.08	1.43	1.58	1.79	0.00	0.00

（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

④診療報酬項目別算定患者数

診療報酬項目別算定患者数をみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「往診」「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」「在宅移行早期加算」「訪問看護指示料」については、平成21年6月と比較して増加した。特に、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」では大きく増加した。

図表 104 診療報酬項目別算定患者数（1施設あたりの平均値）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】
回答施設数	61	61	215	215	59	59	3	3
1) 往診料	3.18	3.56	5.73	6.32	1.41	1.78	1.33	1.67
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	18.90	21.44	13.24	14.45	11.97	13.12	0.67	0.67
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	9.21	17.75	11.08	16.86	1.78	4.58	0.00	0.00
3) 上記2)の在宅ターミナルケア加算	0.10	0.16	0.27	0.36	0.20	0.08	0.00	0.00
4) 在宅時医学総合管理料	12.33	18.05	18.53	22.88	1.51	2.61	0.00	0.00
5) 上記4)の在宅移行早期加算	0.00	1.72	0.01	1.04	0.00	0.36	0.00	0.00
6) 訪問看護指示料	11.41	13.49	5.18	6.41	13.97	15.29	0.00	0.00
7) 上記6)の特別訪問看護指示加算	0.23	0.30	0.40	0.33	0.19	0.25	0.00	0.00
8) 在宅自己腹膜灌流指導管理料	0.03	0.02	0.03	0.00	2.80	2.66	0.00	0.00
9) 在宅血液透析指導管理料（一回目）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
在宅血液透析指導管理料（二回目以降）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10) 在宅酸素療法指導管理料	7.74	8.46	1.60	1.81	16.10	16.54	0.00	0.67
11) 在宅中心静脈栄養法指導管理料	0.18	0.28	0.14	0.22	0.75	0.73	0.00	0.00
12) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	0.85	0.72	0.73	0.75	1.15	1.63	0.00	0.00
13) 在宅人工呼吸指導管理料	0.84	1.28	0.15	0.28	2.59	2.41	0.00	0.00
14) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.62	0.64	0.21	0.22	0.83	0.25	0.00	0.00
15) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物以外）	0.11	0.02	0.06	0.07	0.39	0.51	0.00	0.00
在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）	0.02	0.07	0.00	0.01	0.05	0.05	0.00	0.00
16) 退院時共同指導料1	0.11	0.13	0.03	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00

（注）全ての診療報酬各項目について回答があった施設を対象に集計。

診療報酬項目別算定回数をみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」の算定回数は平成21年6月と比較して減少しているが、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」では大きく増加している。

図表 105 診療報酬項目別算定回数（1施設あたりの平均値）

（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】
回答施設数	61	61	215	215	59	59	3	3
1) 往診料	5.33	5.67	9.54	10.32	1.69	2.49	3.00	3.33
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	43.23	39.54	30.78	28.73	21.29	21.27	1.33	1.33
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	23.62	37.74	26.72	39.91	4.83	8.81	0.00	0.00
7) 訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	0.28	0.36	0.09	0.27	0.34	0.36	0.00	0.00

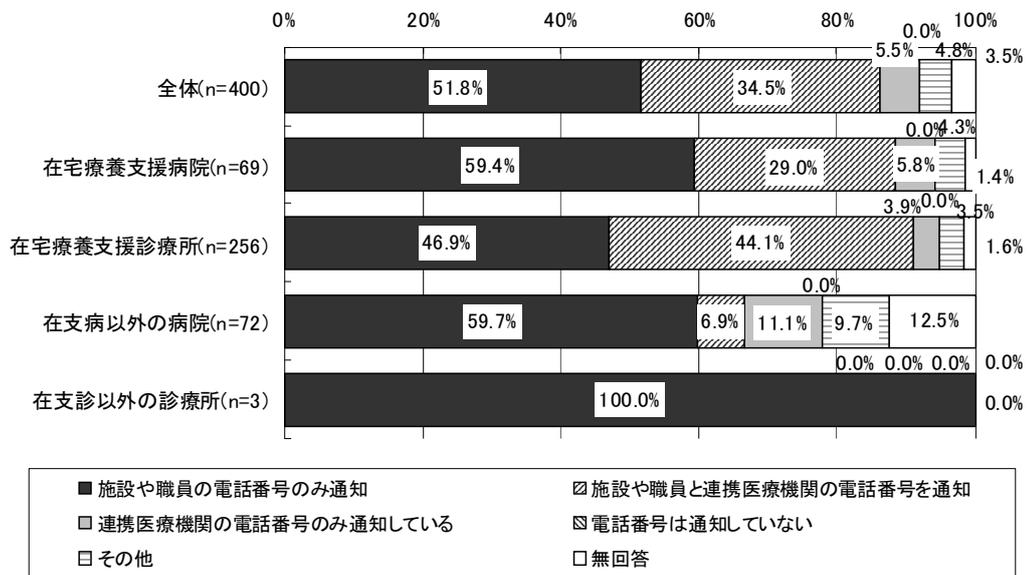
（注）全ての診療報酬各項目について回答があった施設を対象に集計。

(4) 緊急時の対応・往診体制

①在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法

在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法については、いずれの施設も「施設や職員の電話番号のみ通知」が最も多かった。この他の通知方法として、在支病と在支診では「施設や職員と連携医療機関の電話番号を通知」が多くなっている（在支病 29.0%、在支診 44.1%）。

図表 106 在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法

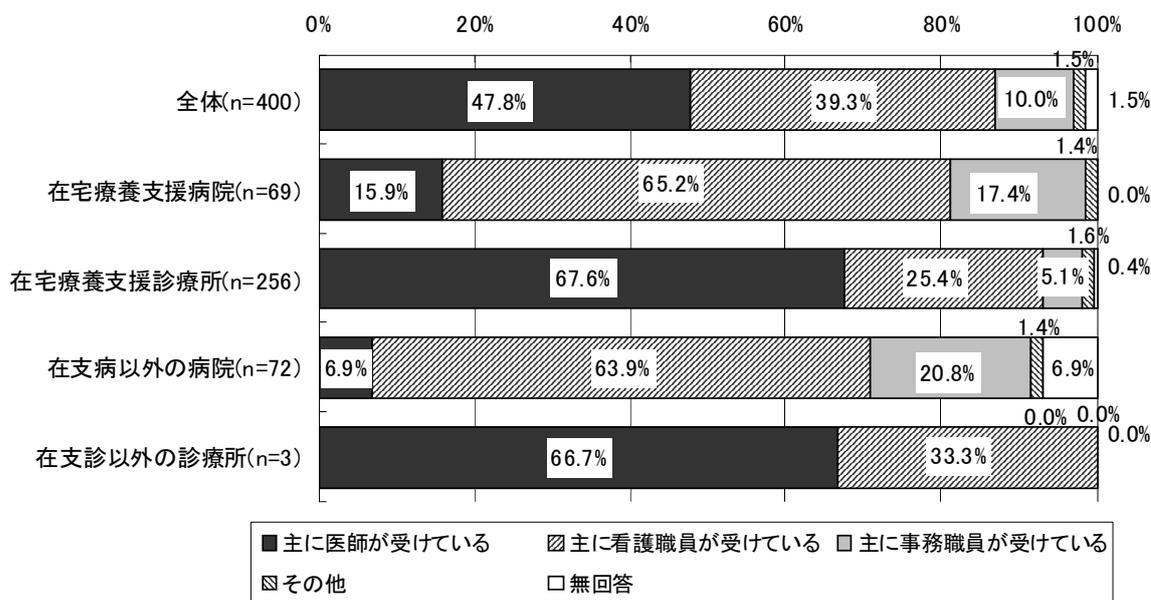


(注) 「その他」の内容として、「医師の携帯電話番号を通知」(5件)、「訪問看護ステーションの電話番号を通知」(4件)、「診療時間外は医師携帯へ転送」、「病院の守衛より訪問看護師携帯に連絡」、「訪問看護師の連絡先を通知」等が挙げられた。

②緊急時の連絡への主な対応者

緊急時の連絡への対応者についてみると、在支病や在支病以外の病院では、「主に看護職員が受けている」がそれぞれ 65.2%、63.9%で最も多く、次いで「主に事務職員が受けている」がそれぞれ 17.4%、20.8%で続いた。また、在支病と在支病以外の病院とで比較すると、在支病のほうが「主に医師が受けている」の割合が高かった。一方、在支診では「主に医師が受けている」が 67.6%で最も多く、次いで「主に看護職員が受けている」(25.4%) となった。

図表 107 緊急時の連絡への主な対応者

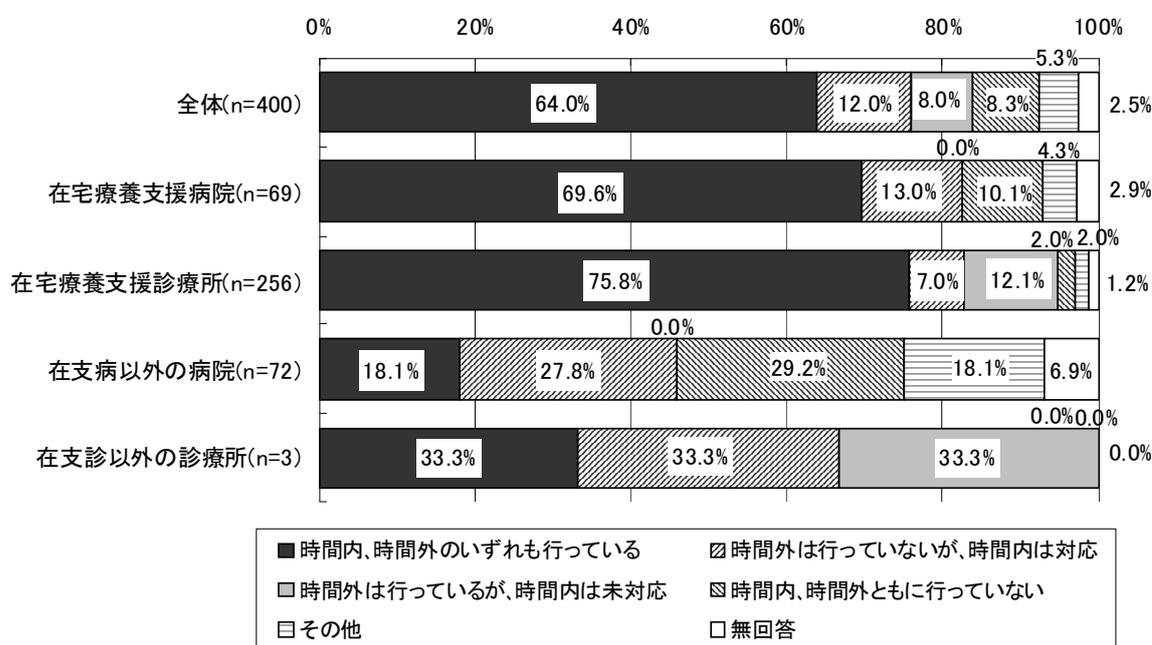


(注) 「その他」の内容として、「薬剤師」、「在宅療養部」、「時間内は受付、時間外は看護師」、「訪問看護ステーションの看護師」等が挙げられた。

③緊急時の往診体制

緊急時の往診体制についてみると、在支病、在支診では「時間内、時間外のいずれも行っている」がそれぞれ69.6%、75.8%で最も多かった。在支病では、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が13.0%、「時間内、時間外ともに行っていない」が10.1%と続いた。また、在支診では「時間外は行っているが、時間内は未対応」が12.1%、「時間外は行っていないが、時間内は対応」が7.0%となった。在支病以外の病院では、「時間内、時間外ともに行っていない」が29.2%で最も多く、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が27.8%、「時間内、時間外の内、時間外のいずれも行っている」が18.1%であった。

図表 108 緊急時の往診をどのように行っているか

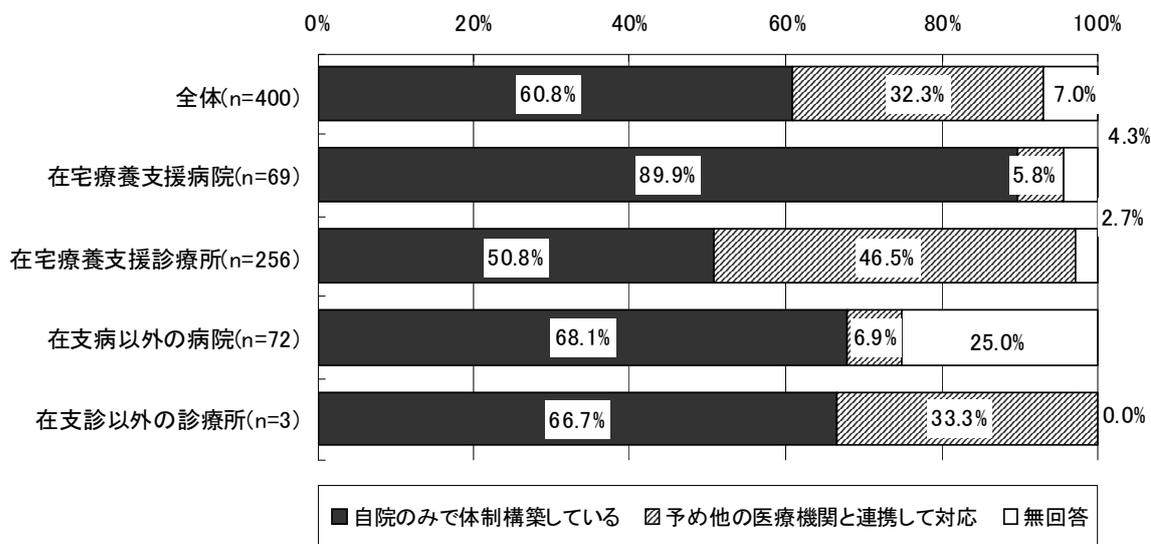


(注) 「その他」の内容として、「対応できない場合は救急搬送」、「医師が往診可能かどうか判断」、「ケース毎に対応」、「患者の症状と医師の状況による」、「看取り等に限って時間外も対応」、「訪問看護師が訪問し、指示を受けて必要時医師往診」等が挙げられた。

④緊急時の往診体制の構築方法

緊急時の往診体制の構築方法についてみると、在支病では「自院のみで体制構築している」が89.9%、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が5.8%であった。一方、在支診では「自院のみで体制構築している」が50.8%で、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が46.5%となった。在支診では在支病と比較して、他の医療機関と連携して緊急時の往診体制を構築している施設の割合が高い。

図表 109 緊急時の往診体制はどのように構築しているか



⑤緊急時の対応実績

緊急時に往診した回数についてみると、在支病では診療報酬改定前1年間の平均回数は24.5回であったのが、改定後の1年間の平均回数は31.3回となり、緊急時の往診回数は増加している。中央値でも、改定前が8.0回であったのに対し、改定後は9.5回と増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は19.8回で、改定後は22.8回と増加している。中央値でも改定前4.0回に対し、改定後は5.0回と増加している。

図表 110 緊急時に往診した回数（診療報酬改定前後）

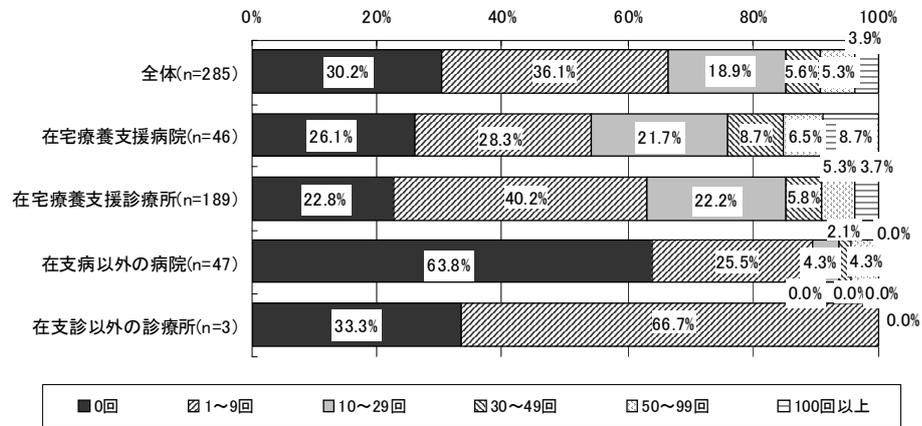
（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	46	46	189	189	47	47	3	3
平均値	24.5	31.3	19.8	22.8	5.9	6.3	2.7	2.3
標準偏差	43.4	63.0	63.2	77.1	16.1	17.7	2.5	2.5
合計値	1,126	1,438	3,734	4,317	278	298	8	7
中央値	8.0	9.5	4.0	5.0	0.0	0.0	3.0	2.0

（注）・「診療報酬改定前」は、平成21年度・改定前の1年間、「診療報酬改定後」は、平成22年度・直近1年間の期間を示す。

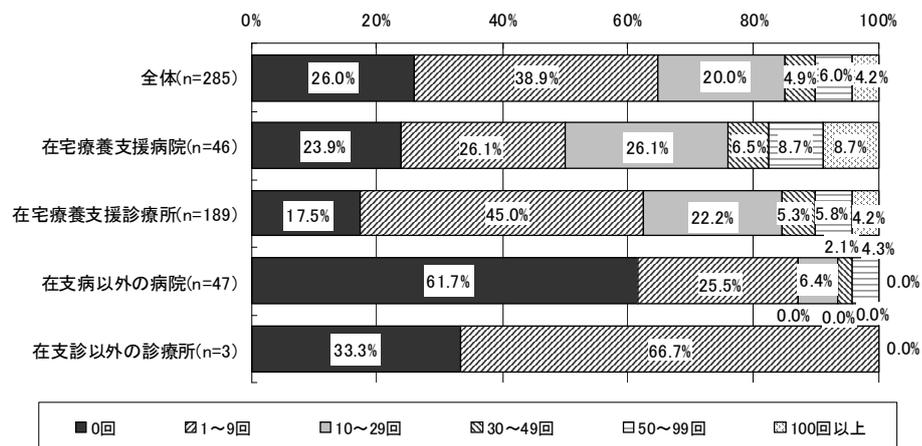
・全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 111 緊急時に往診した回数（平成 21 年度 1 年間 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 286 件を集計対象とした。

図表 112 緊急時に往診した回数（平成 22 年度 1 年間 診療報酬改定後）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 286 件を集計対象とした。

緊急入院が必要と判断された回数についてみると、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 5.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 6.1 回となり、緊急入院が必要と判断された回数はやや増加している。在支診も同様に、改定前が 4.7 回で改定後が 5.4 回とやや増加している。一方、在支病以外の病院、在支診以外の診療所では、改定前と比較して改定後の平均回数は若干減少している。

図表 113 緊急入院が必要と判断された回数

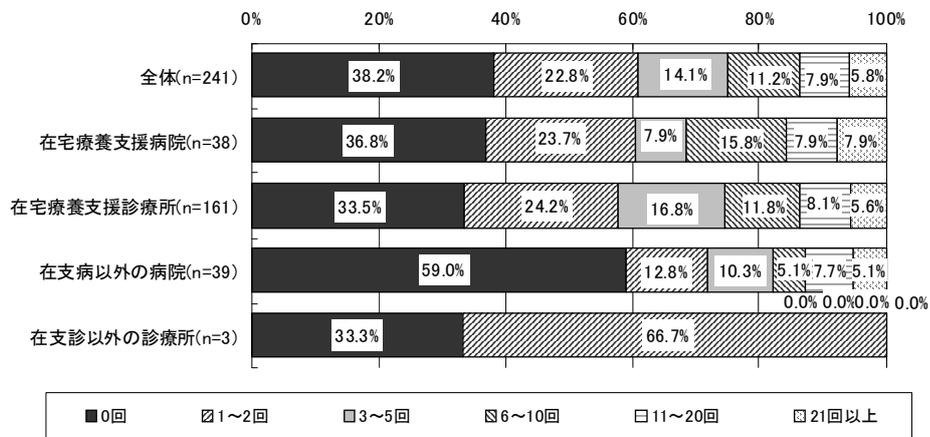
(単位：回)

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	38	38	161	161	39	39	3	3
平均値	5.5	6.1	4.7	5.4	5.6	5.0	0.7	0.3
標準偏差	8.6	9.2	7.6	8.5	17.1	15.4	0.6	0.6
合計値	208	233	760	875	219	194	2	1
中央値	2	2	2	2	0	0	1	0

(注)・「診療報酬改定前」は、平成 21 年度・改定前の 1 年間、「診療報酬改定後」は、平成 22 年度・直近 1 年間の期間を示す。

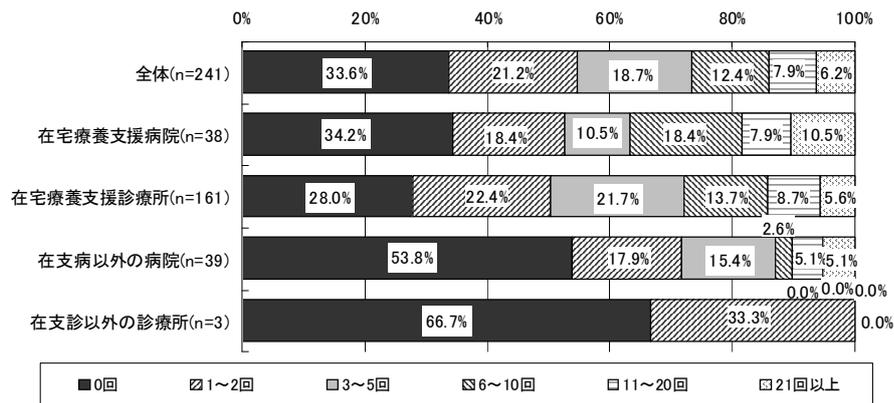
・全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 114 緊急入院が必要と判断された回数（平成 21 年度 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 243 件を集計対象とした。

図表 115 緊急入院が必要と判断された回数（平成 22 年度 診療報酬改定後）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 243 件を集計対象とした。

在宅で看取りを行った回数についてみると、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 3.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 4.9 回となり、在宅で看取りを行った回数は増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 3.9 回で、改定後は 4.5 回と若干増加している。在支病以外の病院でも 1.9 回から 2.9 回と増加している。

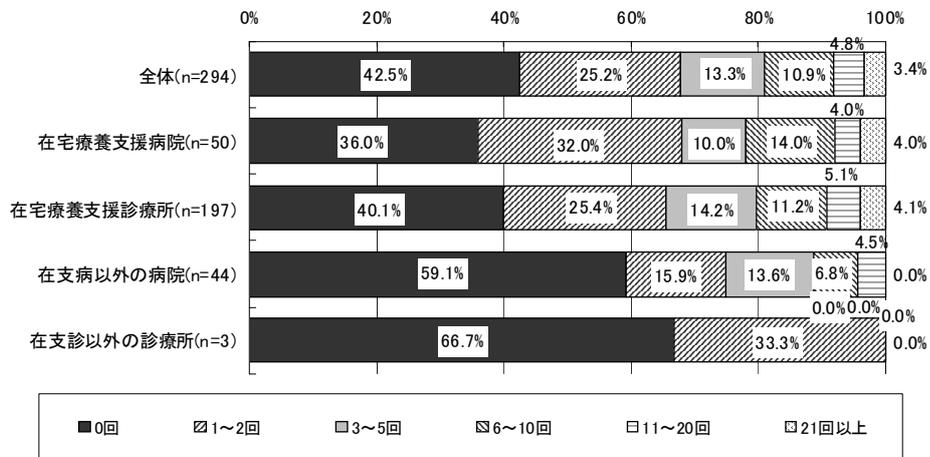
図表 116 在宅で看取りを行った回数（診療報酬改定前後）

（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	50	50	197	197	44	44	3	3
平均値	3.5	4.9	3.9	4.5	1.9	2.9	0.7	1.0
標準偏差	5.5	7.3	7.9	9.9	3.4	6.8	1.2	1.7
合計値	175	243	775	892	82	126	2	3
中央値	1	2	1	1	0	0	0	0

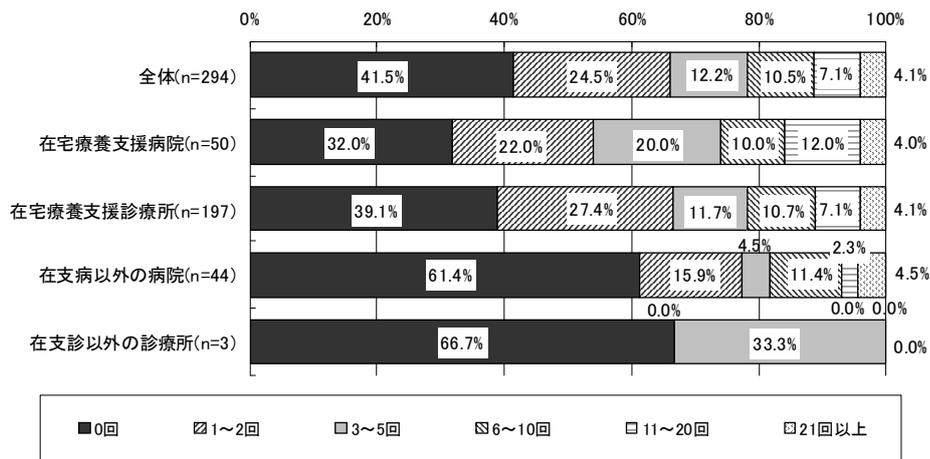
（注）「診療報酬改定前」は、平成 21 年度・改定前の 1 年間、「診療報酬改定後」は、平成 22 年度・直近 1 年間の期間を示す。

図表 117 在宅で看取りを行った回数（平成 21 年度 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 294 件を集計対象とした。

図表 118 在宅で看取りを行った回数（平成 22 年度 診療報酬改定後）

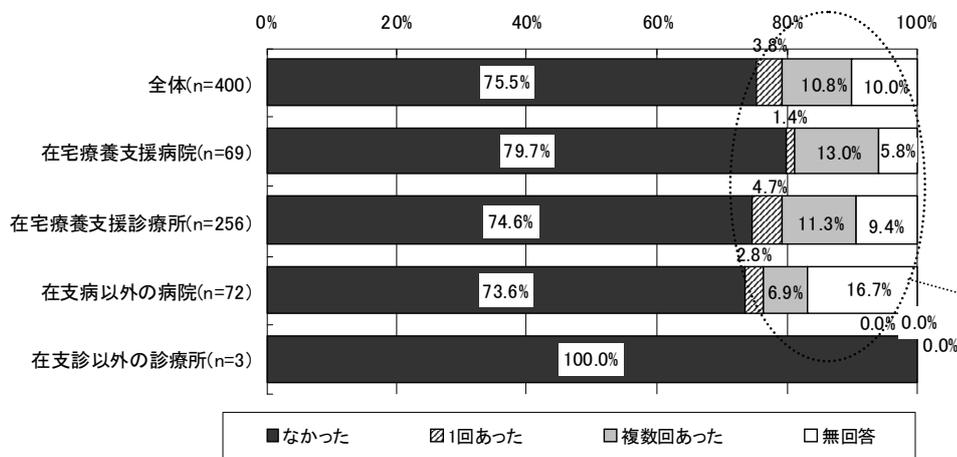


(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 294 件を集計対象とした。

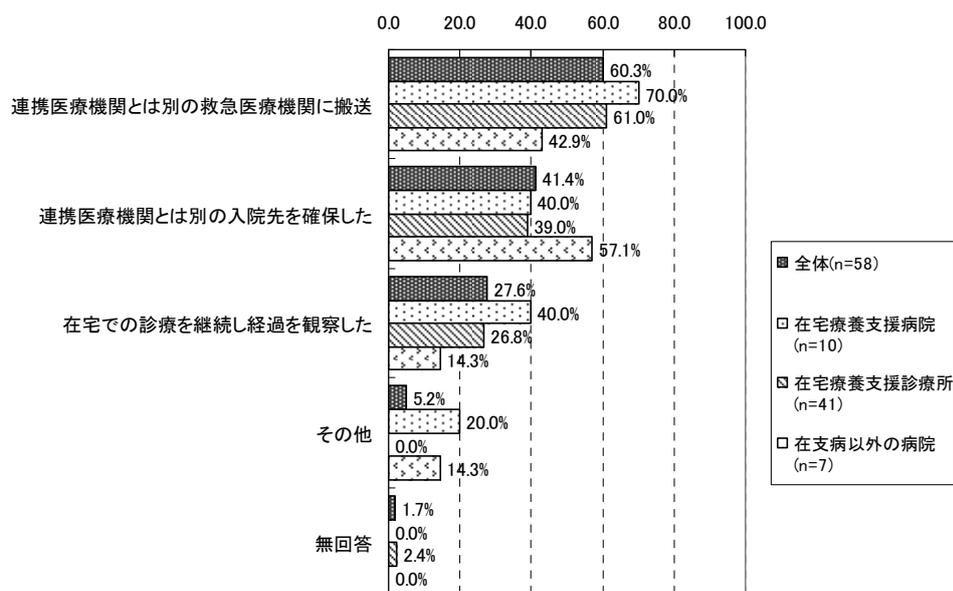
⑥緊急時の入院先の病床確保について

平成23年4月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかった経験の有無についてみると、在支病では13.0%、在支診では11.3%、在支病以外の病院では6.9%が「複数回あった」と回答している。また、「1回あった」という回答も、在支病では1.4%、在支診では4.7%、在支病以外の病院では2.8%となった。病床が確保できなかった理由を自由記述形式で尋ねたところ、「満床であったため」(47件)、「医師不足、専門医師の不足」(7件)、「専門治療が必要」(4件)、「認知症対応できない」(2件)が挙げられた。また、その際の対処法としては、在支病、在支診のいずれも「連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」がそれぞれ70.0%、61.0%で最も多かった。

図表 119 自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、病床が確保できなかった経験の有無



図表 120 自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、病床が確保できなかった際の対処 (緊急入院に際して病床が確保できなかったことがあった施設、複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「在宅での診療を継続し、入院予約として空くのを待った」、「救急にて他院へ搬送」が挙げられた。

【緊急時の対応のために工夫していること】（自由記述式、事例）

○連絡方法

- ・ 日中、外来受付時間外にも常時職員が待機し、電話等受けることができるようにしている。夜間・休日等にはクリニック電話より医師携帯へ自動転送になるようにしている。
- ・ PHS の待機を医師だけでなく事務にも担当してもらい、負担を軽減している。
- ・ 医師の携帯電話番号を家族に教えている。
- ・ オンコール表を使用して担当医には必ず電話連絡ができるようにしている。
- ・ 緊急時対応や救急車の呼び方の一覧表を作成し家族に渡し説明している。
- ・ 緊急時連絡方法のパンフレットを渡している。
- ・ 診療所電話、医師携帯（24 時間対応）、訪問看護師携帯（24 時間対応）を予め患者・家族に連絡している。／等

○病床確保

- ・ 一定数の緊急用の空床確保。
- ・ 当院に病床があるため、あらかじめの状態報告をしておき緊急時の対応依頼をしている。また、他病院との連携により、当院での対応不可能と判断された場合、急性期病院への依頼により確保できるようにした。
- ・ 空床の病棟へまず入院して頂き、予定の病棟が空き次第に転院して頂く流れをとっている。
- ・ 予め病院 2 か所と連携している。
- ・ 複数の受け入れ先医療機関を確保する。／等

○患者情報の共有化

- ・ あらかじめ連携病院へ病状・投薬・検査データ・医療情報提供書を送付し、万が一に備えている。
- ・ 関連病院と電子カルテにて、情報を共有している。
- ・ 緊急来院時、在宅での方向性など電子カルテでわかるようコメントを記入しておく。
- ・ 当院の往診患者であることを、電子カルテ上明記して担当医以外の医師に当院管理なので対応しなければならないという意識を持ってもらう。急変が予想される患者は、担当看護師より外来当直看護師へ申し送りする。／等

○その他

- ・ 紹介元の病院（在宅復帰直前に入院していた病院）へ緊急時にスムーズに入院できるよう、日頃から主治医同士（紹介元病院の主治医と自院の主治医）で情報共有するよう努めている。自院から訪問診療を開始する際、患者に対して緊急時の対応についてあらかじめ説明し、同意を得るようにしている。（緊急時の入院先…1）自院 2）紹介元の病院、自院が満床の場合 3）当日の救急当番病院（患者の症状＝危険度に応じて）。紹介元がない患者（自院がかかりつけである場合）については、患者の症状に応じて救急当番病院に受け入れてもらうようにしている（受け入れ先の地域連携室に診療情報を送った上で）。
- ・ 静岡市医師会の病院連携のネットワークを活用している。
- ・ ターミナルの患者がいる場合、予め消防に伝えておく。
- ・ 定期的に医師を含め看護職員と在宅患者の状況のカンファレンスを実行している
- ・ 当院では 24 時間体制で当直医、副待機の 2 名体制をとっている。また、訪問看護ステーションも 24 時間体制であり、迅速な動きと連携にて対応している。
- ・ 連携先とコミュニケーションをよくとるようにする。カンファレンスへ出席する。／等

(5) 他の医療機関との連携

① 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数

回答施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）は、在支病が2.25回、在支診が1.50回、在支病以外の病院が3.30回、在支診以外の診療所が0.67回であった。

図表 121 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）

（単位：回）

	在宅療養支援 病院	在宅療養支援 診療所	在支病以外の 病院	在支診以外の 診療所
回答施設数	58	215	54	3
平均値	2.25	1.50	3.30	0.67
標準偏差	4.18	2.99	5.88	0.58
合計値	130.5	323.5	178.0	2.0
中央値	1.0	1.0	1.0	1.0

平成23年6月1か月間に実際にカンファレンスを開催した実績のある施設でのカンファレンスの回数をみると、在支病が4.35回、在支診が2.91回、在支病以外の病院が5.56回、在支診以外の診療所が1.00回であった。

図表 122 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）

<前記図表のうち、会議実績のある施設>

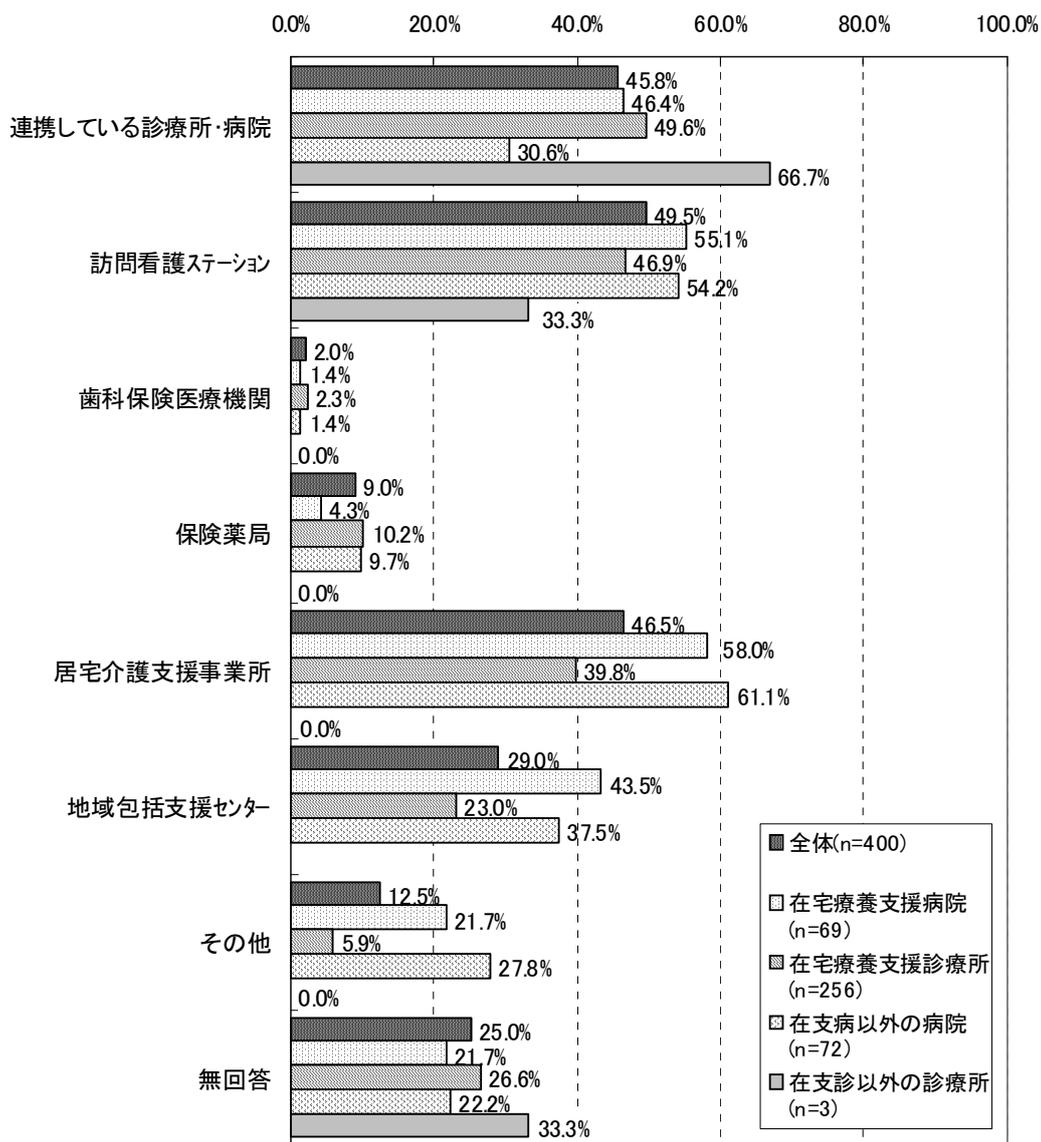
（単位：回）

	在宅療養支援 病院	在宅療養支援 診療所	在支病以外の 病院	在支診以外の 診療所
回答施設数	30	111	32	2
平均値	4.35	2.91	5.56	1.00
標準偏差	4.98	3.64	6.79	0.00
合計値	130.5	323.5	178.0	2.0
中央値	3.0	2.0	2.0	1.0

②カンファレンスに参加することのある連携機関

カンファレンスに参加することのある連携機関についてみると、在支病では「居宅介護支援事業所」が58.0%、「訪問看護ステーション」が55.1%、「連携している診療所・病院」が46.4%、「地域包括支援センター」が43.5%という状況であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が49.6%、「訪問看護ステーション」が46.9%、「居宅介護支援事業所」が39.8%、「地域包括支援センター」が23.0%であった。

図表 123 カンファレンスに参加することのある連携機関（複数回答）

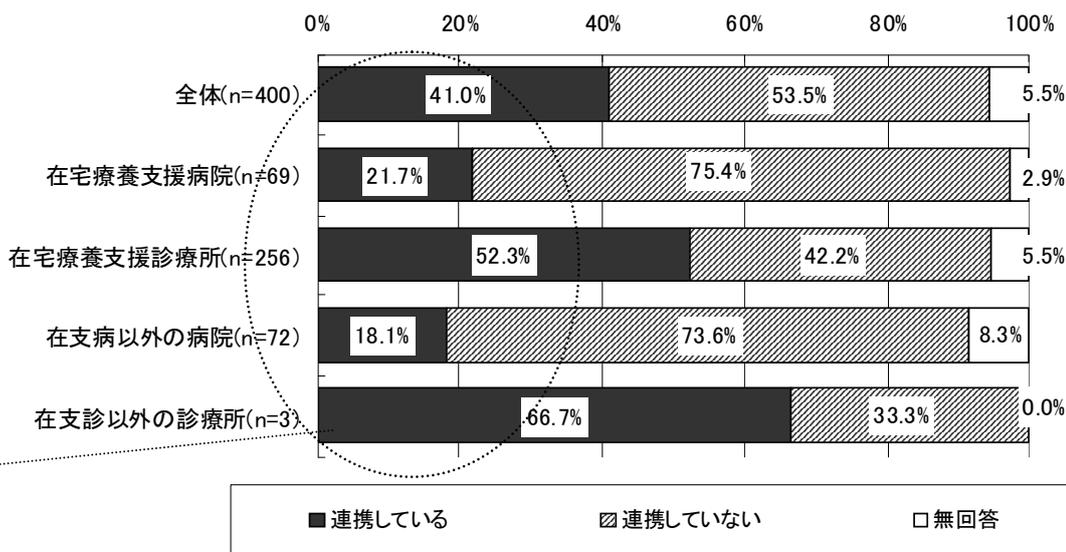


(注)「その他」の内容として、「老人福祉施設」(30件)「福祉用具業者」(8件)「市町村関係者」(3件)等が挙げられた。

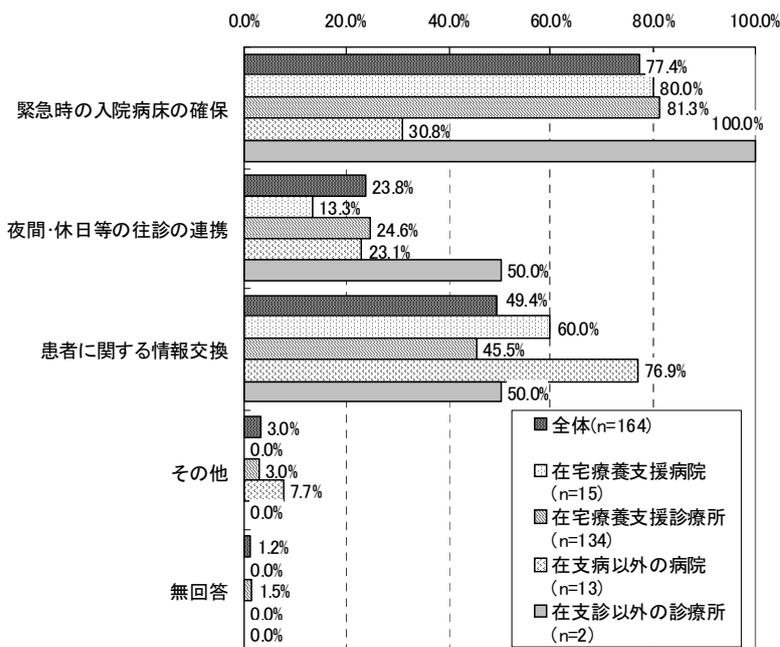
③他の在宅療養支援病院との連携の有無

平成 23 年 6 月 1 か月間における他の在宅療養支援病院との連携の有無についてみると、「連携している」という回答は、在支病が 21.7%、在支診が 52.3%、在支病以外の病院が 18.1%であり、在支診で割合が高かった。在支診における連携内容としては、「緊急時の入院病床の確保」が 81.3%、「患者に関する情報交換」が 45.5%、「夜間・休日等の往診の連携」が 24.6%であった。

図表 124 他の在宅療養支援病院との連携の有無（平成 23 年 6 月 1 か月間）



図表 125 平成 23 年 6 月 1 か月間の他の在宅療養支援病院との連携の内容
(在宅療養支援病院と連携している施設、複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「認知症の対応」「褥瘡処置」「レスパイト入院」が挙げられた。

【在宅医療を推進する上で有効と考えられる状況の共有化】（自由記述式、事例）

- ・ 緊急時に入院できる病院の空床の状況、専門医の体制。
- ・ 入院可能な病院と患者の病歴・病状の共有。
- ・ 地域の病院の医療機器の整備状況。
- ・ 入院先病床確保のため、連携先の相談室、連携室職員との情報交換。
- ・ 入院先の医師とのコミュニケーション。
- ・ 在支病、在支診、訪問看護ステーション等と、基本情報、生活状況、状態、身体状況・状態、診療記録などを共有化すること。
- ・ 訪問看護ステーションと24時間体制で情報を共有する。
- ・ 居宅介護支援事業所に退院時のサマリーを提供すること。
- ・ 患者に関わる全ての職種がその人の病状、家庭環境、地域の状況、受けているサービス、今後の希望など、様々な情報を共有するのが理想。／等

④他の施設・事業所との連携状況

連携している施設・事業所の数についてみると、在支病では「連携している診療所・病院」が平均 6.3 箇所、「訪問看護ステーション」が 2.0 箇所、「歯科保険医療機関」が 0.7 箇所、「保険薬局」が 1.0 箇所、「居宅介護支援事業所」が 5.3 箇所、「地域包括支援センター」が 1.8 箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が平均 3.5 箇所、「訪問看護ステーション」が 2.4 箇所、「歯科保険医療機関」が 0.3 箇所、「保険薬局」が 1.3 箇所、「居宅介護支援事業所」が 3.4 箇所、「地域包括支援センター」が 0.8 箇所であった。

図表 126 連携している他の施設・事業所の数

(単位：箇所)

		連携している診療所・病院	訪問看護ステーション	歯科保険医療機関	保険薬局	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
在宅療養支援病院(n=62)	平均値	6.3	2.0	0.7	1.0	5.3	1.8
	標準偏差	12.2	2.2	1.1	1.4	8.6	2.5
	合計値	389	124	42	65	328	113.5
	中央値	4	1	0	1	1	1
在宅療養支援診療所(n=230)	平均値	3.5	2.4	0.3	1.3	3.4	0.8
	標準偏差	3.9	2.5	0.6	1.8	8.3	1.2
	合計値	794	552	72	293	784	192
	中央値	3	2	0	1	1	0
在支病以外の病院(n=52)	平均値	16.7	2.8	0.4	1.2	8.6	1.8
	標準偏差	54.9	5.0	0.8	3.7	15.4	3.2
	合計値	866	146	21	61	445	91
	中央値	1	1	0	0	2	1
在支診以外の診療所(n=3)	平均値	2.7	1.7	0.7	1.0	0.7	0.7
	標準偏差	0.6	1.2	0.6	1.0	1.2	1.2
	合計値	8	5	2	3	2	2
	中央値	3	1	1	1	0	0

実際に連携施設・事業所がある施設に限定して、その連携施設・事業所の数の中央値をみると、在支病では「連携している診療所・病院」が4箇所、「訪問看護ステーション」が1箇所、「歯科保険医療機関」が1箇所、「保険薬局」が2箇所、「居宅介護支援事業所」が3箇所、「地域包括支援センター」が2箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が3箇所、「訪問看護ステーション」が2箇所、「歯科保険医療機関」が1箇所、「保険薬局」が1箇所、「居宅介護支援事業所」が3箇所、「地域包括支援センター」が1箇所であった。

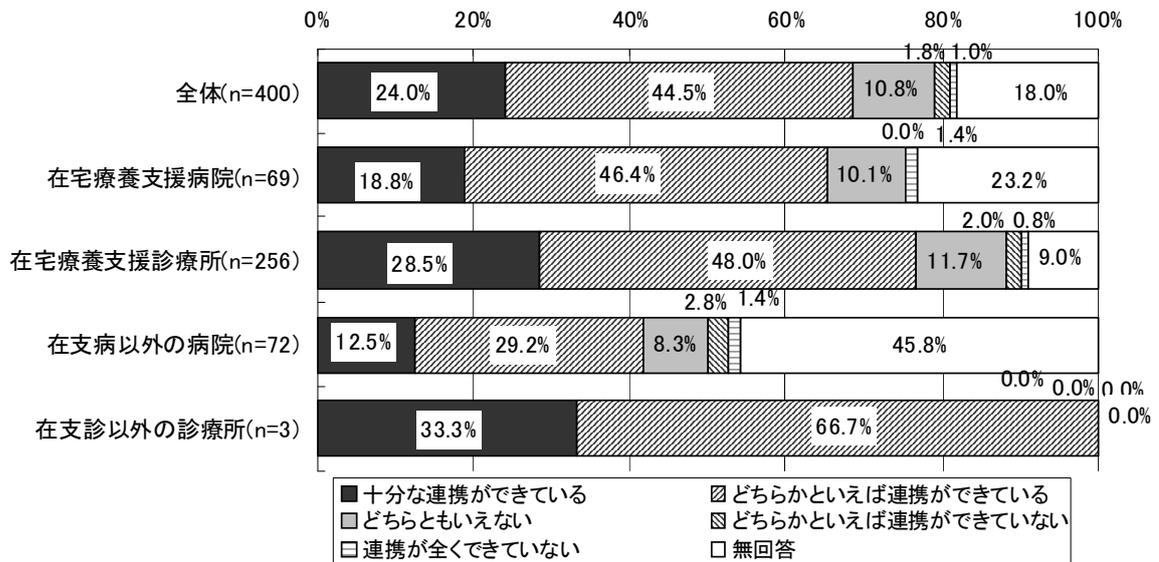
図表 127 連携している他の施設・事業所の数<前記図表のうち、連携実績のある施設>

(単位：箇所)

		連携している診療所・病院	訪問看護ステーション	歯科保険医療機関	保険薬局	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
在宅療養支援病院	件数	49	50	26	33	48	42
	平均値	7.9	2.5	1.6	2.0	6.8	2.7
	標準偏差	13.3	2.2	1.1	1.4	9.3	2.7
	合計値	389	124	42	65	328	113.5
	中央値	4	1	1	2	3	2
在宅療養支援診療所	件数	221	192	57	136	134	114
	平均値	3.6	2.9	1.3	2.2	5.9	1.7
	標準偏差	3.9	2.5	0.6	1.9	10.2	1.2
	合計値	794	552	72	293	784	192
	中央値	3	2	1	1	3	1
在支病以外の病院	件数	26	38	13	18	38	28
	平均値	33.3	3.8	1.6	3.4	11.7	3.3
	標準偏差	74.6	5.5	1.0	5.7	17.0	3.8
	合計値	866	146	21	61	445	91
	中央値	5	2	1	2	4	2
在支診以外の診療所	件数	3	3	2	2	1	1
	平均値	2.7	1.7	1.0	1.5	2.0	2.0
	標準偏差	0.6	1.2	0.0	0.7	-	-
	合計値	8	5	2	3	2	2
	中央値	3	1	1	2	2	2

「連携している診療所・病院」との連携状況についての評価をみると、在支病では18.8%、在支診では28.5%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ65.2%、76.5%となった。

図表 128 連携状況の評価：連携している診療所・病院との連携状況

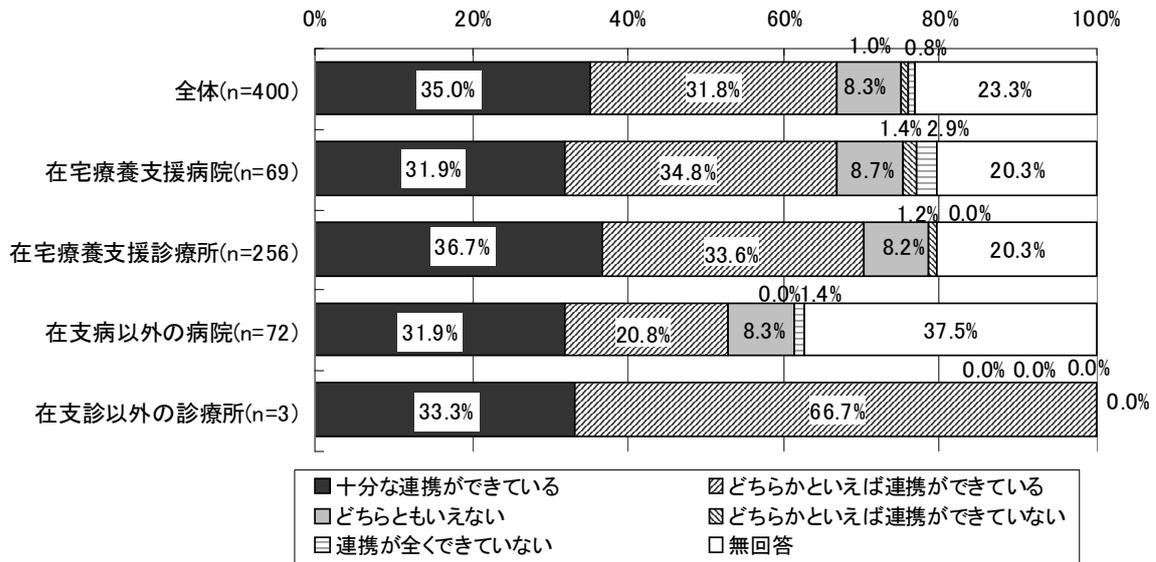


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携している施設がない。
- ・ カンファレンスの調整がうまくいかない。
- ・ 両者の積極性の欠如。
- ・ 必要な時しか交流しない。
- ・ 地域の病院数が少なく、自院で抱えやすい。患者も望んでいるため。／等

「訪問看護ステーション」との連携状況についての評価をみると、在支病では 31.9%、在支診では 36.7%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ 66.7%、70.3%となった。

図表 129 連携状況の評価：訪問看護ステーションとの連携

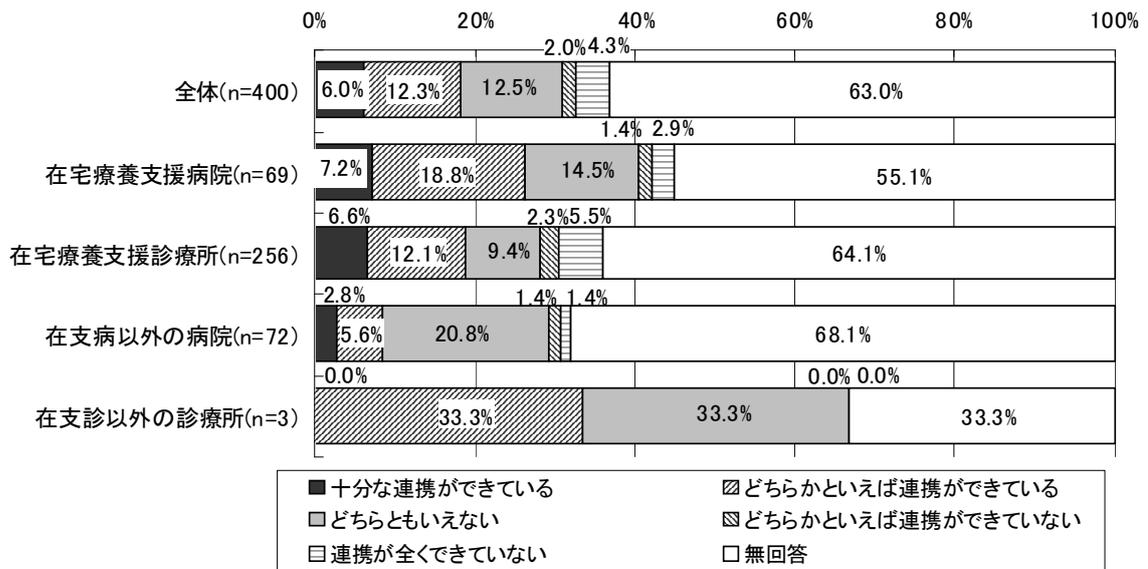


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 文書のみやりとり。報告が遅い。
- ・ 数が少ない。依頼しても受けしてもらえないこともある。
- ・ 24時間対応していない。
- ・ 両者の積極性の欠如。／等

「歯科保険医療機関」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 7.2%、在支診が 6.6%に留まった。本設問ではおそらく連携している歯科保険医療機関がない場合、無回答としたことが推察される。この場合、「連携が全くできていない」と同様に捉えることも可能であることから、無回答が多いことを斟酌しても「十分な連携ができている」と評価する施設が少ないといえる。

図表 130 連携状況の評価：歯科保険医療機関との連携

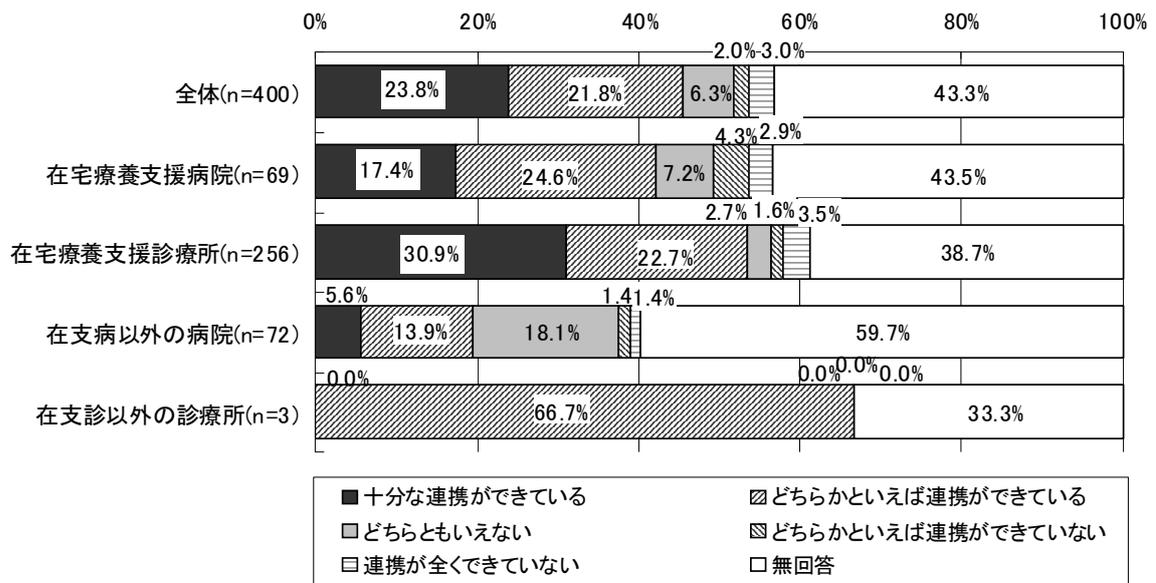


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 連携先がない／該当機関がない。
- ・ 連携すべき症例がない／患者のニーズがない。
- ・ 知らない／地域情報が少ない／情報の共有が少ない。
- ・ 訪問歯科診療しているのは歯科医師会未入会が多い。
- ・ 医療・介護・福祉などに関する知識・認識のレベルが低い。
- ・ 数が少ない。依頼しても受けてもらえないこともある。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ 紙面や口頭での情報提供・交換を共にしていない。患者を介してのみ。／等

「保険薬局」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 17.4%、在支診が 30.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 42.0%、53.6%となった。しかし、前述の「歯科保険医療機関」との連携状況の評価と同様、無回答が多くなっている点にも留意する必要がある。

図表 131 連携状況の評価：保険薬局との連携

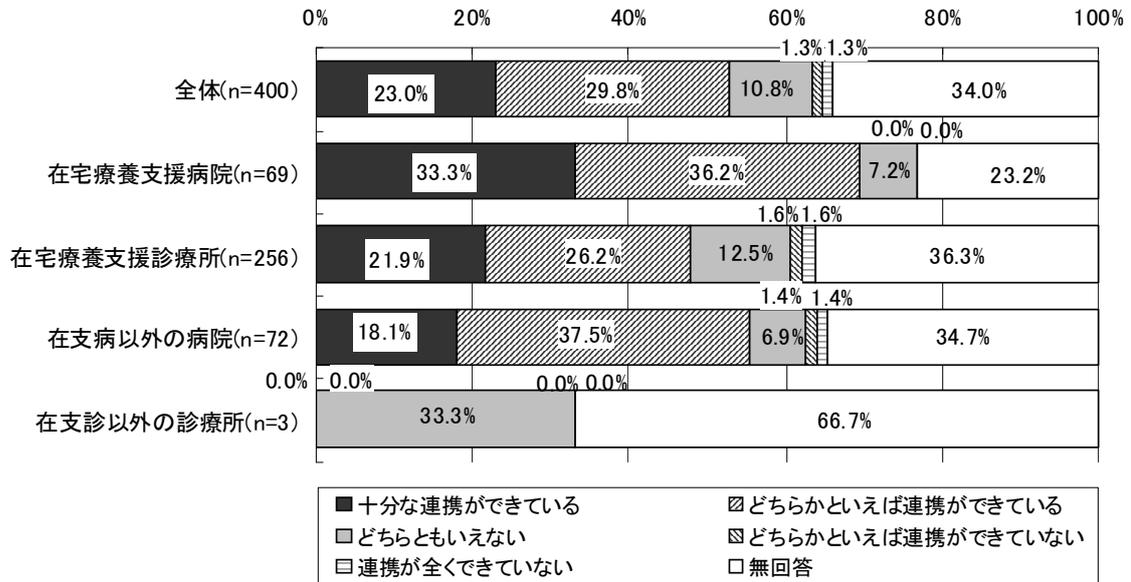


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 連携先がない／該当機関がない。
- ・ 院内調剤のため。
- ・ 往診患者の近くでお薬を処方する為、数が少ない。
- ・ （薬局の）時間外対応、休日対応ができていない。
- ・ 医療・介護・福祉などに関する知識・認識のレベルが低い。
- ・ 職員の意識が連携していこうと思っていない。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ 来月より連携をとる予定。／等

「居宅介護支援事業所」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 33.3%、在支診が 21.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 69.5%、48.1%となった。

図表 132 連携状況の評価：居宅介護支援事業所との連携

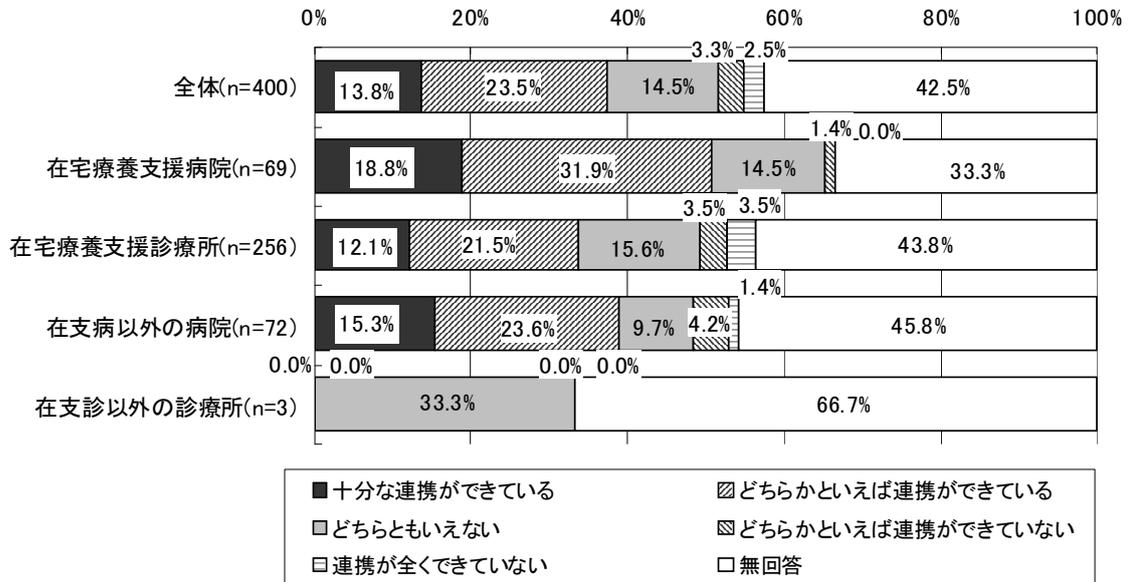


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない／実績がない。
- ・ 情報のやりとりが互いに十分にできず、電話のみでの対応のため。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する（時に末期）理解が低すぎる。少し状態が悪化するとすぐに「入院」と騒ぎ立てる人もいる。
- ・ 時間的に困難。電話にての応答は可。
- ・ 別の医療機関に転院させてしまうから。／等

「地域包括支援センター」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 18.8%、在支診が 12.1%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 50.7%、33.6%となった。

図表 133 連携状況の評価：地域包括支援センターとの連携



【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない／実績がない／連携数が少ない。
- ・ 全く交流がない／顔が見えない。
- ・ 接触する機会が少ない。
- ・ 連携の必要性がない。
- ・ 軽度介護の患者になるので病院との連携をする機会が少ない。
- ・ 要支援患者のためケアマネとの連携困難。
- ・ まず問い合わせや相談はほとんどない。患者のために介護サービスを使用したほうが良いと思ってケアマネの担当の名前を問うが担当ケアマネの名前すらきちんと教えてもらえない（個人情報だからと言って）。
- ・ 転居になると対応が必要。
- ・ 事務など職員が各自自治体（広域連合）の出向のため交代が早い。
- ・ 依頼数自体が少ない。
- ・ 居宅介護支援センターで事足りている。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する（時に末期）理解が低すぎる。少し状態が悪化するとすぐに「入院」と騒ぎ立てる人もいる。
- ・ 時間的に困難。電話にての応答は可。／等

⑤在宅医療を推進する上で必要と思われるサービス等

在宅医療を推進する上で必要と思われるサービスについて自由記述式により記載していた結果を以下にとりまとめた。

○訪問看護

- ・ 訪問看護ステーションの役割が大きい。
- ・ 状態悪化時の夜間の訪問看護、その情報提供。
- ・ 病状の変化に対し、医師との連携をとりやすい。危機介入がしやすい。
- ・ ターミナルケースに有効。
- ・ 24時間緊急対応可能で患者とその家族をサポートして頂き、緊急時には速やかに対応できる。
- ・ がん患者には必須のサービス。
- ・ 医療的フォローとして欠かせない。
- ・ 終末期や通院が困難な方、入院病床が確保できない時や入院を拒否する方の場合、在宅で点滴、状態把握ができ有用。
- ・ 在宅看取り時に死後処置の依頼。
- ・ 医療依存度の高いケースやターミナルケースにおいては、訪問看護ステーションの訪問は特に有効であるが、在宅医療を提供するケースは、さまざまな生活上の課題も抱えており、ケースに応じて必要なサービス事業所との連携は必要である。／等

○訪問看護・訪問介護

- ・ 患者・家族の状況などが日々訪問するごとに情報が有り有効と考える。
- ・ 訪問看護・訪問介護・デイサービス・デイケア。自宅のみでは行うのが困難なので、人の手を借りた方が家族の負担が減らせる。
- ・ 在宅療養の介護力不足の場合に有効。
- ・ 訪問看護・往診・ヘルパー（病状により）終末期が不安定な状態であるケースほどサービスが一定金額で十分入ることができれば退院の不安を軽減し、在宅療養に結び付けられると思う。
- ・ ヘルパーによる経管栄養の注入、吸痰処置ができれば在宅介護者の負担を軽減できる。／等

○医師

- ・ 24時間対応できる往診医の確保。がんのターミナル期だけではなく全ての人のターミナル期に。
- ・ 高齢者の訴えである、膝・腰・肩の疼痛を和らげるため、内科だけではなく総合的な治療が行える医師が必要。
- ・ 慢性期の患者のために地域に往診医が必要。／等

○訪問リハビリテーション

- ・ 社会生活を維持させる上で ADL 維持。
- ・ 高齢者で寝たきり状態の患者がほとんどであり、訪問リハビリが重要。／等

○地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・ 独居老人や家族の協力が得られない患者。虐待が疑われる患者。
- ・ ケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となってコーディネートしてもらえると、歯科や薬局などとの連携がより進みやすい。
- ・ 医療の内容のわかるケアマネジャー。／等

○レスパイト

- ・ 医療依存度が高い方を介護している介護者の休息の意味での短期ショートステイ。
- ・ レスパイトが必要な方に在宅療養支援病院。
- ・ 家族のレスパイトを目的とした、医療依存度の高い患者も受け入れられる施設の確保。
- ・ 医療的ケアが多い、あるいは病状が不安定な患者が利用できる、デイケア、ナイトケア、ショートステイ、ミドルステイ。介護が大変なのに現状ではサービス利用が困難で、家族も休息できないために在宅医療を勧めにくいようなケースに。
- ・ 社会的入院や介護者の救済のためのショートステイ等のサービスの充実が必要。
- ・ 介護者の負担を軽減させるためのサービス。寝たきり患者のケースもそうであるが、それ以上に認知症患者の在宅は介護者の負担がかなり厳しい。
- ・ 入所施設。状態の変化や家族の急な用事等で入所が必要となる。／等

○その他

- ・ 保険薬局。独居者や家族の協力が得られない高カロリー輸液使用患者。
- ・ 緊急時の入院先の確保。特に夜間の受け入れ先の確保。
- ・ デイサービスのリハビリの充実。
- ・ ショートステイ中に医療が利用できること。医療と介護保険サービス同日・同時間に必要な場合がある。
- ・ 特に独居（昼間独居）の患者に対しては、医療に加えて介護サービスが必要とされる。
- ・ 独居認知症患者や日中独居や、認知症同士の夫婦世帯に朝・晩（1日2回）の見回りや、オムツ、食事の世話をする人を派遣ないし常駐。
- ・ 各医療機関の役割をコーディネートする役割。
- ・ 理想としては24時間対応の支援サービス。
- ・ 電話相談センターのようなものがあるとよい。
- ・ 在宅酸素療法を行う際、在宅酸素を扱う会社と素早く連絡がとれ、即日より対応がとれること。
- ・ 地域で頻回の連携の機会を持つこと。
- ・ 開業医の負担増にならないよう各種機関によるサポートが大事。
- ・ 毎日のリアルタイム情報共有。特に病態が不安定な患者の場合。／等

(6) 特別訪問看護指示書

平成 23 年 6 月 1 か月間に特別訪問看護指示書を交付した患者数をみると、1 施設あたりの平均患者数は、在支病が 0.30 人、在支診が 0.79 人、在支病以外の病院が 0.45 人であった。

図表 134 特別訪問看護指示書の交付人数とその状態別内訳（平成 23 年 6 月 1 か月間）

(単位：人)

		特別訪問看護 指示書を交付	うち、急性増悪	うち、非がんの 終末期	うち、胃瘻、経 管栄養の管理 が必要な人	うち、その他の 状態の人
在宅療養支援 病院(n=56)	平均値	0.30	0.11	0.05	0.05	0.13
	標準偏差	0.74	0.41	0.23	0.23	0.57
	合計値	17	6	3	3	7
	中央値	0	0	0	0	0
在宅療養支援 診療所 (n=219)	平均値	0.79	0.42	0.09	0.10	0.26
	標準偏差	2.06	1.33	0.33	0.34	1.23
	合計値	172	91	19	22	56
	中央値	0	0	0	0	0
在支病以外の 病院(n=58)	平均値	0.45	0.26	0.07	0.02	0.14
	標準偏差	1.01	0.69	0.26	0.13	0.40
	合計値	26	15	4	1	8
	中央値	0	0	0	0	0
在支診以外の 診療所(n=3)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	合計値	0	0	0	0	0
	中央値	0	0	0	0	0

平成 23 年 6 月 1 か月間に特別訪問看護指示書を交付した実績のある施設に限定してみると、実績のある施設数は、在支病が 10 施設、在支診が 70 施設、在支病以外の病院が 13 施設であった。これら実績のある施設での平均患者数は、在支病が 1.70 人、在支診が 2.46 人、在支病以外の病院が 2.00 人であった。在支病では、交付患者 1.70 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.50 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。在支診では、交付患者 2.46 人のうち、「急性増悪」の患者が 2.17 人、「非がんの終末期」の患者が 1.19 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.16 人であった。在支病以外の病院では、交付患者 2.00 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.67 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。

図表 135 特別訪問看護指示書の交付人数とその状態別内訳（平成 23 年 6 月 1 か月間）

<前記図表のうち、実績のある施設>

（単位：人）

		特別訪問看護指示書を交付	うち、急性増悪	うち、非がんの終末期	うち、胃瘻、経管栄養の管理が必要な人	うち、その他の状態の人
在宅療養支援病院	件数	10	4	3	3	3
	平均値	1.70	1.50	1.00	1.00	2.33
	標準偏差	0.82	0.58	0.00	0.00	1.15
	合計値	17	6	3	3	7
	中央値	2	2	1	1	3
在宅療養支援診療所	件数	70	42	16	19	25
	平均値	2.46	2.17	1.19	1.16	2.24
	標準偏差	3.03	2.36	0.40	0.37	3.00
	合計値	172	91	19	22	56
	中央値	1	1	1	1	1
在支病以外の病院	件数	13	9	4	1	7
	平均値	2.00	1.67	1.00	1.00	1.14
	標準偏差	1.22	0.87	0.00	-	0.38
	合計値	26	15	4	1	8
	中央値	1	1	1	1	1
在支診以外の診療所	件数	0	0	0	0	0
	平均値	-	-	-	-	-
	標準偏差	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-
	中央値	-	-	-	-	-

(7) ターミナルケア

在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数についてみると、1施設あたりの平均患者数は、在支病が10.5人、在支診が7.2人、在支病以外の病院が2.3人、在支診以外の診療所が1.7人であった。また、このうち、自宅等（在宅）にて死亡した患者数は、在支病が4.0人、在支診が4.3人、在支病以外の病院が0.6人、在支診以外の診療所が1.0人であった。

図表 136 在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数と、このうち在宅にて死亡した患者数

(単位：人)

	在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者				うち自宅等(在宅)にて死亡した患者			
	平均値	標準偏差	合計値	中央値	平均値	標準偏差	合計値	中央値
在宅療養支援病院(n=59)	10.5	15.3	622	4	4.0	7.1	235	1
在宅療養支援診療所(n=233)	7.2	12.7	1,680	3	4.3	9.3	993	1
在支病以外の病院(n=45)	2.3	5.7	102	0	0.6	1.4	27	0
在支診以外の診療所(n=3)	1.7	2.9	5	0	1.0	1.7	3	0

在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者がいた施設数は、在支病では59施設中48施設、在支診では233施設中172施設、在支病以外の病院では45施設中18施設、在支診以外の診療所は3施設中1施設であった。これらの施設における死亡した患者数の平均は、在支病が13.0人、在支診が9.8人、在支病以外の病院が5.7人、在支診以外の診療所が5.0人であった。また、このうち、自宅等（在宅）にて死亡した患者数の平均は、在支病が6.5人、在支診が6.8人、在支病以外の病院が2.3人、在支診以外の診療所が3.0人であった。

図表 137 在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数と、このうち在宅にて死亡した患者数<前記図表のうち、実績のある施設>

(単位：人)

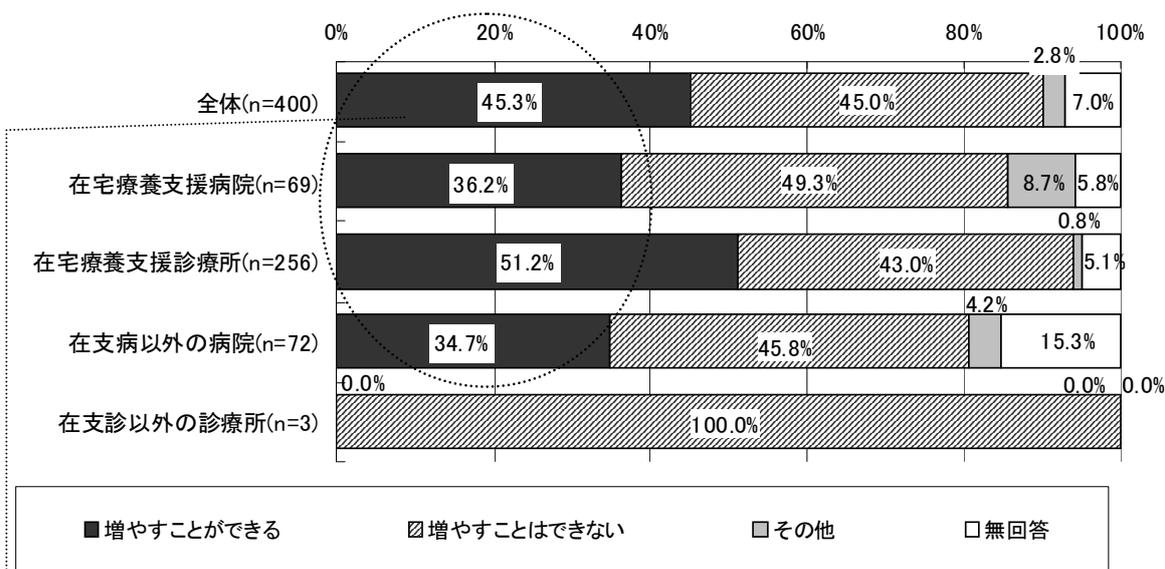
	在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者					うち自宅等(在宅)にて死亡した患者				
	件数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	件数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
在宅療養支援病院	48	13.0	16.0	622	8	36	6.5	8.1	235	3
在宅療養支援診療所	172	9.8	13.9	1,680	5	145	6.8	11.1	993	3
在支病以外の病院	18	5.7	8.0	102	3	12	2.3	2.0	27	2
在支診以外の診療所	1	5.0	-	5	5	1	3.0	-	3	3

(8) 在宅医療に関する考え

①現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか

現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるか尋ねたところ、「増やすことができる」という回答は、在支病が36.2%、在支診が51.2%、在支病以外の病院が34.7%であった。「増やすことができる」と回答した施設に、増やすことが可能な患者数を尋ねたところ、1施設あたりの平均は、在支病が7.9人、在支診が10.6人、在支病以外の病院が11.0人であった。

図表 138 現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか



(注) 「その他」の内容として、「わからない」、「人材確保できれば」、「なんとも言えない」が挙げられた。

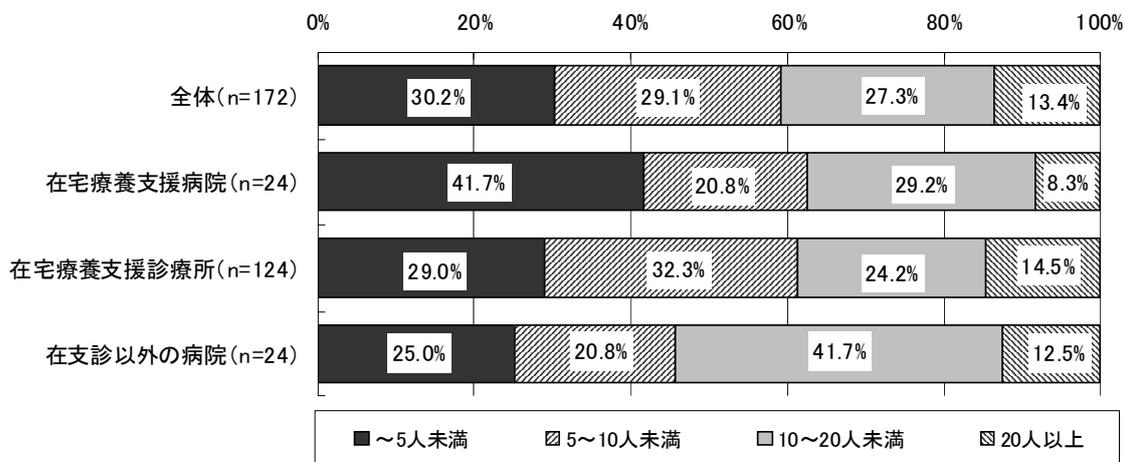
図表 139 増やすことの可能な1か月あたりの提供人数（患者数ベース）

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
全体	172	10.3	15.1	1,773	5
在宅療養支援病院	24	7.9	8.3	188.5	5
在宅療養支援診療所	124	10.6	16.3	1,320.5	5
在支病以外の病院	24	11.0	14.0	264	10
在支診以外の診療所	0	-	-	-	-

(注) 現在の体制で在宅医療の提供件を「増やすことができる」と回答した181施設のうち、増やすことの可能な提供人数について記入のあった172施設を集計対象とした。

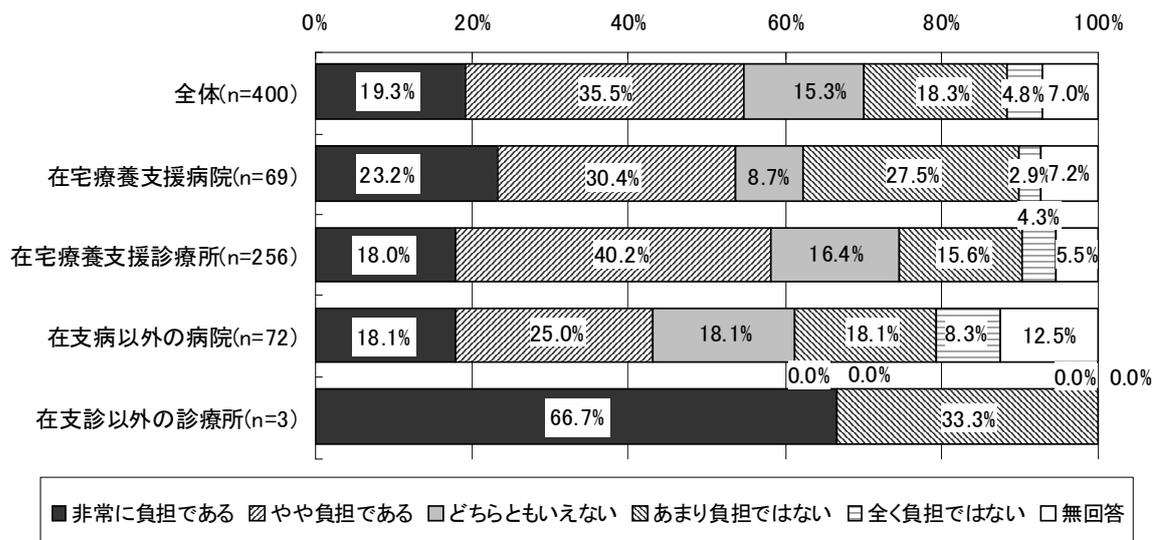
図表 140 増やすことの可能な1か月あたりの提供人数（分布）



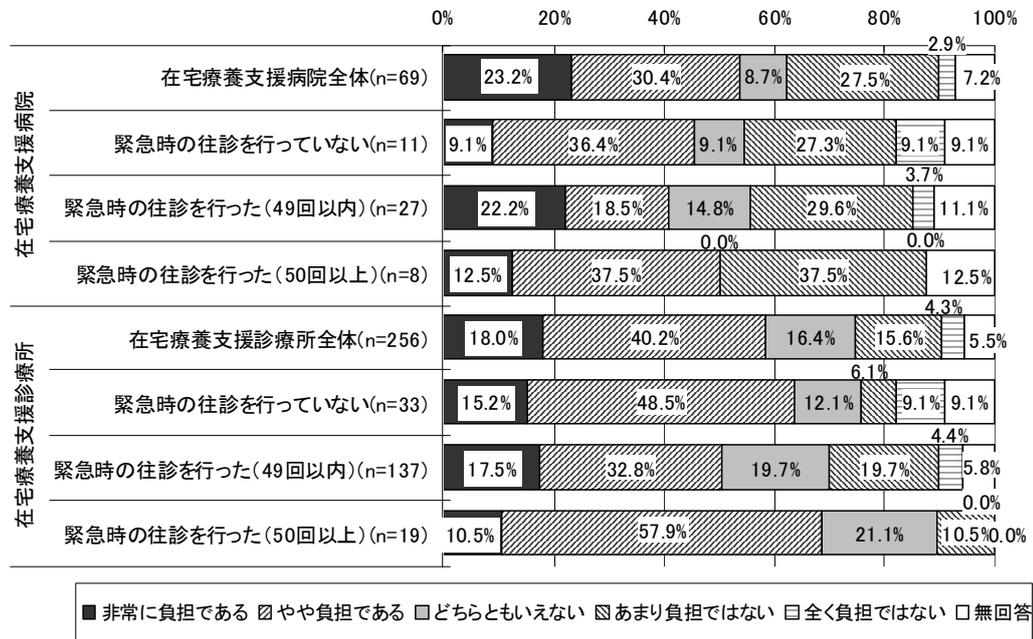
②在宅医療の推進に関する負担感

在宅医療の推進に際しての負担感として「24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、「非常に負担である」と回答した割合は、在支病が23.2%、在支診が18.0%、在支病以外の病院が18.1%であり、これに「やや負担である」を合わせるとそれぞれ53.6%、58.2%、43.0%となった。一方で、「あまり負担ではない」という回答が、在支病では27.5%で他の施設と比較するとやや高い割合となった。

図表 141 負担感：24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携

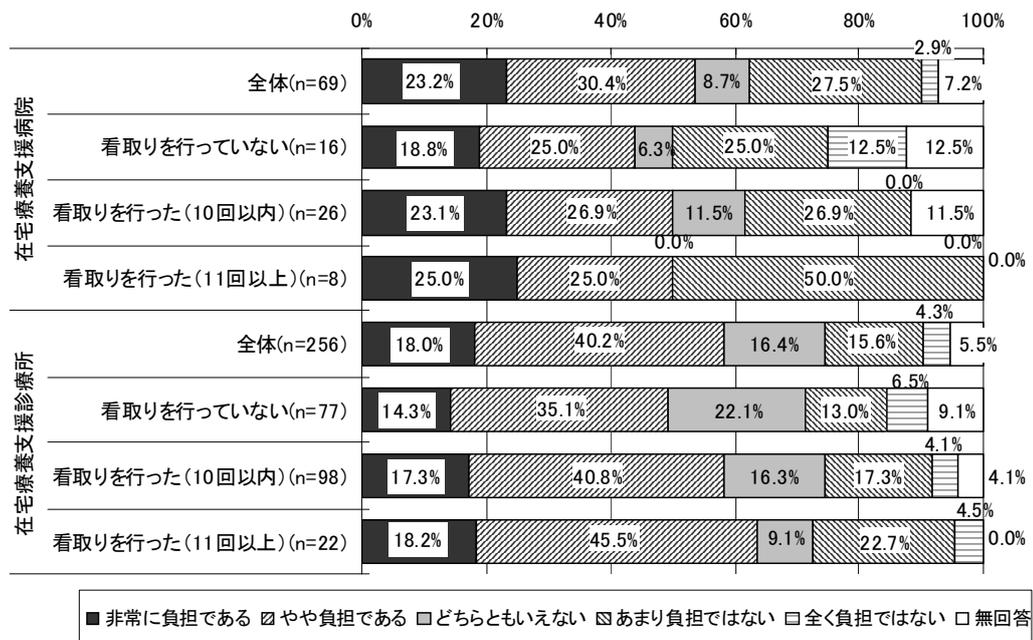


図表 142 負担感：24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成 22 年度 1 年間の緊急時の往診回数別）



(注) 「在宅療養支援病院全体」「在宅療養支援診療所全体」には、「緊急時の往診」について無回答であった施設も含まれる。

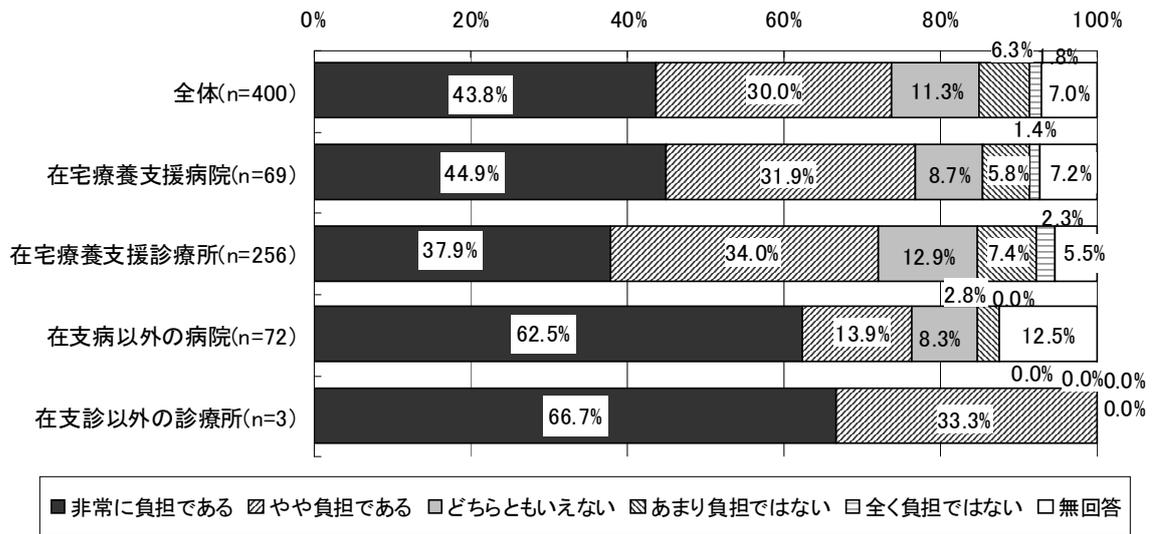
図表 143 負担感：24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成 22 年度 1 年間の看取りの回数別）



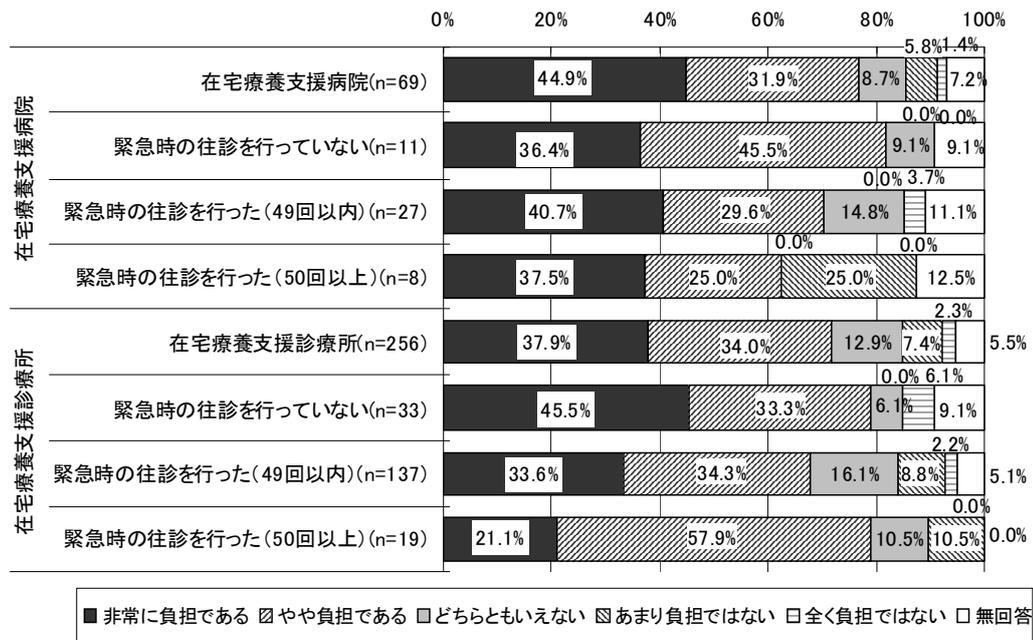
(注) 「全体」には、「看取りの回数」について無回答であった施設も含まれる。

在宅医療の推進に際しての負担感として「24時間往診できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると、7割以上の施設が負担と回答している。

図表 144 負担感：24時間往診できる体制の構築またはそのための連携

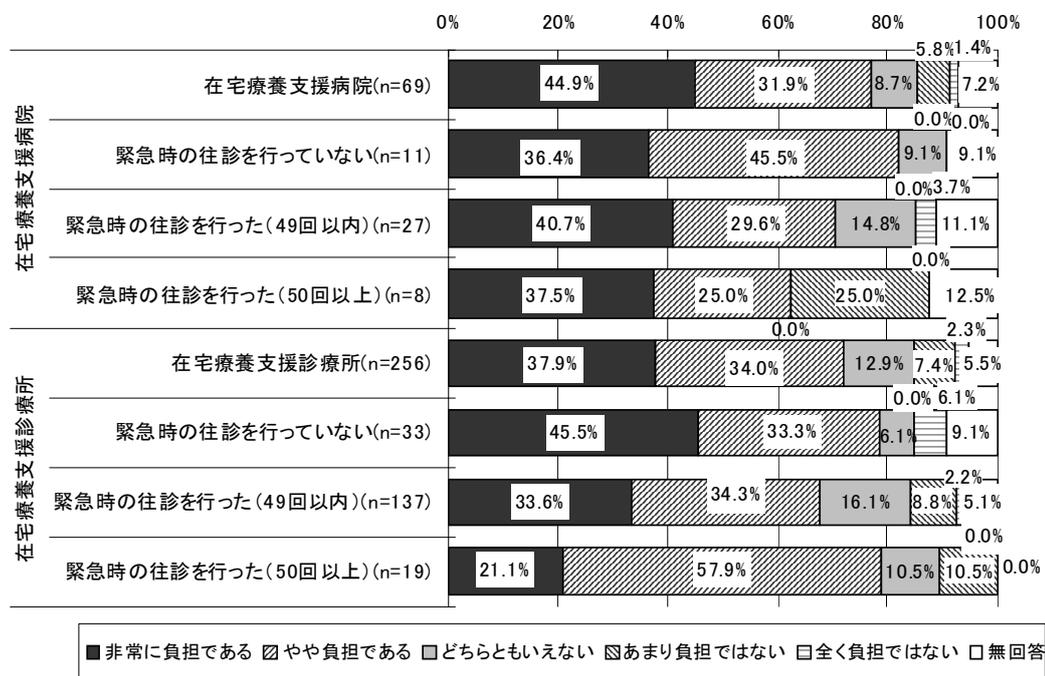


図表 145 負担感：24時間往診できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成22年度1年間の緊急時の往診回数別）



(注)「在宅療養支援病院」「在宅療養支援診療所」には、「緊急時の往診」について無回答であった施設も含まれる。

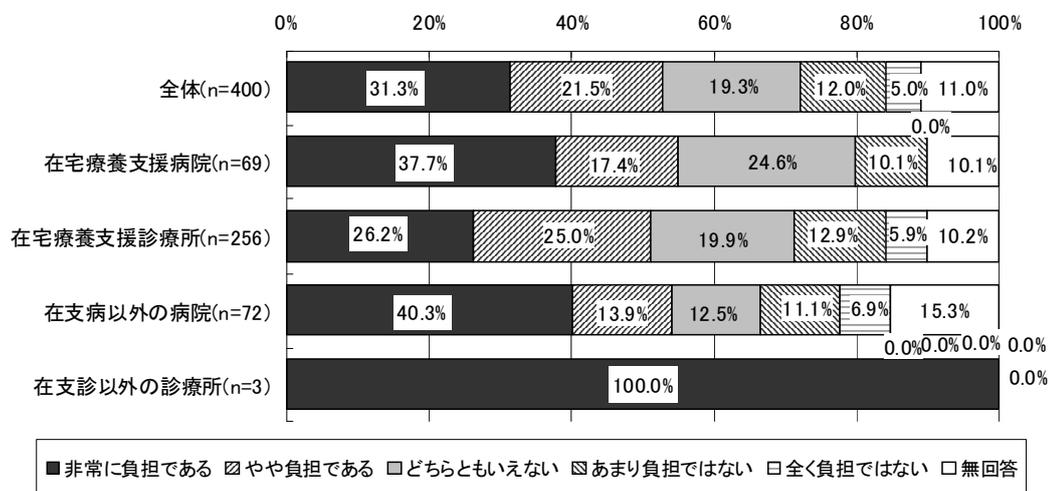
図表 146 負担感：24時間往診できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成22年度1年間の看取りの回数別）



(注)「在宅療養支援病院」「在宅療養支援診療所」には、「看取り」について無回答であった施設も含まれる。

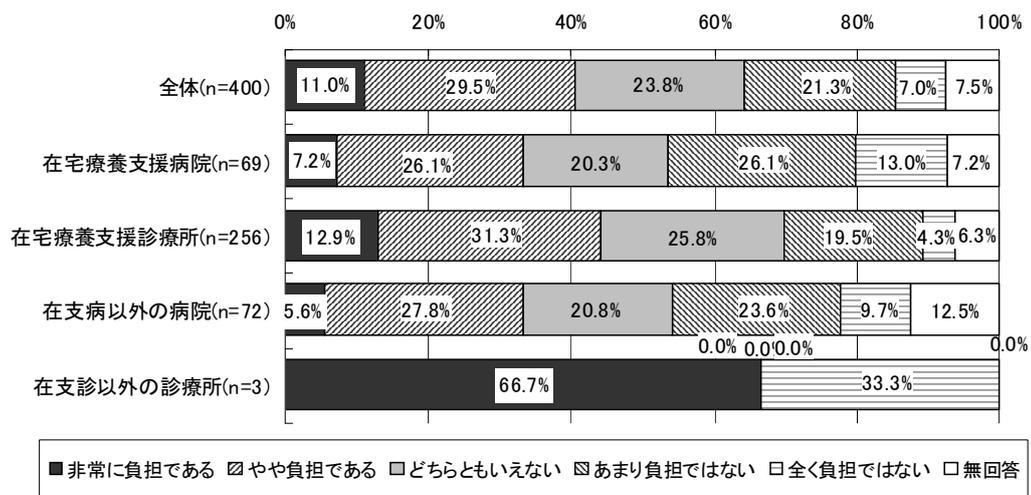
在宅医療の推進に際しての負担感として「24時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると半数を超える施設が負担と回答している。

図表 147 負担感：24時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携



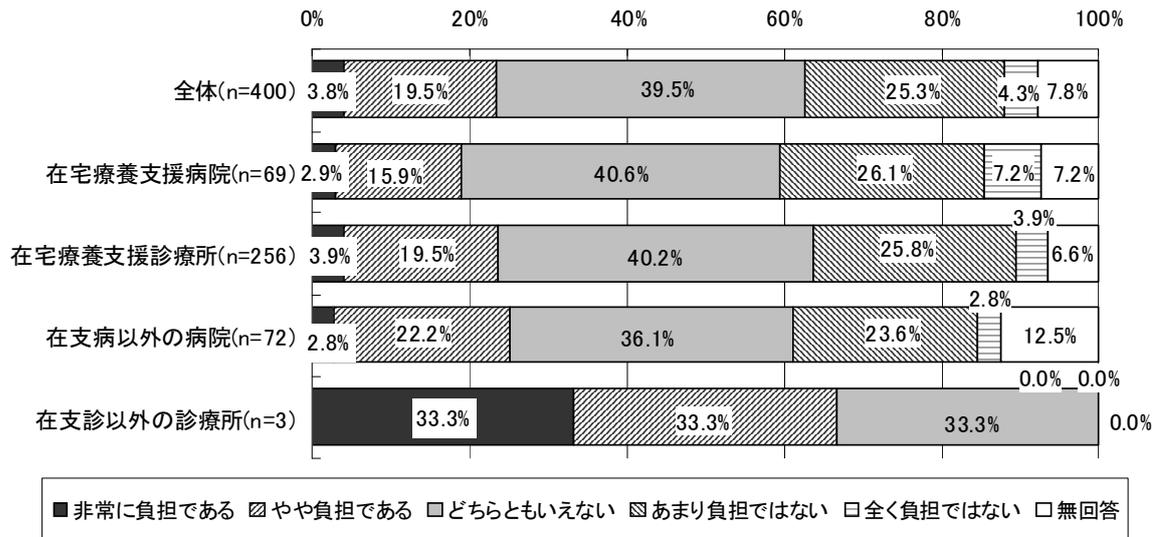
在宅医療の推進に際しての負担感として「緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携」について尋ねたところ、在支病では「やや負担である」と「あまり負担ではない」がいずれも26.1%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が20.3%となった。また、「非常に負担である」が7.2%、「全く負担ではない」が13.0%であった。在支診では「やや負担である」が31.3%で最も多く、次いで「どちらともいえない」が25.8%、「あまり負担ではない」が19.5%であった。また、「非常に負担である」という回答は在支病よりも5.7ポイント高かった。

図表 148 負担感：緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携



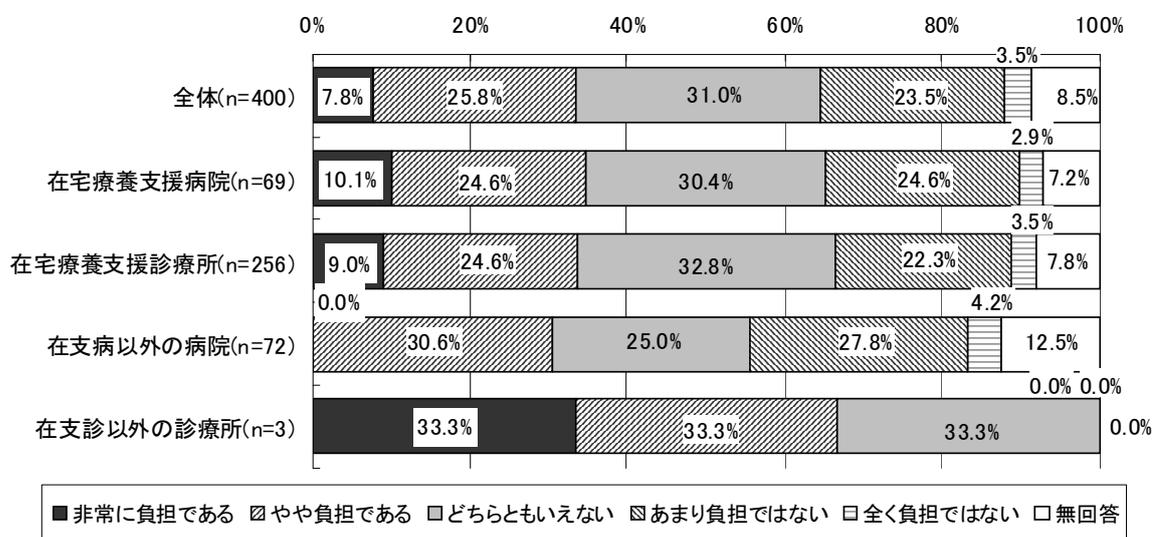
在宅医療の推進に際しての負担感として「スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上」について尋ねたところ、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれの施設も「どちらともいえない」が最も多かった。また、「やや負担である」と「あまり負担ではない」はほぼ同じ割合であり、「非常に負担である」という回答は少なかった。

図表 149 負担感：スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上



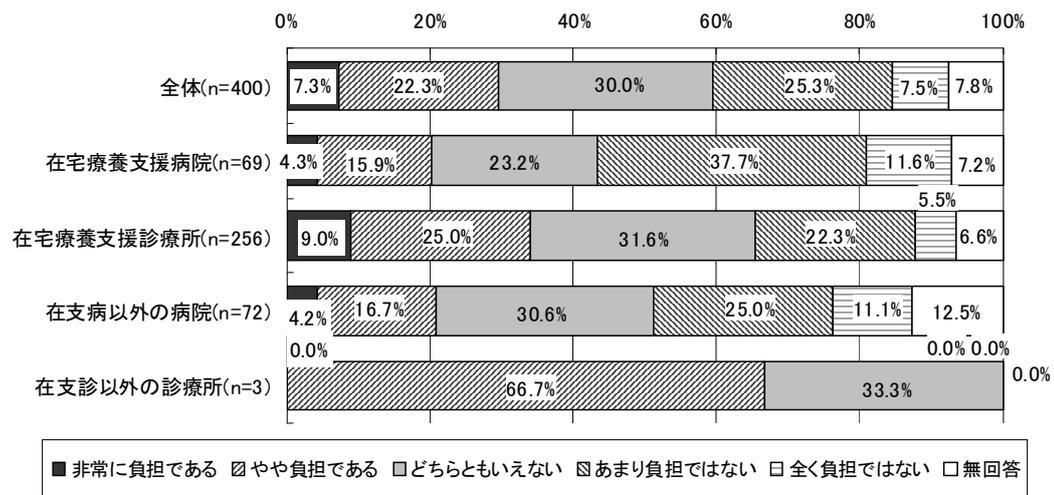
在宅医療の推進に際しての負担感として「ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携」について尋ねたところ、在支病、在支診では「どちらともいえない」が最も多いものの、「やや負担である」と「あまり負担ではない」も多かった。在支病、在支診では「非常に負担である」が1割程度であった。

図表 150 負担感：ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携



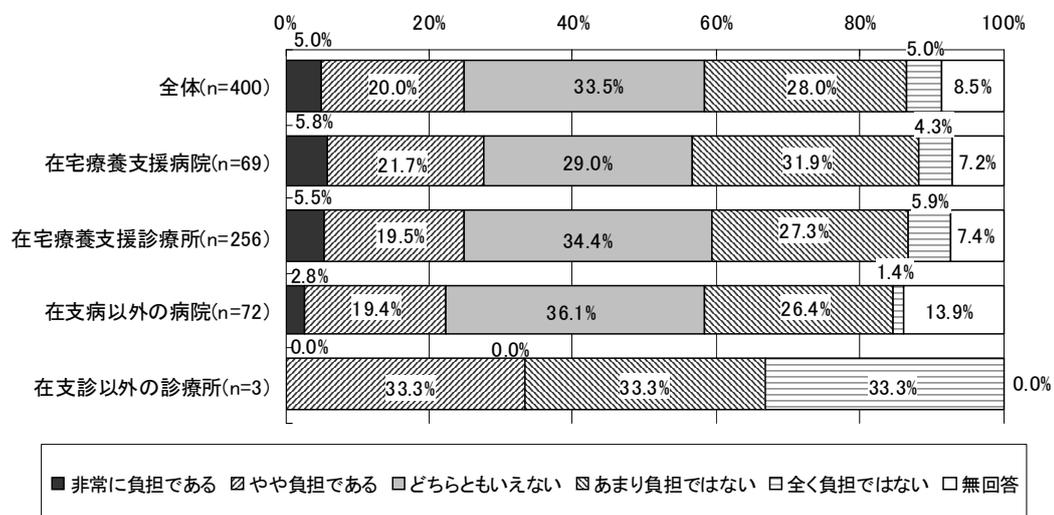
在宅医療の推進に際しての負担感として「在宅医療に関する医療材料・機器の確保」について尋ねたところ、在支病では「あまり負担ではない」が37.7%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が23.2%、「やや負担である」が15.9%、「全く負担ではない」が11.6%で、「非常に負担である」は4.3%であった。在支診では、在支病と比較して、「非常に負担である」「やや負担である」の割合が高かった。

図表 151 負担感：在宅医療に関する医療材料・機器の確保



在宅医療の推進に際しての負担感として「患者や家族の理解・協力を得ること」について尋ねたところ、在支病、在支診、在支病以外の病院では「どちらともいえない」が最も多かった。一方で、「非常に負担である」「負担である」を合わせた割合は、在支病では26.8%、在支診では25.0%、在支病以外の病院では22.2%であった。

図表 152 負担感：患者や家族の理解・協力を得ること



【在宅医療を推進する際の負担を減らすために行っている工夫】（自由記述式、事例）

○スタッフの確保等

- ・ ケア科という単位で当直体制ができ、24時間往診対応をしている。
- ・ 在宅医療を行うためのドクターの確保。
- ・ 医師・看護師の確保に努めるが、人材不足で困難を極める。
- ・ スタッフの人員確保、働きやすい体制づくり。スタッフが参加しやすい研修時間。ケアカンファレンスが短時間で済むよう情報収集し頻回に連絡する。より安価な材料を提供できる業者との連携。信頼関係を保つ。
- ・ 入院患者への対応もあり、必ず往診可能とは限らないため、院内医師間の連携をとる。
- ・ 地域医療研修に研修医を確保している。当直の医師や他科の医師にも往診協力依頼。
- ・ 病棟に所属する全ての医師が在宅担当している（5名）。在宅支援にパート医師 2名。24時間訪看ステーションが3か所法人内にあり。在宅担当看護師2名に外来の常勤看護師8名の支援体制。／等

○他機関との連携

- ・ 他機関と日頃より緊密にしておく必要あり。
- ・ 後方支援病院と在宅療養支援診療所（チーム）との連携を日頃より大切にしている。
- ・ 主に連携しているうち1か所の病院の受け入れ体制が整っているので、緊急入院に際しての負担が少なく助かっている。
- ・ 訪問看護師との共働が欠かせない／訪問看護ステーションとの連携。
- ・ スタッフ側の連携を密にする。
- ・ 地域連携室の活用、退院調整ナースなど他事業所との窓口を増やす。
- ・ 他医療機関と連携をとるよう心がけている。
- ・ 近隣の在宅療養支援診療所との連携。
- ・ 訪問看護ステーションはもちろんのこと、病院の多職種が地域包括ケアシステムの中で協働している。
- ・ 緩和ケア病棟や一般病棟と連携し、いつでも後方病床の確保ができるようシステム作りを整えている。／等

○患者情報の共有化等

- ・ 緊急時の入院が必要と思われる患者については、関連部署に文書で情報提供している。
- ・ 週に1回、多種職での院内カンファレンスを開催し、情報の共有を図る。／等

○介護者への教育・連絡

- ・ 夜間、診療時間外の緊急連絡は受けているが、どんな時に連絡したら良いか介護者への病態対応の教育などふだんから行い、生命への緊急性が高いものはすぐに対応できるよう連絡の整理を行っている。
- ・ 患者や家族の協力を得るように詳しく説明すること。

- ・ 患者の体調変化を丁寧に説明（ご本人やご家族）することで早い対応ができる。急変などを少なくする、または、急変に対して家族が準備でき慌てることなく連絡ができるように説明している。また、訪問看護ステーションとともに状況の把握に努める。
- ・ インフォームドコンセントに力を入れている。具体的には、訪問診療開始前に MSW が患者・家族に対し、訪問診療のシステムや費用、緊急時の対応について説明し、同意を得るようにしている（契約書を取り交わしている）。／等

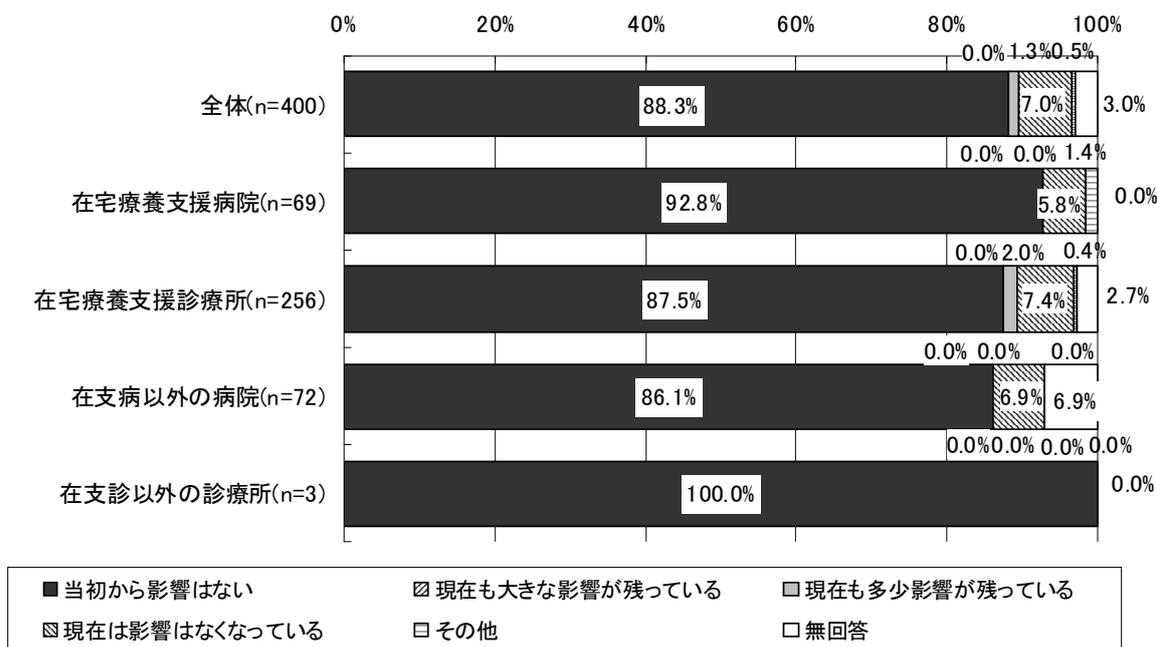
○その他

- ・ 近隣診療所との医療連携、緊急一時入院病床確保事業、月 1 回の院内カンファレンスや月数回の学習会。ケアマネジャーとの情報交換などのツールを利用。
- ・ 緊急時連絡体制。ご家族、本人、CM、薬剤師、訪問ヘルパー、デイサービス、ショートステイ先よりの情報を受けて、その情報の確認（状況や病状）を明確に把握して主治医指示を受け日勤帯で対応している。
- ・ 専門スタッフが、知識、技術を向上させることで医師の負担を減らす。
- ・ 深夜の往診はタクシーを利用することを、患者・利用者に了解して頂き、職員の負担を軽減している。深夜の看取り後の死後処置は葬儀社に依頼することもある。
- ・ 院内研修などを通しスタッフ教育を積極的に行っている。在宅ホスピス勉強会等の院内研修を毎月数回開催。／等

(9) 東日本大震災の影響

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって在宅医療に関して調査時点においても影響があるかどうかを尋ねたところ、8 割を超える施設が「当初から影響がない」と回答した。「現在も大きな影響が残っている」と回答した施設はなく、「現在も多少影響が残っている」が全体の 1.3%、「現在は影響はなくなっている」が 7.0%であった。

図表 153 東日本大震災により、現在においても患者数などの影響はあるか



【東日本大震災の影響等】（自由記述式）

○物品の不足

- ・ エンシュアリキッドの不足による流動食の確保（4件）。
- ・ 漢方薬がなかった。
- ・ 経管栄養剤が手に入らなかった。
- ・ 往診車両のガソリンが手に入らず大変だった。
- ・ 一部の薬品の欠品などがあり対応に苦慮した。／等

○ガソリン不足による影響等

- ・ ガソリンがなく往診に不便を感じた。訪問診療・往診のため、緊急時ガソリンの確保をお願いしたい。
- ・ ガソリン不足により、訪問診療回数を減らさなくてはならなかった。
- ・ ガソリン不足で酸素ポンベの交換に來られなくなると酸素吸入ができなくなる。／等

○停電による影響等

- ・ 停電時に備え、在宅酸素の携帯ポンベを患者の家に必ず置くようにした。
- ・ 計画停電で人工呼吸器を使用している患者で内部バッテリーが付いていない機械を使用している患者の避難入院。
- ・ 計画停電により、在宅人工呼吸器使用できず。
- ・ 計画停電時、在宅酸素療法、エアーマット、電動ベッド利用者は使用できず支障をきたした。
- ・ 在宅患者において、吸引している患者が吸引できなくなり、救急隊に来てもらい対応した。訪問診療自体に影響はなかった。
- ・ 在宅酸素の患者がいるので、停電が長時間続くと酸素吸入ができなくなる。／等

○被災者の受入れ

- ・ 福島県で被災した寝たきり老人を都内で家族が引き受けたので、在宅医療を行った。
- ・ 寝たきり患者を含む家族が短期滞在（約1か月半）しその間の訪問診療を行った。
- ・ がん末期被災者を空輸にて受け入れ、在宅医療を行い、その後死亡。／等

○その他

- ・ 訪問回数を減らすよう申し出がある。
- ・ 大震災による不安増大、精神的不安定を生じたケースあり。
- ・ 震災をきっかけに発生した褥そうが治らないまま経過している患者がいる。連携していた歯科クリニックが全壊して歯科との連携がしにくくなった。／等

(10) 在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等

以下は、在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①在宅医療提供機関における課題

○在宅医療の負担

- ・在宅での医療は本人にとってはとても精神的肉体的に有意義なことであり、可能な限りは在宅での医療の継続が重要と考える。ただ、急変時の状況においては当院のような体制の施設には設備・マンパワーの両面から荷が重く、限界を感じる。
- ・個人の診療所が1施設のみで24時間体制で対応することは非常に負担(言葉通り24時間365日できるところはゼロと思われる)。症例数を限らないと対応できない。
- ・今後の高齢社会において病院より在宅への流れは必要不可欠と思われる。在宅での独居や老々介護によるマンパワー不足、診療連携の不充分さと緊急入院の受け皿不足などの今後の課題も多く、診療所の1人医師でできることにも限界を感じている。
- ・夜間外来と病棟を対応する医師以外に患者・家族の求めに往診ができる医師の確保が困難である。ターミナル期の患者に対しては、担当の医師が泊り込みで待機したり、オンコール呼び出し態勢をとっておりストレスが大きい。
- ・夜間の往診体制については、複数の医療機関や診療所で連携し、輪番制を作るなどの工夫が必要だと考える。
- ・24時間体制の維持について。他診療所との連携では、よほど日頃から患者情報共有の努力をし、診療内容の意思統一をしていない限り自院と同レベルの診療ができるか不明の点で難しい。自院で一定レベルの24時間体制を維持するためには1人では限界があり、複数医師体制の在宅専門診療所を目指しているが、将来的に現在よりも在宅関連の診療報酬が減ることになったりするとそのような体制構築は困難になると考える。
- ・5年以上在宅医療に従事している。24時間体制の維持が医師と常勤職員の給与に反映しない労働で成り立っているのが現状。年数を重ねると利用のネットワークが増えてくるが、新たにスタートする医師には負担が大きいと思われる。また専門医がいないと治療や対応が難しい疾患のフォローが難しいと感じている。総合管理と特異な疾患の治療の両立で苦労している。 /等

○在宅医療機関・スタッフの不足

- ・課題としては、在宅医療の経験がある医師・看護師の確保。
- ・地域的に医師数が少なく、カバーする範囲が広いので在宅医療が進みにくい。
- ・急性期病院もしくはがんセンターで末期に帰される患者のフォローができる在宅医療機関が特に県内においては少ない。また痛みのコントロール方法に慣れていない医師が多い。在宅医療に関心を持つ医師の研修・教育の推進ももっと必要。
- ・在宅医療専門施設を増やす。現状のいわゆる開業医、とりわけ専門性を有している医院が、

在宅医療を兼務することは不可能。1人医師の医療機関が24時間を標榜することは実際は不可能。連携で、というのが情報共有の問題があり、極めて困難。

- ・在宅医療を診療所で実施するにはいくら連携医療機関を確保していても1人の医師では限界がある。複数医師体制が不可欠と思う。
- ・在宅医療を推進するためには、マンパワーが必要であり、少人数で行うのは非常に負担が大きいと考える。最低でも複数名の医師と数名の看護師がいるような施設でないと推進していくことは難しい。
- ・在宅や介護を支えるマンパワーを増やせるようにしてほしい(在宅や介護の報酬を上げる、人材の育成、学校の定員の増加など)。このままでは、小規模な開業医や訪問看護ステーションの継続は難しくなってくると思う。がんの終末期を在宅で看取るケースが増えている。入院できる病院が少なくなってきたこともあり、この傾向は増加すると思う。地域連携を広げるためには積極的な合同カンファレンスや在宅への調整会議、学習会などを行ったほうが良いと思う。在宅死を望む人、在宅死しか選択肢がない人(経済的な理由)も増えている。家で安心して暮らせる医療、介護のシステムを目指す必要がある。
- ・在宅医療をする施設が少しずつ増えてきたのはいいことだが、チームや連携の難しさがある。数件のクリニックでチームを組んでいなければと思う。
- ・在宅患者がますます高齢化・重度化しているため、病院や訪問看護ステーションなどとの連携が重要になっている。しかし診療所におけるマンパワーなどには限界があるため、これからもっと増えてくるであろう在宅患者に十分対応できるものかどうか不安を感じる。

／等

○診療報酬に関する問題等

- ・多くの看取りをやっている診療所とあまりやっていない診療所とで差をつけるべきである。例えば在医管の点数等。
- ・国が在宅医療を推進している割に、規制が多く報酬も少ない。
- ・在宅医療を推進するならば、在宅医療について適正な報酬を出すべき。「在宅＝入院の代わり」というニュアンスで推進されてきたが、診療報酬上は入院費の項目から在宅医療の項目へ報酬を移すようにしないと外来診療が削られてしまえば論外ではないか。いわゆる「利益誘導」として来た在宅の保険点数は見直していかなければならない。
- ・在総管、在医総の算定に関して在宅専門のクリニックに優遇があっても良いと考えている。近医だからといって夜間も安心かという、電話に出ない、往診をしない、などの現状が存在しているため、必ずしも安心はできない。少し遠くても24時間電話が繋がり、往診をしてくれる在宅専門クリニックに委託しようという考えが患者にとってよい医療を提供することになるのではないか。そのためにも制度的に在宅専門、非専門クリニックの差別化や介護従事者(主にケアマネジャー)に在宅医療の現状を周知させる伝達等の工夫があると、さらに在宅医療は発展していくと思う。
- ・支援診同士で連携をとりやすくしてほしい。現在の1人診療所では医師の負担が大きすぎる。在宅療養支援診療所の報酬も条件を考慮すると高いとはいえない。体制を整えていることに対してもう少し評価すべきである。そうすれば参入する医療機関も増えると思う。

報酬を上げることにより患者負担も増えて在宅をあきらめる患者もいる。在宅診療を行っている患者の負担上限を設けるなど、負担の軽減を行ってほしい。病院に入院している場合に関しては負担が大きくなるようにするべきである。現在のように長期で入院している方が、診療報酬が安くなり負担が減るとするのは本末転倒だと思われる。

- ・ 今年の日本緩和医療学会に発表した論文では、家で看取ってよかったとアンケートで答えた方は 97% (175/182 名中) と大変大きな満足を示していることがわかる。年間 70、80 名を在宅にて看取っているが、常勤医 1 人で 24 時間いつも待機することの負担は絶大で使命感がなければできない仕事と思う。今後、当直医を夜間雇っても支払いができるような診療報酬体系とならなければ現実的には広がっていかないと思う。在宅ターミナルケア加算の条件の緩和を検討してほしい。24 時間以内ではなく、もう少し死亡の前日などの緩和した表現が必要と思う。
- ・ 65 歳以下のがん末期の人の医療費について、経済的に余裕がなく 3 割負担が大きく、訪問看護や往診の回数に制限が出て十分なケアができない。介護保険が使えるのはとても良かったと思う。在宅看取りを支援して、やはり家で、その人らしい最期が迎えられることはとても意義があると思う。病院からの訪問診療に対する診療報酬があまり評価されていないが、医療依存度の高い患者や、ターミナルケア、在宅看取りの患者が増えていて需要が高くなっている。
- ・ 在宅ターミナルケア加算を在宅で療養している月は毎月、加算できるようにしてほしい。
- ・ 在宅医療を推進していきたいと思うが、在宅での医療材料等の持ち出しが多かったり、特別な材料が必要とされたり (高度・高価)、死亡により在庫が残るなど、難しい。診療所としたら、在宅を中心にとと思うが、進められないのが現状。
- ・ 同一建物内の訪問診療料が 200 点はほぼ外来診療の再診+外管と変わらず下げすぎではないか。同一建物でも 2 人のことも 3 人のこともあり、5 名以上くらいなら 200 点も理解できるが、中間の点数を設定してほしい。／等

②他機関との連携に関する課題

○入院医療機関との関係

- ・ 在宅総合診療患者が、例えば他疾患で連携病院に入院かつがんとなった場合に、例 1：大腸がんにて入院手術、当初は急性期病棟→共同診療にて連携可能、退院予定前に肺炎及び栄養障害→改善後回復期病棟となり共同診療打ち切り、退院時共同指導できず。例 2：大腿骨頸部骨折、手術、当初は急性期→共同診療。2 週間後リハビリ病院転院→共同診療打ち切りとなり退院後の在宅リハビリに支障。急性期病棟より直接帰宅となる症例は半数位にとどまり、退院後の在宅療養開始時に困難を感じる。
- ・ 後方病院との連携・ベッド確保が非常に困難。「連携病院」とされていても実際には勤務されている医師の理解がなく入院を断られることもしばしばある。また最近では病院からの在宅への紹介が多いが患者や家族が十分に理解・納得されていないのに半ば強引に押し付けられて後は一切関知しないというようなケースも増えている。
- ・ 医療依存度が高くない状態でできるだけシンプルな状態で退院させることを支援するこ

とが必要。そのために HPN や経腸栄養等の代替栄養の方針は医師 1 人で決めないで、メディカルスタッフ複数で検討することが必要。そのためにカンファレンスのあり方の検討が必要。入院中に訪問看護ステーションを巻き込んだ検討が必要。

- ・ 往診が必要である患者にとって重要なのは往診だけではなく、増悪時に入院を受け入れてくれる施設の存在である。そうした場所が確保されていて初めて、自宅で安心して過ごせるのだと思う。在宅医療の推進に不安であるのは、入院できる体制作りであると考え。
- ・ 医療依存度がありながら在宅生活を営むためには、医療モデルと生活モデルの両方の視点の融合が不可欠であるため、在宅医療を進める上では、医療者だけではなく生活モデルの視点を持った MSW の存在は不可欠であると考え。在宅に帰る意思決定ができれば、そこから CM や在宅サービス事業者の参加もありえるが、入院中の自宅生活への迷いや社会的問題を早期にスクリーニングすることについては、院内にいる MSW や Ns、Dr、心理士等による多職種の間わりが必要になってくるため、入院時から多面的に患者を捉えられる環境を作っておくことが在宅医療をスムーズに進められる秘訣ではないかと考える。

／等

○訪問看護との関係

- ・ 訪問診療は医師 1 人では困難で訪問看護との連携が非常に重要であるが、訪問看護の担い手がないのが現状。看護師の偏在（大病院の 7:1 体制など）を早急に何とかしていただかないと地域医療はつぶれてしまう。24 時間 365 日の往診体制を「医師 1 人で」担っている。非常に負担が大きくいつまで続けられるか疑問。
- ・ 地方においては 24 時間訪問看護ステーションが困難であり、在宅医の負担が多い。
- ・ 高齢化社会また医療依存度の高い事例も多く、退院後も病状管理などが引き続き必要なケースが多い。そのためには、病院の訪問診療体制の充実とステーションや担当ケアマネとの連携が必要である。
- ・ がんのターミナルの方が自宅へ戻る際、訪問看護が必要となる場合が多い。訪問看護への新しい医療機器の情報提供や取り扱いの説明を行う機会を作った方が良いと思う。連携が大切なことはわかるが、訪問看護ステーションから大病院の医師、看護師には敷居が高く、病棟の看護師もどこに繋がれば良いのかわからない人が多い。衛生材料なども病棟には普通にあるので、訪問看護ステーション等が持っていると思い違いをしているナースもいる。在宅医療と連携についての啓発活動や地域との交流が大事と思う。
- ・ 特別訪問看護指示について。老衰など、非がん疾患で在宅看取りをする場合、経口摂取不能となって家族が点滴を希望することも多い。特別指示による訪問看護で 2 週間までは点滴できるが、2 週を超える場合、家族の希望（続けてほしい）と制度の制約の間で困ることが多い。
- ・ 訪問看護料について。65 歳未満等、若い年齢で 3 割負担患者では費用負担が高いことを理由に訪問看護導入を渋っていたり回数を減らしたりして十分なケアを受けていないこともある。一定額以上を定額負担にする等できるとよいかも。独居患者の看取り→夜間等含めた訪問介護体制が整備されないと、すぐに病院へ戻ることになる。／等

○介護施設等との関係

- ・在宅看取りができない人も増加。老人施設（特にここ数年で新しく建った施設）での看取りができず安易に救急病院に運ばれてくる。①夜間吸引のできるスタッフがいないという理由だけで、何も入院疾患がないのに運ばれてくる。②施設内で、明らかに老衰の経過を辿り、家族も施設で看取ってほしいと希望があるにも関わらず「食欲不振」「看取りはできない」という理由で救急搬送。③施設で褥創を造り入院し治癒の目処が立ち退院の話をして施設では治療はできないという理由でやむなく自宅に帰る患者。④MRSA がプラスという理由だけで入所を断る施設。
- ・在宅医療を推進するためには家族の介護力が充分になければできない。このような恵まれた家庭は少ない。新たな介護施設が必要。特養、老健施設、療養型病床群、小規模多機能の他に新たな軽度の認知症の独居老人を入所させることができる施設が望まれる。
- ・在宅医療を推進するのであれば、介護保険の自己負担分をもう少し何とかできないものか。経管栄養など、医療依存度の高い場合や家族状況によって限度額を上げる、または自己負担分を減らすなどの対応を考えてほしい。今のままでは、不本意に施設へ入るお年寄りが増えるばかり。
- ・長期在宅療養の患者で介護者が疲労、事故、急病などで在宅療養が一時的に不可能になった時に、その患者を一時的に入所か入院させてくれる施設、病院が必要。

③患者・家族との関係に関する課題

- ・日中、独居の老人が多く、家族の協力が得にくい。後手に回ることが多い。
- ・在宅医療が患者にとって、残された時間を充実させる一つの方策であることをPRしてほしい。
- ・自宅で看取ることによって家族から非常に喜ばれることが多く、緊急時の往診もなるべく早急に対応することを心がけており、患者や家族からは有り難く思われている。今後も自宅で看取ることができるよう、環境を整えていく必要はあるが、家族の介護力の問題もあり、途中で訪問診療を中断し、入院されるケースもある。
- ・薬の管理ができないため、過去の薬が家に多量に残っていたりすることがある。調剤薬局が、他医のお薬を届けて冷蔵庫内にお薬（インシュリン）を入れようとしたところ、100本ぐらいのストックがあったので期限切れを処分したことがあるということだった。ちなみに100本ストックしていた人は生活保護受給患者である。
- ・患家に1か月にかかる費用の概算を説明すること。患家との信頼関係を築くこと。
- ・地域では、歩行がままならなかったり、通院が困難な患者が多い。しかし、往診料が高く、簡単には在宅を勧められない現状がある。医療保険で入院していると入院料はそう高くないが、在宅に帰ってくると介護保険料、医療費等で負担が重くなる。逆転している。
- ・在宅医療には家族の協力が欠かせない。
- ・いつでも困った時に診察、話を聞いてもらえる体制づくりが必要で患者に安心感をあたえられるようなかかりつけ医院の充実。在宅で生活できるような補助金の充実。夜間、診療できるかが課題。 / 等

④その他

- ・ 入院治療と施設介護の隙間を埋めるという意味で在宅医療は大きな存在となると思う。高齢化が進み、純粹に自宅で暮らせる人は減少し、介護付き老人ホームなどに入居される方がどんどん増加している。在宅扱いとは言いながらその施設を管理している側の都合で主治医の交代・限定などの傾向が出てきている。嘱託契約を結び、多数の入居者を訪問診療で診ていくということが良いことなのか悪いことなのか議論の必要なところである。
- ・ 医療材料も点数に含まれていないものは全て病院サイドの負担になる。
- ・ 一部の家庭環境に恵まれた患者にとっては、在宅医療は有用であるが、その他の人にとっては、病院・施設入所のほうが快適であると考ええる。現在の在宅医療は入所（入院）中の施設から「追い出され」、やむなく在宅での医療となっている。家庭にもマンパワーが充分になく、ヘルパー等により何とか生活するわけだが、実態は悲惨。医療費削減は、ひとつの政策としては理解できるが、「国にお金がないから在宅医療を推進します」と言わず、「ご自宅で過ごすのが一番幸せなことですね」とするのは多くの場合、詐欺的行為になると考える。無床の一般開業医は、この厳しい経営環境の中で、背に腹は変えられぬと日夜在宅医療をしているわけで、多くの医師は「本当は施設での医療が良いのに」と感じているのでは。このアンケートが、医療費削減のために利用されないことを祈っている。
- ・ 緊急時受入れ病院の確保。緊急往診の24時間対応の整備。できれば在宅療養支援診療所の24時間連携。在宅医療全般にわたる講演会や講習会、保険説明会（点数）。特に地区単位の医師会で。伝達講習会のようなもの。
- ・ 住み慣れた自宅で療養するということは、ある意味で「人間の尊厳」に関わるような大事なことだと思う。そして在宅療養を選択できる自由があるという我が国の医療システムはすばらしいと思う。そのために私を含め多くの在宅医は患者の24時間を1人で支えなくてはならず、相当な覚悟と志を持って日夜業務を遂行している。しかし、昨今、この在宅医療をビジネスにする在宅患者斡旋業者が横行している。在宅患者を見つけてきて医療機関に紹介し、毎月手数料を取るようだ。当院にも先日勧誘の電話があった。非常に不健全なビジネスだと思う。調査、規制をお願いしたい。
- ・ 在宅療養者は複数の疾患を抱え、自宅での生活を送っている。在宅医療は、疾患やADL、生活環境、理解力、価値観なども把握し、慎重に行う必要があるが、そのためには、介護者や他職種との連携が重要である。
- ・ 歯科訪問診療は細かな機器を使用するため、診療にあたって準備が大変である。在宅でも安全な医療が提供できるよう、マンパワーと機器の整備が必要である。在宅医療を望んでいる在宅療養者のために提供・推進していきたいが、そのためには歯科訪問診療要件の緩和が必要である。 / 等

8. 訪問看護調査の概要

【調査対象等】

調査対象：全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した 1,000 事業所（※）、及び病院の訪問看護部門（施設数不明、「入院医療機関票」に同封して送付）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、「調査不可能」と回答のあった 38 事業所を除く 962 事業所を調査対象とした。

回答数：400 事業所

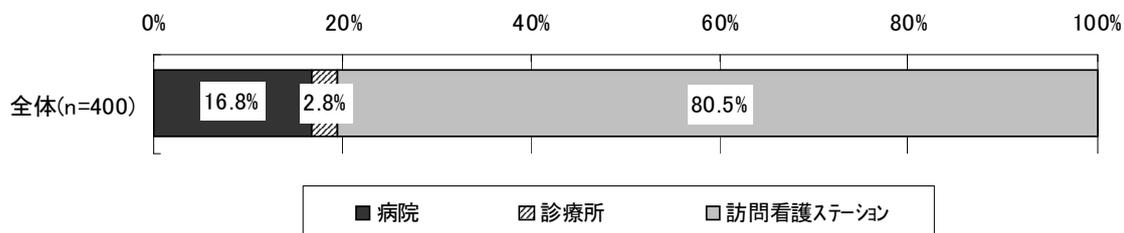
回答者：管理者

（1）回答事業所・訪問看護部門の属性

①種別

「訪問看護調査」において有効回答が得られた事業所・訪問看護部門 400 施設の属性についてみると、「病院」が 16.8%（67 施設）、「診療所」が 2.8%（11 施設）「訪問看護ステーション」が 80.5%（322 事業所）であった。

図表 154 種別



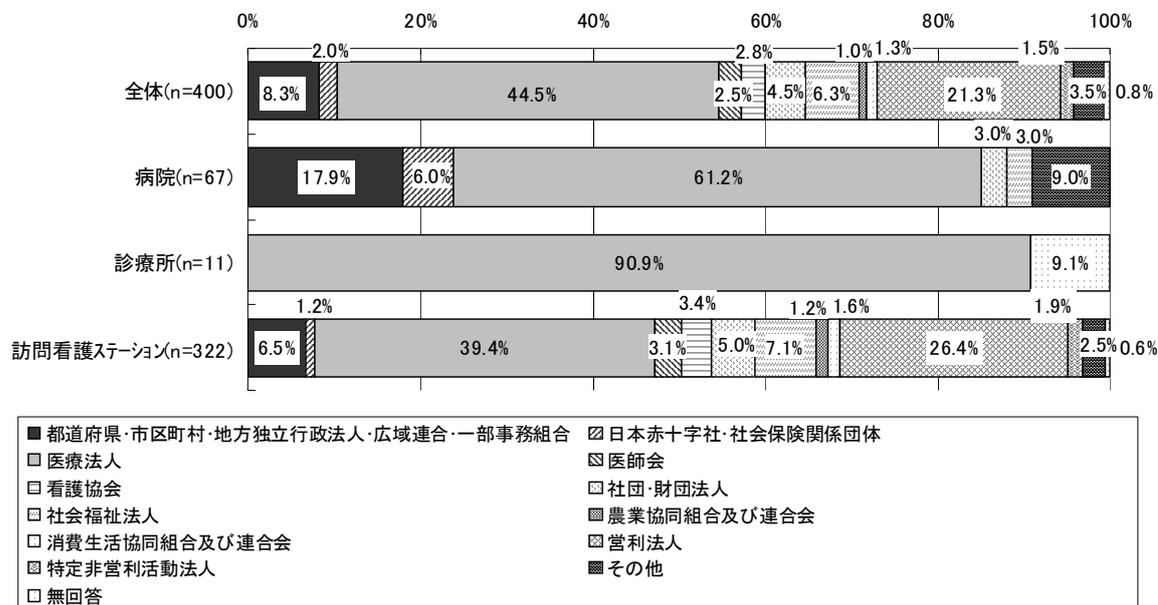
②開設者

開設者についてみると、病院は、「医療法人」(61.2%)が最も多く、次いで「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」(17.9%)、「その他」(9.0%)、「日本赤十字社・社会保険関係団体」(6.0%)であった。

診療所は、「医療法人」(90.9%)が最も多く、次いで「消費生活協同組合及び連合会」(9.1%)であった。

訪問看護ステーションは、「医療法人」(39.4%)が最も多く、次いで「営利法人」(26.4%)、「社会福祉法人」(7.1%)、「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」(6.5%)であった。

図表 155 開設者



※「病院」では、医師会、看護協会、農業協同組合及び連合会、消費生活協同組合及び連合会、営利法人、特定非営利活動法人という回答、無回答はなかった。

※「診療所」では、日本赤十字社・社会保険関係団体、医師会、看護協会、社団・財団法人、社会福祉法人、農業協同組合及び連合会、消費生活協同組合及び連合会、営利法人、特定非営利活動法人、その他という回答はなかった。

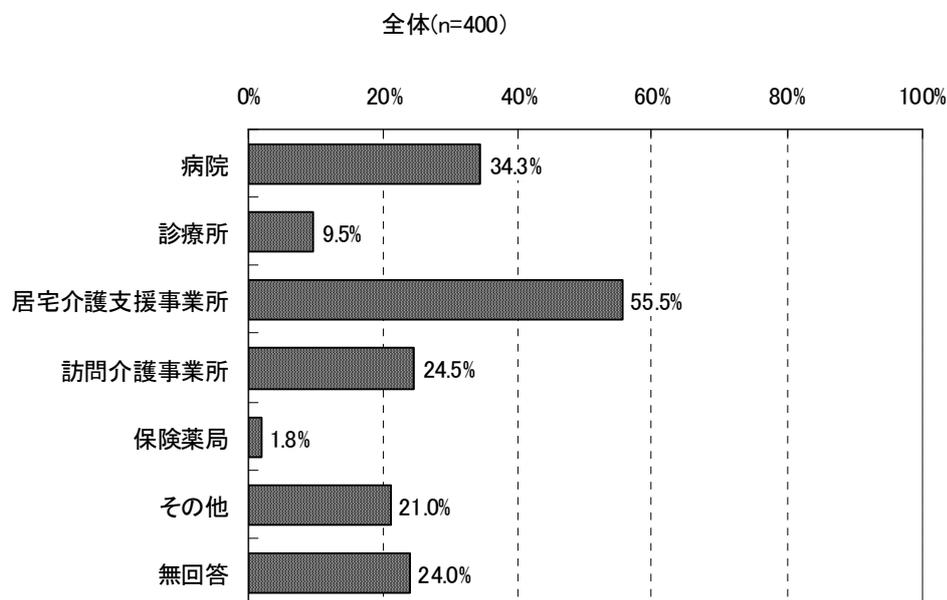
(注)「その他」の内容として、「学校法人」(3件)「医療生活協同組合」(3件)「社会医療法人」(2件)等が挙げられた。

③併設施設種別

回答施設・事業所における同一敷地内に併設されている施設についてみると、「居宅介護支援事業所」(55.5%)が最も多く、次いで「病院」(34.3%)、「訪問介護事業所」(24.5%)、「診療所」(9.5%)、「保険薬局」(1.8%)であった。

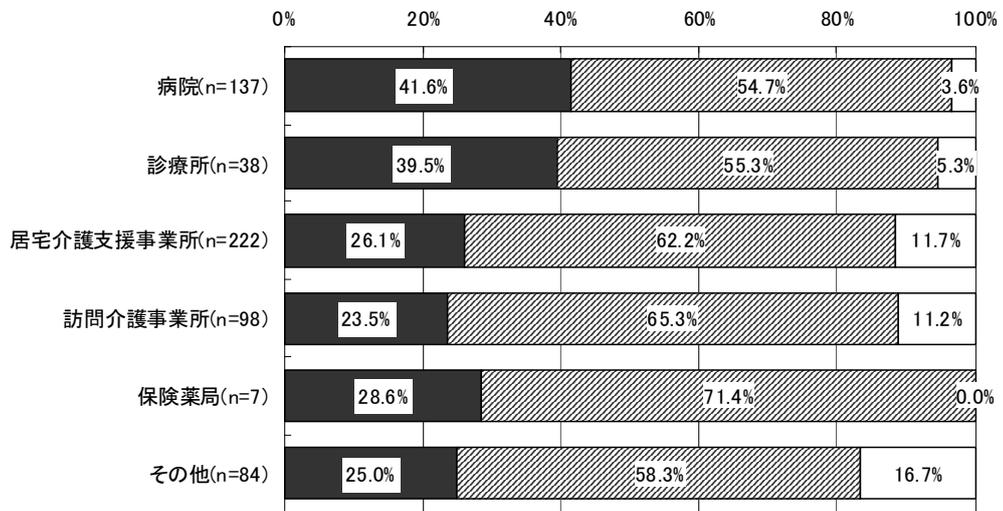
併設施設がある回答施設・事業所と該当併設施設との関係についてみると、併設施設・事業所のいずれにおいても「回答施設事業所・または医療機関があり、当該施設がそこに併設されている場合」が半数以上を占めた。「回答施設事業所・または医療機関が主となり当該施設が併設されている場合」は、病院が41.6%、診療所が39.5%、居宅介護支援事業所が26.1%、訪問介護事業所が23.5%、保険薬局が28.6%であった。

図表 156 回答施設・事業所の同一敷地内に併設されている施設



(注)「その他」の内容として、「老人福祉施設」(69件)「地域包括支援センター」(7件)「福祉用具貸与」(3件)等が挙げられた。

図表 157 併設施設との関係（併設施設がある場合）

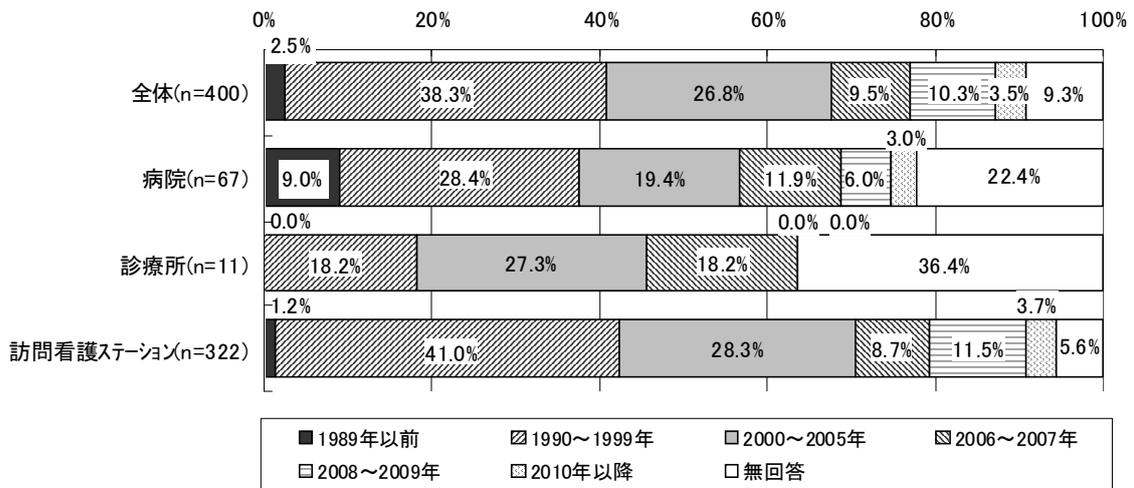


■ 回答施設・事業所・または医療機関が主となり当該施設が併設されている場合
 ▨ 回答施設・事業所・または医療機関があり、当該施設がそこに併設されている場合
 □ 併設の主従無回答

④訪問看護を開始した時期

訪問看護を開始した時期についてみると、病院では「1990～1999年」(28.4%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(19.4%)、「2006～2007年」(11.9%)であった。診療所では、「2000～2005年」(27.3%)が最も多く、次いで「1990～1999年」「2006～2007年」(それぞれ18.2%)であった。訪問看護ステーションでは、「1990～1999年」(41.0%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(28.3%)、「2008～2009年」(11.5%)であった。

図表 158 訪問看護を開始した時期



⑤職員数（常勤換算）

1事業所あたり平均職員数（常勤換算）についてみると、「保健師・助産師・看護師」は、病院で平均57.6人、診療所で平均4.4人、訪問看護ステーションで平均4.1人であった。「准看護師」は、病院で平均5.9人、診療所で平均4.7人、訪問看護ステーションで平均0.4人であった。「福祉職」は、病院で平均1.3人、診療所で平均5.0人、訪問看護ステーションで平均0.1人であった。「事務職員」は、病院では平均14.8人、診療所では平均4.2人、訪問看護ステーションでは平均0.4人であった。

看護職のうち「助産師資格保有者」についてみると、病院は平均3.3人、診療所は平均0.0人、訪問看護ステーションは平均0.1人であった。また、看護職のうち「ケアマネジャー資格保有者」についてみると、病院は平均1.4人、診療所は平均1.3人、訪問看護ステーションは平均1.3人であった。さらに、福祉職のうち「精神保健福祉士」についてみると、病院は平均0.1人、診療所は平均0.0人、訪問看護ステーションは平均0.0人であった。

図表 159 1事業所あたり平均職員数（常勤換算）

	事業所数	保健師 助産師 看護師	准看護師	ケアマネジャー (看護職以外)	リハビリ職 (PT・OT・ST)	福祉職	事務職員	その他の職員	計
病院	60	57.6	5.9	0.4	3.8	1.3	14.8	46.4	130.3
診療所	11	4.4	4.7	1.0	3.2	5.0	4.2	5.0	27.6
訪問看護ステーション	316	4.1	0.4	0.1	0.9	0.1	0.4	0.0	6.0

図表 160 看護職のうち助産師・ケアマネジャーの資格保有者、福祉職のうち精神保健福祉士の平均職員数

(単位：人)

	看護職のうち 助産師資格保有者	看護職のうち ケアマネジャー資格保有者	福祉職のうち 精神保健福祉士
病院	3.3	1.4	0.1
診療所	0.0	1.3	0.0
訪問看護ステーション	0.1	1.3	0.0

(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした（以下、同様である）。

- ・1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (当該事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (当該事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

(2) 利用者数

①平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数

平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の医療保険と介護保険を合わせた訪問看護実施利用者数の平均値をみると、病院では、「3 歳未満」「3 歳以上 6 歳未満」「40 歳以上 65 歳未満」で平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）より平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数が多く、「65 歳以上」では少なかった。

診療所では、改定後の「3 歳未満」の平均利用者数が少なくなったが、他の年齢階層では利用者数は改定後のほうが多かった。ただし、診療所においては母体数が少ないために注意が必要である（以下、同様）。

訪問看護ステーションでは、全ての年齢階級で平均利用者数が平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）より平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）のほうが多かった。

対象者がいた事業所において改定前である平成 21 年 6 月と改定後の平成 23 年 6 月 1 か月間の平均利用者数をみると、訪問看護ステーションでは、「40 歳以上 65 歳未満」では若干利用者数が少なくなったものの他の年齢階級では増加した。

図表 161 訪問看護実施利用者数（医療保険と介護保険の両方）

(単位：人)

		平成 21 年 6 月(診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月(診療報酬改定後)					
		3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上	3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.09	0.06	0.15	0.66	1.17	19.15	0.15	0.08	0.13	0.57	1.57	18.92
	標準偏差	0.40	0.23	0.46	1.29	1.63	21.36	0.74	0.33	0.48	1.14	2.45	23.27
	合計値	5	3	8	35	62	1,015	8	4	7	30	83	1,003
	中央値	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	11
診療所 (n=8)	平均値	0.13	0.00	0.00	0.25	0.75	8.25	0.00	0.13	0.13	0.38	1.13	9.88
	標準偏差	0.35	0.00	0.00	0.71	1.75	11.88	0.00	0.35	0.35	0.74	2.80	14.31
	合計値	1	0	0	2	6	66	0	1	1	3	9	79
	中央値	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.16	0.16	0.30	1.07	6.86	45.08	0.28	0.24	0.70	1.63	7.31	51.86
	標準偏差	0.51	0.50	1.33	1.99	18.08	39.16	1.19	1.14	5.54	5.35	9.53	40.66
	合計値	47	46	85	306	1,968	12,939	80	69	201	469	2,097	14,885
	中央値	0	0	0	0	4	40	0	0	0	0	4	42

(注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 162 訪問看護実施利用者数（医療保険と介護保険の両方）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月(診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月(診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	3	3	6	18	29	43	3	3	5	17	27	41
	平均値	1.67	1.00	1.33	1.94	2.14	23.60	2.67	1.33	1.40	1.76	3.07	24.46
	標準偏差	0.58	0.00	0.52	1.55	1.66	21.38	2.08	0.58	0.89	1.39	2.69	23.77
	合計値	5	3	8	35	62	1,015	8	4	7	30	83	1,003
	中央値	2	1	1	1	1	19	2	1	1	1	2	15
診 療 所	件数	1	0	0	1	2	6	0	1	1	2	2	5
	平均値	1.00	-	-	2.00	3.00	11.00	-	1.00	1.00	1.50	4.50	15.80
	標準偏差	-	-	-	-	2.83	12.70	-	-	-	0.71	4.95	15.53
	合計値	1	-	-	2	6	66	-	1	1	3	9	79
	中央値	1	-	-	2	3	6	-	1	1	2	5	10
訪 問 看護 ステーション	件数	33	33	36	120	227	264	34	38	48	137	245	282
	平均値	1.42	1.39	2.36	2.55	8.67	49.01	2.35	1.82	4.19	3.42	8.56	52.78
	標準偏差	0.66	0.70	3.06	2.39	19.95	38.40	2.68	2.66	13.11	7.36	9.79	40.42
	合計値	47	46	85	306	1,968	12,939	80	69	201	469	2,097	14,885
	中央値	1	1	1	2	5	43	1	1	1	2	6	43

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた平均利用者数を平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）で比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、平成 21 年 6 月と比較して平成 23 年 6 月のほうが平均利用者数が若干増えた。

図表 163 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数）

（単位：人）

		平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）						平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）					
		3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上	3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.04	0.00	0.00	0.02	0.08	0.11	0.02	0.04	0.00	0.04	0.06	0.19
	標準偏差	0.27	0.00	0.00	0.14	0.38	0.38	0.14	0.27	0.00	0.27	0.30	0.62
	合計値	2	0	0	1	4	6	1	2	0	2	3	10
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.25
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35	0.00	0.00	0.00	0.35	0.00	0.71
	合計値	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.01	0.02	0.01	0.06	0.26	0.54	0.02	0.03	0.03	0.11	0.39	0.78
	標準偏差	0.10	0.14	0.08	0.36	0.71	1.56	0.16	0.18	0.23	0.57	1.04	2.32
	合計値	3	6	2	18	75	155	5	8	10	31	111	225
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

（注）・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。

・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 164 訪問看護実施利用者数

(訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月 (診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月 (診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	1	0	0	1	2	5	1	1	0	1	2	6
	平均値	2.00	-	-	1.00	2.00	1.20	1.00	2.00	-	2.00	1.50	1.67
	標準偏差	-	-	-	-	0.00	0.45	-	-	-	-	0.71	1.03
	合計値	2	-	-	1	4	6	1	2	-	2	3	10
	中央値	2	-	-	1	2	1	1	2	-	2	2	1
診療 所	件数	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	平均値	-	-	-	-	-	1.00	-	-	-	1.00	-	2.00
	標準偏差	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
	中央値	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
訪 問 看 護 入 会 社	件数	3	6	2	12	48	67	4	7	7	17	68	83
	平均値	1.00	1.00	1.00	1.50	1.56	2.31	1.25	1.14	1.43	1.82	1.63	2.71
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	1.00	1.01	2.54	0.50	0.38	0.53	1.59	1.61	3.66
	合計値	3	6	2	18	75	155	5	8	10	31	111	225
	中央値	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）と比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上65歳未満」で平成21年6月と比較して平成23年6月のほうがやや少なくなったものの他の年齢階級では高くなった。

図表 165 訪問看護実施利用者数

（訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月(診療報酬改定前)						平成23年6月(診療報酬改定後)					
		3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.04	0.06	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.43
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.27	0.30	2.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35	1.34
	合計値	0	0	0	2	3	35	0	0	0	0	5	23
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35
	合計値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.01	0.00	0.00	0.01	0.10	0.65	0.00	0.00	0.01	0.05	0.08	0.95
	標準偏差	0.10	0.00	0.00	0.08	0.76	1.37	0.06	0.06	0.08	0.34	0.32	2.68
	合計値	3	0	0	2	29	187	1	1	2	13	23	274
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- (注)・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 166 訪問看護実施利用者数
 (訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数)
 <前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月 (診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月 (診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	0	0	0	1	2	7	0	0	0	0	4	9
	平均値	-	-	-	2.00	1.50	5.00	-	-	-	-	1.25	2.56
	標準偏差	-	-	-	-	0.71	4.83	-	-	-	-	0.50	2.35
	合計値	-	-	-	2	3	35	-	-	-	-	5	23
	中央値	-	-	-	2	2	2	-	-	-	-	1	1
診療 所	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	平均値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00
	標準偏差	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	中央値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
訪問 看護 ステーション	件数	3	0	0	2	16	89	1	1	2	9	20	107
	平均値	1.00	-	-	1.00	1.81	2.10	1.00	1.00	1.00	1.44	1.15	2.56
	標準偏差	0.00	-	-	0.00	2.76	1.74	-	-	0.00	1.33	0.49	3.90
	合計値	3	-	-	2	29	187	1	1	2	13	23	274
	中央値	1	-	-	1	1	2	1	1	1	1	1	2

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）と比較すると、診療所、訪問看護ステーションでは「65歳以上」で改定前より改定後のほうが多かった。対象者がいた施設・事業所に限定すると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上 65歳未満」は改定後は少なかったが、「65歳以上」は多かった。

図表 167 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.17	11.66	0.36	11.94
	標準偏差	0.43	17.61	0.88	19.84
	合計値	9	618	19	633
	中央値	0	5	0	3
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.63	0.00	5.25
	標準偏差	0.00	1.41	0.00	11.47
	合計値	0	5	0	42
	中央値	0	0	0	0
訪問看護 ステーション (n=287)	平均値	2.89	35.13	2.34	40.30
	標準偏差	16.80	32.46	4.43	34.66
	合計値	830	10,083	672	11,567
	中央値	1	32	1	34

（注）・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 168 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院	件数	8	34	10	33
	平均値	1.13	18.18	1.90	19.18
	標準偏差	0.35	19.15	1.10	22.28
	合計値	9	618	19	633
	中央値	1	14	2	11
診療所	件数	0	2	0	3
	平均値	-	2.50	-	14.00
	標準偏差	-	2.12	-	16.64
	合計値	-	5	-	42
	中央値	-	3	-	7
訪問看護 ステーション	件数	154	240	165	258
	平均値	5.39	42.01	4.07	44.83
	標準偏差	22.67	31.15	5.21	33.66
	合計値	830	10,083	672	11,567
	中央値	2	38	2	37

（注）・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）と比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、「65歳以上」の該当者がいる事業所数及び平均利用者数について改定後のほうが多かった。

図表 169 訪問看護実施利用者数（介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.00	0.40	0.02	0.45
	標準偏差	0.00	2.61	0.14	2.14
	合計値	0	21	1	24
	中央値	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.50	0.00	0.63
	標準偏差	0.00	1.41	0.00	1.77
	合計値	0	4	0	5
	中央値	0	0	0	0
訪問看護 ステーション (n=287)	平均値	0.07	0.38	0.04	0.73
	標準偏差	0.73	1.01	0.20	2.69
	合計値	21	109	12	209
	中央値	0	0	0	0

（注）・利用者数は、介護保険での利用者のみであり、医療保険での利用者は含まれない。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 170 訪問看護実施利用者数（介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院	件数	0	3	1	5
	平均値	-	7.00	1.00	4.80
	標準偏差	-	10.39	-	5.76
	合計値	-	21	1	24
	中央値	-	1	1	3
診療所	件数	0	1	0	1
	平均値	-	4.00	-	5.00
	標準偏差	-	-	-	-
	合計値	-	4	-	5
	中央値	-	4	-	5
訪問看護 ステーション	件数	10	61	12	79
	平均値	2.10	1.79	1.00	2.65
	標準偏差	3.48	1.52	0.00	4.64
	合計値	21	109	12	209
	中央値	1	1	1	1

（注）・利用者数は、介護保険での利用者のみであり、医療保険での利用者は含まれない。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

②精神疾患のある利用者数

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.21 人、介護保険利用者は平均 0.95 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.82 人、介護保険利用者は平均 3.34 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院では、医療保険利用者は平均 1.80 人、介護保険利用者は平均 4.56 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 7.75 人、介護保険利用者は平均 6.18 人であった。

図表 171 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
医療保険	43	0.21	0.64	9	0	5	0.00	0.00	0	0	250	2.82	8.24	705	0
介護保険	43	0.95	2.90	41	0	5	0.00	0.00	0	0	250	3.34	7.18	834	1

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 172 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ＞

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
医療保険	5	1.80	0.84	9	2	0	-	-	-	-	91	7.75	12.22	705	3
介護保険	9	4.56	5.08	41	1	0	-	-	-	-	135	6.18	8.83	834	2

（注）対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.79 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.08 人、介護保険利用者は平均 0.57 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.10 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 0.39 人、介護保険利用者は平均 0.81 人であった。

次に対象者がいた施設・事業所に限定してみると、統合失調症のある利用者数については、病院では、医療保険利用者は平均 5.17 人、介護保険利用者は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 6.47 人、介護保険利用者は平均 1.81 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 1.00 人、介護保険利用者は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 1.60 人、介護保険利用者は平均 1.93 人であった。

図表 173 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症・うつ病のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
統合失調症	医療保険	39	0.79	3.54	31	0	6	0.00	0.00	0	0	230	2.08	6.66	479	0
	介護保険	39	0.08	0.27	3	0	6	0.00	0.00	0	0	230	0.57	1.46	132	0
うつ病	医療保険	39	0.10	0.31	4	0	7	0.14	0.38	1	0	225	0.39	0.81	88	0
	介護保険	39	0.08	0.27	3	0	7	0.14	0.38	1	0	225	0.81	1.35	183	0

（注）「統合失調症」「うつ病」のある利用者数について、医療保険・介護保険とも記入があった事業所を対象に集計した。

図表 174 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症・うつ病のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
統合失調症	医療保険	6	5.17	8.26	31	2	0	-	-	-	-	74	6.47	10.51	479	2
	介護保険	3	1.00	0.00	3	1	0	-	-	-	-	73	1.81	2.13	132	1
うつ病	医療保険	4	1.00	0.00	4	1	1	1.00	-	1	1	55	1.60	0.85	88	1
	介護保険	3	1.00	0.00	3	1	1	1.00	-	1	1	95	1.93	1.48	183	1

（注）「統合失調症」「うつ病」の利用者数について、医療保険・介護保険とも記入があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別の認知症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 5.98 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 2.00 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 1.50 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 10.24 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 3.91 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 2.42 人）となった。

次に対象者がいた施設・事業所に限定してみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 14.06 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 5.71 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 5.45 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 13.32 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 5.94 人）、「Ⅱ以下」の医療保険利用者（平均 5.78 人）となった。

図表 175 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
Ⅱ 以下	医療保険	40	0.98	2.93	39	0	8	0.00	0.00	0	0	225	2.75	5.34	618	0
	介護保険	40	5.98	12.93	239	0	8	0.25	0.46	2	0	225	10.24	16.95	2,304	4
Ⅲ	医療保険	40	0.25	0.63	10	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.50	1.17	113	0
	介護保険	40	2.00	4.29	80	0	8	0.88	1.13	7	1	225	3.91	5.30	879	2
Ⅳ	医療保険	40	0.13	0.52	5	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.40	1.08	89	0
	介護保険	40	1.50	3.64	60	0	8	0.25	0.71	2	0	225	2.42	3.77	545	1
M	医療保険	40	0.08	0.35	3	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.41	2.74	92	0
	介護保険	40	0.10	0.38	4	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.71	1.96	160	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

図表 176 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

＜前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ＞

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
Ⅱ 以下	医療保険	9	4.33	5.05	39	2	0	-	-	-	-	107	5.78	6.52	618	4
	介護保険	17	14.06	16.94	239	8	2	1.00	0.00	2	1	173	13.32	18.25	2,304	7
Ⅲ	医療保険	7	1.43	0.79	10	1	0	-	-	-	-	63	1.79	1.61	113	1
	介護保険	14	5.71	5.69	80	4	4	1.75	0.96	7	2	148	5.94	5.54	879	4
Ⅳ	医療保険	3	1.67	1.15	5	1	0	-	-	-	-	49	1.82	1.68	89	1
	介護保険	11	5.45	5.28	60	2	1	2.00	-	2	2	122	4.47	4.14	545	3
M	医療保険	2	1.50	0.71	3	2	0	-	-	-	-	33	2.79	6.76	92	1
	介護保険	3	1.33	0.58	4	1	0	-	-	-	-	55	2.91	3.06	160	1

（注）全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

(3) 精神疾患のある利用者に対する訪問看護

①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数

病院において、平成23年6月1か月間に精神科訪問看護・指導料Ⅰを算定した利用者数についてみると、施設が平均0.02人、居宅が平均0.84人であった。また、訪問看護ステーションにおいて、平成23年6月1か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した精神疾患のある利用者数についてみると、施設が平均0.08人、居宅が平均3.03人であった。

さらに、病院において、精神科訪問看護・指導料Ⅱを算定した利用者のうち「(一度の訪問で)1名に対して訪問を実施した件数」は平均0.22件であり、「(一度の訪問で)複数名に対して訪問を実施した件数」は平均0.00件であった。一方、訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均1.15件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は平均0.63件であった。

図表 177 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護・指導料の算定利用者数・件数
(精神疾患のある利用者、平成23年6月1か月間)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
訪問看護基本療養費Ⅰ	施設(人)	43	0.02	0.15	1	0	5	0.00	0.00	0	0	263	0.08	0.60	20	0
	居宅(人)	43	0.84	4.88	36	0	5	0.00	0.00	0	0	263	3.03	9.47	797	0
訪問看護基本療養費Ⅱ	1名に対して訪問を実施した件数(件)	36	0.22	1.33	8	0	5	0.00	0.00	0	0	229	1.15	13.20	263	0
	複数名に対して訪問を実施した件数(件)	36	0.00	0.00	0	0	5	0.00	0.00	0	0	229	0.63	5.87	145	0

(注)・病院・診療所では「訪問看護基本療養費Ⅰ」は「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」、「訪問看護基本療養費Ⅱ」は「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」を指す。
・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

次に算定実績のある施設・事業所に限定してみると、病院における平成23年6月1か月間に精神科訪問看護・指導料Ⅰを算定した利用者数は、施設が平均1.00人、居宅が平均12.00人であった。また、訪問看護ステーションにおける、平成23年6月1か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した精神疾患のある利用者数は、施設が平均2.86人、居宅が平均9.38人であった。さらに、病院において、精神科訪問看護・指導料Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均8.00件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は該当がなかった。一方、訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均29.22件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は平均29.00件であった。

図表 178 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護・指導料の算定利用者数・件数（精神疾患のある利用者、平成 23 年 6 月 1 か月間）＜前記図表のうち、算定実績のある事業所のみ＞

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
訪問看護基本療養費 I	施設(人)	1	1.00	-	1	1	0	-	-	-	-	7	2.86	2.54	20	2
	居宅(人)	3	12.00	17.32	36	2	0	-	-	-	-	85	9.38	14.81	797	3
訪問看護基本療養費 II	1名に対して訪問を実施した件数(件)	1	8.00	-	8	8	0	-	-	-	-	9	29.22	63.56	263	4
	複数名に対して訪問を実施した件数(件)	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	5	29.00	30.56	145	16

(注)・病院・診療所では「訪問看護基本療養費 I」は「精神科訪問看護・指導料 I」、「訪問看護基本療養費 II」は「精神科訪問看護・指導料 II」を指す。

・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点（自由記述形式）

精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点を自由記述形式で記載していただいた。以下は、その内容をまとめたものである。

【精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点】（自由記述形式）

○工夫している点

- ・ 傾聴を心がける（同旨を含め 7 件）。
- ・ ことばづかいや話し方（同旨を含め 6 件）。
- ・ 対応困難な人などには 2 名で訪問（同旨を含め 6 件）。
- ・ 他機関との連携を密にしている（同旨を含め 4 件）。
- ・ 訪問予定日を忘れて留守のことがあるので事前に電話する（同旨を含め 3 件）。
- ・ 頻回に電話がある時の対応（同旨を含め 3 件）。 / 等

○対応が困難な点

- ・ スタッフを変更しにくい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 服薬拒否（同旨を含め 3 件）。
- ・ 訪問拒否（同旨を含め 3 件）。
- ・ 精神疾患に対する知識、スキルを持った看護師がいない（同旨を含め 3 件）。
- ・ 1 人で訪問することに対する不安（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問中の暴力行為（同旨を含め 2 件）。 / 等

(4) 長時間の訪問看護について

①長時間の訪問看護の利用者数

平成22年4月1日～平成23年3月31日の間で2時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数を年齢階級別にみると、病院では「65歳以上」が0.29人で最も多く、「総数」の平均が0.45人であった。訪問看護ステーションでは「65歳以上」が0.51人で最も多く、次いで「40歳以上65歳未満」(0.39人)、「3歳以上6歳未満」(0.37人)で、「総数」の平均が1.43人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、平成22年4月1日～平成23年3月31日の間で2時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数は、病院では2.88人、訪問看護ステーションでは4.35人であった。

図表 179 2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数（年齢階級別）
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
3歳未満	51	0.02	0.14	1	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.03	0.23	9	0
3歳以上6歳未満	51	0.04	0.28	2	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.37	5.82	106	0
6歳以上15歳未満	51	0.00	0.00	0	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.04	0.28	13	0
15歳以上40歳未満	51	0.02	0.14	1	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.09	0.34	25	0
40歳以上65歳未満	51	0.08	0.34	4	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.39	2.23	114	0
65歳以上	51	0.29	1.33	15	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.51	2.23	146	0
総数	51	0.45	1.50	23	0	7	0.00	0.00	0	0	289	1.43	8.25	413	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

図表 180 2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
総数	8	2.88	2.85	23	2	0	-	-	-	-	95	4.35	1398	413	2

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

病院では、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は平均 0.12 人であり、長時間訪問看護・指導加算の算定対象者ではない利用者数は平均 0.06 人であった。訪問看護ステーションでは、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算を算定した利用者数は平均 0.33 人であり、長時間訪問看護加算の算定対象者ではない利用者数は平均 0.33 人であった。このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 0.13 人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、病院では、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は平均 3.00 人であり、長時間訪問看護・指導加算の算定対象者ではない利用者数は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算を算定した利用者数は平均 1.73 人であり、長時間訪問看護加算の算定対象者ではない利用者数は平均 2.29 人であった。このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 1.77 人であった。

図表 181 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数
(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
①長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数	51	0.12	0.71	6	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.33	0.81	95	0
②長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数	51	0.06	0.24	3	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.33	1.08	94	0
③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数											289	0.13	0.60	39	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

- ・「③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数」は、訪問看護ステーションのみが回答対象。

図表 182 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数
 <前記図表 180 のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
①長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数	2	3.00	2.83	6	3	0	-	-	-	-	55	1.73	1.03	95	1
②長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数	3	1.00	0.00	3	1	0	-	-	-	-	41	2.29	1.94	94	2
③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数											22	1.77	1.38	39	1

(注)・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

・「③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数」は、訪問看護ステーションのみが回答対象。

②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態

人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態を自由記述形式で記載していただいた。

【人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態】

(自由記述形式)

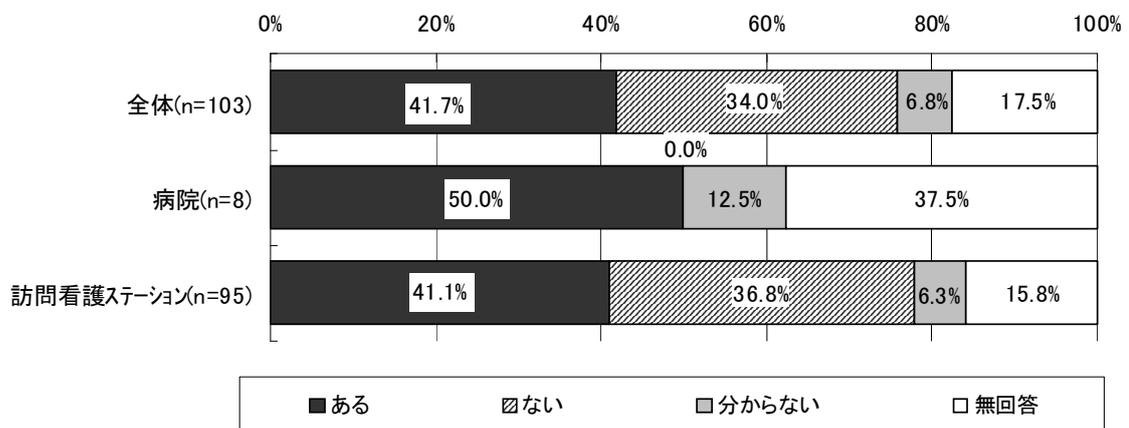
- ・ターミナル期で医療処置の多い患者や終末期を迎える患者のケア (同旨を含め 17 件)。
- ・気管切開で吸引が頻回に必要な方、褥創処置が必要な方 (同旨を含め 15 件)。
- ・常時見守りが必要な患者の介護者のレスパイト、留守番 (同旨を含め 13 件)。
- ・医療処置の指導や、本人・家族の精神的ケアに時間を要する (同旨を含め 13 件)。
- ・排便コントロール (同旨を含め 8 件)。 / 等

③長時間訪問看護の利用者のうち週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無

2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無についてみると、「ある」という回答は病院では 50.0%、訪問看護ステーションでは 41.1%であった。

図表 183 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無

(2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者総数が 1 人以上の事業所)



【週 1 回の訪問ではサービスが足りない場合の利用者の状態像】(自由記述形式)

- ・人工呼吸器装着の利用者 (ALS を除く、同旨を含め 7 件)。
- ・終末期のケースで病状変化が著しい場合 (同旨を含め 7 件)。
- ・ALS で人工呼吸器の利用者 (同旨を含め 6 件)。
- ・小児の利用者の場合の介護者のレスパイトのための訪問 (同旨を含め 3 件)。
- ・レスピレーター装着者 (同旨を含め 3 件) / 等

(5) 乳幼児への訪問看護の体制について

①NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数

平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間の NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数についてみると、病院では、「NICU から直接移行」が 0.22 人、「NICU 以外から移行」が 0.09 人、「NICU 入室経験あり」が 0.07 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 0.07 人、「NICU 以外から移行」が 0.21 人、「NICU 入室経験あり」が 0.12 人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数は、病院では、「NICU から直接移行」が 10.00 人、「NICU 以外から移行」が 1.33 人、「NICU 入室経験あり」が 1.50 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 2.11 人、「NICU 以外から移行」が 1.74 人、「NICU 入室経験あり」が 1.48 人であった。

図表 184 NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間)

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
NICU から直接移行	46	0.22	1.47	10	0	5	0.00	0.00	0	0	276	0.07	0.43	19	0
NICU 以外から移行	46	0.09	0.35	4	0	5	0.40	0.89	2	0	276	0.21	0.74	59	0
NICU 入室経験あり	46	0.07	0.33	3	0	5	0.40	0.89	2	0	276	0.12	0.49	34	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

・「NICU 入室経験あり」は「NICU 以外から移行」のうち、NICU 入室経験がある乳幼児数を指す。

図表 185 NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
NICU から直接移行	1	10.00	-	10	10	0	-	-	-	-	9	2.11	1.17	19	2
NICU 以外から移行	3	1.33	0.58	4	1	1	2.00	-	2	2	34	1.74	1.36	59	1
NICU 入室経験あり	2	1.50	0.71	3	2	1	2.00	-	2	2	23	1.48	0.95	34	1

(注)・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

・「NICU 入室経験あり」は「NICU 以外から移行」のうち、NICU 入室経験がある乳幼児数を指す。

②入院期間別乳幼児利用者数

入院期間別に回答事業所・訪問看護部門で受け入れた平均乳幼児利用者数をみると、「3歳未満」において、病院では「6か月以上1年未満」が0.22人で最も多く、次いで「1年以上」(0.05人)、「3か月以上6か月未満」(0.02人)となった。訪問看護ステーションでは「3か月以上6か月未満」が0.07人で最も多く、次いで「1か月以上3か月未満」「6か月以上1年未満」「1年以上」(それぞれ0.06人)、「1か月未満」(0.03人)となった。

同様に「3歳以上6歳未満」についてみると、病院では「3か月以上6か月未満」「1年以上」がそれぞれ0.03人で最も多かったが、「総数」でも0.05人と3歳未満と比較して少なかった。訪問看護ステーションでは「1か月以上3か月未満」が0.06人で最も多く、次いで「1年以上」(0.05人)、「1か月未満」(0.04人)となった。

図表 186 回答事業所・訪問看護部門で受け入れた乳幼児利用者数（入院期間別）
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
3才未満	総数	41	0.29	1.57	12	0	5	0.40	0.89	2	0	232	0.28	0.77	65	0
	1か月未満	41	0.00	0.00	0	0	5	0.40	0.89	2	0	232	0.03	0.22	7	0
	1か月以上 3か月未満	41	0.00	0.00	0	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.35	15	0
	3か月以上 6か月未満	41	0.02	0.16	1	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.07	0.33	16	0
	6か月以上 1年未満	41	0.22	1.11	9	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.30	14	0
	1年以上	41	0.05	0.31	2	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.25	13	0
3歳以上 6歳未満	総数	40	0.05	0.22	2	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.18	0.83	39	0
	1か月未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.04	0.21	8	0
	1か月以上 3か月未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.06	0.63	13	0
	3か月以上 6か月未満	40	0.03	0.16	1	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.02	0.16	4	0
	6か月以上 1年未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.01	0.10	2	0
	1年以上	40	0.03	0.16	1	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.05	0.43	12	0

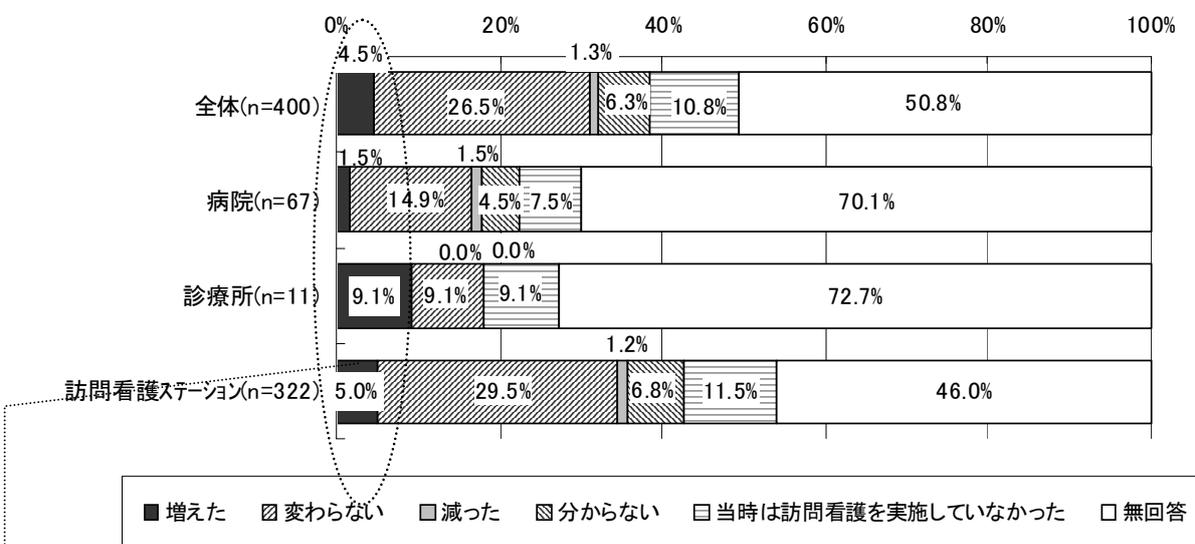
（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

③乳児への訪問看護の増減について

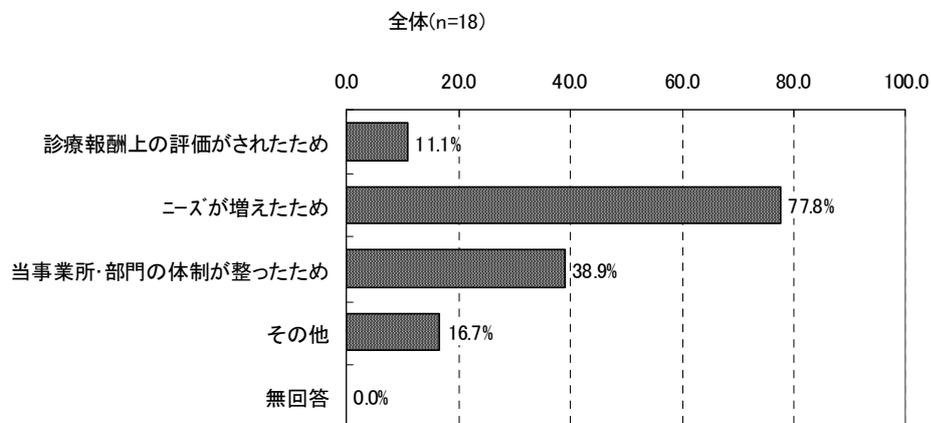
平成 22 年度の診療報酬改定前と比較して、3 歳未満の乳児への訪問看護の増減を尋ねたところ、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院で 1.5%、診療所で 9.1%、訪問看護ステーションで 5.0%に留まった。一方、「変わらない」という回答は、病院で 14.9%、診療所で 9.1%、訪問看護ステーションで 29.5%であった。

「増えた」と回答した事業所に対して増加した理由を尋ねたところ、「ニーズが増えたため」(77.8%) が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」(38.9%)、「診療報酬上の評価がされたため」(11.1%) となった。

図表 187 平成 22 年度の診療報酬改定前と比較しての 3 歳未満の乳児への訪問看護の増減



図表 188 平成 22 年度の診療報酬改定前と比較して 3 歳未満の乳児への訪問看護が増加した理由（「増えた」と回答した事業所、複数回答）



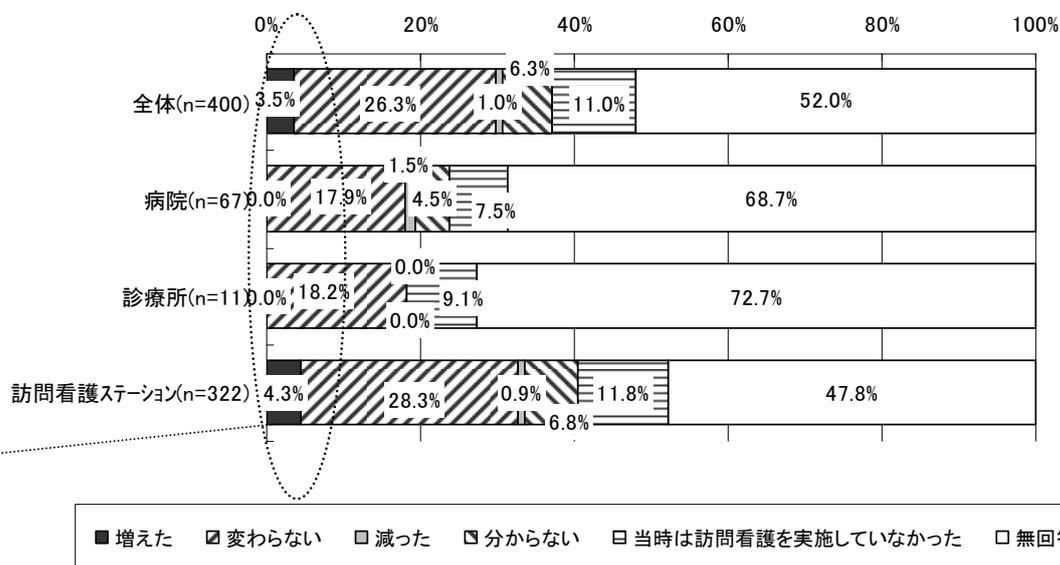
(注) 「その他」の内容として、「乳幼児の訪問をしているステーションがない」「定期カンファレンス（病棟との）」等が挙げられた。

④ 幼児への訪問看護の増減について

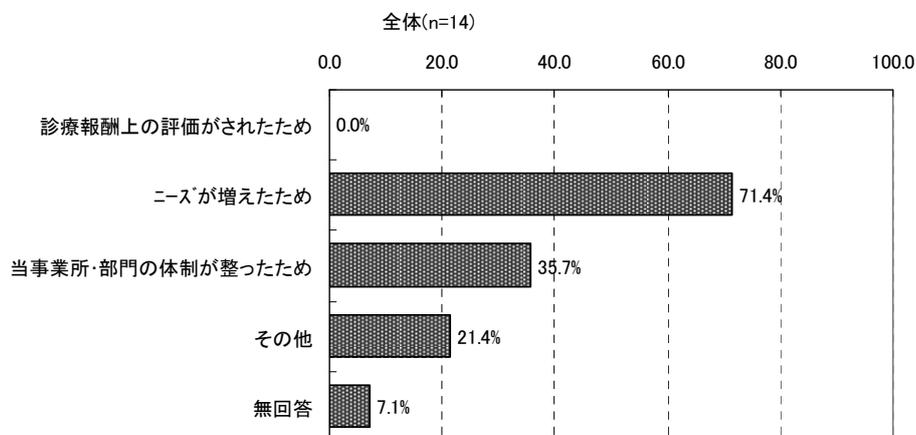
平成 22 年度の診療報酬改定前と比較して、3 歳以上 6 歳未満の幼児への訪問看護の増減を尋ねたところ、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院・診療所ではなく、訪問看護ステーションで 4.3%に留まった。一方、「変わらない」という回答は、病院で 17.9%、診療所で 18.2%、訪問看護ステーションで 28.3%であった。

「増えた」と回答した事業所に対して増加した理由を尋ねたところ、「ニーズが増えたため」(71.4%) が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」(35.7%) となった。

図表 189 平成 22 年度の診療報酬改定前と比較しての 3 歳以上 6 歳未満の幼児への訪問看護の増減



図表 190 平成 22 年度の診療報酬改定前と比較しての 3 歳以上 6 歳未満の幼児への訪問看護が増加した理由（「増えた」と回答した事業所、複数回答）

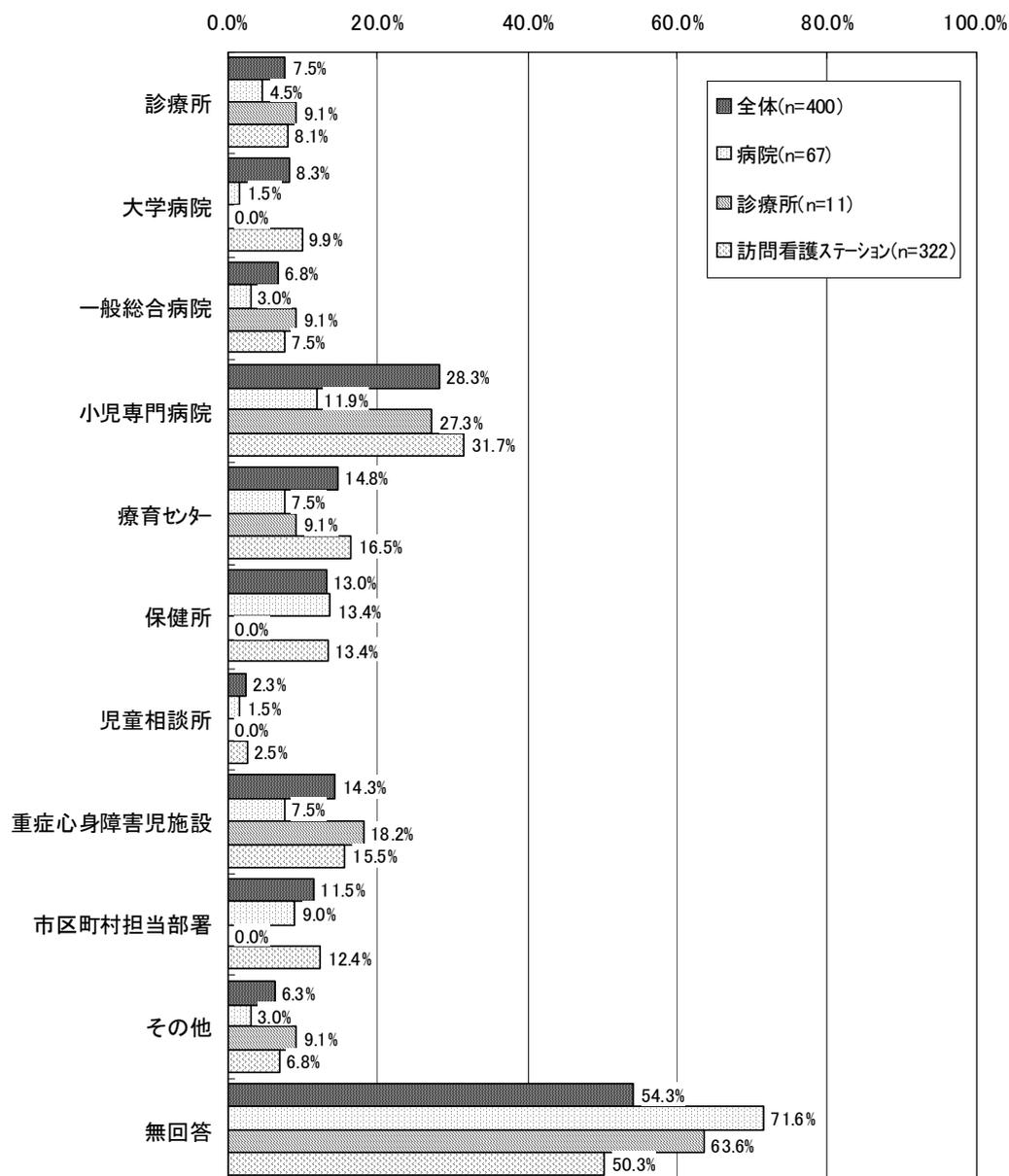


(注) 「その他」の内容として、「周辺に小児訪問看護を受けるところが少ない」「依頼は多いが、看護師不足で減っている」が挙げられた。

⑤乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先

乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先についてみると、病院では、「保健所」が13.4%で最も多く、次いで「小児専門病院」(11.9%)、「市区町村担当部署」(9.0%)、「療育センター」「重症心身障害児施設」(それぞれ7.5%)であった。訪問看護ステーションでは、「小児専門病院」が31.7%で最も多く、次いで「療育センター」(16.5%)、「重症心身障害児施設」(15.5%)、「保健所」(13.4%)、「市区町村担当部署」(12.4%)であった。

図表 191 乳幼児への訪問看護にあたって、特に重要だと考えられる連携先医療機関など
(複数回答、3つまで)

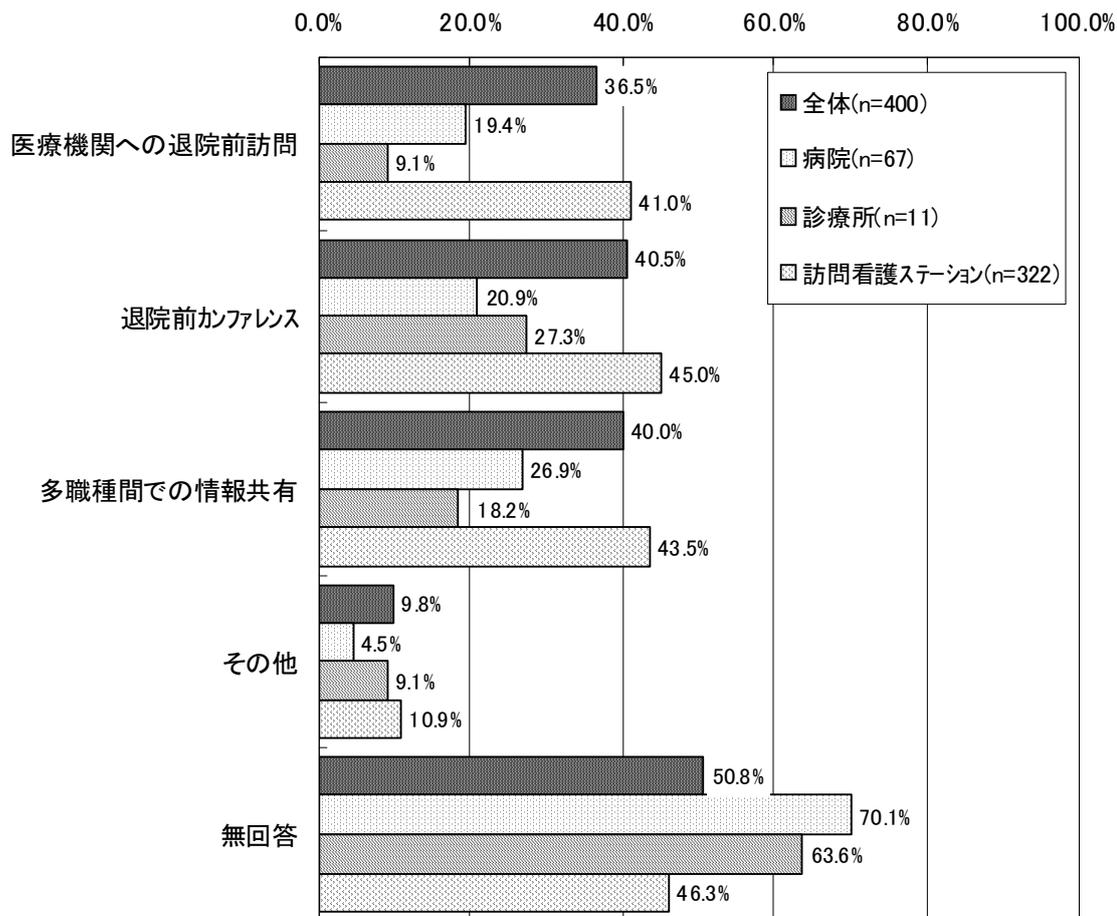


(注) 「その他」の内容として、「かかりつけ医」(6件)「往診医」(3件)「緊急時に受け入れ可能な病院」(2件)「地域連携室」「リハビリ施設」等が挙げられた。

⑥乳幼児の在宅移行につながる連携体制

乳幼児の在宅移行につながる連携体制についてみると、病院では、「多職種間での情報共有」が26.9%で最も多く、次いで「退院前カンファレンス」(20.9%)、「医療機関への退院前訪問」(19.4%)となった。訪問看護ステーションでは、「退院前カンファレンス」が45.0%で最も多く、次いで「多職種間での情報共有」(43.5%)、「医療機関への退院前訪問」(41.0%)であった。

図表 192 どのような連携体制があれば乳幼児の在宅移行につながると考えるか（複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「レスパイト先の確保」(同旨を含め8件)、「家族のサポート体制」(同旨を含め4件)、「在宅医」(同旨を含め4件)、「訪問看護師の増員」(同旨を含め3件)、「病院側の急変時の対応」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること

乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていることを自由記述形式で記載していただいた。

【乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること】

(自由記述形式)

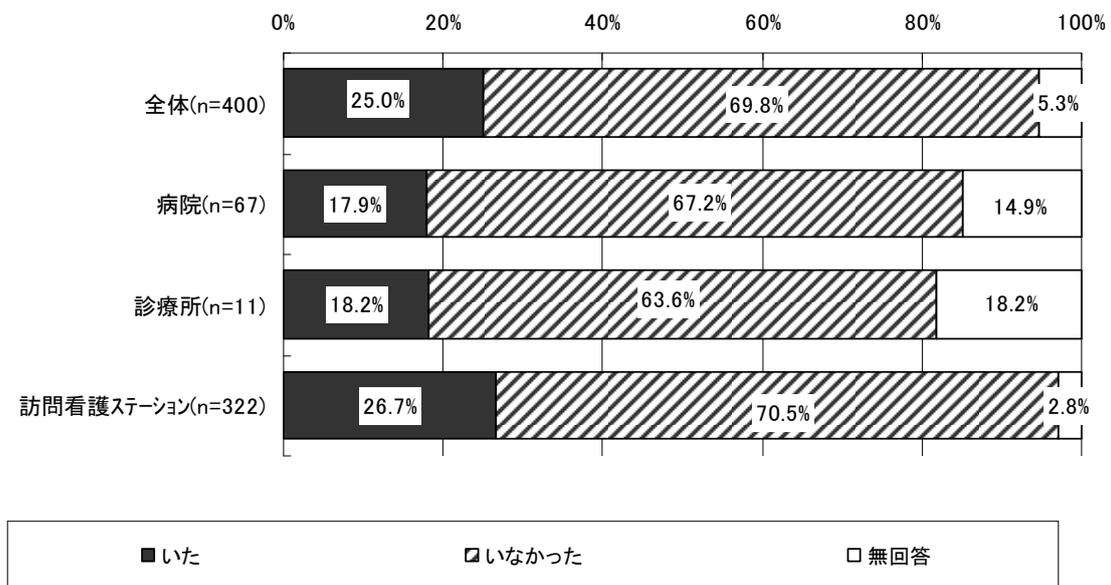
- ・ 母親・介護者に対する精神的サポート（同旨を含め 15 件）。
- ・ 血圧計・聴診器などの乳幼児用の診療用具（同旨を含め 8 件）。
- ・ 勉強会・研修会への参加（同旨を含め 7 件）。
- ・ 消防署や救急隊、小児科医との連携など、緊急時の対応や連絡体制の確認（同旨を含め 6 件）。
- ・ 小児病棟経験のある看護師の確保（同旨を含め 4 件）。
- ・ 感染予防の消毒液など（同旨を含め 3 件）。 / 等

(6) 複数名による訪問看護

①複数名の職員が同時に訪問した利用者の有無

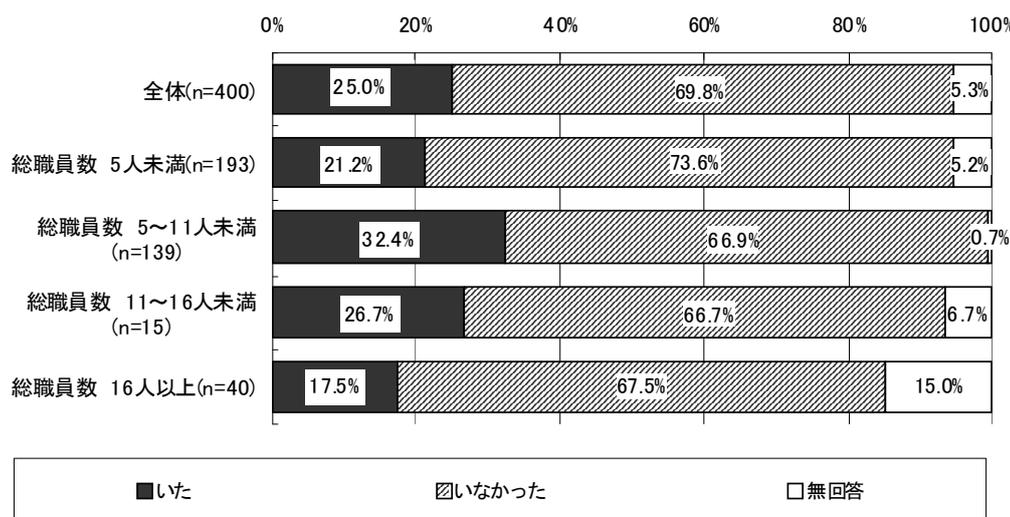
複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無についてみると、「いた」という回答は、病院で17.9%、診療所で18.2%、訪問看護ステーションで26.7%であった。

図表 193 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間）



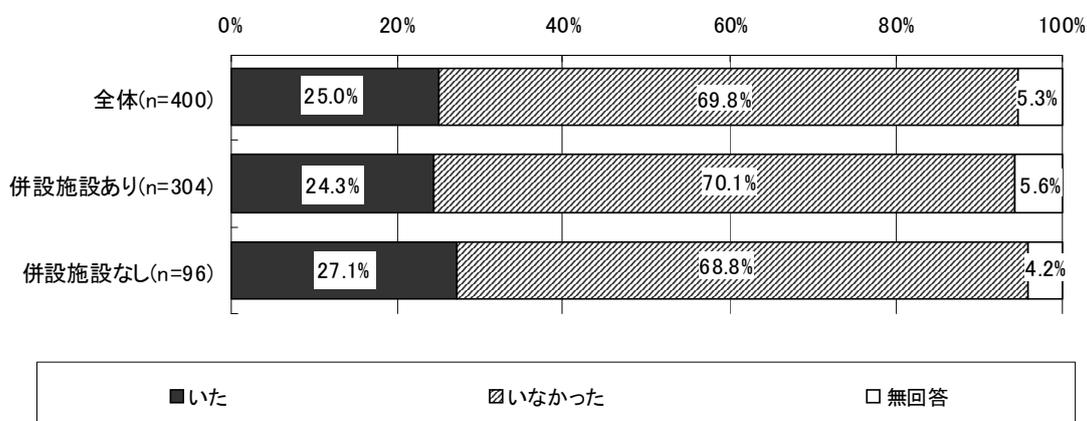
複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「5人未満」では21.2%、「5～11人未満」では32.4%、「11～16人未満」では26.7%、「16人以上」では17.5%であった。総職員数との関係はみられなかった。

図表 194 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間、総職員数（常勤換算）別）



複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無について併設施設の有無別にみると、「いた」という回答は、「併設施設あり」では24.3%、「併設施設なし」では27.1%であった。

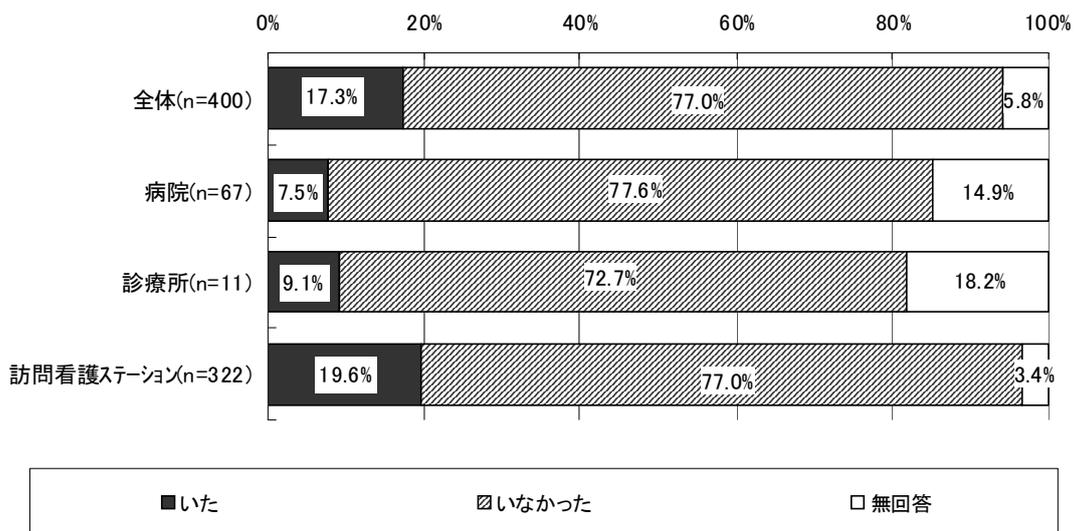
図表 195 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間、併設施設の有無別）



②看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無

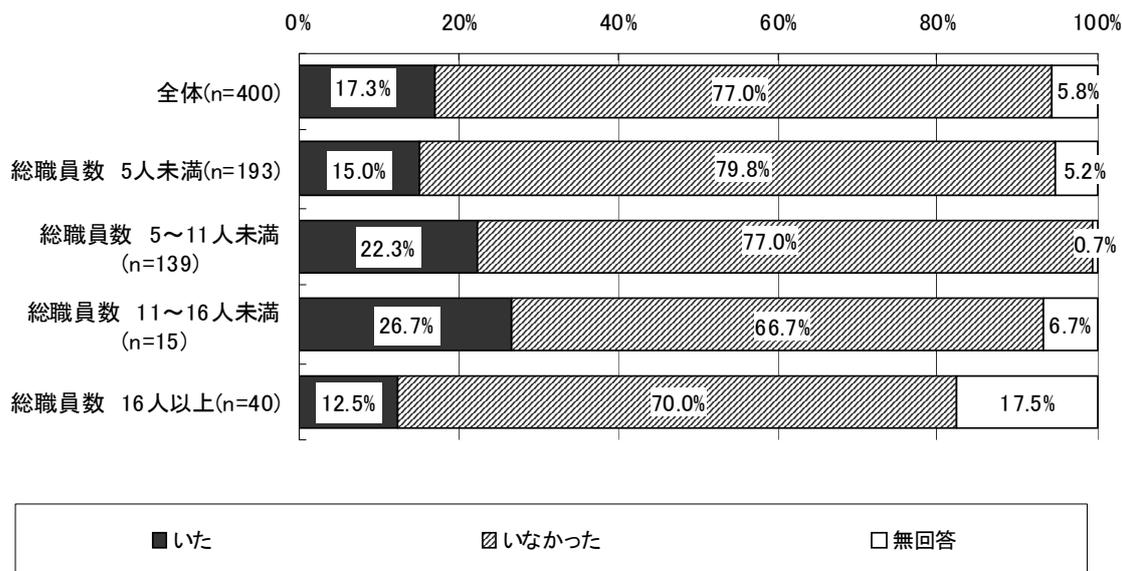
看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無についてみると、「いた」という回答は、病院で7.5%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで19.6%であった。

図表 196 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無
（平成23年6月1か月間）



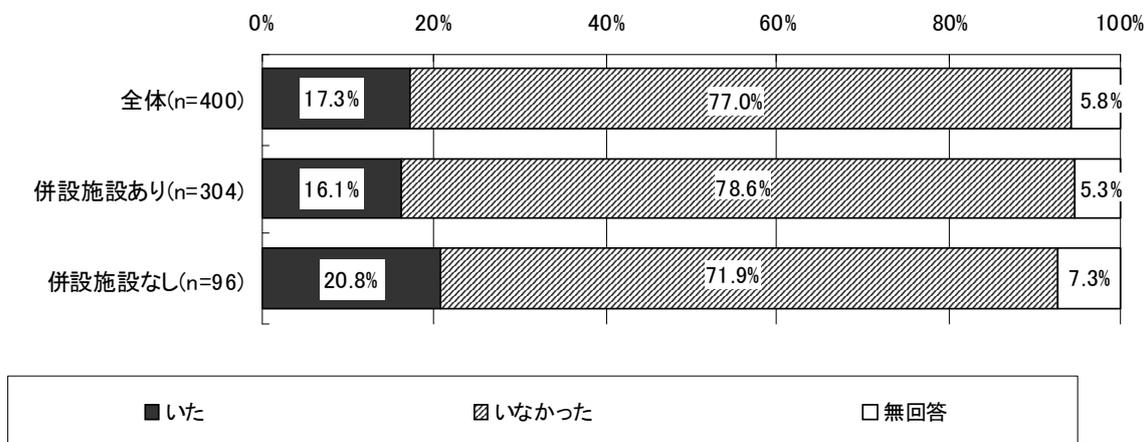
看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「5人未満」では15.0%、「5～11人未満」では22.3%、「11～16人未満」では26.7%、「16人以上」では12.5%であった。総職員数との関係はみられなかった。

図表 197 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無（総職員数（常勤換算）別）（平成23年6月1か月間）



看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「併設施設あり」では16.1%、「併設施設なし」では20.8%であった。

図表 198 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無（平成23年6月1か月間、併設施設の有無別）



③複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数

複数名の職員が同時に訪問する利用者について理由別人数をみると、「末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」は、病院が平均 0.70 人、訪問看護ステーションが平均 1.10 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.62 人、訪問看護ステーションが平均 0.80 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.43 人であった。

図表 199 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数

【末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者】

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	37	0.70	1.39	26	0	5	1.20	1.64	6	0	196	1.10	2.19	216	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	37	0.62	1.30	23	0	5	1.00	1.41	5	0	196	0.80	1.64	157	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	37	0.24	0.72	9	0	5	0.40	0.89	2	0	196	0.43	0.93	84	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

【特掲診療料の施設基準等別表第七】

○末期の悪性腫瘍	○多発性硬化症	○重症筋無力症
○スモン	○筋萎縮性側索硬化症	○脊髄小脳変性症
○ハンチントン病	○進行性筋ジストロフィー症	
○パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）		
○多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）		
○プリオン病	○亜急性硬化性全脳炎	○ライソゾーム病
○副腎白質ジストロフィー	○脊髄性筋萎縮症	○球脊髄性筋萎縮症
○慢性炎症性脱髄性多発神経炎	○後天性免疫不全症候群	○頸髄損傷
○人工呼吸器を使用している状態		

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「特別訪問看護指示期間中の利用者」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.16 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.12 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.04 人であった。

図表 200 複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数
【特別訪問看護指示期間中の利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	33	0.09	0.29	3	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.16	0.61	28	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	33	0.09	0.29	3	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.12	0.42	20	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	33	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.04	0.23	7	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「重症者管理加算の対象となる利用者」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.77 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.48 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.24 人であった。

図表 201 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
【重症者管理加算の対象となる利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	34	0.24	0.70	8	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.77	1.68	139	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	34	0.24	0.70	8	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.48	1.23	87	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	34	0.09	0.38	3	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.24	0.86	43	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.15 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.11 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.00 人、訪問看護ステーションが平均 0.08 人であった。

図表 202 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
【暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	35	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.15	0.58	26	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	35	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.11	0.55	19	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	35	0.00	0.00	0	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.08	0.33	13	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

④複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数

複数名の職員が同時に訪問する利用者数を全利用者数に占める割合でみると、「末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者」については、病院では 2.8% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 2.6%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.0% であった。訪問看護ステーションでは 2.8% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 2.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.0% であった。

同様に「特別訪問看護指示期間中の利用者」については、病院では 0.2% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.2%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.1% であった。訪問看護ステーションでは 0.7% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.6%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.3% であった。

「重症者管理加算の対象者となる利用者」については、病院では 0.7% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.7%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.4% であった。訪問看護ステーションでは 4.0% であり、このうち「週 1

回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 3.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.1%であった。

「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」については、病院では 0.1%であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.0%であった。訪問看護ステーションでは 0.3%であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.2%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.1%であった。

図表 203 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
(全利用者数に占める割合)

	病院			診療所			訪問看護ステーション		
	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数
末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者	(n=34)			(n=5)			(n=179)		
	2.8%	2.6%	1.0%	7.0%	5.2%	3.6%	2.8%	2.1%	1.0%
特別訪問看護指示期間中の利用者	(n=30)			(n=3)			(n=156)		
	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.6%	0.3%
重症者管理加算の対象となる利用者	(n=31)			(n=3)			(n=168)		
	0.7%	0.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	3.1%	1.1%
暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者	(n=32)			(n=3)			(n=157)		
	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.1%

(注) 利用者数、および複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数の各理由において、全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。訪問看護実施利用者数のうち、複数名の職員が同時に訪問する利用者とその理由別の人数の割合を集計。

**⑤看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務**

看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務を自由記述形式で記載して
いただいた。

**【看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務】（自由記述形式）**

- ・ 保清・保清補助（入浴介助・清拭・洗髪・更衣など）（同旨を含め 66 件）。
- ・ 利用者の体位保持・変換、移乗等（同旨を含め 55 件）。
- ・ 物品や入浴の準備・後片付け（同旨を含め 22 件）。
- ・ 医療行為の補助（同旨を含め 11 件）。
- ・ 服薬管理や点滴の見守り（同旨を含め 5 件）。
- ・ 暴力行為や迷惑行為があったときの外部への連絡と防衛（同旨を含め 4 件）。 / 等

⑥複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース

「末期がんや神経難病など（特掲診療科の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」「特別訪問看護指示期間中の利用者」「重症者管理加算の対象となる利用者」「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」の 4 つのケース以外で複数名でのサービス提供が必要と考えられるケースについて自由記述形式で記載していただいた。以下は、そのケースである。

【複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース】（自由記述形式）

- ・ 身体が大きく、重い患者（同旨を含め 22 件）。
- ・ 入浴介助（同旨を含め 15 件）。
- ・ 寝たきり全介助や ADL 低下の患者（同旨を含め 14 件）。
- ・ 移動・移乗が困難な場合（同旨を含め 10 件）。
- ・ 精神症状で被害妄想などが著しいケース（同旨を含め 8 件）。
- ・ ケアが多く時間を要する患者（同旨を含め 4 件）。
- ・ ターミナル期の利用者（同旨を含め 3 件）。 / 等

(7) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算の状況

①ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者

平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間のターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した平均利用者についてみると、「がん」の利用者数は、病院が1.26人、訪問看護ステーションが2.92人であった。「がん以外」の利用者数は、病院が0.39人、訪問看護ステーションが1.43人であった。

訪問看護ステーションの職員数規模別にみると、「がん」の平均利用者数は、職員数5人未満が1.53人、職員数5人以上10人未満が3.62人、職員数10人以上が8.00人であった。「がん以外」の平均利用者数は、職員数5人未満が1.13人、職員数5人以上10人未満が1.76人、職員数10人以上が1.71人であった。

図表 204 ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数
(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)

(単位：人)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	42	1.26	2.50	53	0	6	1.33	2.42	8	0	243	2.92	5.81	709	1
	がん以外	41	0.39	1.16	16	0	5	0.00	0.00	0	0	229	1.43	2.69	327	0

(注) 病院・診療所については「在宅ターミナルケア加算」を、訪問看護ステーションについては「ターミナルケア療養費」を算定した利用者数。

図表 205 ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数
(訪問看護ステーション職員数規模別、平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)

(単位：人)

		職員数5人未満					職員数5人以上10人未満					職員数10人以上				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	123	1.53	2.41	188	1	95	3.62	5.27	344	2	22	8.00	13.76	176	4
	がん以外	114	1.13	2.56	129	0	89	1.76	2.76	157	1	24	1.71	3.06	41	1

(注) 職員数およびターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

訪問看護開始から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 2.29 か月、訪問看護ステーションが平均 3.32 か月であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 10.38 か月、訪問看護ステーションが平均 11.95 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.16 か月、訪問看護ステーションが平均 3.11 か月であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 2.36 か月、訪問看護ステーションが平均 10.91 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

図表 206 訪問看護開始から死亡までの期間

(単位：月)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	18	2.29	4.57	41	1	4	0.45	0.53	2	0	169	3.32	6.93	561	2
	がん以外	15	10.38	21.41	156	0	2	0.00	0.00	0	0	134	11.95	20.88	1,602	3
直近にあったケース	がん	10	1.16	1.74	12	0	4	0.73	0.95	3	0	130	3.11	7.98	405	1
	がん以外	13	2.36	3.99	31	0	2	0.00	0.00	0	0	103	10.91	22.17	1,124	3

最後の退院から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 2.56 か月、訪問看護ステーションが平均 2.55 か月であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 8.46 か月、訪問看護ステーションが平均 5.74 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.61 か月、訪問看護ステーションが平均 3.61 か月であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.36 か月、訪問看護ステーションが平均 5.77 か月となった。

図表 207 最後の退院から死亡までの期間

(単位：月)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	18	2.56	4.95	46	1	3	0.33	0.58	1	0	144	2.55	4.38	367	2
	がん以外	14	8.46	19.54	119	0	2	0.00	0.00	0	0	96	5.74	13.77	551	2
直近にあったケース	がん	10	1.61	3.13	16	0	4	0.73	0.95	3	0	117	3.61	10.61	423	1
	がん以外	11	1.36	3.29	15	0	2	0.00	0.00	0	0	86	5.77	16.71	497	2

死亡前 14 日以内の訪問回数についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 5.56 回、訪問看護ステーションが平均 7.74 回であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 2.73 回、訪問看護ステーションが平均 6.44 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 3.60 回、訪問看護ステーションが平均 8.35 回であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 3.08 回、訪問看護ステーションが平均 6.23 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった。

図表 208 死亡前 14 日以内の訪問回数

(単位：回)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	19	5.56	4.64	106	5	4	4.00	4.62	16	4	164	7.74	5.70	1,270	7
	がん以外	15	2.73	4.06	41	0	2	0.00	0.00	0	0	129	6.44	5.61	831	6
直近にあったケース	がん	10	3.60	4.06	36	3	4	4.25	5.32	17	3	131	8.35	7.94	1,094	6
	がん以外	12	3.08	4.52	37	0	2	0.00	0.00	0	0	105	6.23	5.88	654	5

死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 39.91 分、訪問看護ステーションが平均 60.19 分であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 19.64 分、訪問看護ステーションが平均 49.52 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 35.50 分、訪問看護ステーションが平均 66.61 分であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 19.17 分、訪問看護ステーションが平均 50.77 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった。

図表 209 死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間

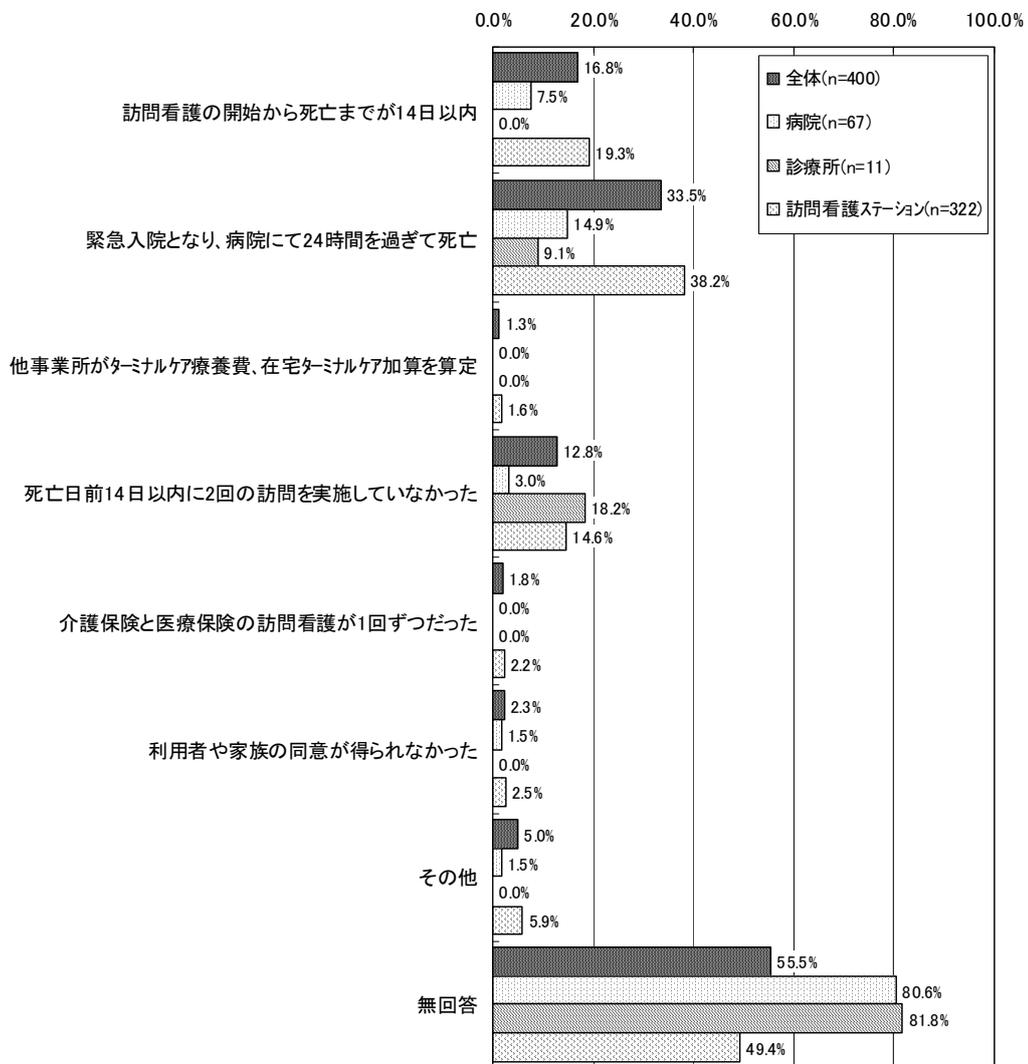
(単位：分)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	19	39.91	26.48	758	60	4	27.50	32.02	110	25	170	60.19	60.48	10,233	60
	がん以外	14	19.64	25.90	275	0	2	0.00	0.00	0	0	132	49.52	54.86	6,537	60
直近にあったケース	がん	10	35.50	35.94	355	30	4	30.00	34.64	120	30	132	66.61	178.15	8,793	60
	がん以外	12	19.17	26.44	230	0	2	0.00	0.00	0	0	104	50.77	68.10	5,280	60

②ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由

ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由についてみると、病院では、「緊急入院となり、病院にて24時間を過ぎて死亡」が14.9%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが14日以内」(7.5%)となった。訪問看護ステーションでは、「緊急入院となり、病院にて24時間を過ぎて死亡」が38.2%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが14日以内」(19.3%)、「死亡日前14日以内に2回の訪問を実施していなかった」(14.6%)となった。

図表 210 ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由
(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)(複数回答)



(注)・病院・診療所については「在宅ターミナルケア加算」を、訪問看護ステーションについては「ターミナルケア療養費」を算定できなかった場合の理由。

- ・「その他」の内容として、「介護保険で24時間体制をとっていないため」(同旨を含め3件)、「急変し、家族に同意を求める前に死亡」(同旨を含め3件)、「加算をとっていない」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題

ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題について、自由記述形式で記載していただいた。

【ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題】（自由記述形式）

- ・ターミナルケアをしても算定できないケースが多い。時間や回数の制限緩和（同旨を含め 30 件）。
- ・在宅ターミナルケア加算について、説明をするタイミングが難しい。また、家族が受け入れられない場合もあり、同意を得るのが難しい（同旨を含め 12 件）。
- ・ターミナルケア療養費の引上げ（同旨を含め 5 件）。 / 等

④ターミナルケア後 24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数

ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数についてみると、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 1.02 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 0.57 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数は、病院が平均 1.67 人、訪問看護ステーションが平均 2.63 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 1.67 人、訪問看護ステーションが平均 1.80 人であった。

図表 211 ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数等
（平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数	27	0.37	1.01	10	0.0	4	0.25	0.50	1	0	205	1.02	2.28	210	0
うち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数	27	0.37	1.01	10	0.0	4	0.25	0.50	1	0	205	0.57	1.09	117	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 212 ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数等
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間)

＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数	6	1.67	1.63	10	1	1	1.00	-	1	1	80	2.63	3.03	210	2
うち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数	6	1.67	1.63	10	1	1	1.00	-	1	1	65	1.80	1.24	117	1

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

⑤在宅以外の場所で死亡した理由

在宅以外の場所で死亡した理由について自由記述形式で記載していただいた。

【在宅以外の場所で死亡した理由】(自由記述形式)

- ・ 家族が介護疲れ、急激な症状悪化や看取りに対する不安等による介護力の低下により入院してしまった (同旨を含め 24 件)。
- ・ 本人、家族が最期は病院を希望したため (同旨を含め 18 件)。
- ・ 患者の急変時に家族が対応できず、病院へ救急搬送してしまった (同旨を含め 11 件)。
- ・ 主治医が対応できず、病院への救急搬送となった (同旨を含め 9 件)。
- ・ 在宅で十分な症状コントロールができなかった (同旨を含め 6 件)。
- ・ 外来通院者や訪問診療を受けていない患者は、自宅で死亡確認ができないため救急搬送となる (同旨を含め 4 件)。
- ・ 往診医が見つからなかった (同旨を含め 3 件)。 / 等

(8) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護

病院における、平成23年6月1か月間の同一建物居住者訪問看護・指導料の対象となった利用者数は平均1.48人であった。また、訪問看護ステーションにおける、訪問看護基本療養費Ⅲの対象となった利用者数は平均0.50人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院における、平成23年6月1か月間の同一建物居住者訪問看護・指導料の対象となった利用者数は平均10.33人であった。また、訪問看護ステーションにおける、訪問看護基本療養費Ⅲの対象となった利用者数は平均4.31人であった。

図表 213 「訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）」の診療報酬の対象となった利用者数（平成23年6月）

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
42	1.48	4.92	62	0	5	0.00	0.00	0	0	274	0.50	2.66	138	0

図表 214 「訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）」の診療報酬の対象となった利用者数（平成23年6月）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
6	10.33	9.40	62	8	0	-	-	-	-	32	4.31	6.72	138	2

医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数についてみると、病院は平均 0.05 人、訪問看護ステーションは平均 0.25 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院は平均 1.00 人、訪問看護ステーションは平均 2.83 人であった。

図表 215 医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数（平成 23 年 6 月）

（単位：人）

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
38	0.05	0.23	2	0	5	0.00	0.00	0	0	268	0.25	1.46	68	0

図表 216 医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数（平成 23 年 6 月）

＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

（単位：人）

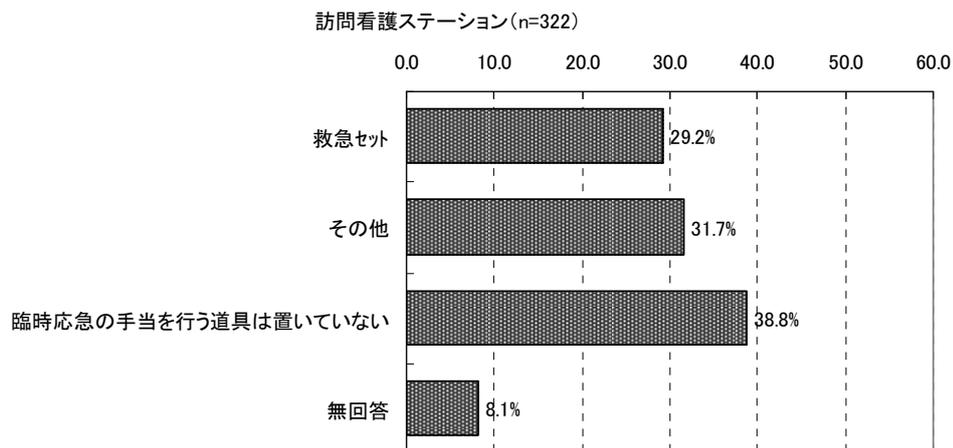
病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
2	1.00	0.00	2	1	0	-	-	-	-	24	2.83	4.14	68	2

(9) 訪問管理療養費とその加算等について

①事業所の設備や備品等

臨時応急の手当を行うための道具についてみると、「救急セット」が 29.2%で、「臨時応急の手当を行う道具は置いていない」が 38.8%であった。

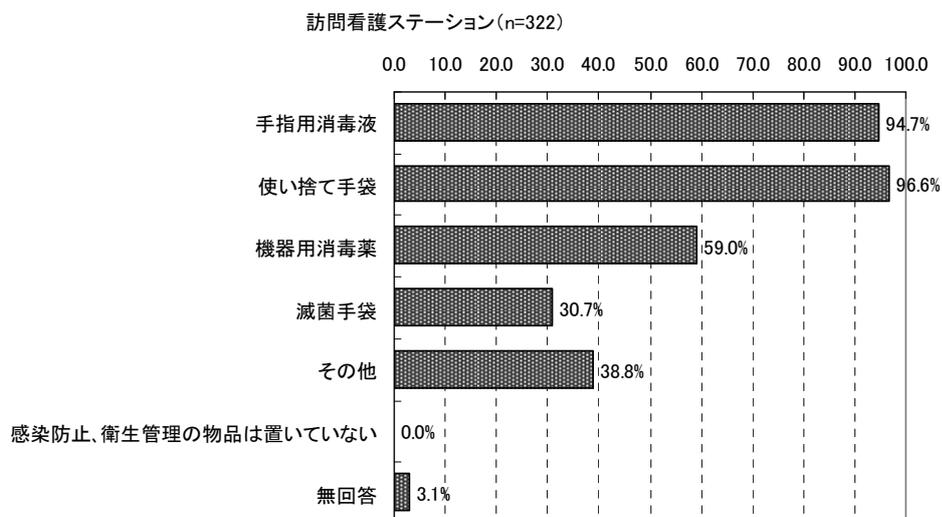
図表 217 臨時応急の手当を行うための道具（訪問看護ステーション、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「吸引器」(同旨を含め 50 件)、「消毒液、ガーゼなどの衛生材料」(同旨を含め 30 件)、「導尿カテーテル」(同旨を含め 13 件)、「アンビューバッグ」(同旨を含め 5 件) 等が挙げられた。

事業所における感染防止、衛生管理に要する物品についてみると、「使い捨て手袋」(96.6%)と「手指用消毒液」(94.7%)を置いている事業所が9割を超えた。「機器用消毒薬」は 59.0%、「滅菌手袋」は 30.7%であった。

図表 218 感染防止、衛生管理に要する物品（訪問看護ステーション、複数回答）

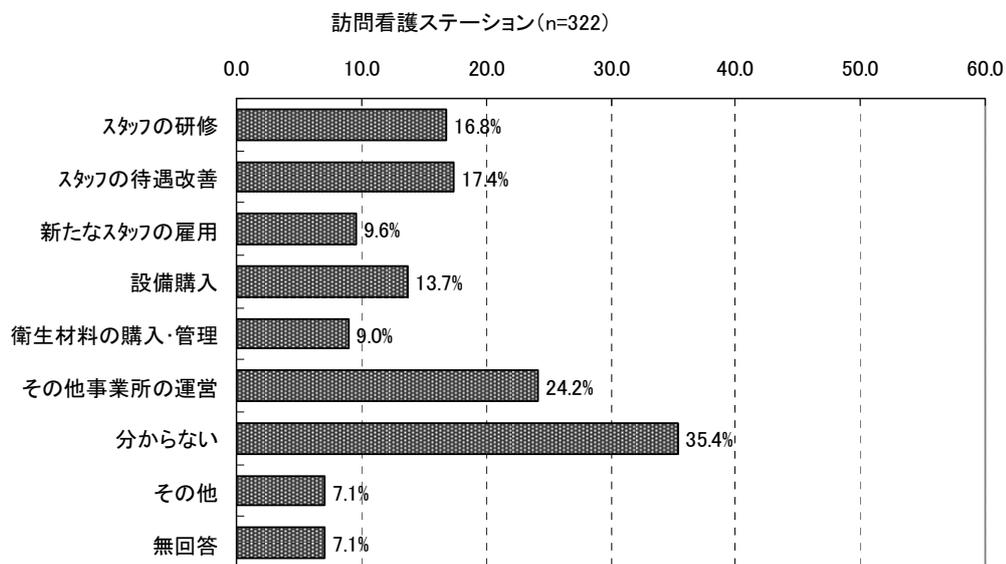


(注) 「その他」の内容として、「使い捨てエプロン」(70 件)、「使い捨てマスク」(65 件)、「オートクレーブ」(15 件)、「滅菌ガーゼ」(6 件)、「医薬廃棄物箱」(3 件) 等が挙げられた。

②訪問看護管理療養費の増額分についての使途

平成22年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途についてみると、「その他事業所の運営」(24.2%)が最も多く、次いで「スタッフの待遇改善」(17.4%)、「スタッフの研修」(16.8%)、「設備購入」(13.7%)、「新たなスタッフの雇用」(9.6%)、「衛生材料の購入・管理」(9.0%)であった。

図表 219 平成22年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途
(訪問看護ステーション、複数回答)



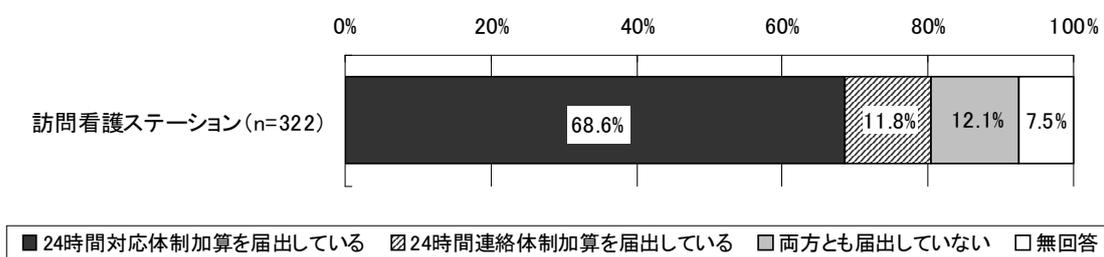
(注) 「その他」の内容として、「法人全体の利益として計上」(同旨を含め6件)「赤字分へ吸収」(同旨を含め3件)「ディスポ予防疫」「パルスオキシメータ」等が挙げられた。

(10) サービス提供時間について

① 「24 時間対応体制加算」 および 「24 時間連絡体制加算」 の届出の有無

訪問看護ステーションにおける「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無についてみると、「24 時間対応体制加算を届出している」事業所が 68.6%、「24 時間連絡体制加算を届出している」事業所が 11.8%、「両方とも届出していない」事業所が 12.1%であった。

図表 220 「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無
(訪問看護ステーション)



② 「24 時間対応体制加算」を届出していない理由

「24 時間対応体制加算」を届出していない理由について、自由記述形式で記載していただいた。

【「24 時間対応体制加算」を届出していない理由】(自由記述形式)

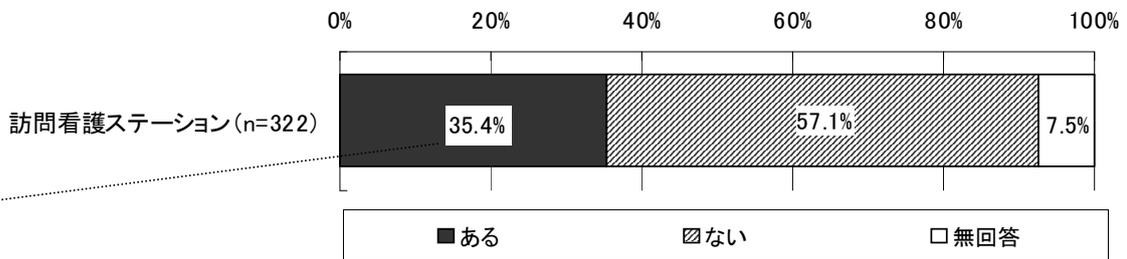
- ・ 人員が不足しているため (同旨を含め 45 件)。
- ・ 24 時間対応が難しいため (同旨を含め 10 件)。
- ・ 夜間や土日の労働の代休や代わりにのスタッフを補充することが難しいため (同旨を含め 8 件)。
- ・ 人員が少ないため届出はしていないが状況に応じて対応している (同旨を含め 6 件)。
- ・ 法人の方針のため (同旨を含め 5 件)。
- ・ 申請準備中 (同旨を含め 4 件)。
- ・ 医師との連絡調整が難しいため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 夜間や休日手当を出すのが難しいため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 母体病院が対応するため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 精神疾患の利用者が多く、深夜、状態悪化(暴力行為等)時の対応が女性スタッフでは困難の為 (同旨を含め 2 件)。
- ・ 緊急訪問体制が整わないため。
- ・ 在宅療養支援病院として、医師、看護師とも 24 時間体制をとっているため。
- ・ 届出をしていたが利用者がなかったため。 / 等

③利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無

訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無についてみると、「ある」と回答した事業所が35.4%、「ない」と回答した事業所が57.1%であった。

サービス提供時間外の「設定している時間帯」についてみると、早朝では「6時00分～8時00分」(31.9%)、夜間では「18時00分～22時00分」(41.8%)、深夜では「22時00分～6時00分」(66.7%)が最も多かった。

図表 221 利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無（訪問看護ステーション）



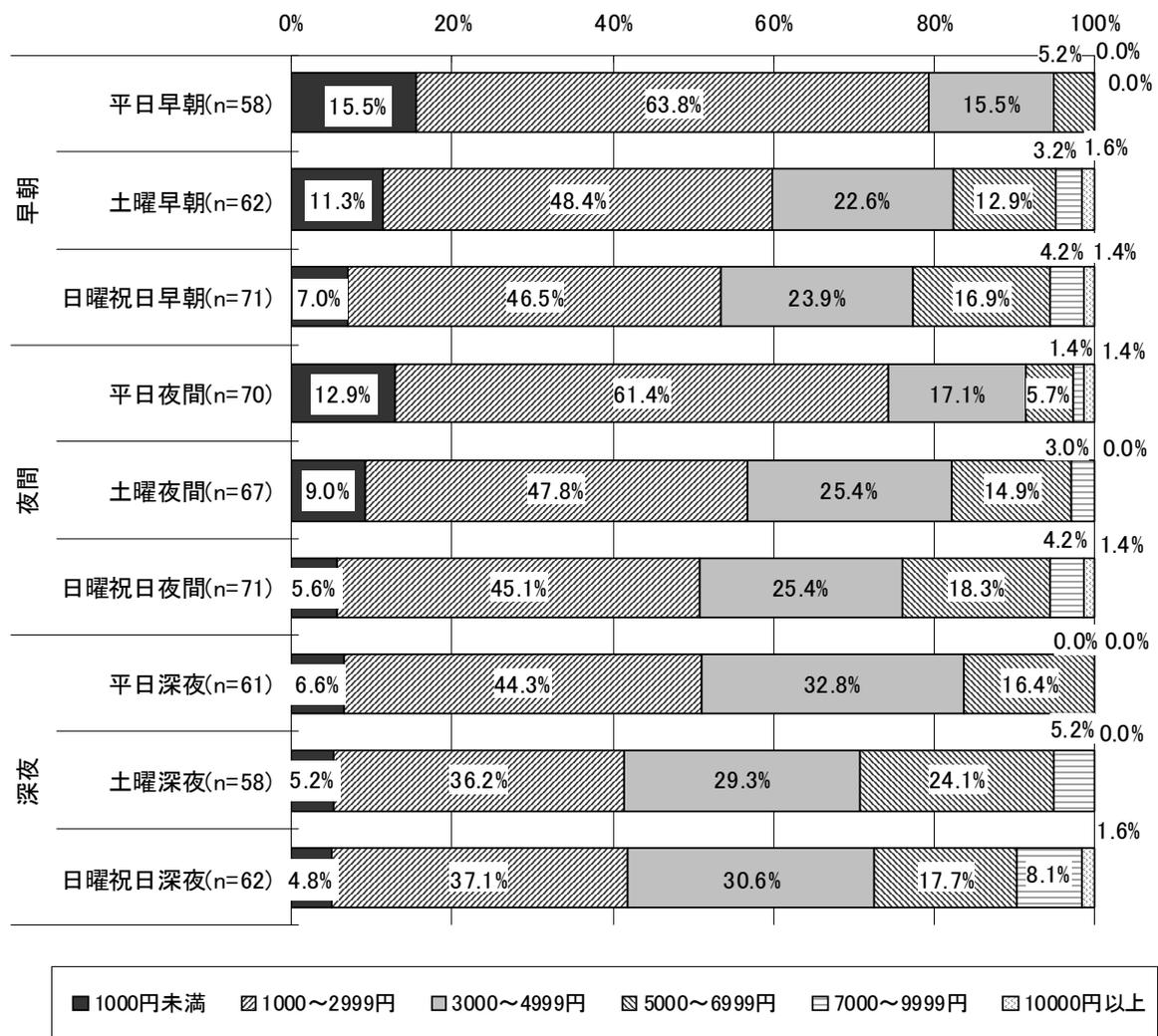
図表 222 時間外として設定している時間帯（早朝・夜間・深夜）

早朝(n=72)			夜間(n=79)			深夜(n=72)		
時間帯	回答事業所数	割合 (%)	時間帯	回答事業所数	割合 (%)	時間帯	回答事業所数	割合 (%)
6時00分～8時00分	23	31.9%	18時00分～22時00分	33	41.8%	22時00分～6時00分	48	66.7%
6時00分～8時30分	14	19.4%	17時00分～22時00分	11	13.9%	22時00分～7時00分	6	8.3%
6時00分～9時00分	10	13.9%	17時30分～22時00分	7	8.9%	22時00分～5時00分	5	6.9%

(注) 早朝、夜間、深夜のそれぞれの時間帯の開始時間、終了時間について記入のあった事業所のみを集計対象とし、各時間帯で回答の多かった回答パターンを上位3つまで掲載した。

サービス提供時間外の「料金設定」についてみると、全ての時間帯において「1000～2999円」が最も多くなり、平日よりも土曜や日曜祝日の方が3000円以上の料金設定が多くなり、料金が高めに設定されていた。

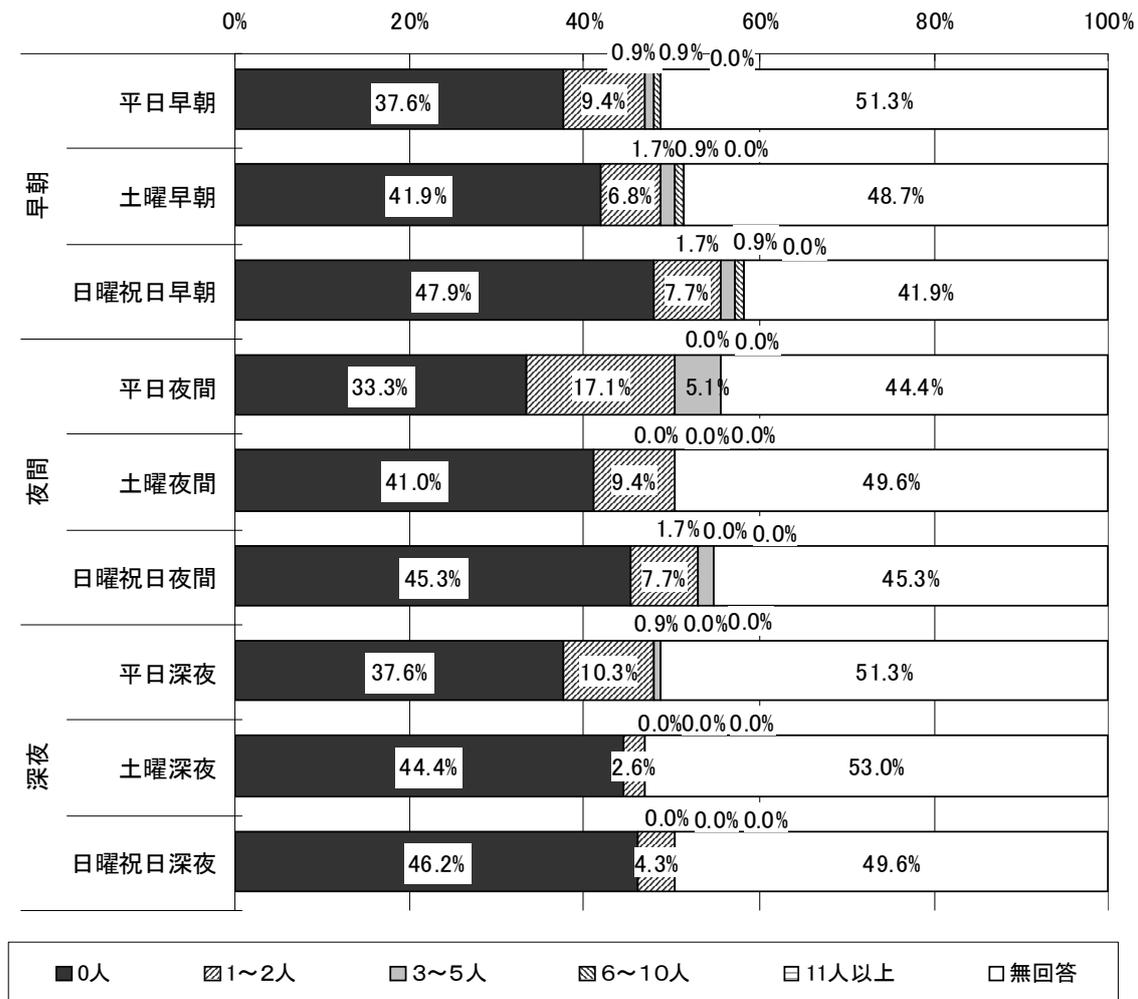
図表 223 時間外の料金設定（訪問看護ステーション）



(注) 時間帯について記入のあった事業所のみを集計対象とした。

サービス提供時間外の「利用者数」についてみると、「平日夜間」が平均 0.74 人で最も多く、次いで「平日早朝」（平均 0.46 人）、「土曜早朝」（平均 0.43 人）、「日曜祝日早朝」（平均 0.38 人）となった。

図表 224 時間外の利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月）（訪問看護ステーション）（n=117）



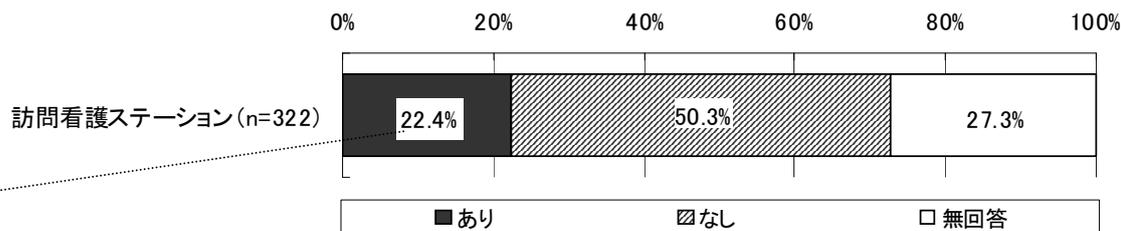
(単位：人)

	平日早朝	土曜早朝	日曜祝日早朝	平日夜間	土曜夜間	日曜祝日夜間	平日深夜	土曜深夜	日曜祝日深夜
事業所数	57	60	68	65	59	64	57	55	59
平均値	0.46	0.43	0.38	0.74	0.19	0.25	0.28	0.05	0.08
標準偏差	1.25	1.39	1.21	1.23	0.39	0.64	0.59	0.23	0.28
合計値	26	26	26	48	11	16	16	3	5
中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0

④時間外料金を徴収しないケース

訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無についてみると、「あり」と回答した事業所が22.4%、「なし」と回答した事業所が50.3%であった。

図表 225 利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無（訪問看護ステーション）



【徴収しなかった理由】（自由記述形式）

- ・ 時間外料金の設定をしていないため（同旨を含め18件）。
- ・ 経済的負担により頼みたくても頼めないという状況にならないようにするため（同旨を含め15件）。
- ・ 時間外が短時間であったため（同旨を含め6件）。
- ・ 24時間対応体制加算をとっていたため（同旨を含め6件）。
- ・ 緊急時対応体制加算で算定しているため（同旨を含め5件）。
- ・ 生活保護や低所得者で請求できなかったため（同旨を含め5件）。
- ・ 事前に説明して了解を得ていなかったため（同旨を含め4件）。
- ・ 緊急時訪問看護加算を算定しているため（同旨を含め2件）。
- ・ 法人の方針のため（同旨を含め2件）。
- ・ 予定訪問として訪問を組んだため。
- ・ 経営母体が役場であり、別枠での利用料を言い出しにくいいため。
- ・ 昼間の定時訪問でカテーテル交換をした後のトラブル対応（途中の接続や流出が良くない等）で利用者側の問題だけではなかったため。 /等

⑤早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数

早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数についてみると、「医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施」が平均 0.47 人で最も多く、次いで「病状不安定」（0.41 人）、「ターミナルケア」（平均 0.38 人）、「急性増悪」（平均 0.34 人）であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、「急性増悪」が平均 1.89 人で最も多く、次いで「病状不安定」（1.76 人）、「医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施」（平均 1.69 人）、「ターミナルケア」（平均 1.57 人）であった。

図表 226 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数
（平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション）

（単位：人）

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ADL 支援(排泄介助など)を実施	210	0.10	0.30	21	0
急性増悪	210	0.34	1.05	72	0
病状不安定	210	0.41	0.92	86	0
ターミナルケア	210	0.38	0.88	80	0
医療処置(胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等)を実施	210	0.47	0.98	98	0
その他	210	0.04	0.23	9	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 227 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数
（平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

（単位：人）

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ADL 支援(排泄介助など)を実施	21	1.00	0.00	21	1
急性増悪	38	1.89	1.78	72	1
病状不安定	49	1.76	1.13	86	1
ターミナルケア	51	1.57	1.17	80	1
医療処置(胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等)を実施	58	1.69	1.19	98	1
その他	8	1.13	0.35	9	1

（注）・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

- ・「その他」の内容として、「排便処理」、「呼吸器トラブル」、「統合失調症の薬管理」、「けいれん発作」、「IVH ポンプのトラブル」、「転倒していた」が挙げられた。

(11) 退院直後の利用者への訪問看護の実施について

①退院直後の利用者への訪問看護の実績

平成23年6月1か月間における、訪問看護を実施した退院直後の平均利用者数をみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は0.41人で、このうち「退院支援指導加算算定者数」は0.19人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は1.76人であり、「退院支援指導加算算定者数」は1.77人であった。

図表 228 訪問看護を実施した退院直後の利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
退院当日に訪問看護を実施した人数	286	0.41	1.00	116	0
うち、退院支援指導加算算定者数	286	0.19	0.73	53	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 229 訪問看護を実施した退院直後の利用者数 (平成23年6月1か月)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
退院当日に訪問看護を実施した人数	66	1.76	1.41	116	1
うち、退院支援指導加算算定者数	30	1.77	1.52	53	1

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

②退院支援指導加算を算定できなかったケース

平成23年6月1か月間における、退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数をみると、「介護保険の適用となったため、算定できなかった」が平均0.38人で最も多く、次いで「特別な関係にある医療機関からの退院のため」（平均0.28人）となった。

図表 230 退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
加算の要件に該当しない(厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等にある利用者)	149	0.20	0.65	30	0
退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった	149	0.02	0.14	3	0
退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった	149	0.02	0.14	3	0
介護保険の適用となったため、算定できなかった	149	0.38	0.84	57	0
特別な関係にある医療機関からの退院のため	149	0.28	0.88	41	0
その他	149	0.09	0.56	13	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

・「その他」の内容として、「退院日が営業日以外」、「退院後数日自宅で過ごしてから依頼」、「在宅にいる利用者」、「遠方病院からの退院調整で電話のみのため」等が挙げられた。

図表 231 退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
加算の要件に該当しない(厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等にある利用者)	17	1.76	0.97	30	1
退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった	3	1.00	0.00	3	1
退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった	3	1.00	0.00	3	1
介護保険の適用となったため、算定できなかった	33	1.73	0.91	57	1
特別な関係にある医療機関からの退院のため	24	1.71	1.55	41	1
その他	6	2.17	1.94	13	2

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

(12) 重症者管理加算について

①真皮を越える褥瘡があった利用者数

平成21年と平成23年の各6月1か月間の重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数をみると、平成21年は平均0.43人、平成23年は平均0.53人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、平成21年は平均1.98人、平成23年は平均1.93人であった。

図表 232 重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数
(平成21年6月1か月及び平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
平成21年6月	269	0.43	1.18	115	0
平成23年6月	269	0.53	1.32	143	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

・平成21年6月時点では、重症者管理加算の対象に「真皮を越える褥瘡があった」利用者は含まれないが、平成22年度以降の算定要件に則した場合、重症者管理加算に該当すると考えられる「真皮を越える褥瘡があった」利用者数について回答していただいた。

図表 233 重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数
(平成21年6月1か月及び平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
平成21年6月	58	1.98	1.85	115	1.00
平成23年6月	74	1.93	1.91	143	1.00

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

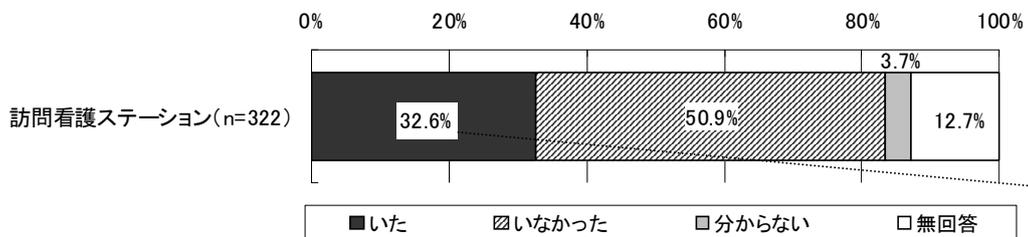
②特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者

平成22年4月1日から平成23年3月31日までの1年間において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無についてみると、「いた」と回答した事業所が32.6%、「いなかった」と回答した事業所が50.9%であった。

「いた」と回答した事業所において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できなかった利用者数についてみると、平均7.09人であった。

図表 234 特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無

(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間、訪問看護ステーション)



図表 235 特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できなかった利用者的人数 (該当利用者がいた訪問看護ステーション)

(単位：人)

事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
93	7.09	13.22	659	2

【月4日以上訪問間が提供できなかった理由】(自由記述形式)

- ・途中で入院してしまったため(同旨を含め41件)。
- ・症状の安定や自己管理によって、必要性がなかったため(同旨を含め22件)。
- ・途中でショートステイ等のサービスを利用したため(同旨を含め13件)。
- ・利用者の都合でキャンセルされたため(同旨を含め11件)。
- ・退院後4日以内に亡くなったため(同旨を含め10件)。
- ・入退院を繰り返したため(同旨を含め8件)。
- ・診察日と重なったため(同旨を含め7件)。
- ・月末利用開始で4日に満たないため(同旨を含め6件)。
- ・訪問日が祝日・祭日の場合、振替希望がないと月4日以上訪問ができないため(同旨を含め5件)。
- ・経済的理由で利用者が回数を制限しているため(同旨を含め5件)。
- ・本人の希望で月に4日の利用がなかったため(同旨を含め3件)。
- ・遠距離で頻回な訪問ができないため。／等

(13) 複数事業所による訪問看護療養費の算定

①複数事業所による訪問看護を受けた利用者数

回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数についてみると、平成21年は平均0.68人、平成23年は平均0.99人であった。このうち、「同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数」についてみると、平成21年は平均0.04人、平成23年は平均0.06人であった。

複数事業所からの訪問看護を受けた利用者がある事業所において、その理由についてみると、「利用者に頻回な訪問看護が必要である」が66.0%で最も多く、次いで「各訪問看護ステーションの専門性が異なる」(31.4%)、「利用者数が多く、受入可能な範囲を超えている」(20.9%)、「近くに訪問看護ステーションがない」(3.9%)となった。

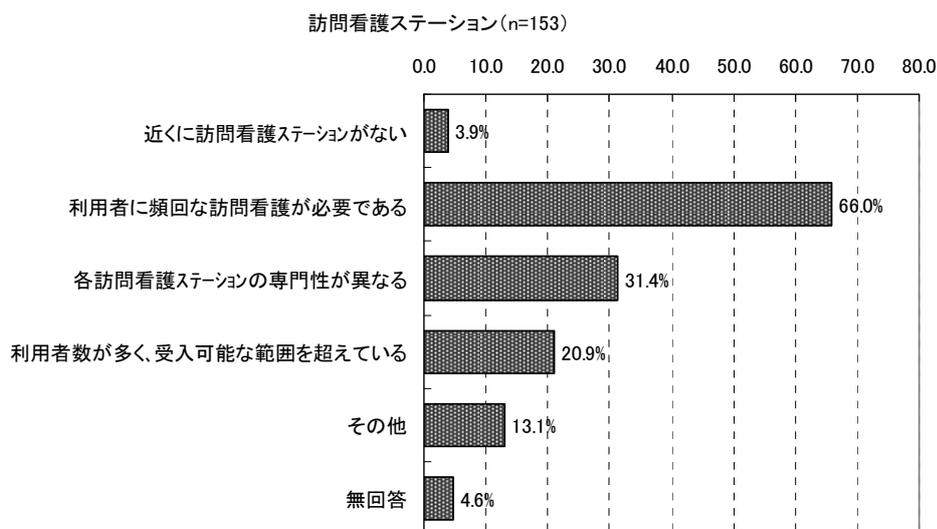
図表 236 回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数、および上記期間内に同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数
(平成21年6月1か月、平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数	平成21年6月	265	0.68	181	0
	平成23年6月	265	0.99	263	0
うち、上記期間内に同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数	平成21年6月	265	0.04	10	0
	平成23年6月	265	0.06	17	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計

図表 237 回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した理由
(複数事業所からの訪問看護を受けた利用者がある事業所のみ)



(注) 「その他」の内容として、「利用者の希望」(同旨を含め3件)、「理学療法士の訪問」(同旨を含め3件)、「他事業所が24時間体制でないため」(同旨を含め3件)、「言語聴覚士が配置されていなかったため」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

②複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース

複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケースについて、利用者の状態と有効と思われる連携方法等について、自由記述形式で記載していただいた。

【複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース】（自由記述形式）

①1日のうちに何度も訪問が必要なケース（同旨を含め45件）

○難病患者やターミナル期の患者等、医療処置が多い患者（同旨を含め19件）

- ・麻薬管理や点滴管理の必要な利用者で、麻薬や点滴など薬物管理を病院からの訪問看護で実施し、訪問看護ステーションの訪問でケア面を主に実施するような方法が有効かと思われる。
- ・難病の方で日中1人で過ごされている方。家族に代わり、胃ろう栄養注入やトイレ介助、安否確認などを実施。介護連絡帳で訪問時の状態を伝えている。
- ・医療依存度の高い方で毎日の訪問が必要な方にはメールと連絡ノートを使用している。メールの利点は、利用者・家族が見えないので報告がしやすい、専門的な内容で報告できる。欠点は時間を要す。連絡ノートの利点は、家族や他サービス事業所とも情報共有できる。欠点は、専門用語等の言葉の使い方や内容に注意が必要である。 /等

○人工呼吸器を装着している患者（同旨を含め13件）

- ・人工呼吸器装着患者・重症患者など。毎日の状態観察を訪問看護報告書等で情報共有、異常時の電話・FAX等による情報共有をしている。
- ・急ぎの時はメールを活用。急ぎではない時はノートを活用。
- ・訪問看護ステーション間での連携にはお互いの訪問記録を利用者宅に常に置いて情報を共有。急ぐ場合は、FAXや電話でのやりとりを行っている。 /等

②訪問看護ステーションの専門性が異なるケース（同旨を含め18件）

- ・作業療法士、理学療法士、言語聴覚士のいる訪問看護ステーションと、いない訪問看護ステーションがあるので、専門職が必要となる進行性疾患（筋ジス、ALS、多系統萎縮症など）の方を長期的に在宅で支えるために必要だと思う。記録の共有が大事である。
- ・難病で寝たきりの患者、廃用性症候群予防のためにリハビリ希望あり。他事業所の理学療法士が訪問。ケアマネジャーを介し、情報交換を行っている。また、介護の中心を担っている家政婦がいるため、その方を介し、連携が図れている。
- ・精神疾患のある利用者に対して、精神科専門のステーションに依頼することがある。

/等

③毎日の訪問が必要なケース（同旨を含め17件）

- ・医療依存度が高い患者の場合、1か所のステーションでケアを行うには負担が大きいため、複数の事業所でのサービス提供が有効である。
- ・2つのステーションでノートやTELをし合いながら、それぞれの役割で行ったので良かった。

- ・ ケアにも時間を要し、移動時間を含めると訪問が半日かかる。1か所の訪問看護ステーションでケアを行うには負担が大きい。スタッフは、小さな子どもを抱えて勤務しているため、病気などで休むこともあり、そのような際に調整が難しい。ステーション間での連携にはお互いの訪問記録を利用者宅に常に置いて情報を共有。急ぐ場合は、FAX や電話でのやりとりを行っている。／等

④1つの訪問看護ステーションでは対応できなかったケース（同旨を含め7件）

- ・ 利用者または家族が強く方法などにこだわりを持っておられる利用者で、訪問看護ステーション1か所だけでは抱えきれなかった。
- ・ 営業日の関係で、土日祝日に営業可能な事業所と連携し、変化のある時はすぐ連絡をとり合う（連絡ノート活用）。
- ・ 主治医の問題（人工呼吸器に関する診療材料の準備）でAステーションの介入が必要であるが、交通事情やマンパワーの問題より、Bステーションの介入が有効であるケース。

／等

⑤24時間対応できるステーションが近くになく利用者が遠方のケース（同旨を含め5件）

- ・ 地域性もあり24時間対応できるステーションが少ない。そのため遠方の場合、事業所の利用者数を考え、他と連携し、情報を共有することが必要だと思う。
- ・ ステーションより遠距離の利用者が多く、連日訪問が困難な場合は曜日別、時間別で交換に訪問できると良いと思う。毎日情報交換をすることが必須である。
- ・ 24時間体制をとっているステーションとの併用で、頻回訪問の対応と、利用者・家族の安心感につながった。病状の進行に伴い、要の時期にサービス担当者会議開催を、担当ケアマネジャーに提案し、個々に連絡しあうよう時間を有効に使えた。顔が見えることの安心感・一体感につながった。／等

⑥その他

- ・ 利用者に対して異なる事業所が関わることで、サービス提供時の工夫や取組について、情報交換ができて良い。連携方法は書面や直接連絡したり会議を設けたりすると良い。
- ・ 事業所間の情報提供を密にしないと、継続性がなくなり難しい。普段の訪問内容や利用者情報をノートに記載するなどして、情報を提供している。
- ・ メールなどでの意見交換により、多様な考え方・方法論など集約することができ、ケアの質が高まった。／等

(14) 他の医療機関との連携について

①退院時共同指導を実施した利用者数

平成23年6月1か月間における、訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数についてみると、病院は平均0.34人、訪問看護ステーションは平均0.35人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院は平均2.29人、訪問看護ステーションは平均1.77人であった。

図表 238 訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数
(平成23年6月1か月)

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
47	0.34	0.96	16	0	8	0.13	0.35	1	0	291	0.35	0.96	101	0

図表 239 訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数
(平成23年6月1か月) <前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
7	2.29	1.38	16	2	1	1.00	-	1	1	57	1.77	1.48	101	1

(注) 対象者がいた事業所のみを対象に集計。

②他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間

平成23年6月1か月間における、他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間についてみると、病院では、訪問は平均0.58回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均54.75分であった。訪問看護ステーションでは、訪問は平均1.40回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均56.26分であった。

訪問実績のある事業所に限定してみると、病院では、訪問は平均1.64回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均54.75分であった。訪問看護ステーションでは、訪問は平均1.96回、カンファレンス所要時間は平均56.26分であった。

図表 240 他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間（平成23年6月1か月）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
他の医療機関への平均訪問回数(回)	31	0.58	1.06	18	0	4	0.25	0.50	1	0	165	1.40	1.75	231	1
カンファレンスの1回あたりの所要時間(分)	12	54.75	31.80	657	60	1	60.00	-	60	60	124	56.26	27.70	6,976	60

図表 241 他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間（平成23年6月1か月）＜前記図表のうち、訪問実績のある事業所＞

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
他の医療機関への平均訪問回数(回)	11	1.64	1.21	18	1	1	1.00	-	1	1	118	1.96	1.79	231	1
カンファレンスの1回あたりの所要時間(分)	12	54.75	31.80	657	60	1	60.00	-	60	60	124	56.26	27.70	6,976	60

（注）訪問回数実績があった事業所のみを対象に集計。

③退院時共同指導に関する課題

退院時共同指導に関する課題について、自由記述形式で記載していただいた。

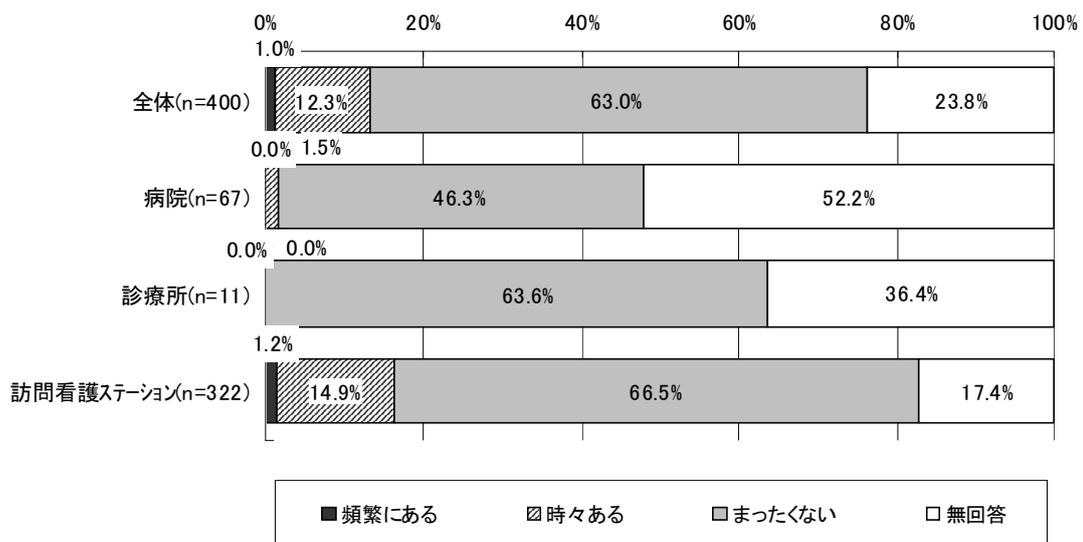
【退院時共同指導に関する課題】（自由記述形式）

- ・ 退院時共同指導に関する調整をしても、特別な関係に当たるため、費用算定ができない（同旨を含め28件）。
- ・ 医療機関が遠方であると、時間の調整や移動時間がかかり、人件費や交通費が全くの持ち出しになってしまう（同旨を含め9件）。
- ・ 退院にならなかったケース等の算定できなかったケースがある（同旨を含め5件）。
- ・ 事前に情報を提供していただけることが少なく、状況が把握できていないまま進行し、さらに意見を求められることがある（同旨を含め4件）。
- ・ 状況によってカンファレンスを開催したりしなかったり、病院によってその時によって変わる。病院の連携の意識を統一してほしい（同旨を含め4件）。
- ・ ケアマネジャーや主治医との時間調整が大変である（同旨を含め4件）。
- ・ 医師の参加が少ない（同旨を含め3件）。
- ・ 介護保険対象者であっても、ほとんど退院時カンファレンスを行っているため、介護保険でも算定できるようになってほしい（同旨を含め3件）。
- ・ 医療機関は、ケアマネと連携することで加算がつくため、直接訪問看護に連絡が来なくなってしまった。またはずっと後に連絡が来たりするようになった（同旨を含め3件）。
- ・ 形だけの開催になって、ここで話し合われたことが在宅に戻ると活かされないことが多い。病院からの一方的な説明や場当たりのケアプランでなく、実のあるものにするために在宅と施設が平等な立場になる必要がある。
- ・ 人員を割くことができない。
- ・ 文書による利用者への指導となると具体的になく、どちらかというと退院時カンファレンスは、申し送りや確認的要素が強いので、共同指導を加算としてとりにくい。／等

④在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無

平成 22 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無についてみると、「頻繁にある」という回答が訪問看護ステーションでは 1.2%であったが、病院・診療所ではなかった。また、「時々ある」という回答が、病院では 1.5%、訪問看護ステーションでは 14.9%であった。

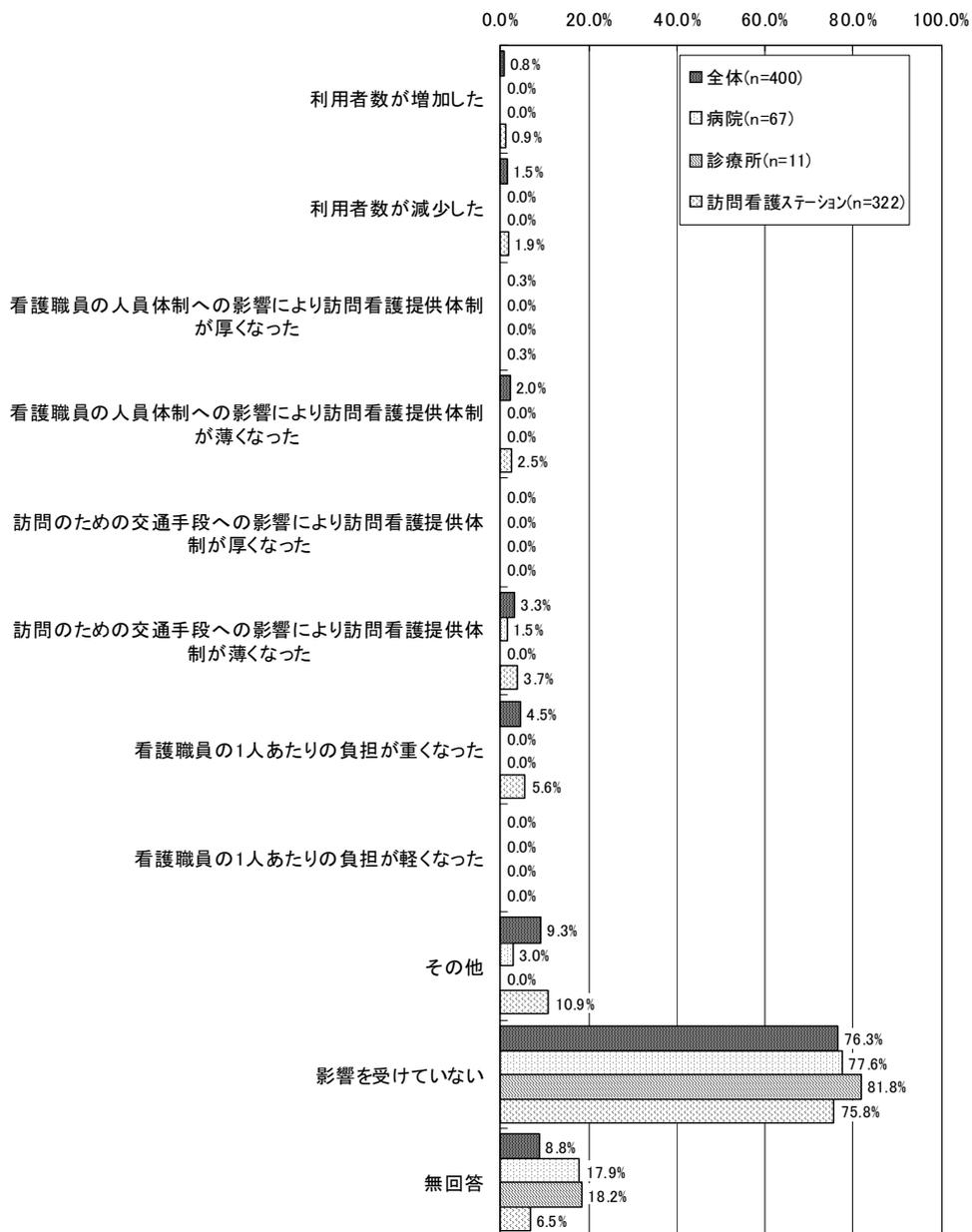
図表 242 在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無（平成 22 年 4 月以降）



(15) 東日本大震災の影響

東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったかについて尋ねたところ、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれも「影響を受けていない」が7割を超えた。一方で、訪問看護ステーションでは「看護職員の1人あたりの負担が重くなった」が5.6%、「訪問のための交通手段への影響により訪問看護提供体制が薄くなった」が3.7%であった。

図表 243 東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったか



(注) 「その他」の内容として、「ガソリン不足など交通機関の乱れによる負担」(同旨を含め13件)、「内服、栄養剤など物品の入手困難への対応」(同旨を含め10件)、「計画停電による影響への対応」(同旨を含め5件)、「災害時の対応を見直した」(同旨を含め4件)等が挙げられた。

(16) 訪問看護を推進する意義や課題等

以下は、訪問看護を推進する意義や課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①訪問看護を推進する意義

- ・ 住み慣れた環境で、自分らしく生活することを望まれる方が大変多くなった。それらを可能にするのが訪問看護ステーションの役割と思っている。
- ・ 住み慣れた自宅での生活をより長く、安全に行ってもらえるよう努力したいと考える。自宅生活にゆとりが持てるよう、七夕の笹飾りやひな祭り、鯉のぼりのお祝いカード、誕生日のお祝いカードやイベントなどいろいろと利用者に合った内容で、お金をかけず心のこもったものをと考え少ないスタッフで行っている。マンパワーも大切だが、一人ひとりの看護師の質、心構え、意欲を失わない工夫が大切と考える。
- ・ 独居の高齢者及び老々介護と高齢化が加速する現状の中で、訪問看護の必要性は高まっている。限られた人員でスタッフ一人ひとりの負担は大きく（24時間体制を維持することに困難さを感じる）、訪問看護師の育成、燃えつきなく継続的に働ける環境づくりや他職種との円滑な連携などの多くの課題を抱えながら、在宅療養者の方々の「自分の住み慣れた家で家族に看取られながら最期を迎えたい」との思いを支援していきたい。
- ・ 家族と共に看護ができる。利用者により深く寄り添える。利用者のニーズに合わせやすい。利用料、経費がはっきりしている。
- ・ 病院を早期退院となる今日、家族・患者自身、不安を多く抱え、自宅で療養生活をされている方に対して、療養上の相談相手として、訪問看護師の果たす役割は大きいと感じている。認知症、糖尿病の患者は増える一方で、今後多くの方が死を迎えるという現実。自宅で最期まで生活したいと考える患者は多くいる。体制を整えて、しっかり受け入れられるようにしたいが、高齢者の妻や夫が介護するケースも多く、共倒れしないよう病院以外の施設（ケアハウス等）を充実させる必要性も感じている。
- ・ 高齢化社会や入院期間短縮などにより医療的ケアを必要として在宅生活を送られる方が増える中、訪問看護は今後更に必要とされていくと思う。
- ・ 訪問することで、在宅で療養を希望する患者への処置をはじめ相談指導、異常の早期発見、また、その方をお世話している家族の相談指導、介護負担の軽減ができるものと考え。さらに顕在化されていない問題点も「気づき」ができて、早目の対応ができると思う。
- ・ 訪問看護師は「医療の視点」を持って、療養者の生活、健康状態をみている。医師の指示の元に、療養者（利用者）の生活をアセスメントする役割があり、在宅での医療、地域医療をしっかり支えていると思う。
- ・ 在宅で医療（看護）を受けることは、本人にとって QOL や精神面の安定を図ることと思う。
- ・ 在宅療養を続けられる。特に側に支援する人がいれば、精神疾患においては割と在宅での生活ができる人が多いのではないかと思われる。 / 等

②訪問看護提供機関における課題

○訪問看護師の不足・訪問看護提供機関の不足

- ・ 訪問看護を希望する看護師が少なくなっている。
- ・ 人員確保（増員）が困難である。募集をしても、就職希望者が少ない。
- ・ 看護師不足である。募集しても集まらない。人員が足りないことで訪問依頼を断ることが増えてきた。
- ・ 訪問看護自体は素晴らしい職業だと思うし、やりがいがあるが、どこの事業所も人材が不足しているように思う。待遇面等の改善が必要と思われる。母体の考え方も関与していると思われる。利用者が安心して在宅で療養できるように仕組みづくりが重要だと思う。
- ・ 訪問看護スタッフ求人を出しても、なかなかスタッフの確保ができない。もっともっと在宅医療の環境、労働条件など整備が必要である。
- ・ DPC 導入の病院が増え、医療依存度の高い患者さんや在宅緩和ケアを必要とする患者が増えており、24 時間対応の往診や訪問看護の体制が望まれるが、対応できる診療所や訪問看護ステーションの数が足りない。ステーションの経営が困難で閉鎖したり、定着率が悪く、人員不足に陥るステーションが多く、なかなか増えない現状がある。
- ・ 訪問看護師の数が増えないことも大きな問題である。少ない人数で行っていると、経営もうまくいかず、一人に対する負担が大きくなりすぎて辞めていく人も多い。
- ・ 24 時間 365 日対応できる場所を探しての依頼があるが、病棟並みに休日・夜間・代休のシフトを組めるだけの人数はなく、加算だけでは人件費を確保できない。規模的に中途半端でいつでも訪問可能とすると、自己犠牲が発生し長続きしない。（法人の病院・診療所・訪問看護の看護師の給料、基本給同一）夜勤できる方は病棟中心、訪問看護・夜間休日対応できる人は限られる。
- ・ 看護師不足で、今まで連携した訪問看護事業所は、看護師 2.5 人確保できずになくなってしまった。難病患者、小児、がんターミナル患者など、病院の在院日数の縛りもあり、在宅に戻るケースが増えている。はっきり言って断るケースもある。看護師は確保できない。さらに赤字であったら訪問看護事業を続けられない。
- ・ 訪問看護を推進されても、訪問看護ステーションの数は増加するどころか閉鎖するステーションまで出ている状況である。土日祝の訪問に対してスタッフが訪問したがない、人員を募集しても訪問看護をやりたいという人がいないなどである。実際に、スタッフは疲弊している状態だ。やりがいのある素晴らしい仕事だが、オーバーワークが継続すると燃えつき症候群となる可能性が大きい。
- ・ 24 時間だが、訪問看護師は日中及び帰宅後も精神的に縛られている。このような状況で訪問看護師が長続きするためには、看護師の労働条件をどのように整理すればよいのか課題だ。

／等

○人材教育

- ・ 入院日数が短縮され、医療行為の多い方が退院を余儀なくされている今日、それに対応できる訪問看護を充実していかなければいけないと思う。受入れの人材育成が思うように進まないのが大きな課題だ。

- ・ 経営の安定化、効率化、サービスの質の維持・向上のために、教育体制の整備は重要だ。利用者の対応に追われ教育が十分にできない現状がある。教育に出す余裕がない(時間・資金)。
- ・ 訪問看護を目指す人材を養成するシステムも必要である。 / 等

○医療保険と介護保険の一本化

- ・ 医療保険と介護保険に分かれて病院スタッフ・利用者自体も制度について理解しづらいため、よりわかりやすく制度の一本化が必要である。
- ・ 介護保険と医療保険の2通りが存在することが課題だ。利用する患者は大半が高齢の障害者であるため、いつ特別指示書の対象者に移行するかわからない。その時に支払う料金が違ったり、訪問の要領が違ったり契約があったりで、混乱するばかりである。一本化をお願いしたい。「医療」を介護保険の中に加えるのは不都合が多いと思う。
- ・ 介護保険・医療保険の差をなくしてほしい。医療保険一本にし、介護保険単位枠からはずれての対応とし、算定方法もスリム化にしてほしい。わかりやすい算定方法であれば業務しやすい。ケアマネとの連携は必要であるが、医療保険の看護としての連携を考えるべきだ。
- ・ 訪問看護を利用する方は、全て医療保険が適用と思う。その理由として、高齢者で排痰ケア、吸引を必要とする頻度が多く、低栄養となり、輸液が必要な方が多くなっているが、病名により医療保険を使用できない。ケアマネジャーのプランにより、介護保険にて訪問看護利用回数が少なく、サービスはヘルパー利用が多く、またはショート・デイサービス利用の方に時間をとり、訪問看護利用時間が少ない。点数的に無理といわれ困っている事例が多くなっている。医療保険にすると、担当医師と直接連携がとれ、指示も受けやすく、訪問利用時間も状態に応じて入れる。利用者、家族も安心する。
- ・ 介護保険では単価(報酬)が低い。ケアマネジャーとの考えの相違でうまくケアが入らないこともある。できれば医療保険だけに訪問看護はまとめてほしい。
- ・ 訪問看護が医療保険と介護保険との二段構えになっていることが同じサービスなのにおかしいと思う。退院支援指導加算や共同指導加算など、すぐ入院して実績につながらなかったり、退院できなかったりで請求できないことも多い。
- ・ 介護保険と医療保険の使い分けが利用者には理解しにくい。 / 等

○診療報酬に関する問題等

- ・ 介護保険が時間単位で訪問料金が変わるが医療保険は1割負担と3割負担で変わる。医療保険の場合、医療依存度の高い利用者が多く、滞在時間も長くなる場合がある。ターミナルケアの患者の在宅移行が増加する傾向なので、今後この基準を考えてほしい。医療依存度の高い利用者は夜間の訪問看護も必要なため、24時間体制のとれる診療報酬に改定してほしい。
- ・ 退院当日、退院支援のため訪問しても、予定していた訪問前に再入院してしまうと、退院前カンファレンスの分も合わせて請求できない現実がある。他訪問看護ステーションからOTがリハビリのため訪問した場合、同日に状態変化のためこちらの訪問看護が訪問しても、医療請求できない。かといって断るわけにもいかず、ボランティアになってしまう。介護保険では、訪問の都度請求できるので、医療保険でも同様にしていきたい。小規模のステー

ションであっても、利用者一人一人に対しては、必要な看護を時間外でも適切に行わなければならない。訪問したものに対しての報酬は必要だと思う。

- 在宅への移行や在宅での看取りの推進については診療報酬の見直しが必要と考える。加算について、1) 同一法人の場合でも退院支援指導加算がとれる、2) 特別管理加算（カテーテル）を4日目ではなく初日に加算できる、3) 複数加算の見直し（週に1回ではなくその都度）、4) ターミナルケア加算について、退院後、数回の訪問の場合も多く、2回目の訪問が死亡日にあたることも少なくない。死亡日を含む、死亡前14日以内との見直しを要望したい。さらに現行の20,000円の引上げも同様に考える。
- 悪性腫瘍でターミナルステージの場合、2号被保険者で介護保険を申請しても3割負担の医療保険でしか対応できないので患者は経済的に仕事もできず大変だと思う。また、療養通所介護は医療でも使用できるように考えてほしい。
- 医療保険での診療報酬で、訪問看護療養費が月の3日目以降の訪問看護を行っても請求できないこと。医療保険は、介護保険で対応できない重症者（ターミナル）や難病患者での活動であり、看護が必要となる。訪問看護利用日の頻度が高くなるのに13日目以降から療養費がとれなくなるのは、どうだろうか。退院時支援について。現在の制度では、医療保険の重症者しか対象となっていない。軽度の方や介護保険の利用者であっても、退院時の不安は同じだと思うし、実際、退院時のカンファレンスや導入時の訪問（要望の調整）を行っているため、退院時支援加算は必要と思う。医療保険へ一本化してほしい。
- 3割負担の若いがん末期の方への訪問看護は、在宅で生活する上でとても重要な役割があるが、利用料が重く、なかなか十分に利用することができない。
- 医療保険の場合、利用者の負担が多く、必要性があっても思うような回数が控えられたり、拒否がある（回数制限）。退院支援のためにカンファレンスや病室を訪問したりしても退院にならないケースもある。このような場合の評価があればよいと思う。退院日の訪問でも必要性があり、実施していることなのでぜひ評価をしてほしい。
- 症状の観察、異常の早期発見、病状の悪化予防のため、毎日の訪問看護が必要でも介護保険では単位数が不足し、十分なケアができず再入院してしまったり、施設入所になったりする。訪問看護を医療保険での拡大をしてほしい。介護保険では不十分だと感じる。
- 医療保険における訪問看護の回数制限を緩和できるといいと思う。
- 国は在宅療養を推進しているようだが、経済的な面で受けられる人、受けられない人の格差がある。要件により、週3回までの訪問しか受けられないことがあり、2つのステーションの訪問はその要件をなくしてほしい。国にも経済面での制限はあると思うが、どんな状態（経済的、身体的）であっても安心して医療が受けられること、また、それを支援する事業所などの報酬がきちんとなされることを望みたい。
- 精神障害者への訪問看護を実施するうえで、精神保健福祉士の同伴訪問が必要と考えられる利用者が多いが、費用請求ができず、事業所の持ち出しになっている。早急に病院からの訪問看護同様当面指導料が請求できるようになること。／等

○訪問看護に対する理解

- ・ 訪問看護がどのようなものか、地域への浸透がまだ不十分のように感じる。単価も安く、サービスを利用しやすい状況を整えることが大切だと思う。
- ・ 住民の人が訪問看護について知らないことにより、利用が進まない現状がある。もっと地域住民に向けたPRが必要と思われる。
- ・ 訪問看護に対するケアマネジャーや住民の理解・意識が薄いように感じる。医療処置のある患者、いよいよ褥創が悪化した患者が訪問看護の依頼者としてケアマネジャーから連絡がある。より快適な生活を送るためにも、予防の段階で看護に係わる意義は大きいと思う。ケアマネジャーや包括スタッフ・地域住民と看護がかかわる機会がもっと増えてくると良いと思う。
- ・ 介護保険制度も始まり、在宅医療が推進されている中でも、多くの患者家族が訪問看護など知らないことが多いのが現状だ。もう少し早い時期に導入できれば、と振り返るケースがある。地域にもっと広報し、必要な患者が受けられるようにする必要があると思う。
- ・ 病院サイドの看護師が訪問看護についての理解があまりない状況だ。今後、在院日数を少なくするためには入院と同時に在宅支援が必要である。その時から介入できれば病院看護師もステーションの理解ができると思う。それら活動が活発になっていくことでステーションの魅力を知ってもらえるのではないか。そのためステーションサイドの看護師も病院看護師へ働きかけをしていく必要があると思う。
- ・ 訪問看護の推進とあるが、訪問看護師のレベルはずいぶん変化したと思われるが、病院の在宅への理解が進んでおらず、主治医や看護師、事務職の研修が必要と思われる。
- ・ 比較的大きな病院であれば、医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士がおり訪問看護の使い方を解っているが、クリニックや高齢の医師が経営している医院などは訪問看護を家政婦的に考えているところが多い。訪問看護の認知度を上げるため、活動が必要。
- ・ 看護師等の医療職がこの分野にもっと関心を持つべきだと思う。そのための啓蒙活動を推進してほしい。
- ・ 訪問看護ができることを一般の方や病院看護師、医師も知らないことが多い。具体的に「こんなことができる」ということが一般的に認知されたいと思う。／等

③他機関との連携に関する課題

○医師や医療機関との関係

- ・ 医師の理解や協力を促してほしい。指示書がなかなか来ない。利用者が必要としているのに「必要ない」と言う等、色々ある。一番気を遣うところである。
- ・ 在宅の力量は地域差が大きく、間違った解釈の在宅療養支援診療所の医師もいる。医師会等での研修や啓蒙活動を今更だがお願いしたい。訪問看護や在宅医が孤立することなく、連携が図れるよう、合同での研修などをしていかないといつまでたっても平行線のままである。
- ・ 課題は、医療機関との連携、特に医師。医師の指示書がないと動けない現状があるが、指示書を書くだけでこちらの情報提供に反応がない。在宅往診医の不足している地域がある。地域の実情に合わせて均等な配置が必要である。例えば、医師の意見書の有無等の居宅管理指導の加算の利用しやすい改善策が必要である。

- ・ 高齢化社会の到来、在院日数の短縮、医療依存度の高い利用者の増加など、医療施設と在宅との連携を密にする必要があり、安心して在宅療養してもらうためには病棟・外来の看護師と訪問看護師の連携も必要不可欠であると思う。しかし、同じ看護職でありながら病院看護師に訪問看護があまりに理解されていないことを日々感じることが多い。また、ケアマネジャーも福祉職の人が多く、訪問看護の利用に至るのは少ない。一般の人たちにも認知されていない。
- ・ 在院日数を減らして医療費を削減する上で、自宅で医療管理を必要とする人が増えている。退院時の指導が充分ではなく、自宅に戻ってから困る方も多くいるが、医療連携が充分ではないと感じる。診療報酬に訪問看護との連携に対する評価がなく、未だ訪問看護が何たるかを知らない開業医の先生もいる現状で、指示書を書いていただけないケースもあり、利用者が困ってしまうことがあった。訪問看護との連携を促進するためには、きちんと位置づけていただきたい。
- ・ 訪問看護サービスは医師の指示書を必要とするが、転院などで主治医が交代した場合に、病院側では訪問看護の指示書を発行していることを引き継ぐことが全くされていない。改めて、指示書を新しい主治医に依頼しても快く書いてくれることは稀で、依頼して1、2か月も待たされることもしばしばである。利用者本人に診察の際に医師に依頼してもらおうとして、本人が忘れてしまい、期限に遅れて依頼をかけたら、依頼日から過去にさかのぼっての指示は出さないと医師が頑として書いてくれず、指示のない空白期間が生じてしまったケースもある(何度も依頼したが結局ダメで、その間の訪問の利用料を保険者に返納することになった)。在宅サービスの継続性を担保すべく、訪問看護事業者として努力しているが、医療機関も利用者の利益のために協力してもらえるとありがたい。在宅療養に無関心な医師が多い。特に先進医療を標榜する急性期病院。厚労省から、働きかけをしてくれるとありがたい。
- ・ 在宅での患者の状態を病院に情報を送っても外来等でとまってしまい、実際には患者を看っていないことがほとんどなので、病院での情報の共有を徹底してほしいと思う。
- ・ 医療処置の多い人が増えているが、病院によって使用する針などの違いもあり、退院時カンファに行けない病院もあるので説明してほしい。／等

○訪問看護同士の連携

- ・ 在宅医療を充実させるためには、訪問看護の連携が非常に重要である。医療処置が多いケースなど多くの訪問看護が協力して同一家庭に訪問できるように診療報酬などの改定を考える必要がある。／等

○特別な医療機関との連携

- ・ 特別な関係の医療機関こそ連携ができるのではないか。
- ・ 同一法人の縛りはとても困る。利用者の状況が外からしかもらえない。協力体制をとるのにかかる時間・労力は一緒だ。連携しやすいような体制づくりをしてほしい。／等

④指示書等に関する課題

- ・ 体調が増悪して訪問看護を依頼しているのに、医師からの指示書到着を待っている間（平均1か月～1か月半）に悪化し、入院し、永眠されることが月に何例もあり、訪問看護指示書の撤廃を求める。医師の指示書ではなく、情報提供だけあれば充分である。6か月ごとに内容の全く変わっていない指示書を郵送でやりとりする意味はない。無駄である。「指示書」から「情報提供」とすれば、情報が必要な時だけやりとりすればよくなる。
- ・ 特別指示書と指示書の区分けが複雑であり、点滴指示書の記入方法について、例文があるとよい。書類が多いため、簡略化していただきたい。
- ・ 特別指示にかかる利用者で、2週間を過ぎても訪問看護が必要となる場合が多く、対応に困っている。月2回、発行可能な条件の見直しをお願いしたい。
- ・ 書類や記録などが多い（計画書・報告書・関係機関への連絡等）が、その割に評価が低い。

／等

⑤その他

- ・ 小児看護について課題が多い。医療の進歩により、重度障害を持ちながら生活する子供が増加傾向にあり、在宅での生活が可能となってきたが、1) 成人や高齢者に比較すると障害が重く、医療ニーズが高い、2) 小児に対して訪問診療や往診を提供できる医療機関が少ないなど、受け入れる訪問看護が少ない。受け入れると、全身状態の観察や機能訓練など予防的な関わりも必要となる。また、必要な社会資源についての情報提供や相談、日常ケア、指導、家族の介護負担の軽減なども進めなければならず、かなりの時間や技術が必要となる。スタッフの不足（小児看護経験者の不在）、緊急時の体制等問題が多く、ニーズがあっても受け入れられなかったり、経営的にも苦しくなる。安心して小児の訪問が受けることができるよう受け入れる看護をする側へも補助金などが助成されてより良い看護ができるようにしてもらいたい。また、研修会や小児看護医療を学べる機会を望む。
- ・ 訪問看護利用者数の伸び悩みがある。私たちは営利事業所である。医療機関でステーションを開設しているところは、その大半がステーションからの訪問となっているところもあるだろう。医療機関の医師や看護師も患者が退院しても自宅から近いところのステーション等の説明や利用方法について本人や家族に説明してほしい。
- ・ 在宅での看取りが多くなっているが、それに対応する医師がいない。往診をしてくれる医師もいないため在宅での看取りも増えていない。
- ・ 准看護師の単位について、小規模の事業所では、採用職員に限界があり、人件費の面で大変である。同じ仕事をするのだから考えて欲しい。
- ・ 入院期間が短くなり、訪問依頼が集中して対応できないこともあるが、亡くなるとターミナルの人が多いため、一度に件数が減ってしまう。
- ・ 医療の訪問看護においては、行政でも担当課がなく、相談窓口がない。困難事例など困った時の窓口が欲しい。
- ・ 地域の現状とニーズ（国の目指すところ）に大きなギャップを感じている。今までは、看護師の特性である生真面目さと、慈愛の精神でこなしてきたところ、ひたすら利用者と家族のためにと突っ走ってきたのだと思う。各事業所のスタッフ数が少人数でも、体制が充分とれ

なくても、24時間体制を行っていたりする。雇用体制から無理があれば、なおさら看護師は「訪問=大変そう」で勤務したい人も現れないだろう。

- 過疎化といわれる当事業所より遠隔地への訪問を依頼されることがあるが、実際、距離的に受けられないケースもあり、残念に思う。サテライトとして国なり地方自治体でステーションを設置することは不可能なのか。
- 訪問看護実施にあたり、独り暮らし、家族同居の中における対応の難しさ、考え方の違い等によりトラブルが発生することがある。／等

9. 患者調査の概要

【調査対象等】

○調査票 患者票（施設記入分）、患者票（患者記入分）

調査対象：

回答数：患者票（施設記入分）と患者票（患者記入分）のID番号、性別、年齢（±1歳の範囲）が一致した調査票 569 票

回答者：患者票（施設記入分） - 施設・事業所職員

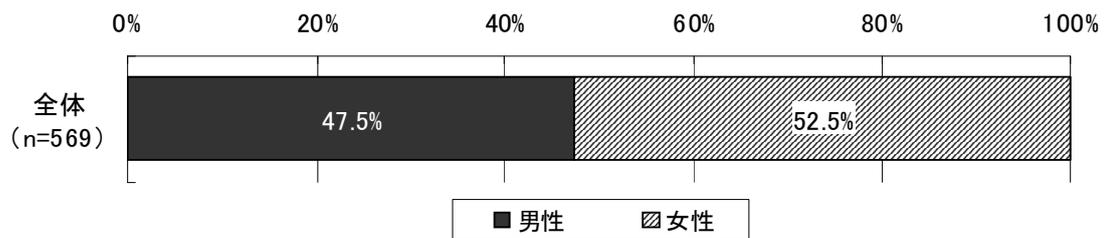
患者票（患者記入分） - 患者本人、家族、医療介護関係者

（1）患者の属性・病状等（患者調査施設記入分）

①性別

患者の性別についてみると、「男性」が47.5%、「女性」が52.5%であった。

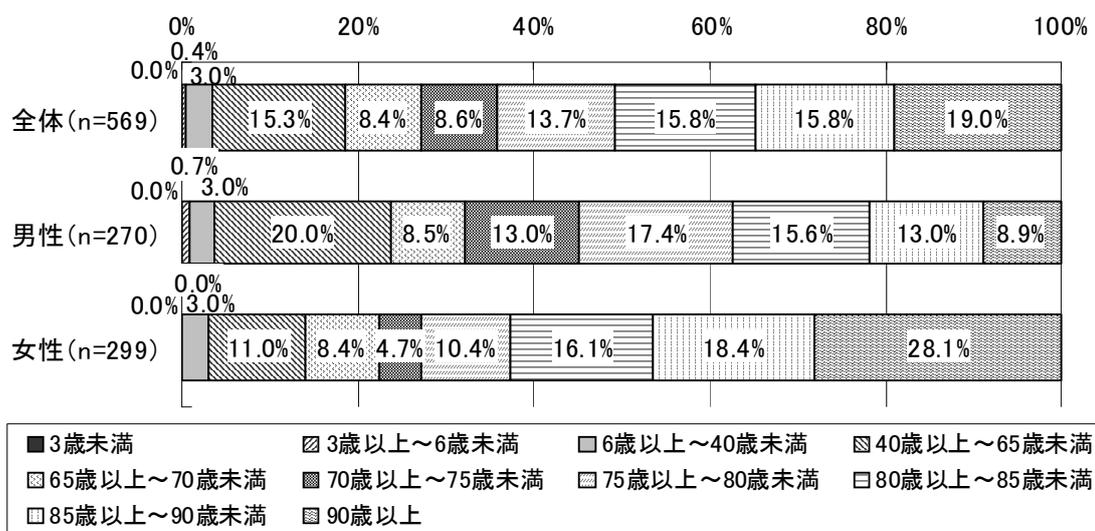
図表 244 性別



②年齢

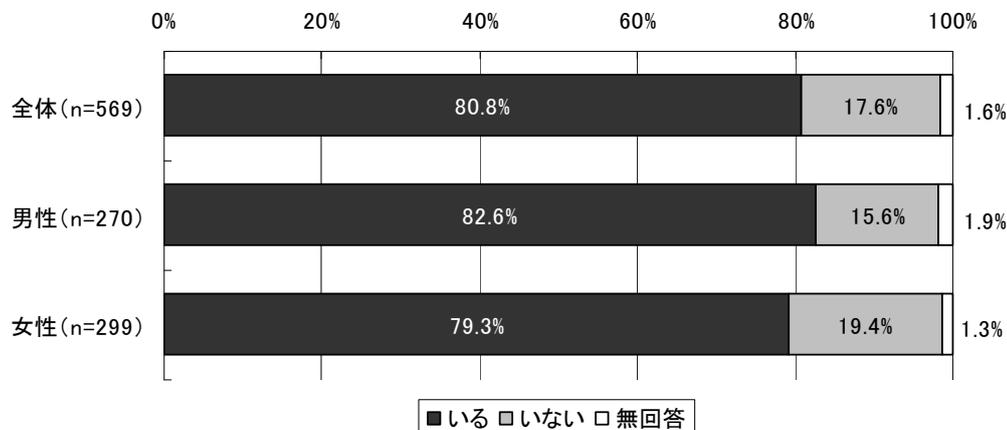
男女別に年齢をみると、男性では「40歳以上～65歳未満」が20.0%で最も多く、次いで「75歳～80歳未満」（17.4%）、「80歳以上～85歳未満」（15.6%）、「70歳以上～75歳未満」「85歳以上～90歳未満」（それぞれ13.0%）であった。女性では、「90歳以上」が28.1%で最も多く、次いで「85歳以上～90歳未満」（18.4%）、「80歳以上～85歳未満」（16.1%）、「40歳以上～65歳未満」（11.0%）であった。男性と比較して女性のほうが高齢階級の患者割合が高かった。

図表 245 年齢（男女別）



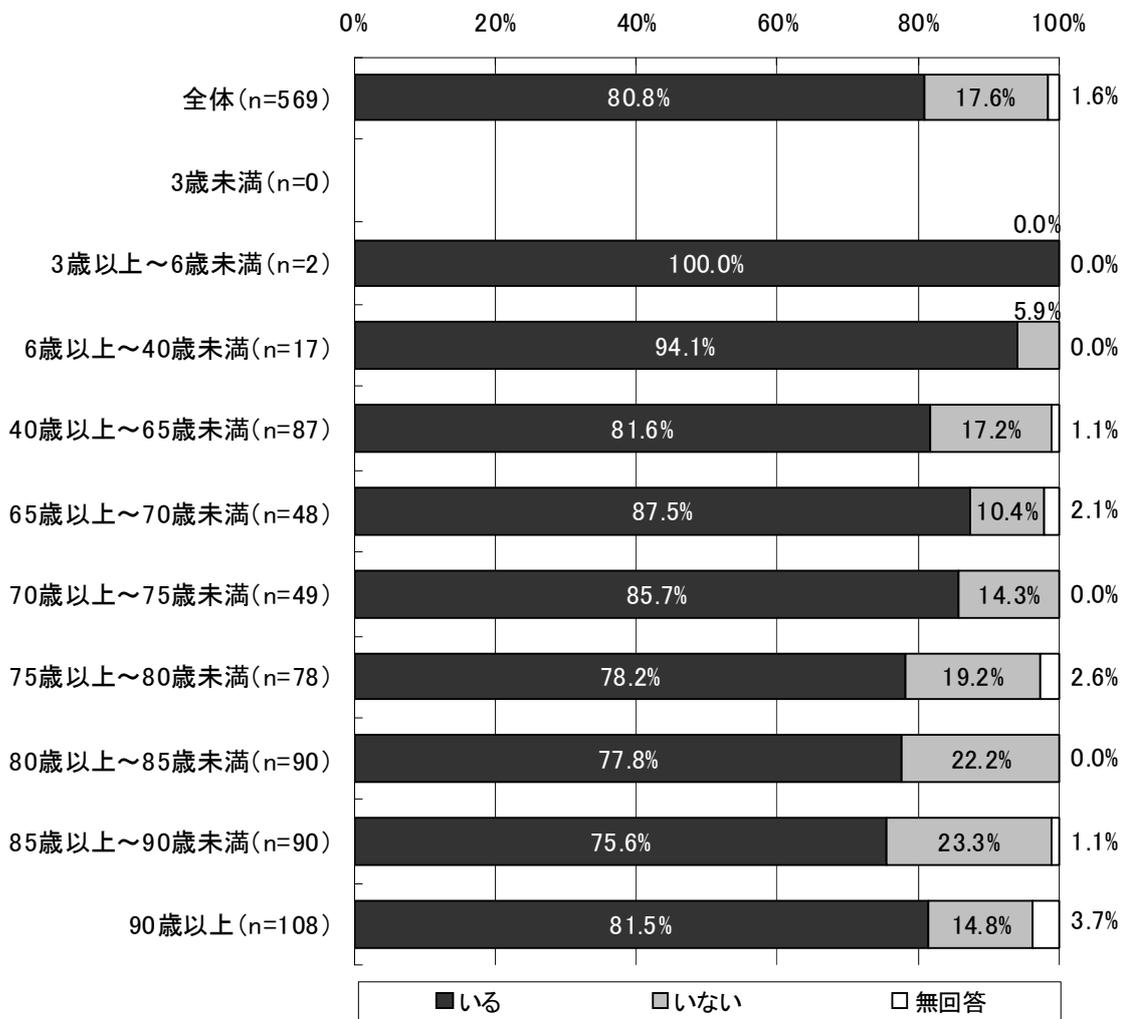
同居家族の有無についてみると、全体では「いる」が80.8%、「いない」が17.6%であった。男女別にみると、男性では「いる」が82.6%、「いない」が15.6%であった。女性では「いる」が79.3%、「いない」が19.4%であった。

図表 246 同居家族の有無（男女別）



年齢階級別に同居家族の有無についてみると、75歳未満までの患者と90歳以上の患者では同居家族が「いる」という回答は8割以上となった。

図表 247 同居家族の有無（年齢階級別）

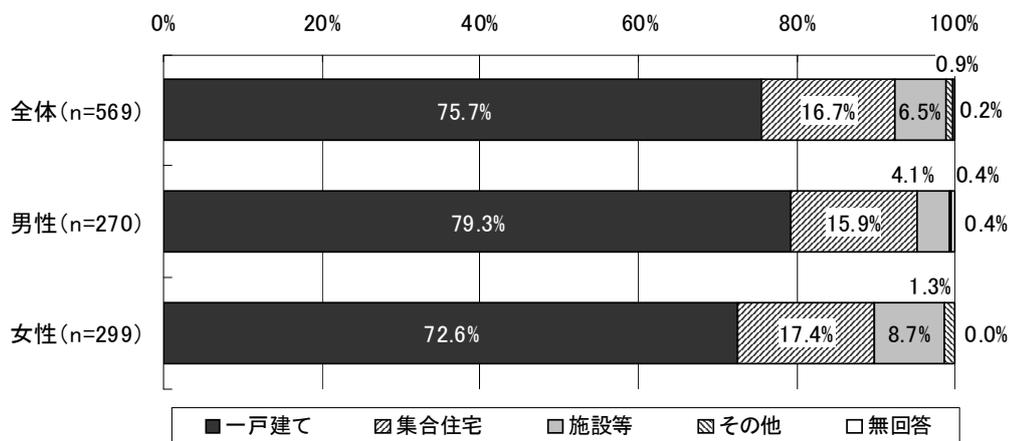


③現在の住まい

現在の住まいについてみると、全体では「一戸建て」(75.7%)が最も多く、次いで「集合住宅」(16.7%)、「施設等」(6.5%)となった。

男女別にみると、男性では「一戸建て」が79.3%で最も多く、次いで「集合住宅」(15.9%)、「施設等」(4.1%)となった。また、女性では「一戸建て」が72.6%で最も多く、次いで「集合住宅」(17.4%)、「施設等」(8.7%)となった。女性は男性と比較して、「施設等」の割合が高かった。

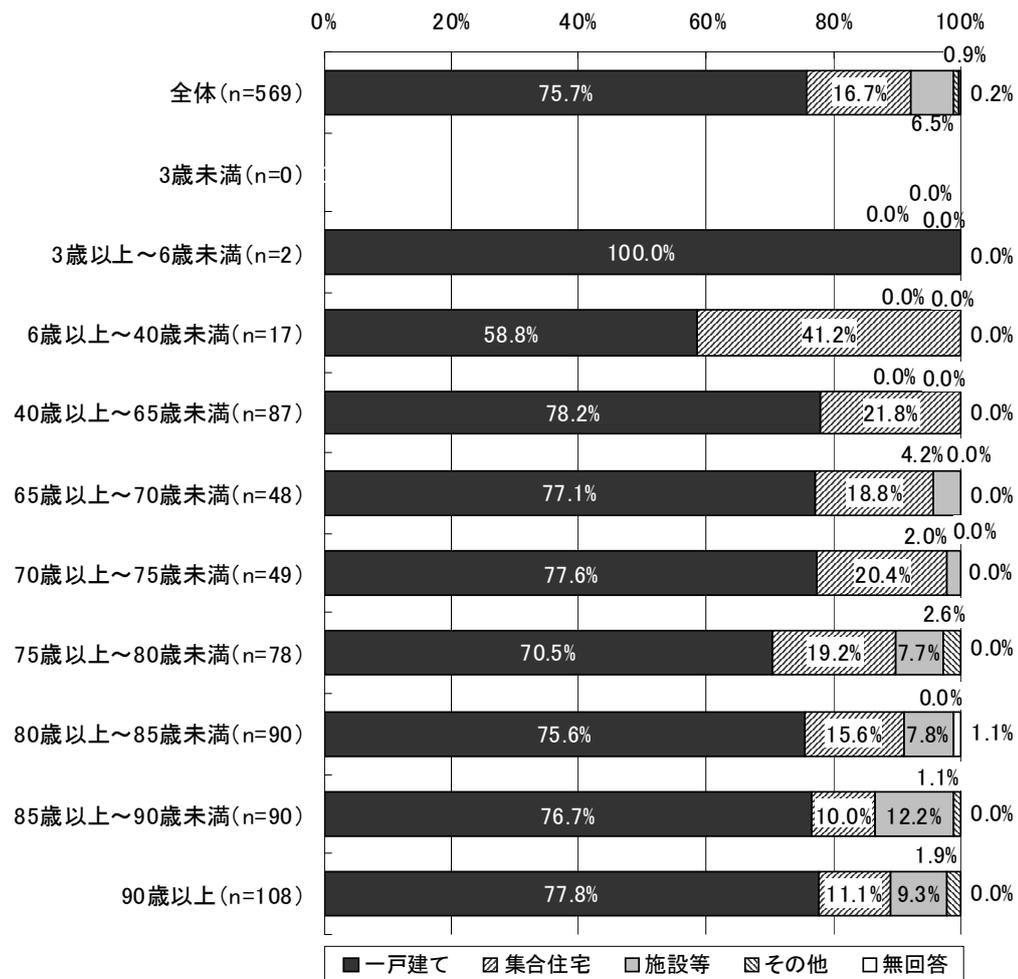
図表 248 現在の住まい（男女別）



(注)「その他」の内容として、「兄弟宅」が挙げられた。

年齢階級別に現在の住まいについてみると、40歳以上の年齢階級では「一戸建て」が7割以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」では、「集合住宅」が41.2%と他の年齢階級と比較して集合住宅の割合が高かった。また、75歳以上の年齢階級では、他の年齢階級と比較して「施設等」の割合が高かった。

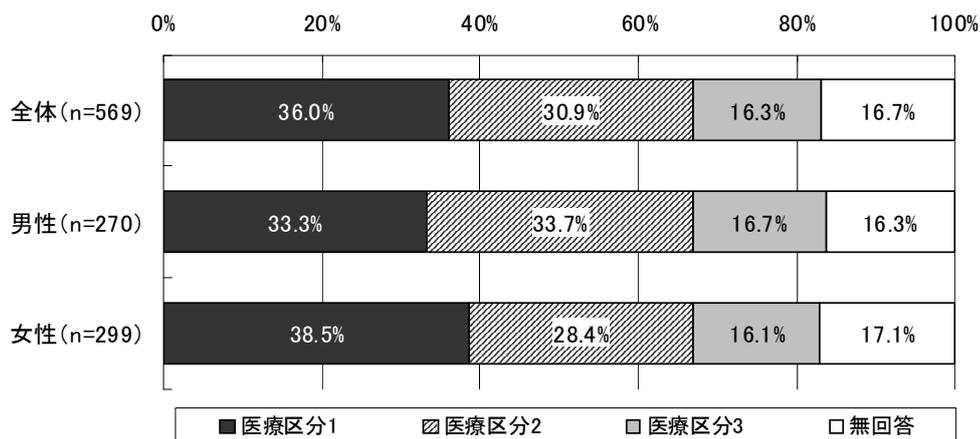
図表 249 現在の住まい（年齢階級別）



④医療区分

医療区分についてみると、男性では、「医療区分2」が33.7%で最も多く、次いで「医療区分1」(33.3%)、「医療区分3」(16.7%)であった。女性では、「医療区分1」が38.5%で最も多く、次いで「医療区分2」(28.4%)、「医療区分3」(16.1%)であった。

図表 250 医療区分（男女別）

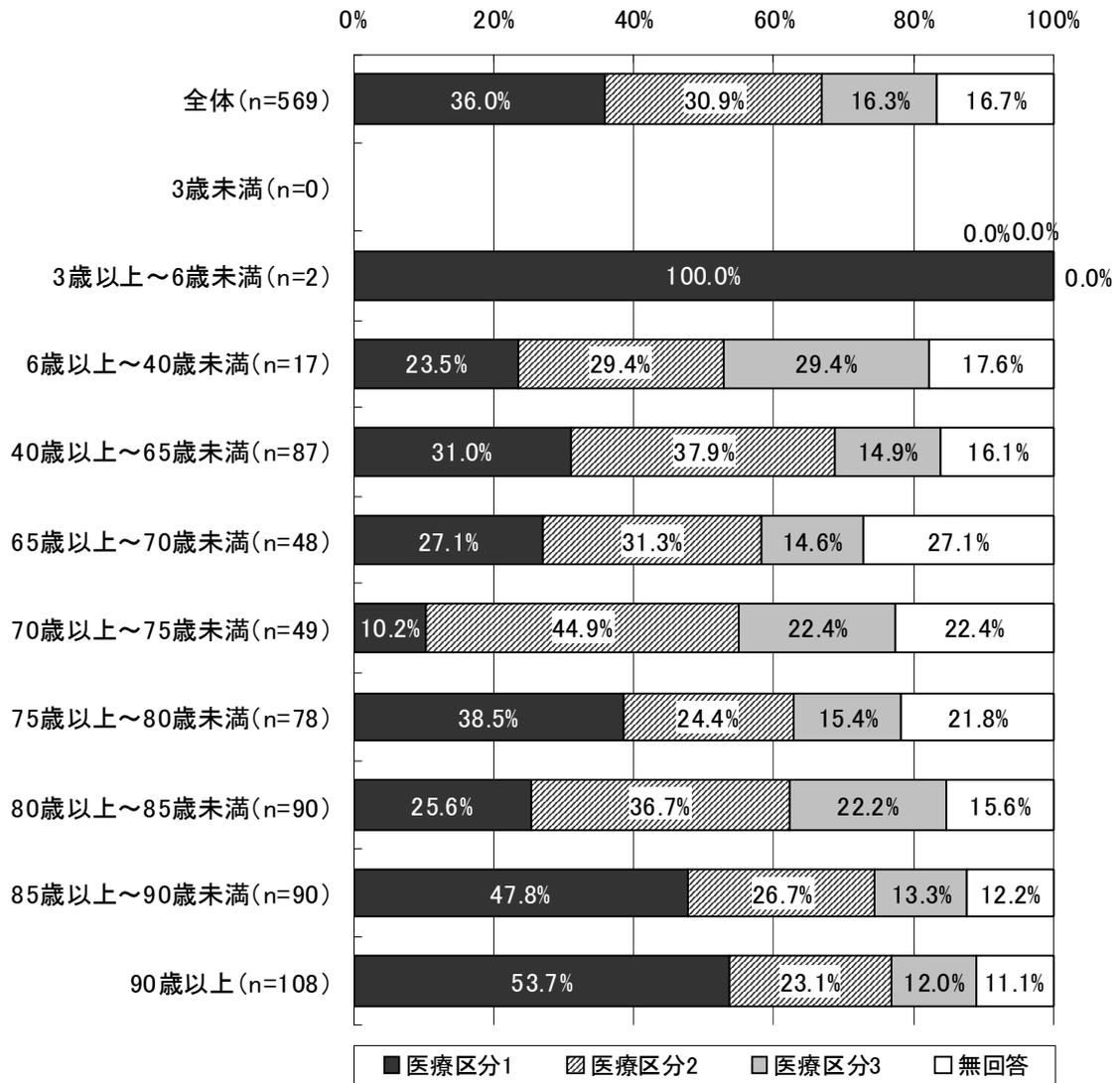


(注) 医療区分は以下のとおり。

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他神経難病（スモンを除く） ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷 ・肺気腫・慢性閉塞性肺疾（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・創感染 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水 ・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡 ・うつ血性潰瘍 ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック ・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・創傷処置 ・足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

年齢階級別に医療区分をみると、「85歳以上～90歳未満」「90歳以上」では「医療区分1」の割合がそれぞれ47.8%、53.7%となっており、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 251 医療区分（年齢階級別）

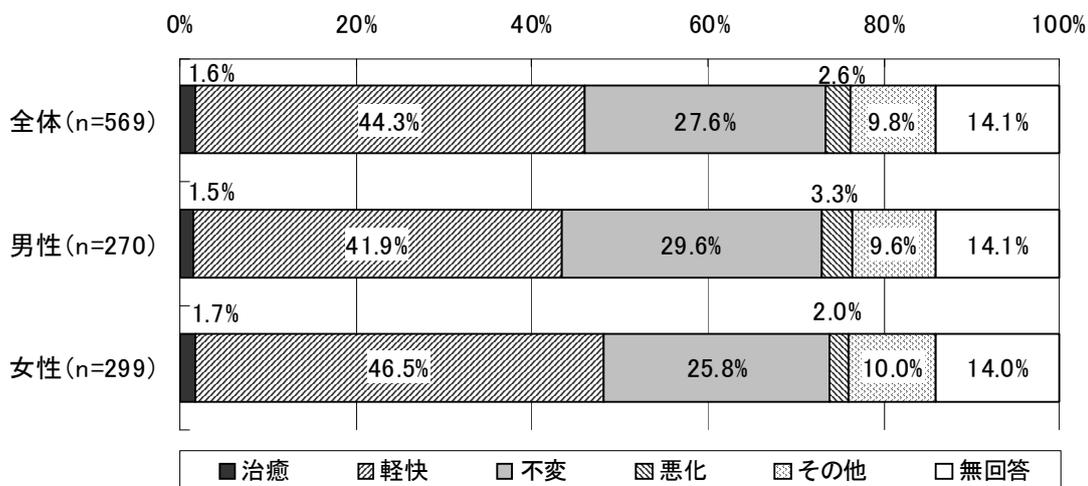


⑤退院転帰

退院転帰についてみると、全体では「軽快」(44.3%)が最も多く、次いで「不変」(27.6%)、「悪化」(2.6%)、「治癒」(1.6%)であった。

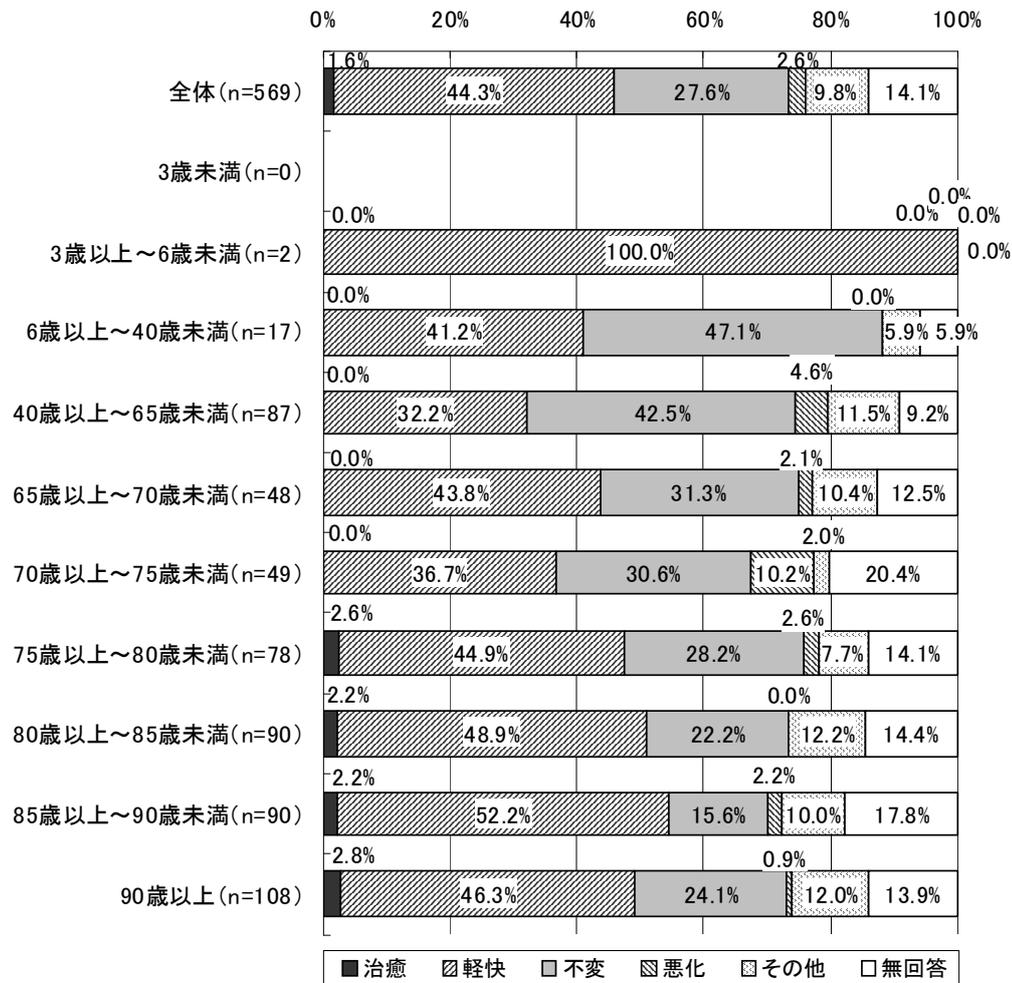
男女別にみると、男女ともに「軽快」(男性41.9%、女性が46.5%)が最も多く、次いで「不変」(男性29.6%、女性25.8%)となった。女性のほうが男性と比較して「軽快」の割合が4.6ポイント高かった。

図表 252 退院転帰（男女別）



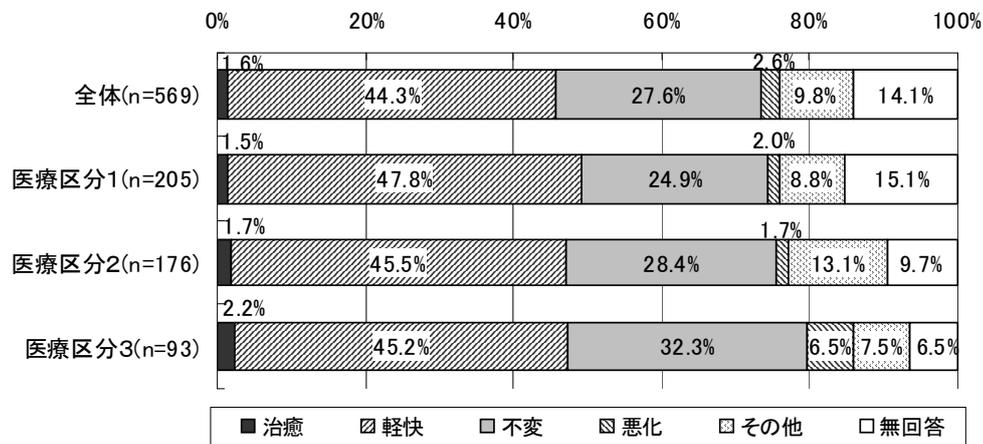
年齢階級別に退院転帰についてみると、「6歳以上～40歳未満」と「40歳以上～65歳未満」では「不変」（それぞれ47.1%、42.5%）が最も多く、次いで「軽快」（それぞれ41.2%、32.2%）となった。また、65歳以上の各年齢階級では「軽快」が最も多く、次いで「不変」となった。

図表 253 退院転帰（年齢階級別）



医療区別に退院転帰についてみると、医療区分 1 から 3 へ高くなるのに伴い「不変」の割合が高くなった。

図表 254 退院転帰 (医療区分別)

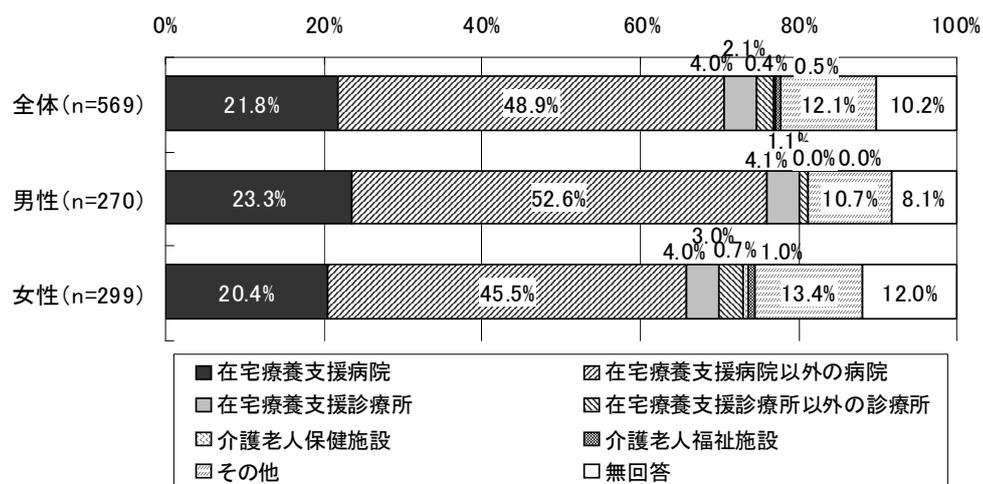


⑥在宅移行前の入院・入所場所

在宅移行前の入院・入所場所についてみると、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」(48.9%) がもっとも多く、次いで「在宅療養支援病院」(21.8%) であった。

男女別にみると、男女ともに「在宅療養支援病院以外の病院」(男性 52.6%、女性 45.5%) が最も多く、次いで「在宅療養支援病院」(それぞれ 23.3%、20.4%) となった。男性のほうが女性と比較して「在宅療養支援病院以外の病院」の割合が 7.1 ポイント高かった。

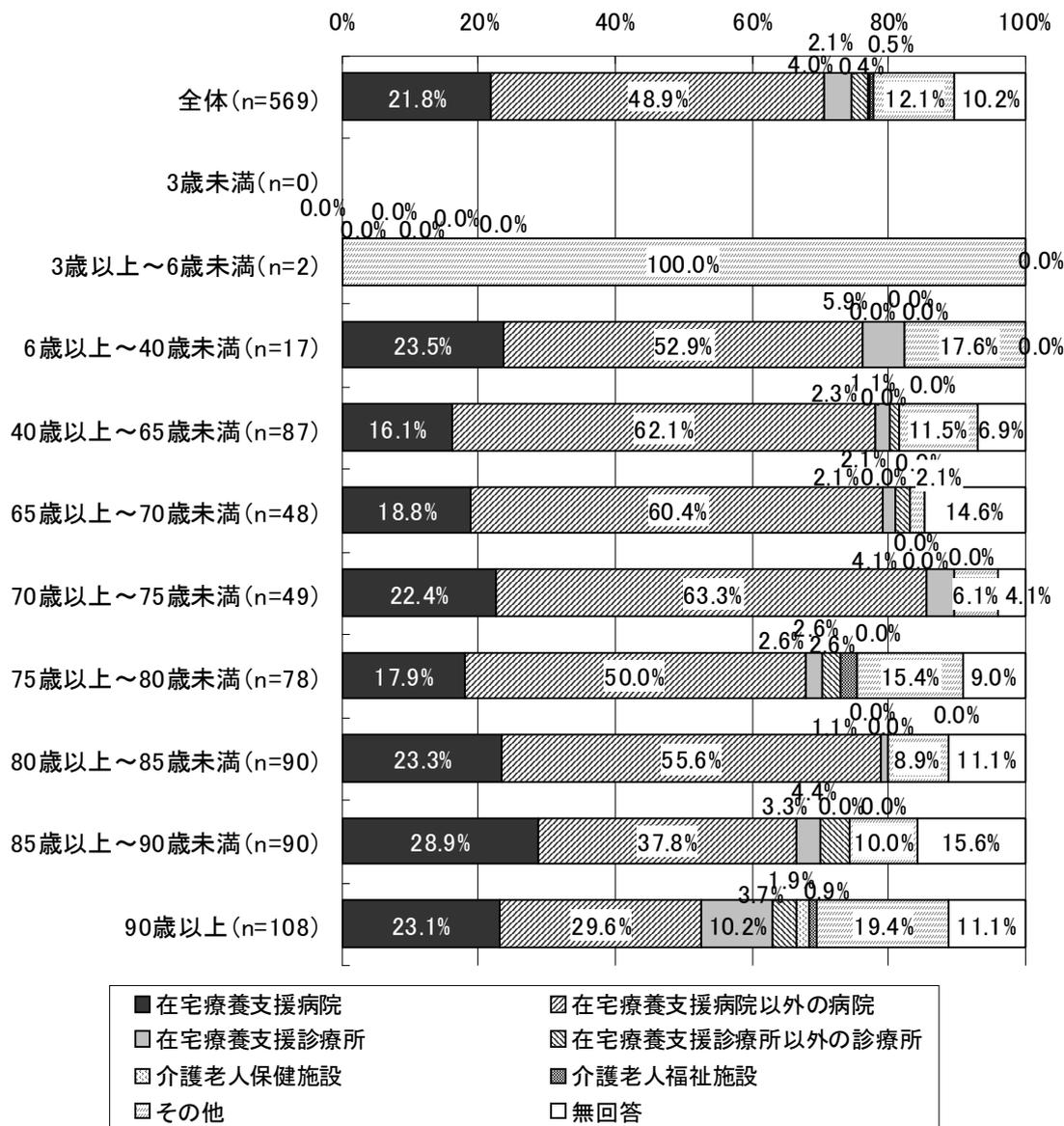
図表 255 在宅移行前の入院・入所場所 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「自宅」(同旨を含め 44 件)、「有料老人ホーム」(同旨を含め 3 件)、「グループホーム」(同旨を含め 2 件)、「急性期病院」(同旨を含め 2 件)等が挙げられた。

年齢階級別に在宅移行前の入院・入所場所についてみると、6歳以上の各年齢階級では「在宅療養支援病院以外の病院」が最も多くなり、特に40歳以上から75歳未満では、約6割を占めた。

図表 256 在宅移行前の入院・入所場所（年齢階級別）

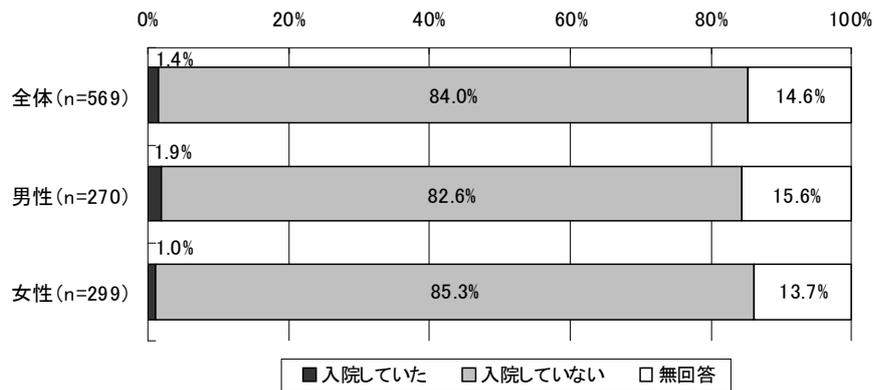


⑦NICU の入院の有無

NICU の入院の有無についてみると、全体では「入院していた」患者が 1.4%、「入院していない」患者が 84.0%であった。

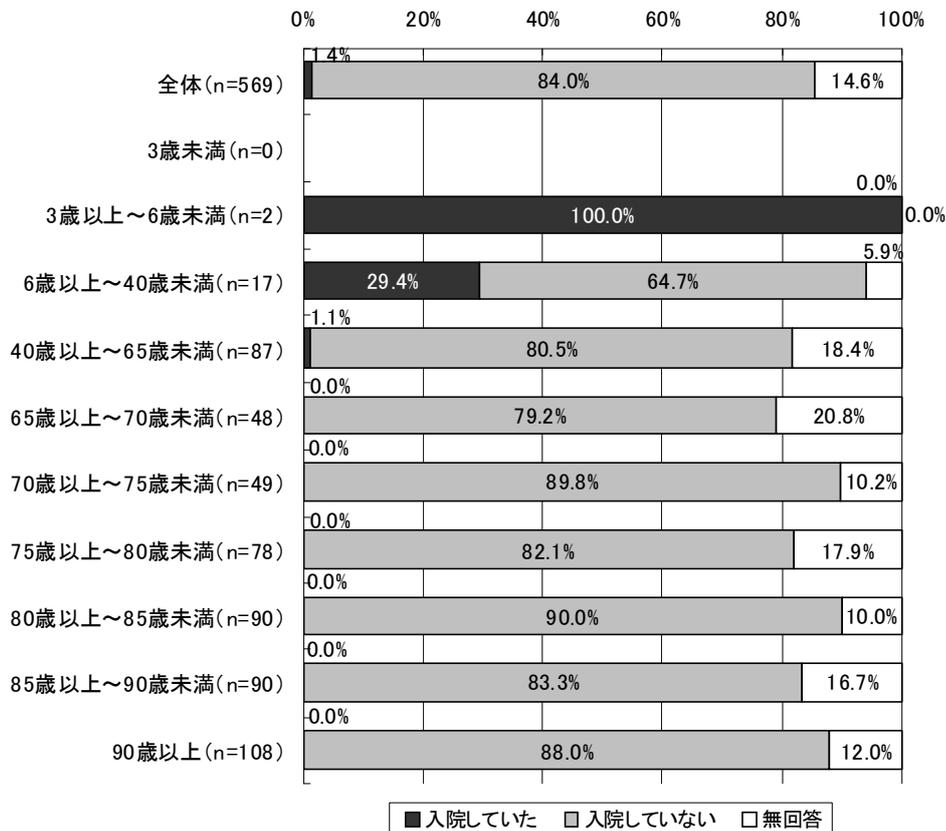
男女別にみると、男性では「入院していた」が 1.9%、女性では「入院していた」が 1.0%であった。

図表 257 NICU の入院の有無（男女別）



年齢階級別に NICU の入院の有無についてみると、「3 歳以上～6 歳未満」の患者では 100.0%、「6 歳以上～40 歳未満」の患者では 29.4%が「入院していた」という回答であった。

図表 258 NICU の入院の有無（年齢階級別）

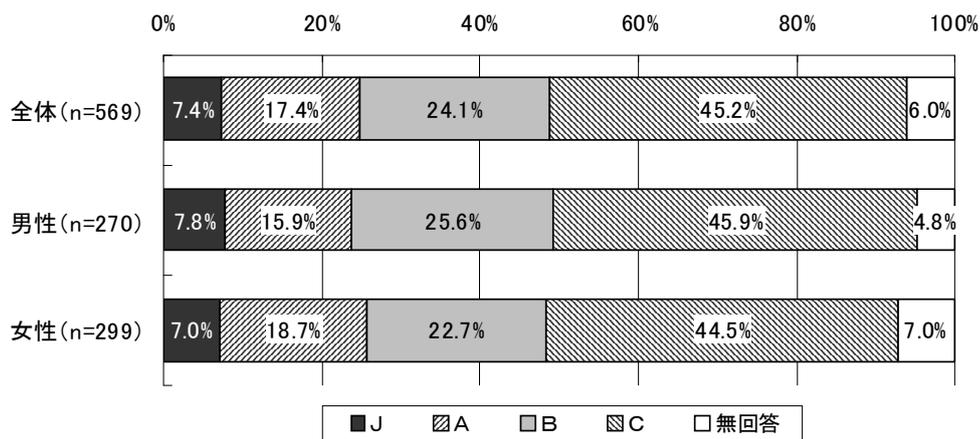


⑧障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）についてみると、全体では「C」（45.2%）が最も多く、次いで「B」（24.1%）、「A」（17.4%）、「J」（7.4%）であった。

男女別にみると、男女ともに「C」（男性が45.9%、女性が44.5%）が最も多く、次いで「B」（25.6%、22.7%）、「A」（15.9%、18.7%）、「J」（7.8%、7.0%）であった。

図表 259 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（男女別）

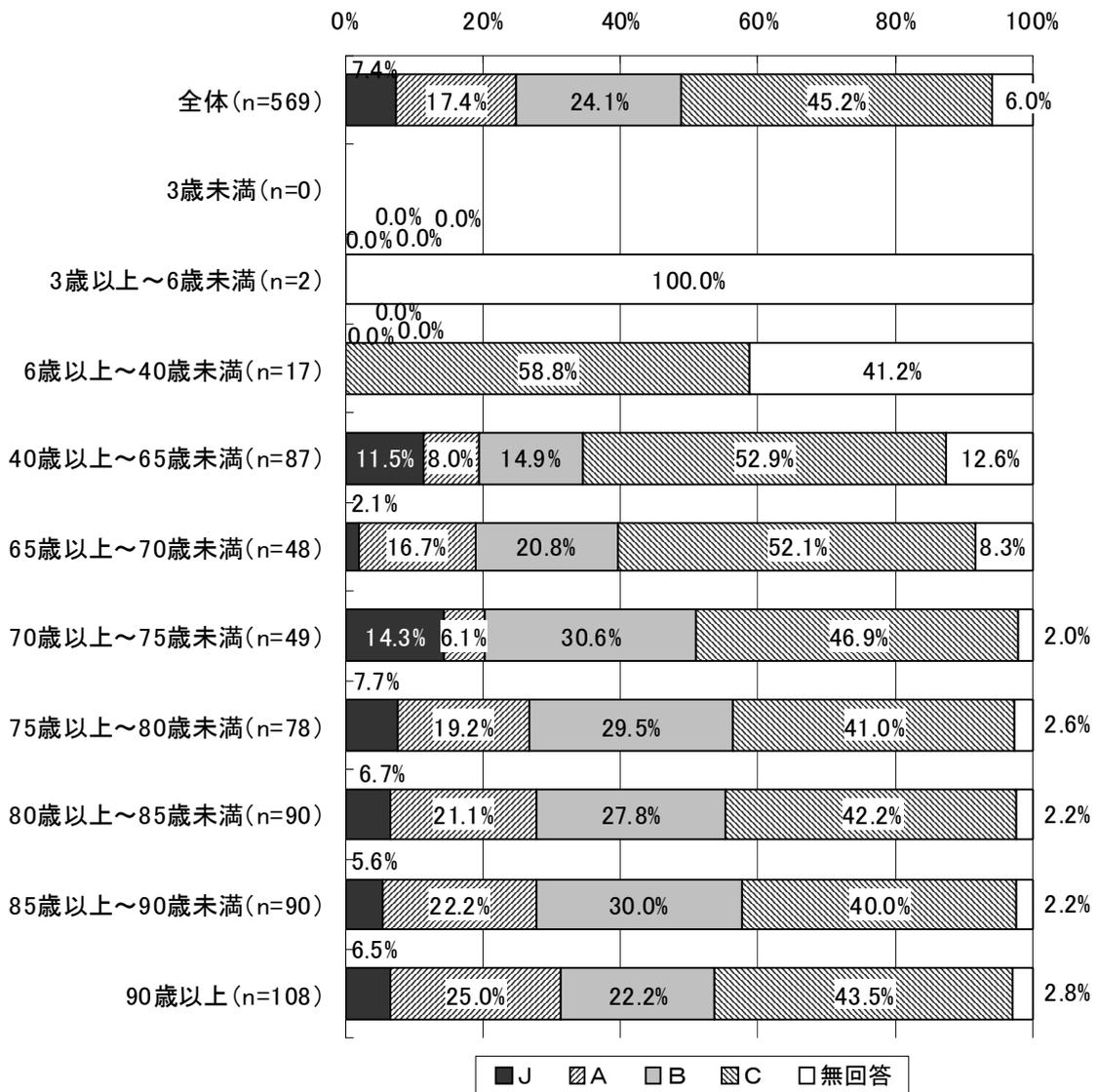


(注) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

年齢階級別に障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）をみると、年齢階級が高いほど「J」と「A」を合わせた割合が高くなる傾向がみられた。一方で、6歳以上70歳未満では「C」の割合が半数を超えた。

図表 260 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（年齢階級別）

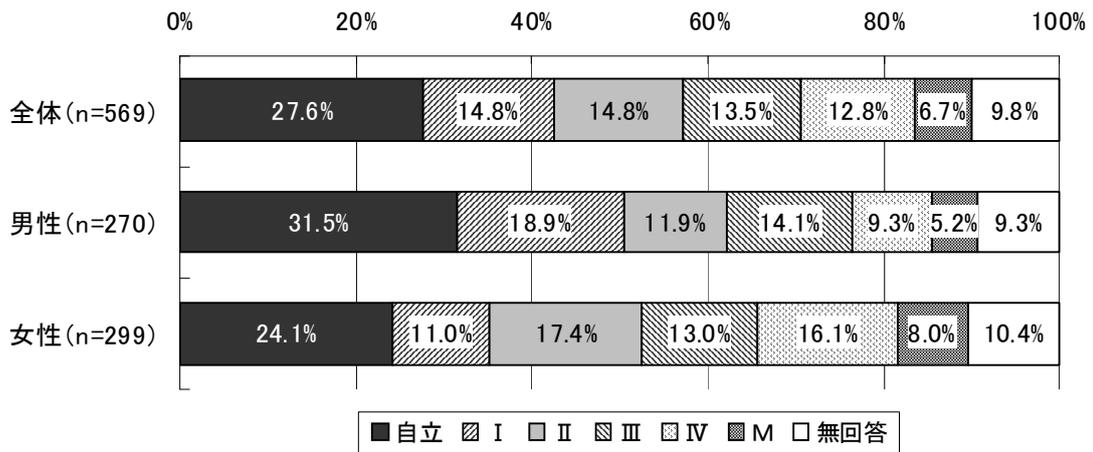


⑨認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、全体では「自立」(27.6%)が最も多く、次いで「Ⅰ」「Ⅱ」(それぞれ14.8%)、「Ⅲ」(13.5%)、「Ⅳ」(12.8%)、「Ⅴ」(6.7%)であった。

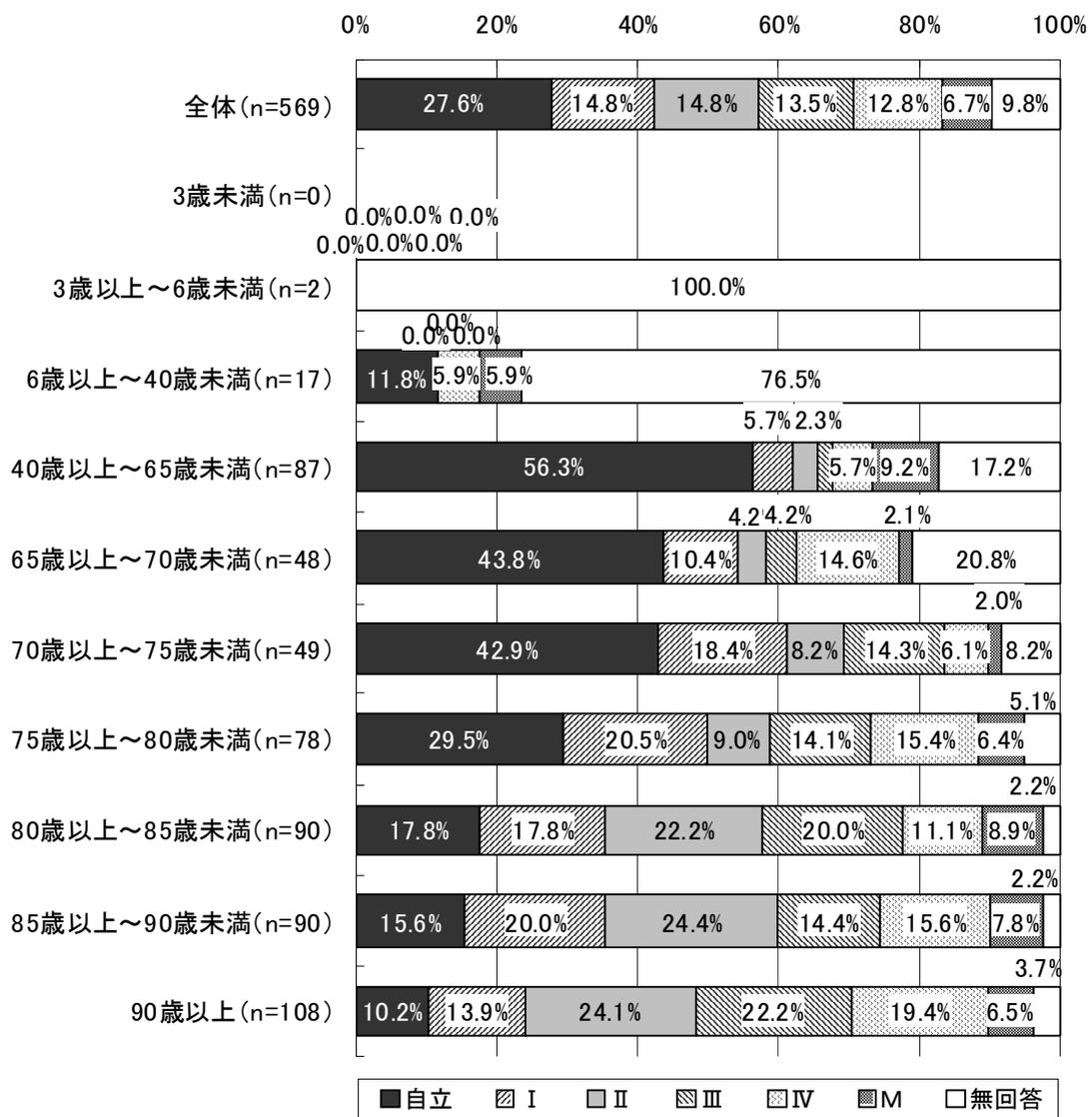
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「自立」「Ⅰ」の割合が高かった。女性は男性と比較して「Ⅱ」「Ⅳ」「Ⅴ」の割合が高かった。

図表 261 認知症高齢者の日常生活自立度 (男女別)



年齢階級別に認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、40歳以上では年齢が高くなるにつれて「自立」の患者の割合が低くなった。80歳以上の患者では、日常生活自立度が「II」以上の患者の割合が高くなった。

図表 262 認知症高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）

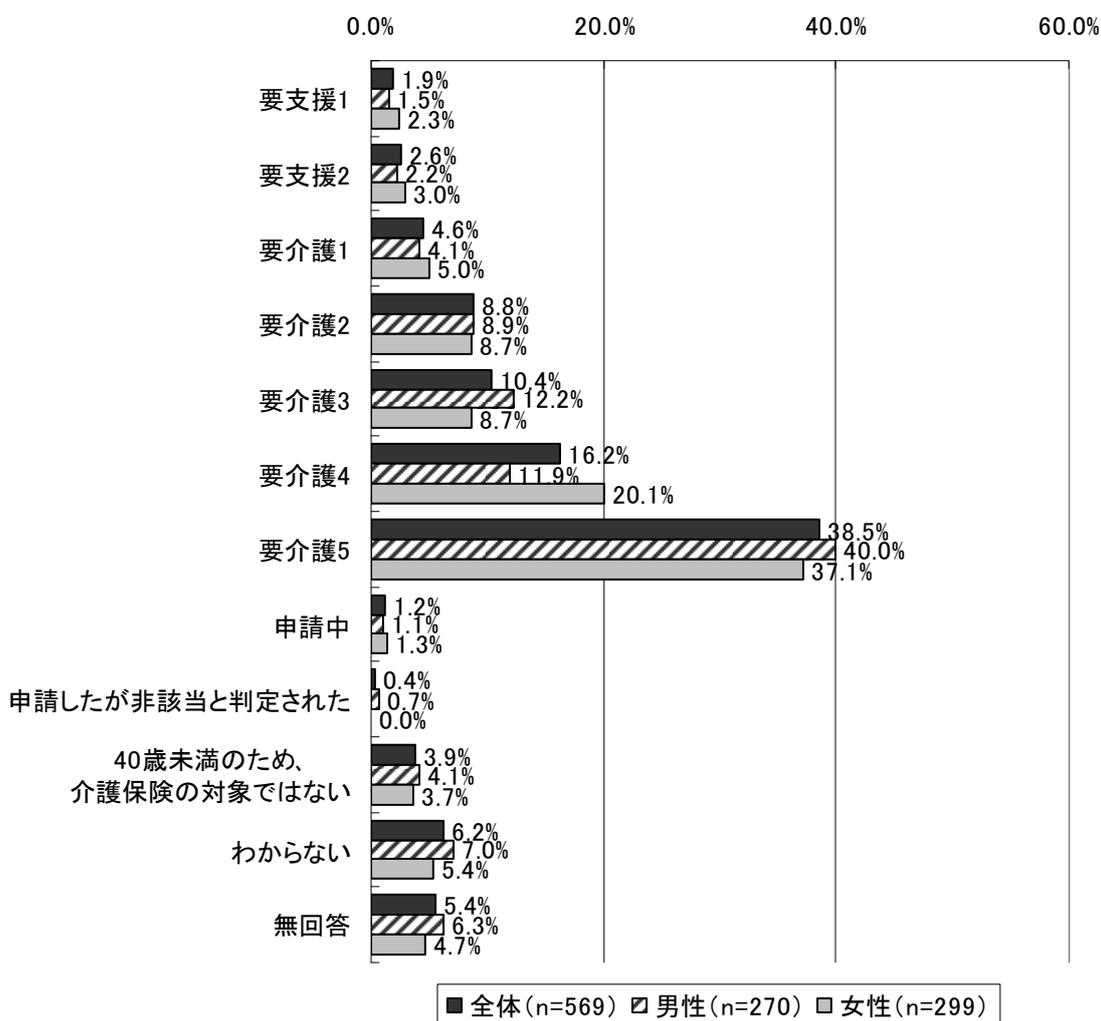


⑩要介護認定の状況

要介護認定の状況についてみると、全体では「要介護 5」(38.5%) が最も多く、次いで「要介護 4」(16.2%)、「要介護 3」(10.4%)、「要介護 2」(8.8%)、「要介護 1」(4.6%) であった。

男女別にみると、男性では、「要介護 5」(40.0%) が最も多く、次いで「要介護 3」(12.2%)、「要介護 4」(11.9%)、「要介護 2」(8.9%)、「要介護 1」(4.1%) であった。女性では、「要介護 5」(37.1%) が最も多く、次いで「要介護 4」(20.1%)、「要介護 2」「要介護 3」(それぞれ 8.7%)、「要介護 1」(5.0%) であった。

図表 263 要介護認定の状況 (男女別)



(注) 「40歳未満のため、介護保険の対象ではない」の中には、介護保険の適用に該当しない40歳以上の患者も含まれている。

年齢階級別に要介護認定の状況についてみると、40歳以上で「要介護 5」の患者の割合が高くなった。特に「70歳以上 75歳未満」では約半数を占めた。

図表 264 要介護認定の状況（年齢階級別）

（上段：人 下段：％）

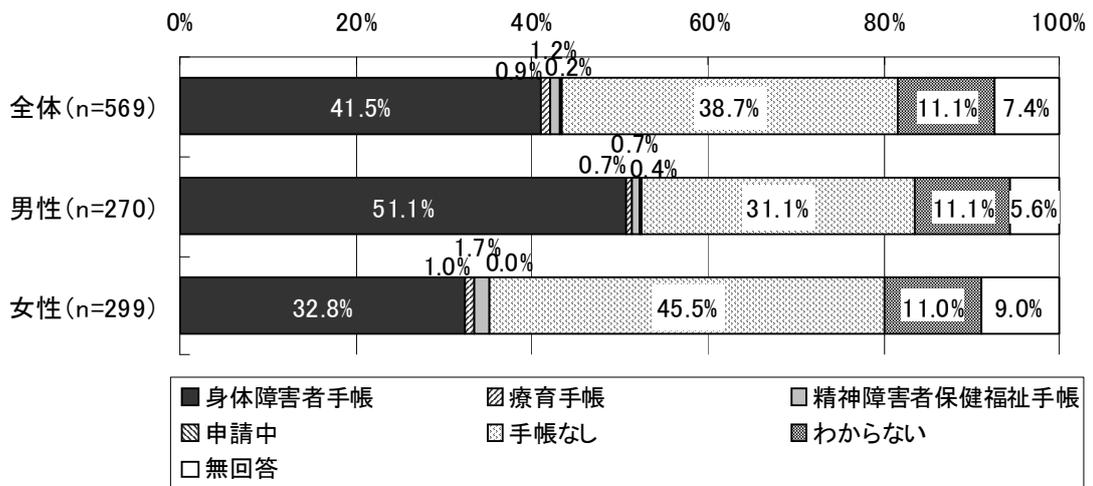
	全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
全体	569	11	15	26	50	59	92
	100.0	1.9	2.6	4.6	8.8	10.4	16.2
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上 6歳未満	2	0	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上 40歳未満	17	0	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40歳以上65歳未満	87	1	0	1	1	4	4
	100.0	1.1	0.0	1.1	1.1	4.6	4.6
65歳以上70歳未満	48	2	2	0	5	3	9
	100.0	4.2	4.2	0.0	10.4	6.3	18.8
70歳以上75歳未満	49	3	1	0	5	4	6
	100.0	6.1	2.0	0.0	10.2	8.2	12.2
75歳以上80歳未満	78	1	5	4	6	13	14
	100.0	1.3	6.4	5.1	7.7	16.7	17.9
80歳以上85歳未満	90	3	2	4	8	13	15
	100.0	3.3	2.2	4.4	8.9	14.4	16.7
85歳以上90歳未満	90	0	2	7	10	12	24
	100.0	0.0	2.2	7.8	11.1	13.3	26.7
90歳以上	108	1	3	10	15	10	20
	100.0	0.9	2.8	9.3	13.9	9.3	18.5
	要介護5	申請中	申請したが非該当と判定された	40歳未満のため、介護保険の対象ではない	わからない	無回答	
全体	219	7	2	22	35	31	
	38.5	1.2	0.4	3.9	6.2	5.4	
3歳未満	0	0	0	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
3歳以上 6歳未満	0	0	0	0	0	2	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
6歳以上 40歳未満	0	0	0	15	0	2	
	0.0	0.0	0.0	88.2	0.0	11.8	
40歳以上 65歳未満	34	1	1	6	15	19	
	39.1	1.1	1.1	6.9	17.2	21.8	
65歳以上 70歳未満	23	0	0	1	1	2	
	47.9	0.0	0.0	2.1	2.1	4.2	
70歳以上 75歳未満	24	2	1	0	1	2	
	49.0	4.1	2.0	0.0	2.0	4.1	
75歳以上 80歳未満	29	0	0	0	5	1	
	37.2	0.0	0.0	0.0	6.4	1.3	
80歳以上 85歳未満	38	2	0	0	5	0	
	42.2	2.2	0.0	0.0	5.6	0.0	
85歳以上 90歳未満	31	1	0	0	3	0	
	34.4	1.1	0.0	0.0	3.3	0.0	
90歳以上	40	1	0	0	5	3	
	37.0	0.9	0.0	0.0	4.6	2.8	

⑪障害者手帳などの種類

障害者手帳などの種類についてみると、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が41.5%であり、「手帳なし」の患者は38.7%であった。

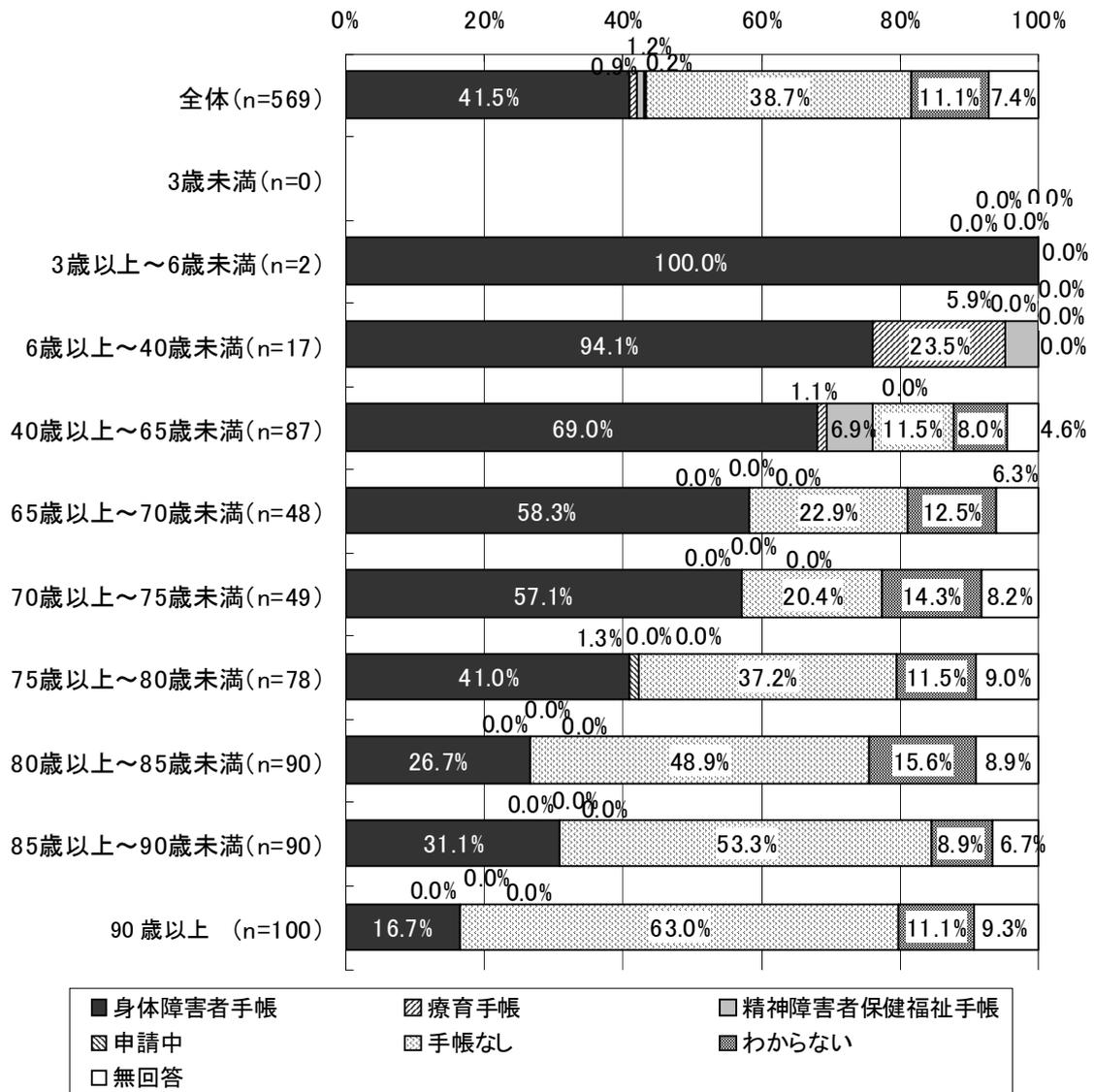
男女別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者は、男性が51.1%、女性が32.8%となっており、男性のほうが女性と比較して18.3ポイント高かった。「手帳なし」の患者は、男性が31.1%、女性が45.5%となっており、女性のほうが男性と比較して14.4ポイント高かった。

図表 265 障害者手帳などの種類（男女別）



年齢階級別に障害者手帳などの種類についてみると、3歳以上から75歳未満では半数以上の患者が「身体障害者手帳」を持っており、年齢階級が低いほど患者の割合は高くなった。「6歳以上～40歳未満」では「療育手帳」が23.5%であった。

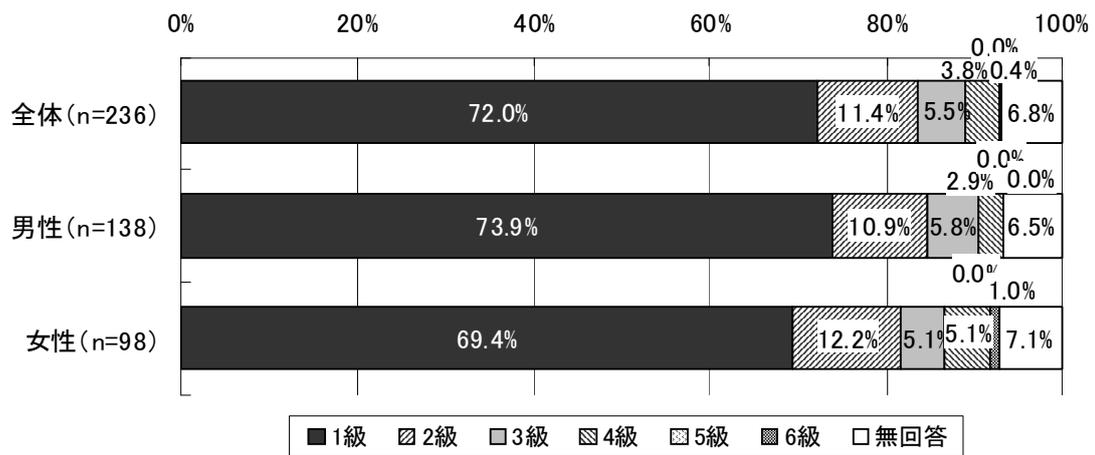
図表 266 障害者手帳などの種類（年齢階級別）



身体障害者手帳がある人についてその等級をみると、全体では「1級」(72.0%)が最も多く、次いで「2級」(11.4%)、「3級」(5.5%)、「4級」(3.8%)であった。

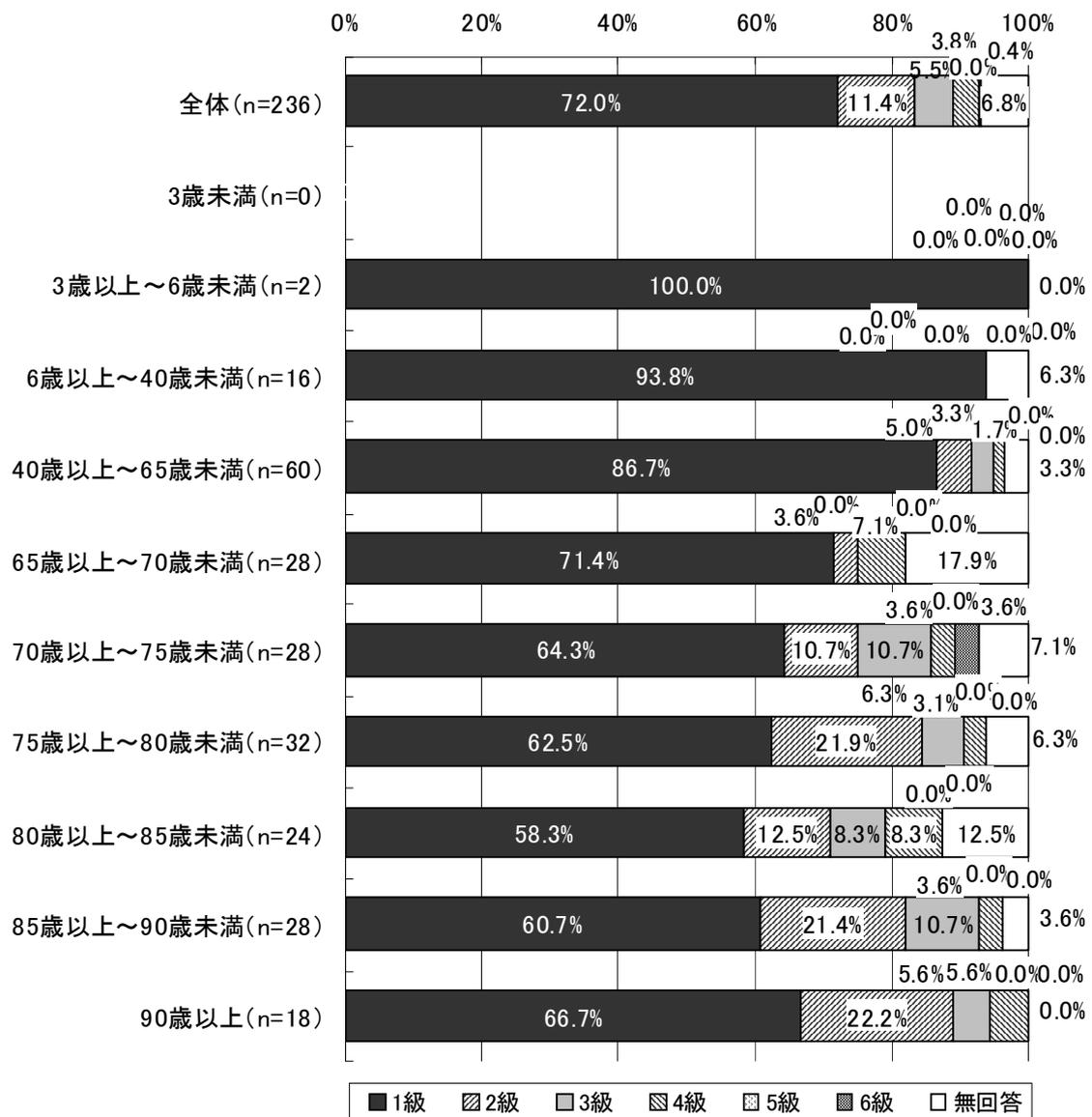
男女別にみると、男女ともに「1級」(男性が73.9%、女性が69.4%)が最も多く、次いで「2級」(10.9%、12.2%)となった。男性のほうが女性と比較して「1級」の割合が4.5ポイント高かった。

図表 267 身体障害者手帳の等級 (男女別、身体障害者手帳がある人)



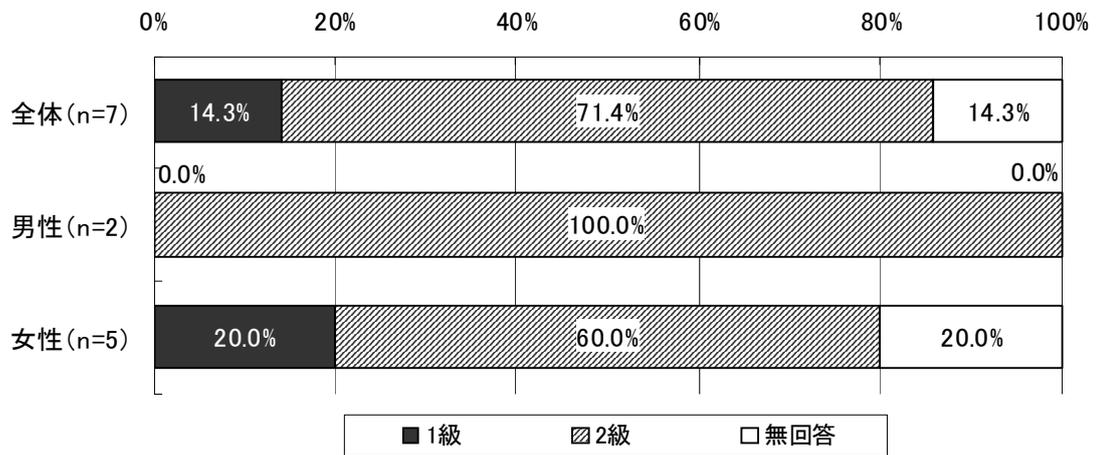
年齢階級別に身体障害者手帳の等級についてみると、3歳以上70歳未満の各年齢階級の患者の約7割以上が「1級」であり、年齢階級が低くなるほどその割合は高くなった。70歳以上の各年齢階級では6割前後の患者が「1級」であった。

図表 268 身体障害者手帳の等級（年齢階級別）



精神障害者保健福祉手帳を持っている人は7人であり、男性が2人、女性が5人であった。男性は「2級」が100.0%であり、女性は「2級」が60.0%、「1級」が20.0%であった。

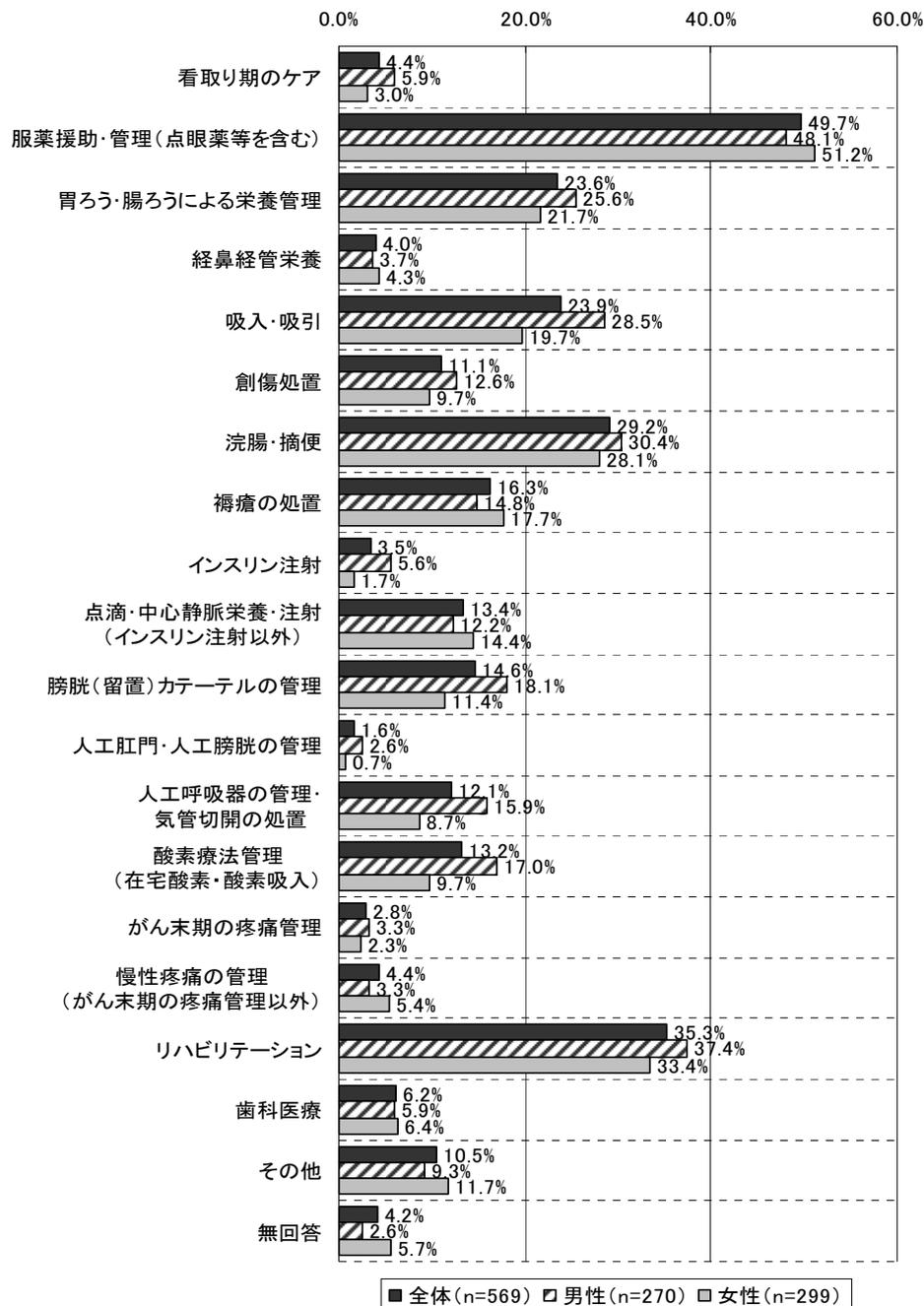
図表 269 精神障害者保健福祉手帳の等級（男女別）



⑫受けている医療

受けている医療についてみると、全体では「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が49.7%で最も多く、次いで「リハビリテーション」（35.3%）、「浣腸・排便」（29.2%）、「吸入・吸引」（23.9%）、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（23.6%）であった。

図表 270 受けている医療（男女別、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「入浴介助、保清」（同旨を含め 23 件）、「訪問診療」（同旨を含め 18 件）、「状態観察」（同旨を含め 12 件）、「導尿」（同旨を含め 8 件）、「相談」（同旨を含め 8 件）等が挙げられた。

年齢階級別に受けている医療についてみると、6歳以上の各年齢階級において「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が高い割合を占めた。特に「85歳以上90歳未満」（62.2%）、「6歳以上40歳未満」（58.8%）、「90歳以上」（54.6%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。また、3歳以上75歳未満の各年齢階級では、「リハビリテーション」が4割以上を占めた。「6歳以上40歳未満」では、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（47.1%）、「経鼻経管栄養」（23.5%）、「吸入・吸引」（52.9%）、「創傷処置」（23.5%）、「膀胱（留置）カテーテルの管理」（29.4%）、「人工呼吸器の管理・気管切開の処置」（47.1%）、「酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）」（41.2%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 271 受けている医療（年齢階級別、複数回答）

（上段：人、下段：％）

	合計	看取り期のケア	服薬援助・管理（点眼薬等を含む）	胃ろう・腸ろうによる栄養管理	経鼻経管栄養	吸入・吸引	創傷処置	洗腸・排便	褥瘡の処置	インスリン注射	点滴・中心静脈栄養・注射（インスリン注射以外）
全体	569	25	283	134	23	136	63	166	93	20	76
	100.0	4.4	49.7	23.6	4.0	23.9	11.1	29.2	16.3	3.5	13.4
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上6歳未満	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	50.0	50.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上40歳未満	17	0	10	8	4	9	4	6	1	0	0
	100.0	0.0	58.8	47.1	23.5	52.9	23.5	35.3	5.9	0.0	0.0
40歳以上	87	0	43	28	4	25	9	33	10	0	8
65歳未満	100.0	0.0	49.4	32.2	4.6	28.7	10.3	37.9	11.5	0.0	9.2
65歳以上	48	3	18	14	3	18	6	22	8	3	5
70歳未満	100.0	6.3	37.5	29.2	6.3	37.5	12.5	45.8	16.7	6.3	10.4
70歳以上	49	5	22	12	0	16	8	17	7	3	7
75歳未満	100.0	10.2	44.9	24.5	0.0	32.7	16.3	34.7	14.3	6.1	14.3
75歳以上	78	2	31	19	2	15	7	14	10	2	7
80歳未満	100.0	2.6	39.7	24.4	2.6	19.2	9.0	17.9	12.8	2.6	9.0
80歳以上	90	6	44	20	4	18	11	21	16	6	14
85歳未満	100.0	6.7	48.9	22.2	4.4	20.0	12.2	23.3	17.8	6.7	15.6
85歳以上	90	5	56	12	1	15	8	22	19	5	13
90歳未満	100.0	5.6	62.2	13.3	1.1	16.7	8.9	24.4	21.1	5.6	14.4
90歳以上	108	4	59	20	4	18	10	31	22	1	22
	100.0	3.7	54.6	18.5	3.7	16.7	9.3	28.7	20.4	0.9	20.4

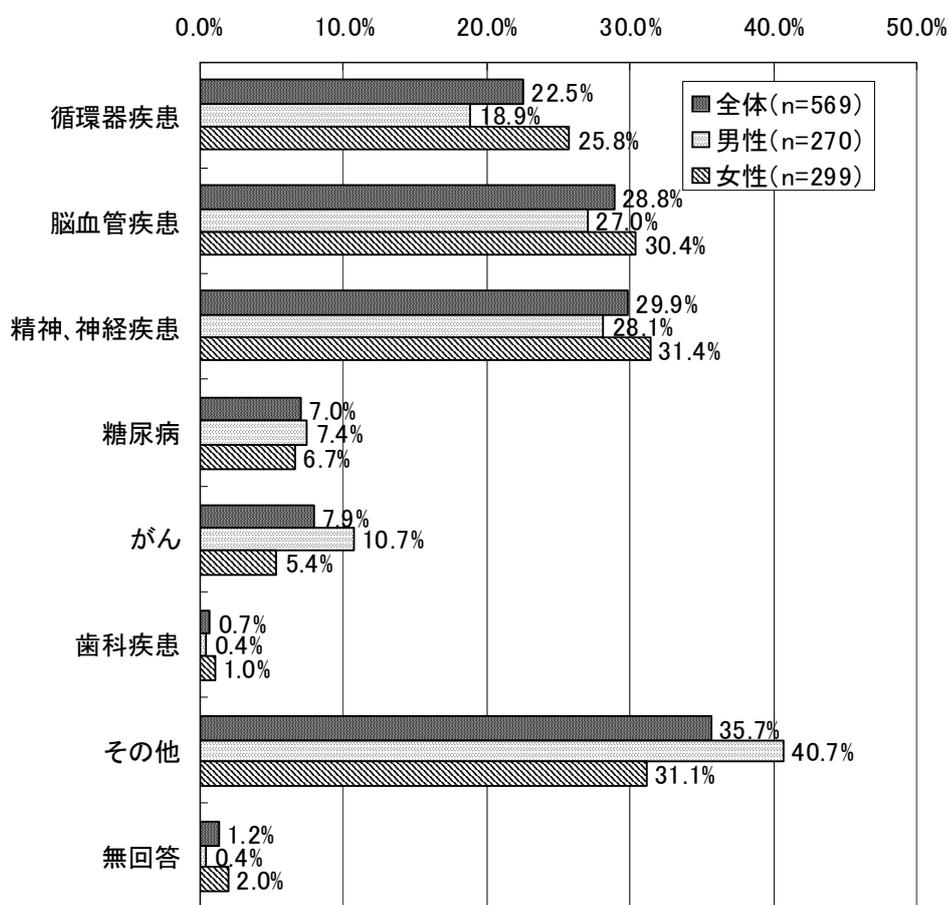
	膀胱（留置）カテーテルの管理	人工肛門・人工膀胱の管理	人工呼吸器の管理・気管切開の処置	酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	がん末期の疼痛管理	慢性疼痛の管理（がん末期の疼痛管理以外）	リハビリテーション	歯科医療	その他	無回答
全体	83	9	69	75	16	25	201	35	60	24
	14.6	1.6	12.1	13.2	2.8	4.4	35.3	6.2	10.5	4.2
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上6歳未満	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上40歳未満	5	0	8	7	0	1	7	1	4	0
	29.4	0.0	47.1	41.2	0.0	5.9	41.2	5.9	23.5	0.0
40歳以上	17	0	27	12	2	4	40	6	9	2
65歳未満	19.5	0.0	31.0	13.8	2.3	4.6	46.0	6.9	10.3	2.3
65歳以上	7	2	9	2	4	2	23	6	6	7
70歳未満	14.6	4.2	18.8	4.2	8.3	4.2	47.9	12.5	12.5	14.6
70歳以上	6	2	7	7	1	1	20	5	3	0
75歳未満	12.2	4.1	14.3	14.3	2.0	2.0	40.8	10.2	6.1	0.0
75歳以上	9	2	7	10	2	3	24	8	8	3
80歳未満	11.5	2.6	9.0	12.8	2.6	3.8	30.8	10.3	10.3	3.8
80歳以上	16	2	4	14	3	6	31	5	9	2
85歳未満	17.8	2.2	4.4	15.6	3.3	6.7	34.4	5.6	10.0	2.2
85歳以上	14	1	5	15	3	4	30	1	5	2
90歳未満	15.6	1.1	5.6	16.7	3.3	4.4	33.3	1.1	5.6	2.2
90歳以上	9	0	2	6	1	4	24	3	16	8
	8.3	0.0	1.9	5.6	0.9	3.7	22.2	2.8	14.8	7.4

⑬現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）

現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、全体では「精神、神経疾患」が29.9%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（28.8%）、「循環器疾患」（22.5%）であった。

男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「循環器疾患」が6.9ポイント、「脳血管疾患」が3.4ポイント、「精神、神経疾患」が3.3ポイント高かった。

図表 272 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（男女別、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「脊髄損傷」(34件)、「筋萎縮性側索硬化症」(23件)、「呼吸不全」(22件)、「慢性閉塞性肺疾患」(18件)、「肺気腫」(12件)等が挙げられた。

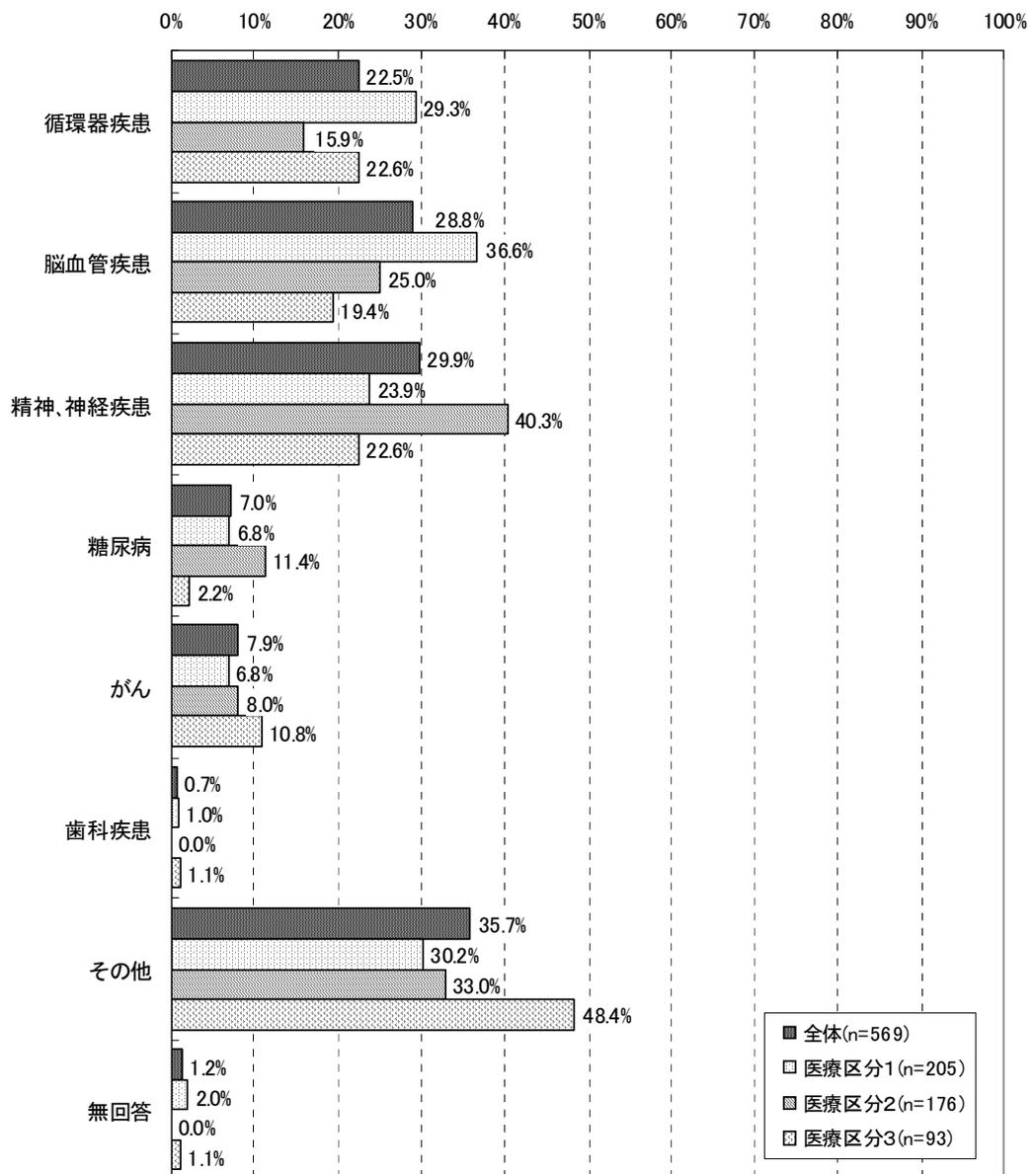
年齢階級別に現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、年齢階級が高くなるにつれ「循環器疾患」の割合が高くなり、「90歳以上」では約半数を占めた。75歳以上では、「脳血管疾患」の割合も高く、3割以上を占めた。「70歳以上～75歳未満」では「精神・神経疾患」（44.9%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった

図表 273 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（年齢階級別、複数回答）

	総数	循環器疾患	脳血管疾患	精神、神経疾患	糖尿病	がん	歯科疾患	その他	無回答
全体	569 100.0%	128 22.5%	164 28.8%	170 29.9%	40 7.0%	45 7.9%	4 0.7%	203 35.7%	7 1.2%
3歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
3歳以上～6歳未満	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%
6歳以上～40歳未満	17 100.0%	1 5.9%	0 0.0%	5 29.4%	0 0.0%	2 11.8%	0 0.0%	10 58.8%	0 0.0%
40歳以上～65歳未満	87 100.0%	7 8.0%	13 14.9%	30 34.5%	2 2.3%	4 4.6%	0 0.0%	44 50.6%	0 0.0%
65歳以上～70歳未満	48 100.0%	3 6.3%	12 25.0%	16 33.3%	2 4.2%	4 8.3%	0 0.0%	15 31.3%	3 6.3%
70歳以上～75歳未満	49 100.0%	7 14.3%	11 22.4%	22 44.9%	5 10.2%	8 16.3%	1 2.0%	12 24.5%	0 0.0%
75歳以上～80歳未満	78 100.0%	15 19.2%	25 32.1%	21 26.9%	4 5.1%	9 11.5%	2 2.6%	21 26.9%	0 0.0%
80歳以上～85歳未満	90 100.0%	19 21.1%	32 35.6%	31 34.4%	11 12.2%	7 7.8%	0 0.0%	32 35.6%	0 0.0%
85歳以上～90歳未満	90 100.0%	24 26.7%	33 36.7%	20 22.2%	10 11.1%	4 4.4%	0 0.0%	35 38.9%	1 1.1%
90歳以上	108 100.0%	52 48.1%	38 35.2%	25 23.1%	6 5.6%	7 6.5%	1 0.9%	32 29.6%	3 2.8%

医療区分別に現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、医療区分1では、「脳血管疾患」が36.6%で最も多く、次いで「循環器疾患」（29.3%）、「精神、神経疾患」（23.9%）となった。医療区分2では、「精神、神経疾患」が40.3%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（25.0%）、「循環器疾患」（15.9%）、「糖尿病」（11.4%）となった。医療区分3では、「循環器疾患」「精神、神経疾患」がそれぞれ22.6%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（19.4%）、「がん」（10.8%）であった。

図表 274 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（医療区分別、複数回答）

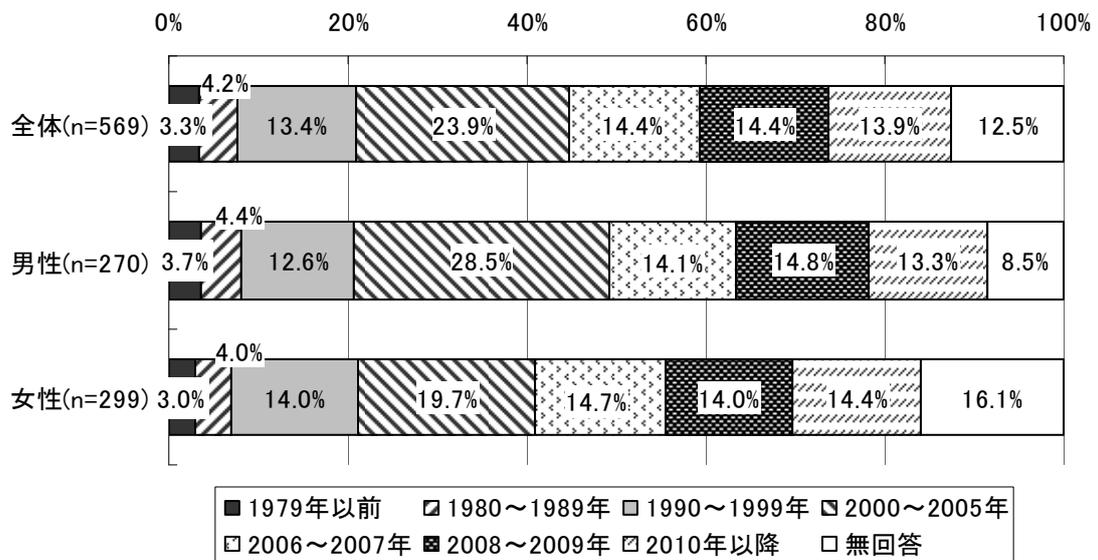


⑭在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期

在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、全体では「2000～2005年」が23.9%で最も多く、次いで「2006～2007年」「2008～2009年」（それぞれ14.4%）、「2010年以降」（13.9%）、「1990～1999年」（13.4%）であった。

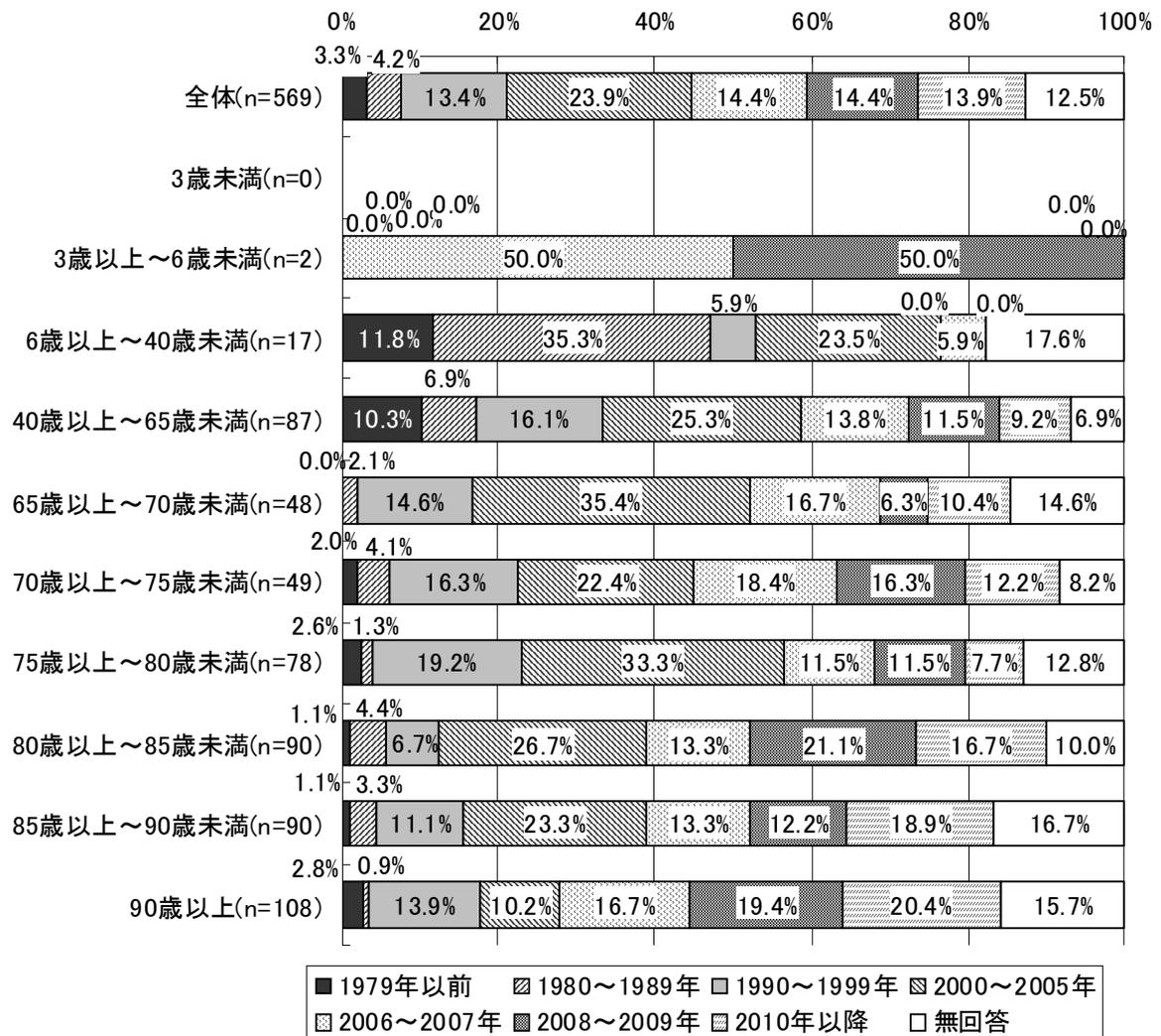
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2000～2005年」が8.8ポイント高いが、女性では男性と比較して無回答が多いことにも留意する必要がある。

図表 275 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期（男女別）



年齢階級別に在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、「6歳以上～40歳未満」と「40歳以上～65歳未満」の年齢階級で「1979年以前」（それぞれ11.8%、10.3%）が他の年齢階級と比較して高かった。80歳以上の各年齢階級では、2000年以降に発症した割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 276 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期（年齢階級別）

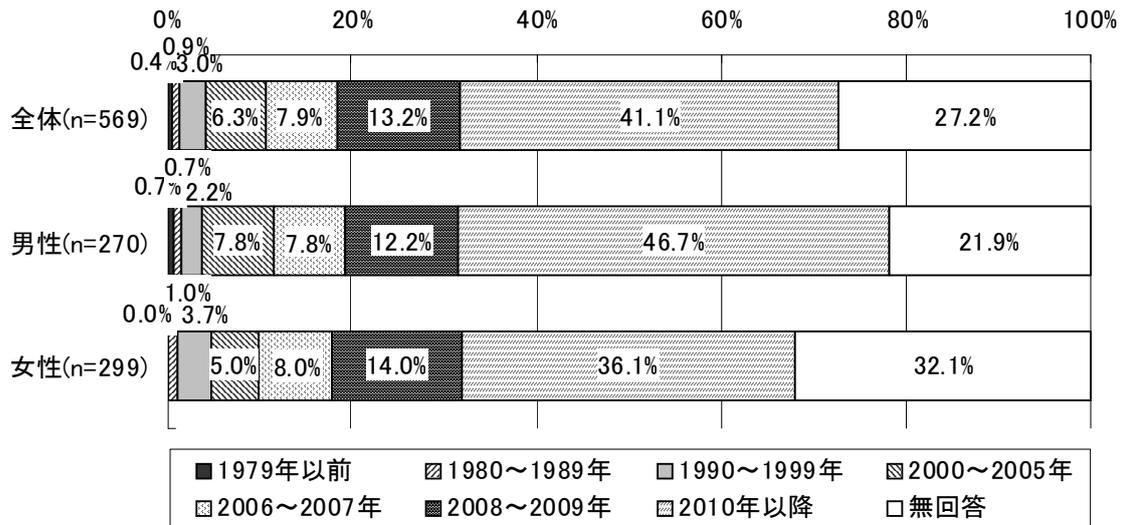


⑮在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近）

直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全体では「2010年以降」（41.1%）が最も多くなった。ただし、無回答が多かった点に留意する必要がある。

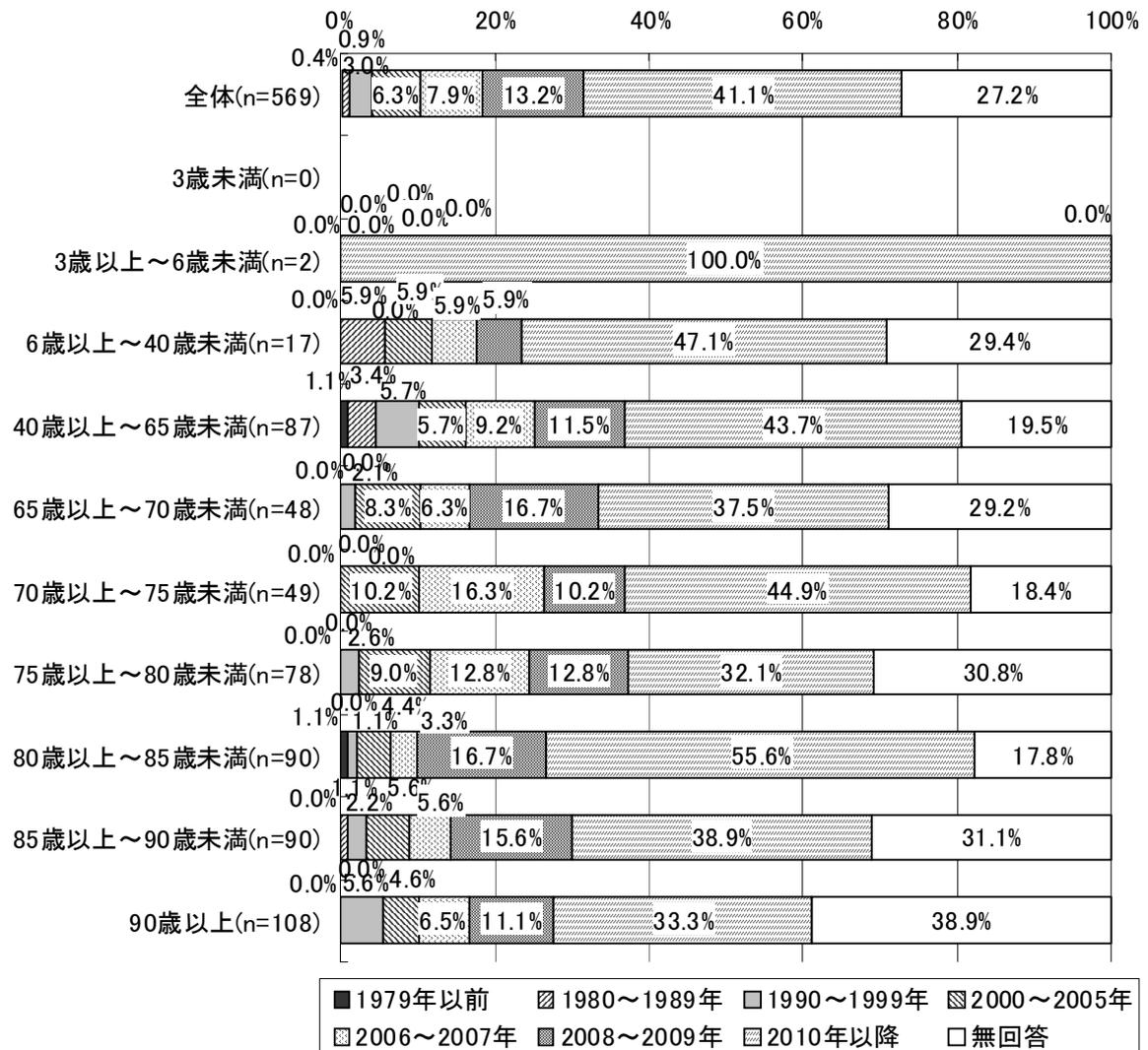
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が10.6ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。

図表 277 在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近、男女別）



年齢階級別に、直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全ての年齢階級で「2010年以降」が最も多くなった。特に「80歳以上～85歳未満」(55.6%)では、他の年齢階級と比較してその割合が高かった。

図表 278 在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近、年齢階級別）

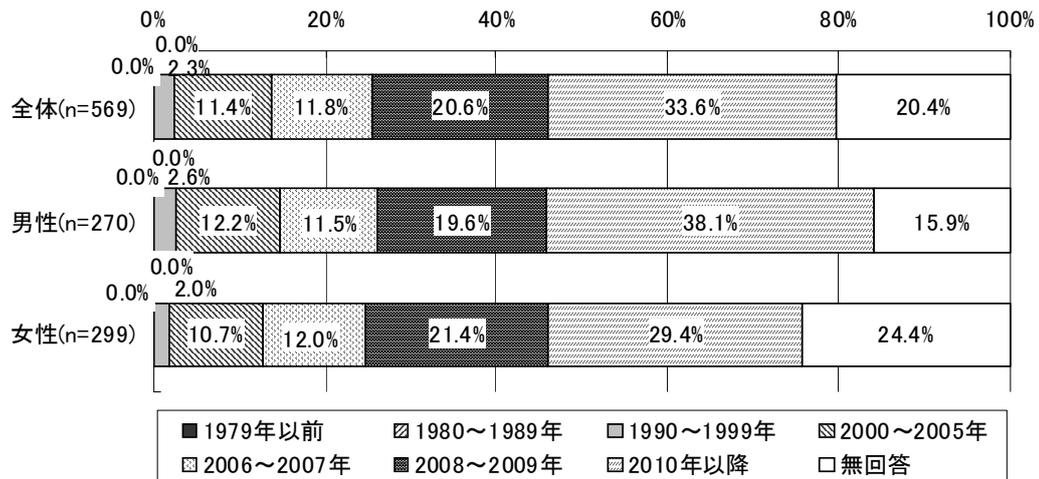


⑩往診を開始した時期

往診を開始した時期についてみると、全体では「2010年以降」が33.6%で最も多く、次いで「2008～2009年」（20.6%）、「2006～2007年」（11.8%）となった。

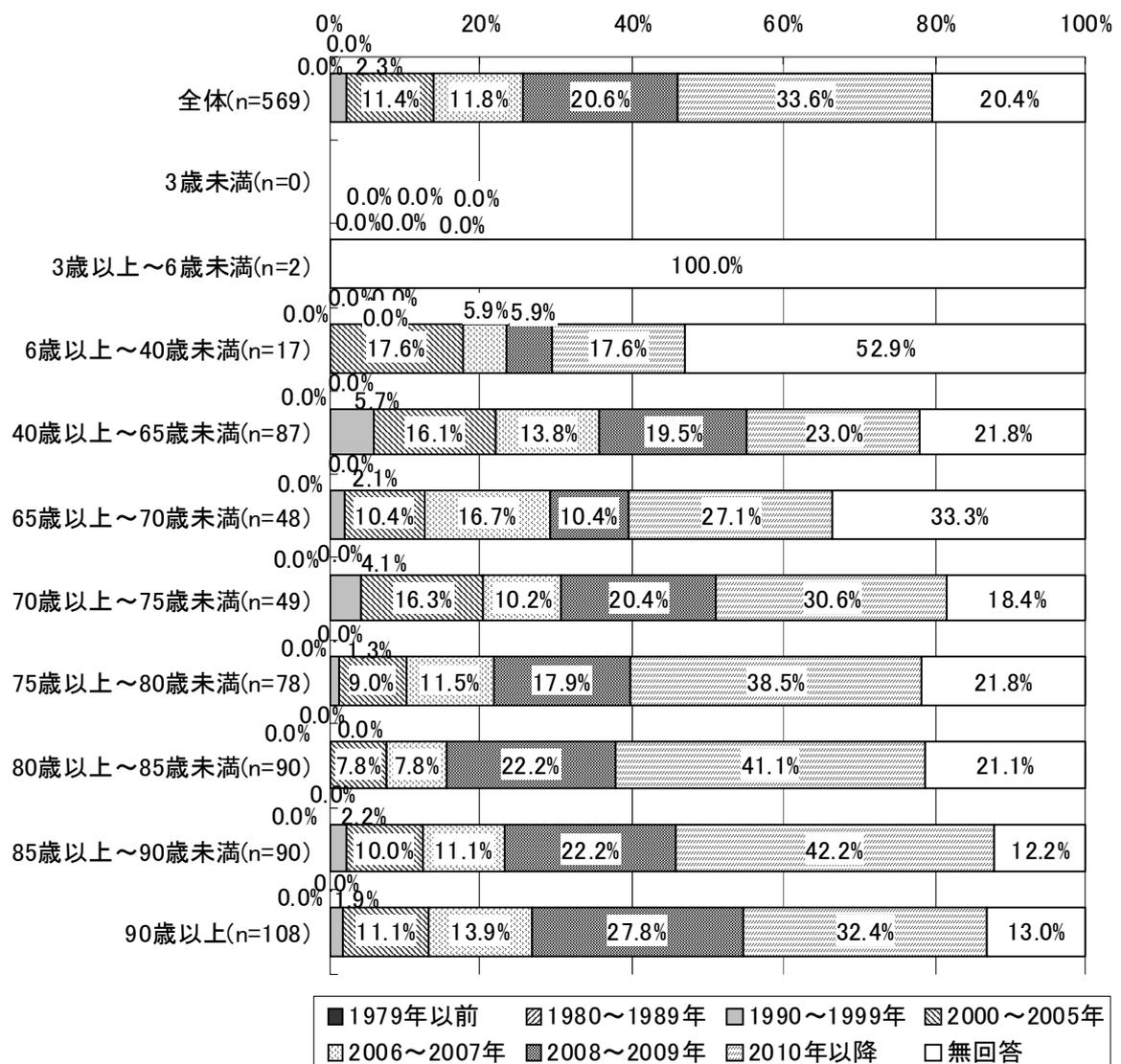
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が8.7ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。

図表 279 往診を開始した時期（男女別）



年齢階級別に往診を開始した時期についてみると、40歳以上の各年齢階級では「2010年以降」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「2000～2005年」「2010年以降」がそれぞれ17.6%で最も多かった。

図表 280 往診を開始した時期（年齢階級別）

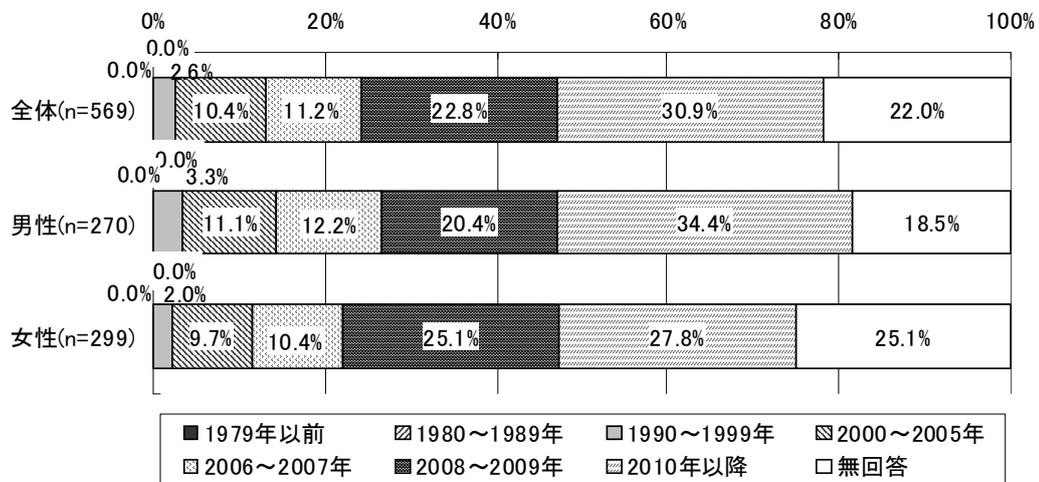


⑰訪問看護を開始した時期

訪問看護を開始した時期についてみると、全体では「2010年以降」が30.9%で最も多く、次いで「2008～2009年」(22.8%)、「2006～2007年」(11.2%)となった。2000年以降が7割以上を占めた。男女別にみても同じ傾向であった。

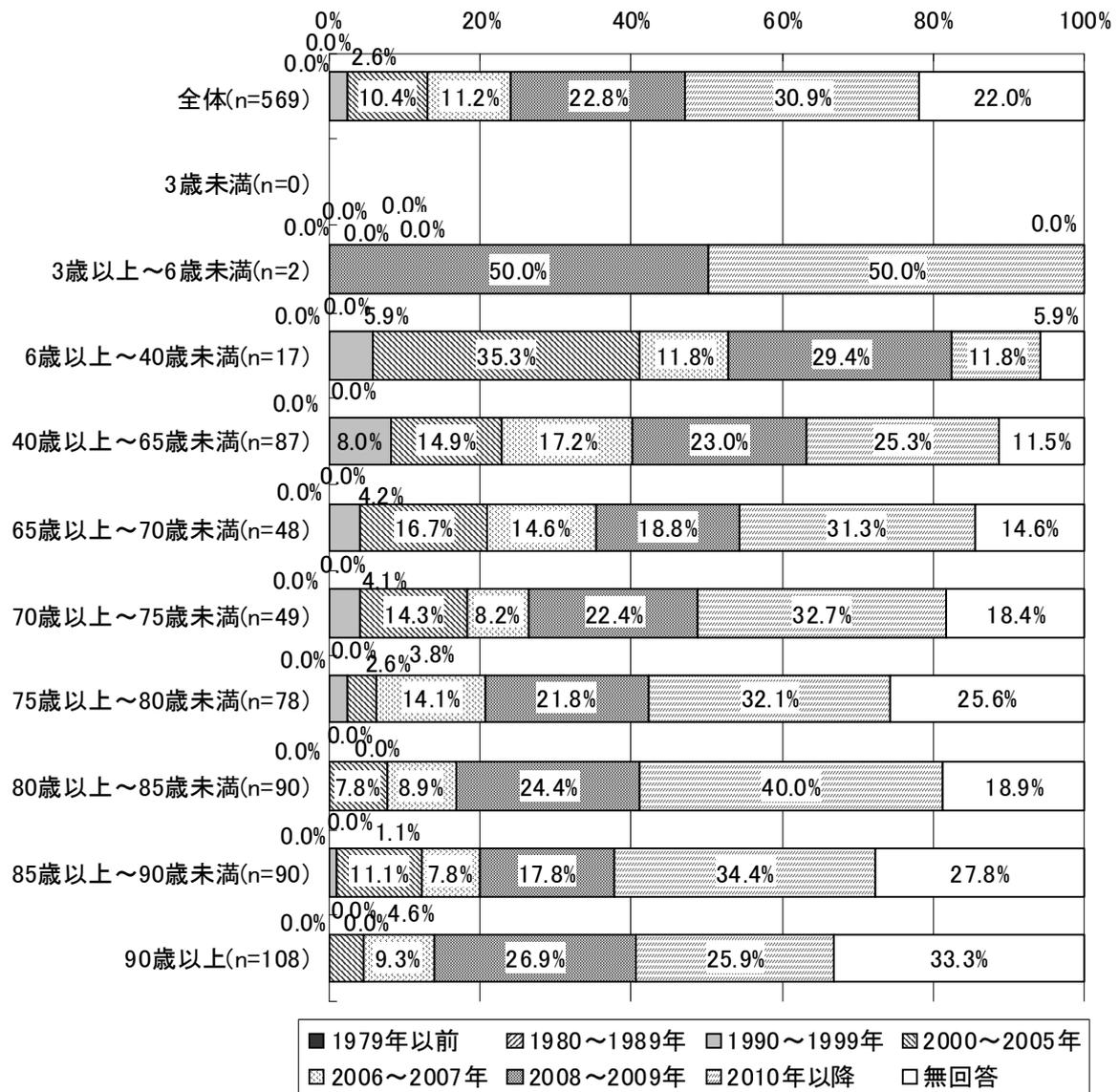
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が6.6ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。一方、女性では男性と比較して「2008～2009年」の割合が4.7ポイント高かった。

図表 281 訪問看護を開始した時期（男女別）



年齢階級別に訪問看護を開始した時期についてみると、「6歳以上～40歳未満」では「2000～2005年」が35.3%で最も多く、他の年齢階級と比較しても高かった。40歳以上90歳未満の各年齢階級では、「2010年以降」が最も多かった。「90歳以上」では、「2008～2009年」が26.9%で最も多く、次いで「2010年以降」(25.9%)となった。

図表 282 訪問看護を開始した時期 (年齢階級別)

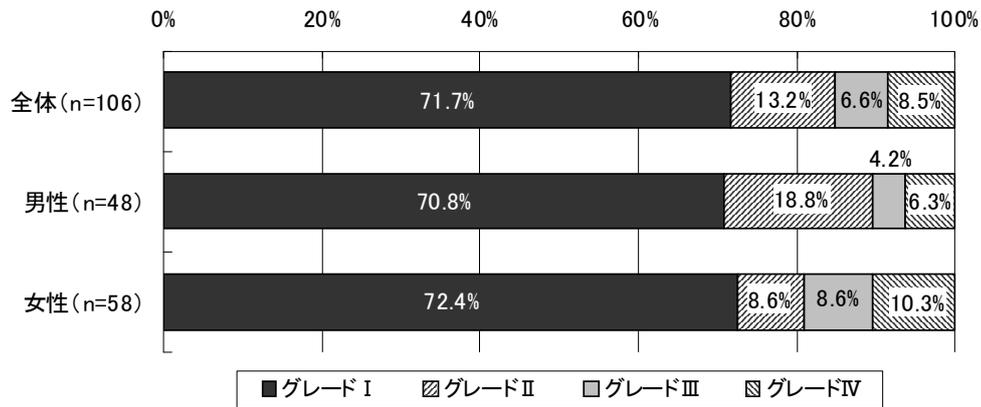


⑱褥瘡の状態（NPUAP 分類）

褥瘡の状態についてみると、全体では「グレードⅠ」が 71.7%で最も多く、次いで「グレードⅡ」（13.2%）、「グレードⅣ」（8.5%）、「グレードⅢ」（6.6%）となった。

男女別にみると、男女ともに「グレードⅠ」が 7 割以上を占めた。男性では、女性と比較して「グレードⅡ」が 10.2 ポイント高く、女性では、男性と比較して「グレードⅢ」が 4.4 ポイント、「グレードⅣ」が 4.0 ポイント高かった。

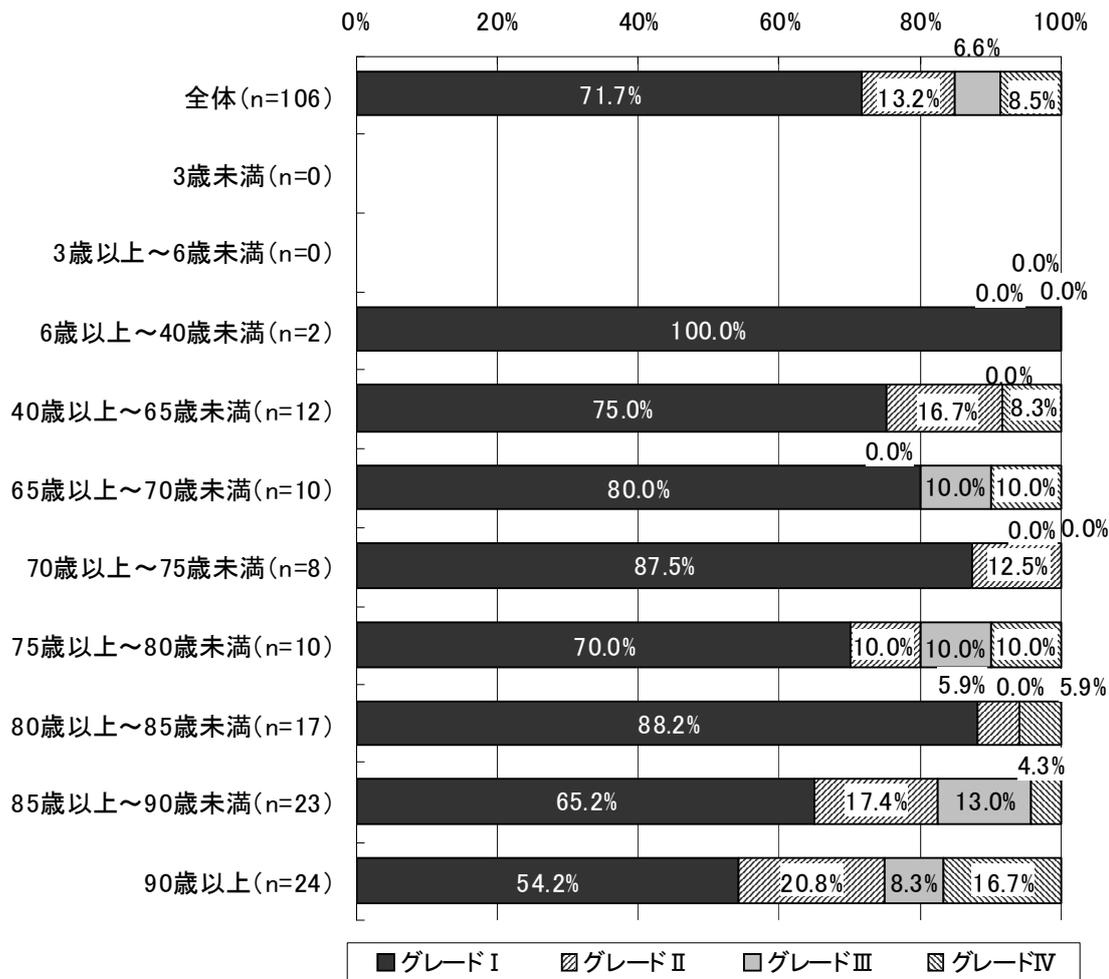
図表 283 褥瘡の状態（NPUAP 分類）（男女別、回答があった者のみ）



(注) 無回答を除いた 106 件を集計対象とした。

年齢階級別に褥瘡の状態についてみると、「85歳～90歳未満」「90歳以上」では他の年齢階級と比較して「グレードⅡ」以上の割合が高かった。特に「90歳以上」では「グレードⅣ」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 284 褥瘡の状態（NPUP分類）（年齢階級別、回答があった者のみ）



(注) 無回答を除いた 106 件を集計対象とした。

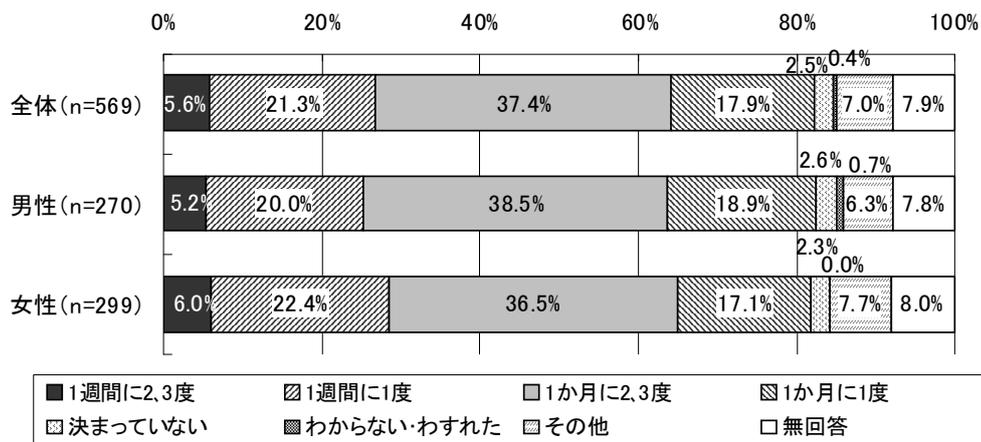
(2) 医師の訪問診療について

① 医師の訪問頻度

医師の訪問頻度についてみると、全体では「1か月に2、3度」が37.4%で最も多く、次いで「1週間に1度」(21.3%)、「1か月に1度」(17.9%)となった。

男女別にみても同様の傾向がみられた。

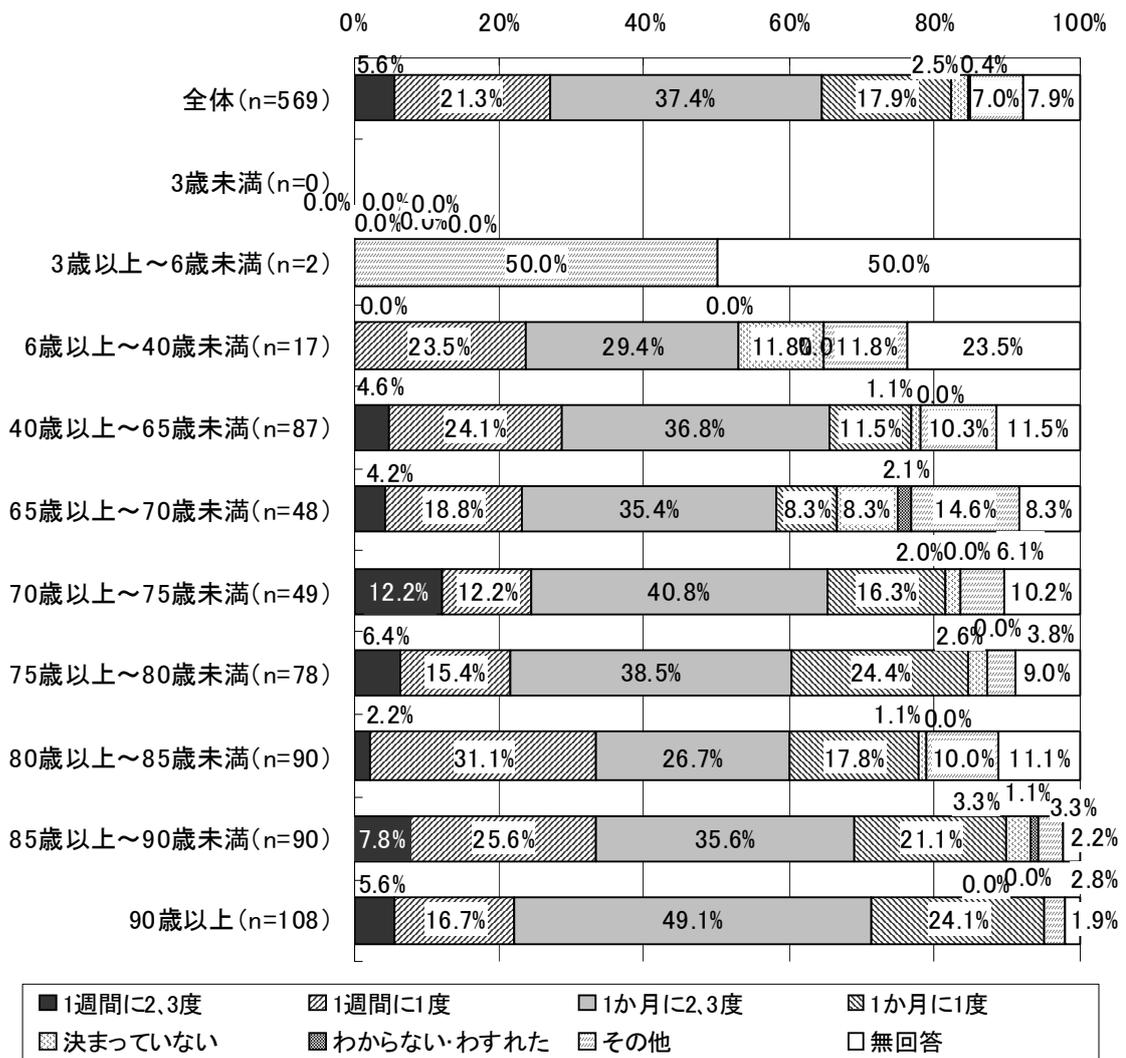
図表 285 医師の訪問頻度 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「通院している」(同旨を含め 40 件)、「訪問はない」(同旨を含め 23 件)、「2週間に1度」(同旨を含め 20 件)、「体調が悪い時など必要時に」(同旨を含め 11 件)等が挙げられた。

年齢階級別に医師の訪問頻度についてみると、6歳以上の「80歳以上～85歳未満」を除く各年齢階級で「1か月に2、3度」が最も多かった。特に「90歳以上」では、「1か月に2、3度」が半数近くを占めた。「80歳以上～85歳未満」では、「1週間に1度」が31.1%で最も多く、次いで「1か月に2、3度」(26.7%)となった。

図表 286 医師の訪問頻度（年齢階級別）

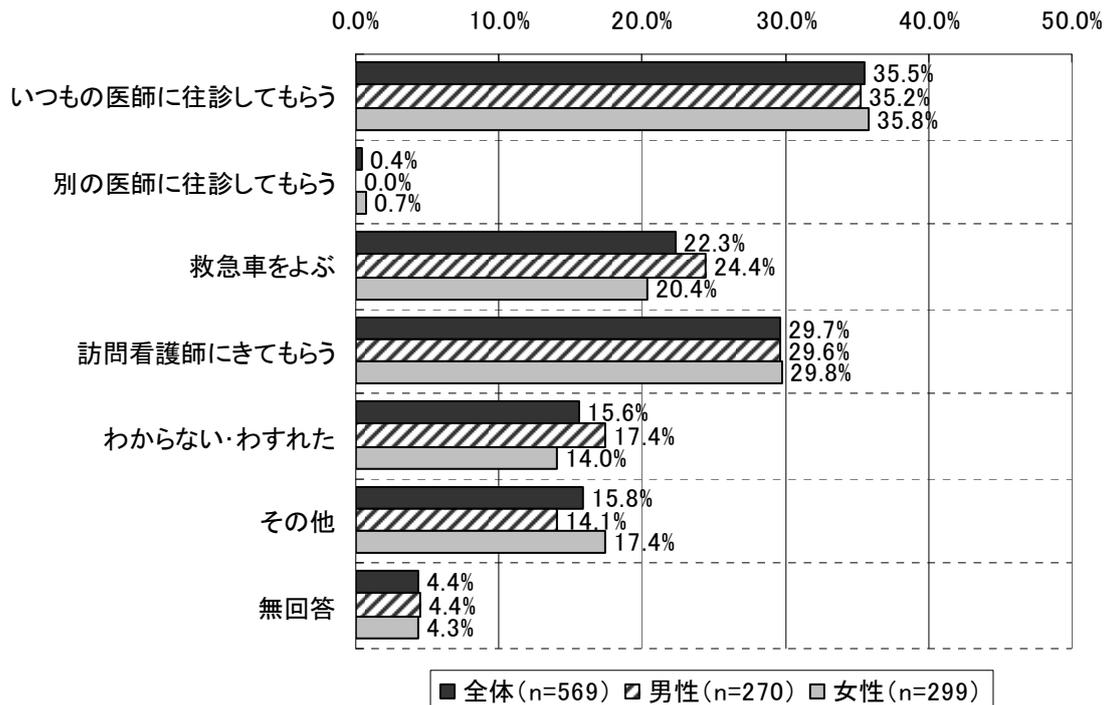


②夜間や休日に具合が悪くなった時の対応

夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、全体では「いつもの医師に往診してもらう」が35.5%で最も多く、次いで「訪問看護師にきてもらう」(29.7%)、「救急車をよぶ」(22.3%)となった。

男女別にみても同じ傾向であった。

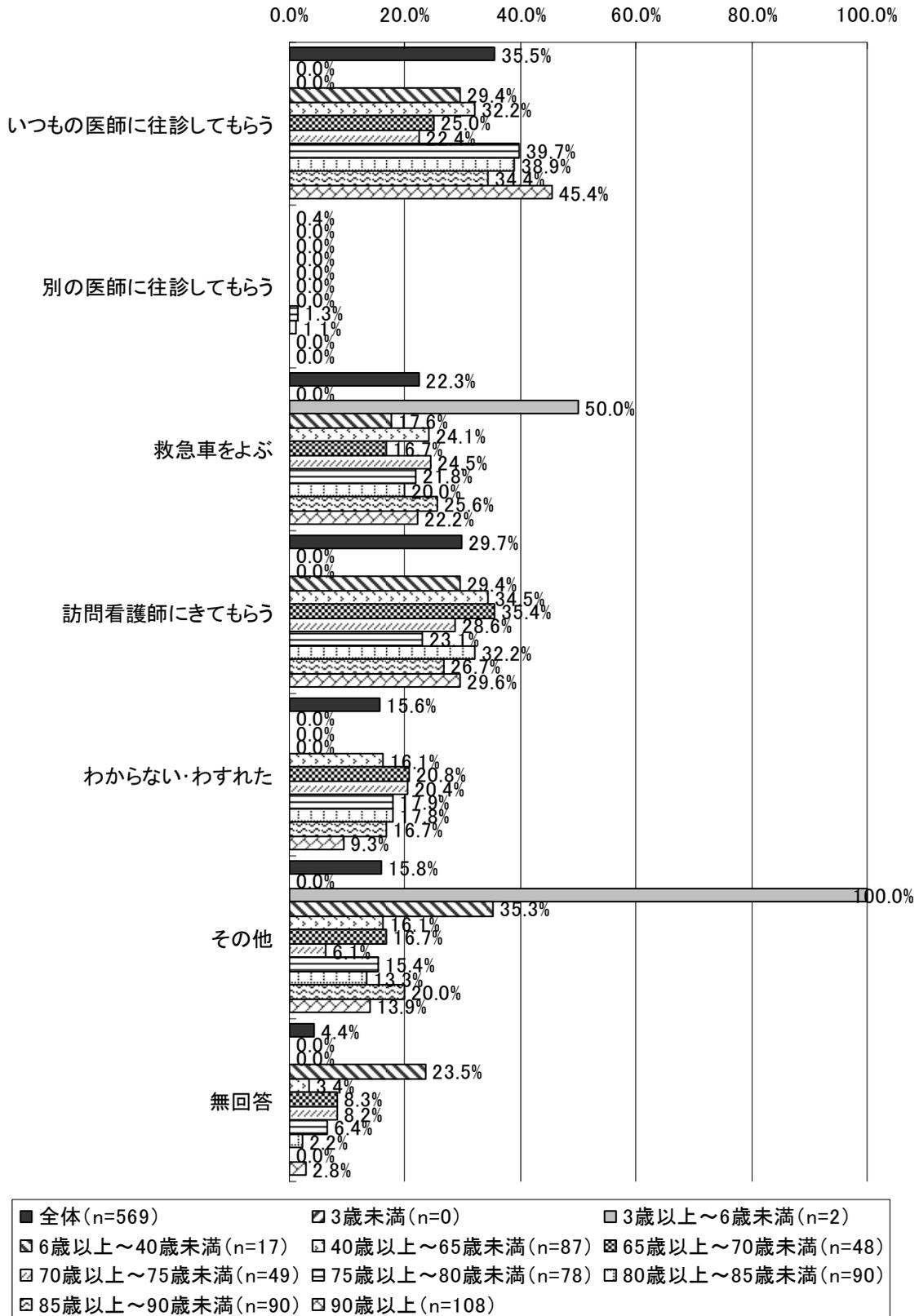
図表 287 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応（複数回答、男女別）



(注) 「その他」の内容として、「病院・医師・看護師などに連絡して指示を仰ぐ」(同旨を含め 69 件)、「病院へ連れて行く」(同旨を含め 24 件)、「老人ホームに任せている」(同旨を含め 3 件)等が挙げられた。

年齢階級別に夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、「6歳以上～40歳未満」では、「いつもの医師に往診してもらう」「訪問看護師にきてもらう」(それぞれ 29.4%)が最も多かった。40歳以上75歳未満の各年齢階級では、「いつもの医師に往診してもらう」よりも「訪問看護師にきてもらう」と回答した患者の割合が高かった。一方、75歳以上では、「訪問看護師にきてもらう」よりも「いつもの医師に往診してもらう」と回答した患者の割合が高かった。「90歳以上」では、「いつもの医師に往診してもらう」が45.4%で最も多く、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 288 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応（複数回答、年齢階級別）

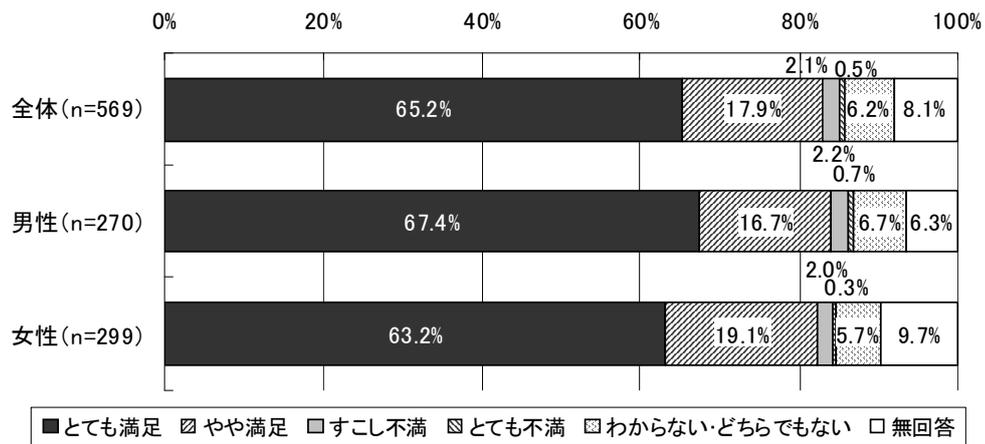


③医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度

医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が65.2%で最も多く、「やや満足」(17.9%)と合わせると8割を超えた。

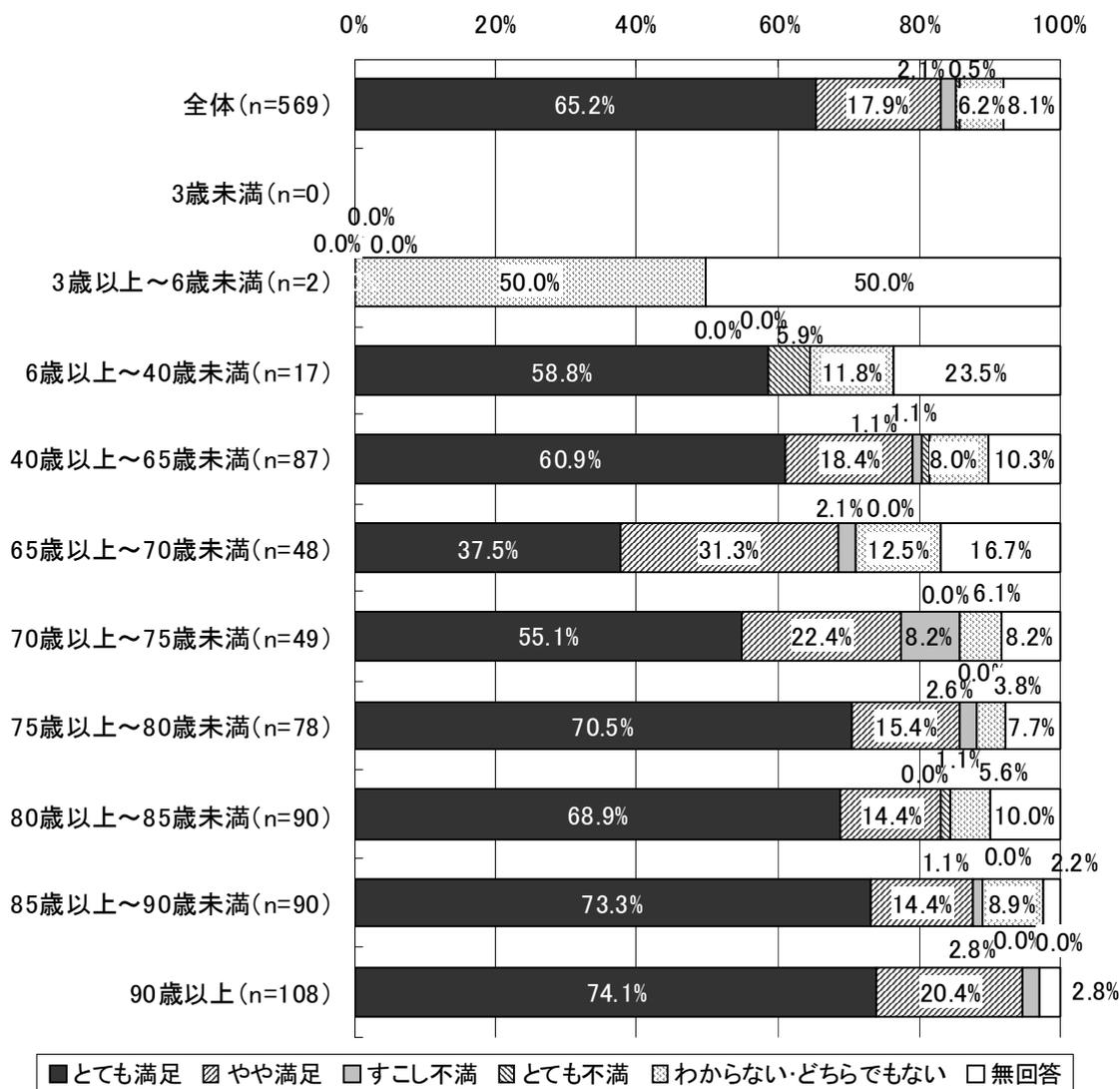
男女別にみても同じ傾向であり、男女ともに「とても満足」「やや満足」を合わせた割合は8割を超えた。

図表 289 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度（男女別）



年齢階級別に医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、75歳以上の各年齢階級では「満足（とても満足+やや満足）」と回答した患者が8割を超えた。特に「90歳以上」ではこの割合は9割を超えた。「6歳以上～40歳未満」では「満足（とても満足+やや満足）」の割合が他の年齢階級と比較して低いものの6割超を占めた。

図表 290 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度（年齢階級別）



④医師の訪問診療についての要望

医師の訪問診療についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【医師の訪問診療についての要望】（自由記述形式）

- ・ 医師の訪問診療に満足している（同旨を含め 91 件）。
- ・ 急変時や具合の悪い時に対応してほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ いつも忙しそうで、時間が短い。患者・家族の願いや希望をしっかりと聞く等、もっとじっくりと患者と向き合ってほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 専門医の訪問も受けてほしい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 訪問診療を受けたいのに訪問してくれる医師が見つからない。訪問医を増やしてほしい（同旨を含め 6 件）。
- ・ 病気の進行状況やこれからの注意点、状況などを説明していただき、適切なアドバイスがほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問回数を増やしてほしい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 訪問時間を決めてほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 医師の訪問時に立ち会えない場合（仕事の都合等）診断がわかるようにしてほしい。訪問看護師の方とは連絡ノートを使用している。
- ・ 最低限のバイタルチェックぐらいは必須にしてほしい。
- ・ 訪問診療は良いが、その他との連携がちゃんととれてない印象を受ける。情報の共有がいまひとつである。ちゃんとサポートされているという安心感が欲しい。
- ・ 1 か月に訪問が 2 回を超えた場合の費用が割高である。
- ・ 在宅中は調子が良いように見えるので、特に月 1 回位の訪問で問題はないが、検査などがあまりないので、本当の調子がわかりづらい。
- ・ 在宅で介護している以上、本人に使う医療器具は豊富に頂きたい。
- ・ 薬を薬局までとりに行かなくてはならないので、時間の都合がつけにくい。
- ・ 訪問診療の時に処方せんがもらえると助かる。病院までその都度行くのは人手の面で大変である。
- ・ 在宅医療を受けているのが子どものためなのか（気切、胃ろう、寝たきり）医師の訪問診療自体やってもらえるのかやってももらえないのかさえの話もない。老人ばかりという思いだ。 / 等

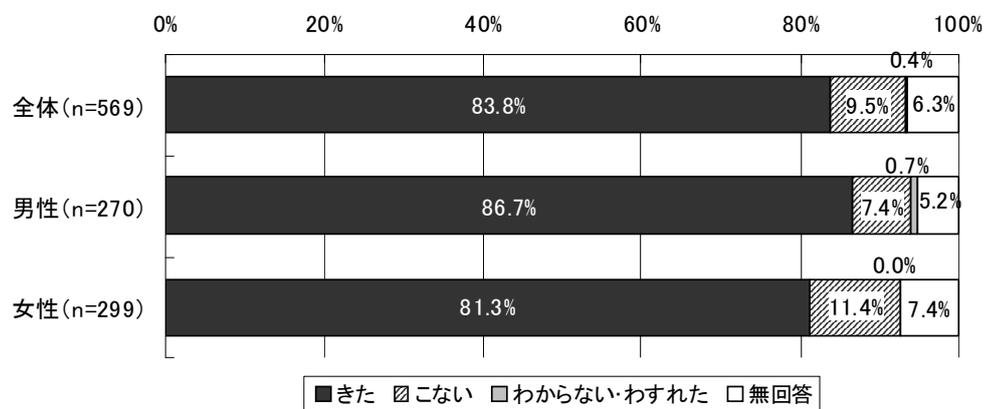
(3) 訪問看護について

① 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無

1か月以内における訪問看護師の訪問の有無について、全体では「きた」と回答した患者が8割を超えた。

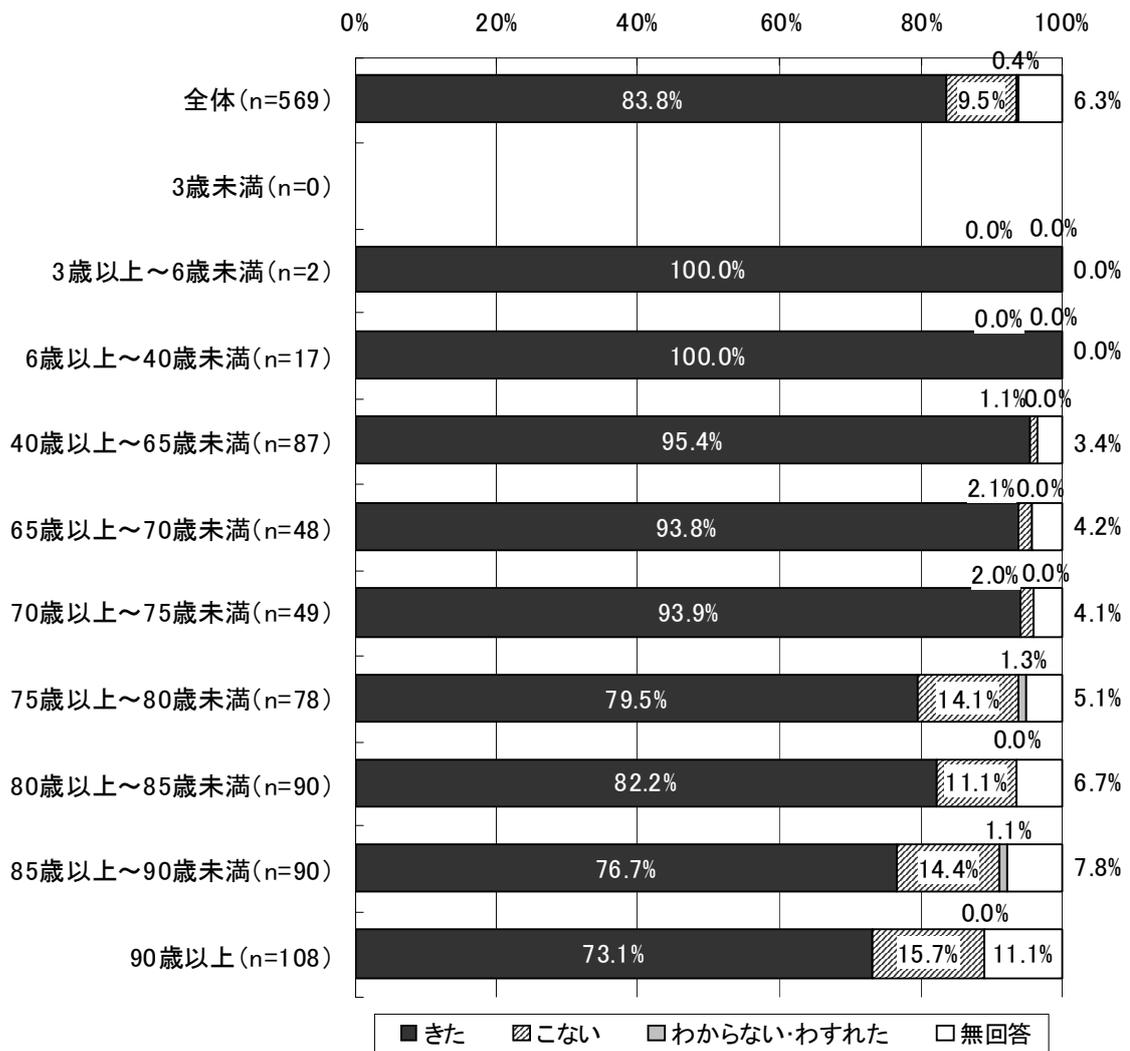
男女別にみると、男女ともに「きた」と回答した患者が8割を超えたが、男性が女性よりも5.4ポイント高かった。

図表 291 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無（男女別）



年齢階級別に1か月以内における訪問看護師の訪問の有無についてみると、3歳以上75歳未満の年齢階級では、「きた」と回答した患者が9割以上を占めた。75歳以上では、75歳未満と比較して「こない」と回答した患者の割合が高く、1割以上となった。「こない」と回答した患者は「90歳以上」で15.7%と他の年齢階級と比較して高かった。

図表 292 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無（年齢階級別）

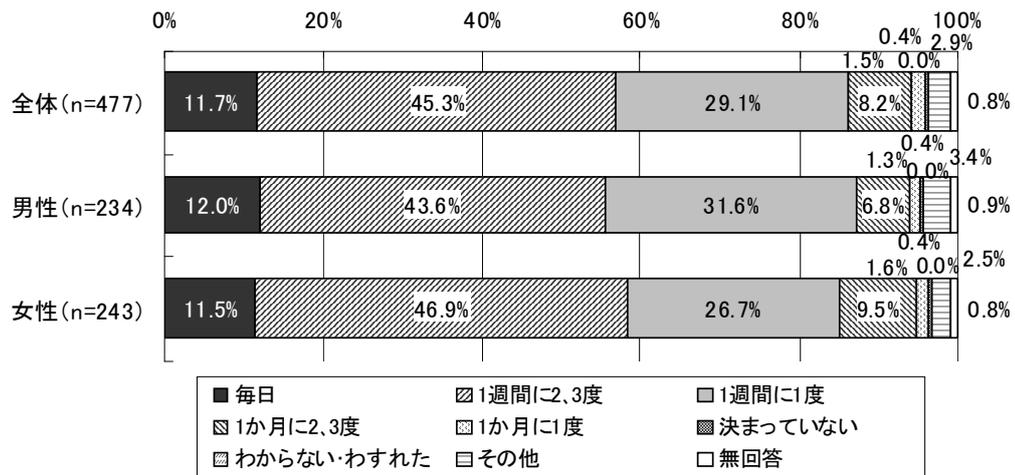


② 1か月以内における訪問看護師の訪問頻度

1か月以内における訪問看護師の訪問頻度についてみると、全体では「1週間に2、3度」が45.3%で最も多く、次いで「1週間に1度」(29.1%)、「毎日」(11.7%)、「1か月に2、3度」(8.2%)となった。

男女別にみると、男性では女性と比較して「1週間に1度」の割合が4.9ポイント高かった。

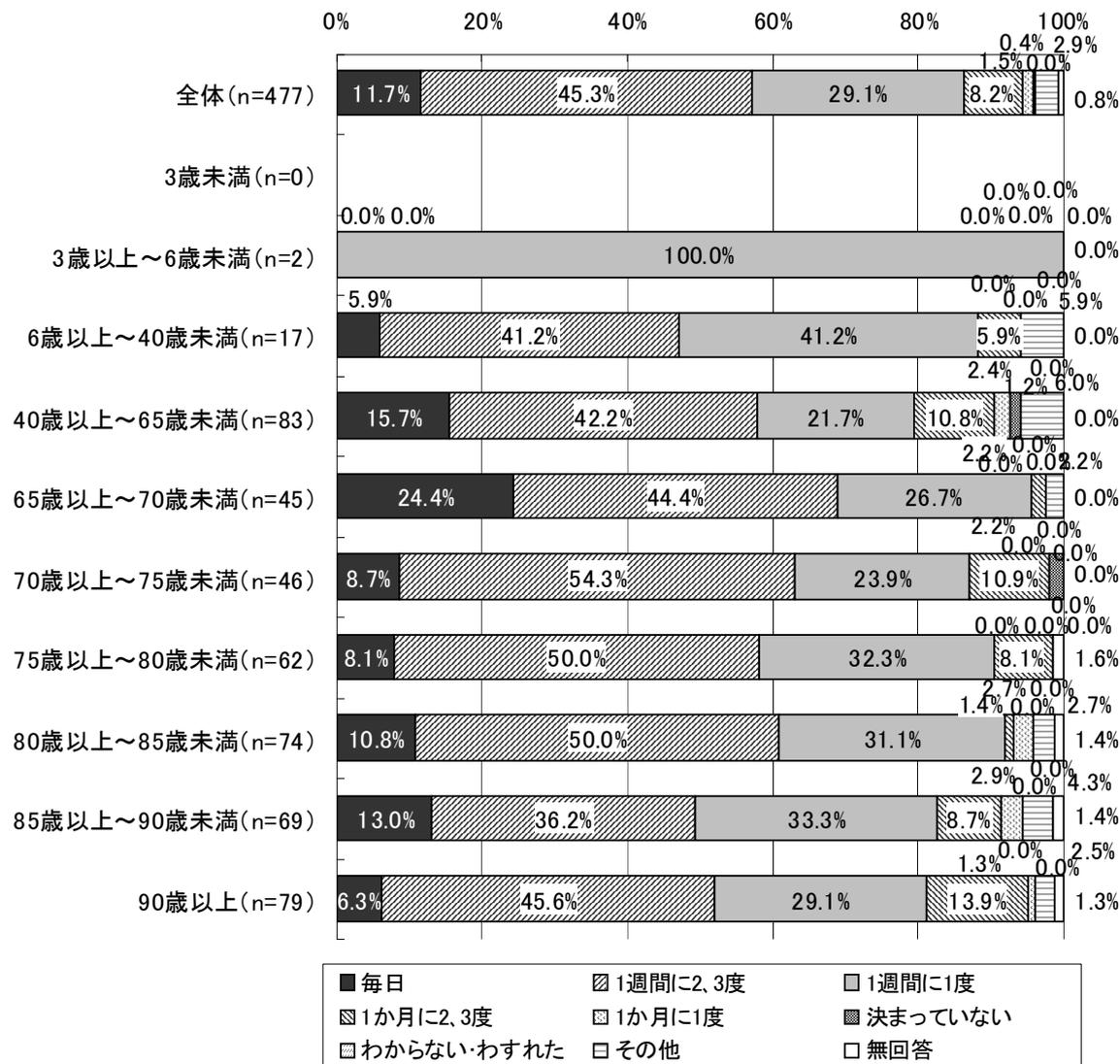
図表 293 看護師の訪問頻度（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「ほぼ毎日」(同旨を含め19件)、「1週間に4回」(同旨を含め8件)等が挙げられた。

年齢階級別に看護師の訪問頻度についてみると、6歳以上の全ての年齢階級で「1週間に2、3度」が最も多かった。「65歳以上～70歳未満」では、「毎日」(24.4%)の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 294 看護師の訪問頻度（年齢階級別）

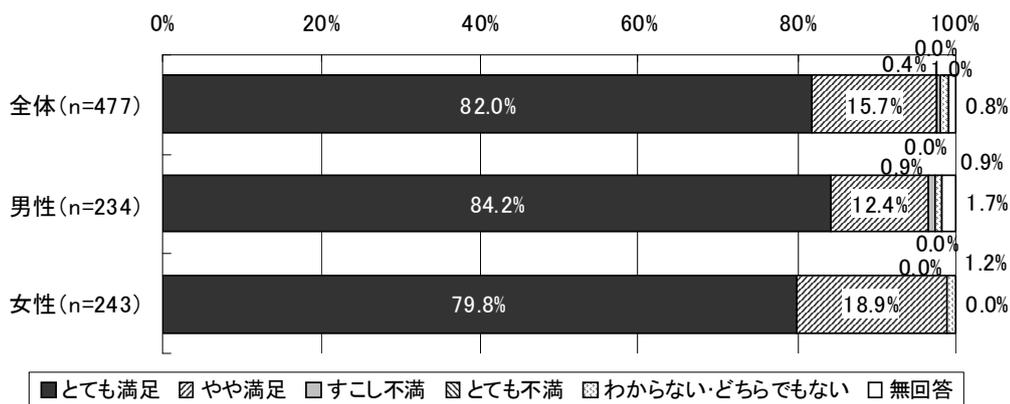


③訪問看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度

看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が82.0%で最も多く、「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が9割を超えた。

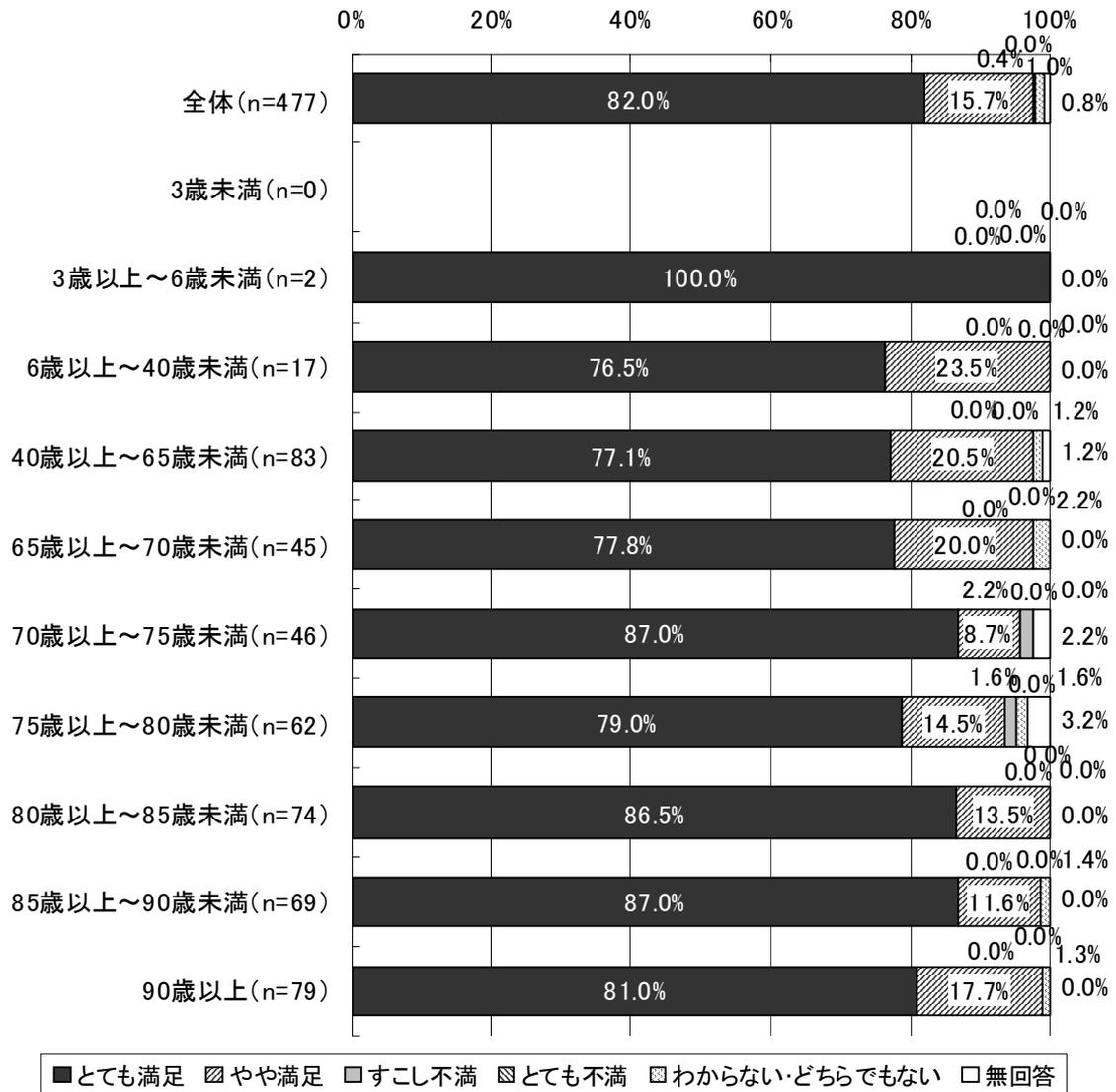
男女別にみても同じ傾向であったが、男性のほうが女性と比較して「とても満足」の割合が4.4ポイント高かった。

図表 295 看護師が自宅に訪問してくれることへの満足度（男女別）



年齢階級別に看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全ての年齢階級で「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が9割を超えた。

図表 296 看護師が自宅に訪問してくれることへの満足度（年齢階級別）

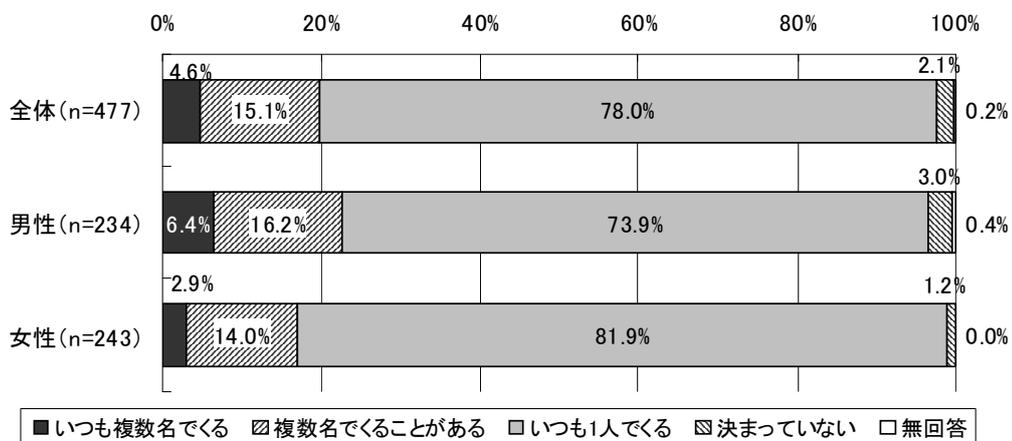


④訪問看護師が自宅に訪問する際の人数

訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全体では「いつも1人で行く」が78.0%で最も多く、次いで「複数名で行くことがある」(15.1%)、「いつも複数名で行く」(4.6%)となった。

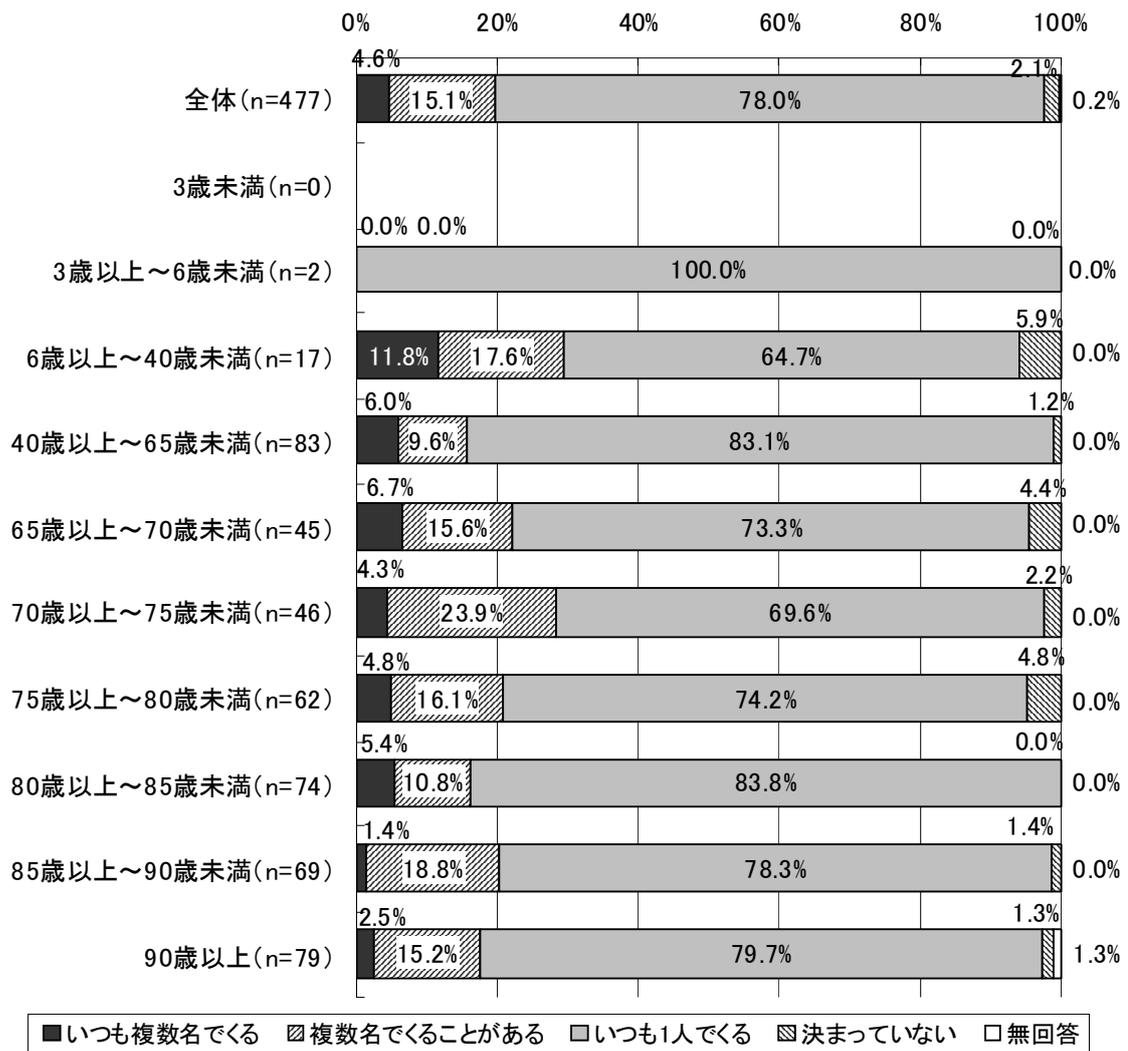
男女別で見ると、男性では女性と比較して「いつも複数名で行く」が3.5ポイント高く、女性では男性と比較すると「いつも1人で行く」が8.0ポイント高かった。

図表 297 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数（男女別）



年齢階級別に訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全ての年齢階級で「いつも1人で行く」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「いつも複数名で行く」(11.8%)が他の各年齢階級と比較して高かった。また、「70歳以上～75歳未満」では、「複数名で行くことがある」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 298 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数（年齢階級別）

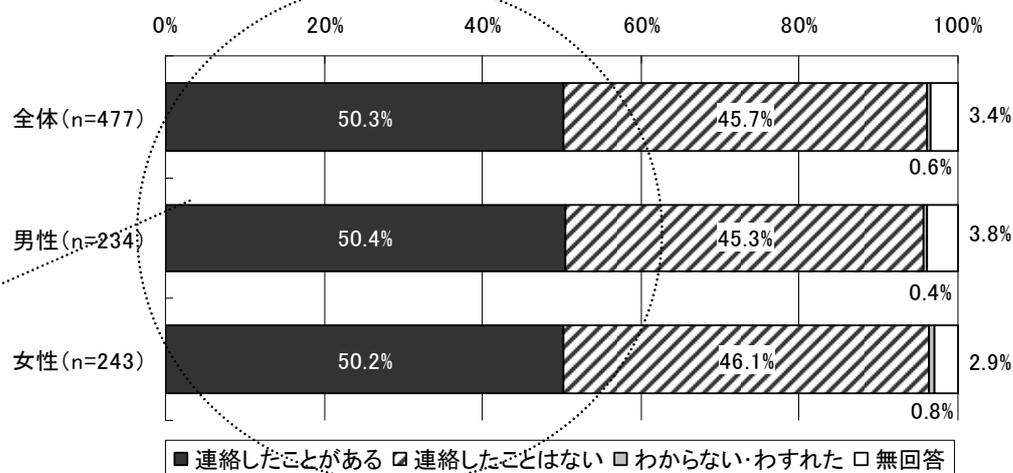


⑤訪問看護師の事業所への緊急連絡

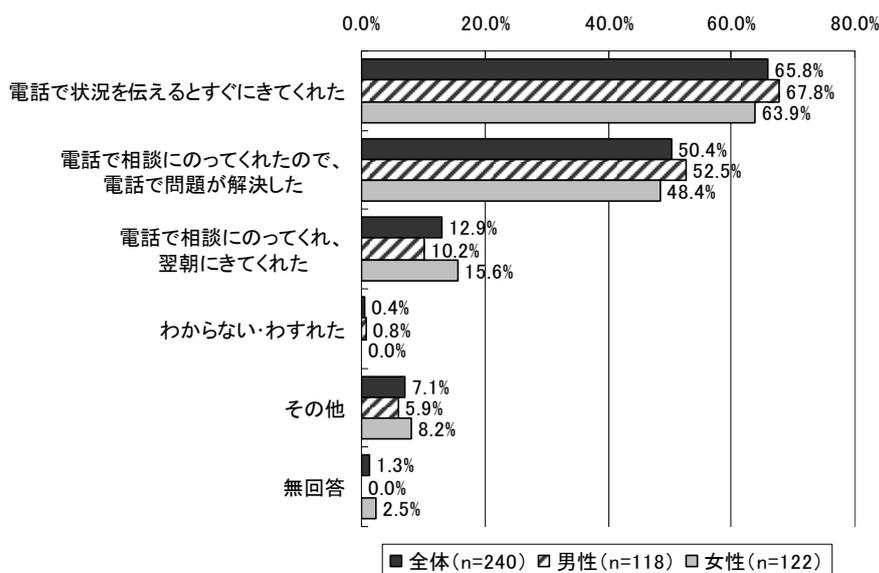
訪問看護師の事業所への緊急連絡についてみると、全体では「連絡したことがある」と回答した患者が半数を占めた。男女別にみても同じ傾向であった。

「連絡をしたことがある」と回答した患者において、緊急連絡時の訪問看護師の対応についてみると、全体では「電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた」が65.8%で最も多く、次いで「電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した」(50.4%)、「電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた」(12.9%)となった。

図表 299 訪問看護師の事業所への緊急連絡（男女別）



図表 300 緊急連絡時の訪問看護師の対応（男女別、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「電話をしてから病院へ」(同旨を含め8件)、「様子を見て下さいと言われた」(同旨を含め3件)、「連絡したが連絡がつかなかった」(同旨を含め2件)、「電話で相談にのってくれ、翌朝電話をくれた」(同旨を含め2件)、「病院へ連絡してくれた」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

⑥訪問看護サービスについての要望

訪問看護サービスについての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【訪問看護サービスについての要望】（自由記述形式）

- ・ 訪問看護サービスに満足している（同旨を含め 78 件）。
- ・ 人によって内容や丁寧さ、知識や技術に差があるので、看護師の均一化を図ってほしい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 緊急日や休日・祝日等の対応をしてほしい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 1 回の訪問時間をもっと長くしてほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 訪問回数を増やしてほしい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 家族の相談にのってほしい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 精神面のフォローをしてほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問看護師の数が少なく、サービスを受けられないことがある（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問看護サービス費用を安価に均一化してほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 1 日の訪問回数を増やしてほしい。
- ・ 時間の希望をできるようにしてほしい。
- ・ もっと気軽に電話相談できる雰囲気にしてほしい。
- ・ 看護師がもっと判断して対応できて良いのではと思う場面がある。
- ・ 他の訪問看護ステーションやヘルパーステーションとの連携をとり、協調性を持って「患者さんにとって何が必要か？」を考えて行動してほしい。
- ・ 右も左もわからない状態で、自力で訪問看護ステーションを探すのは本当にしんどい。
- ・ 主治医とよく連絡を取って適切な処置をしてもらいたい。
- ・ 症状の原因などについて医学的なことも聞きたいが、あまり詳しくはわかっていないようであいまいだったりする。色々なことが考えられ、はっきりと言えないと思うが、自信を持って行ってほしい。 / 等

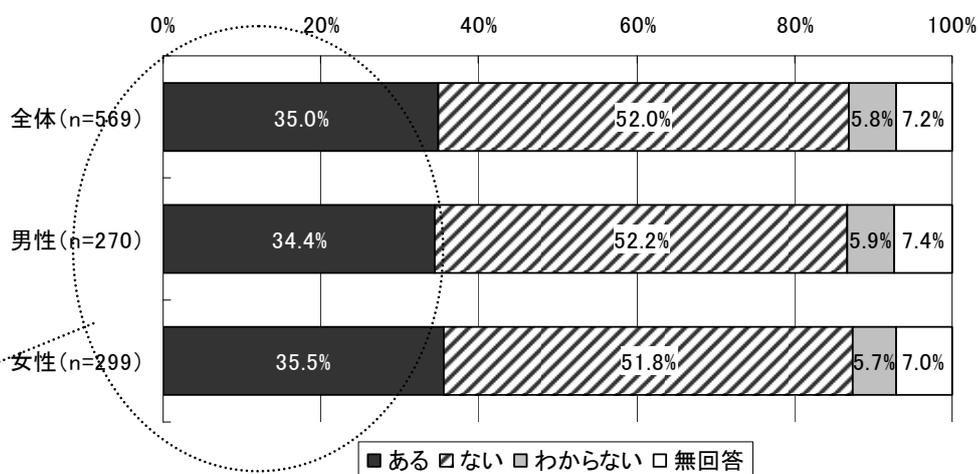
(4) その他のサービスについて

① 歯や口の中で気になることなどの有無

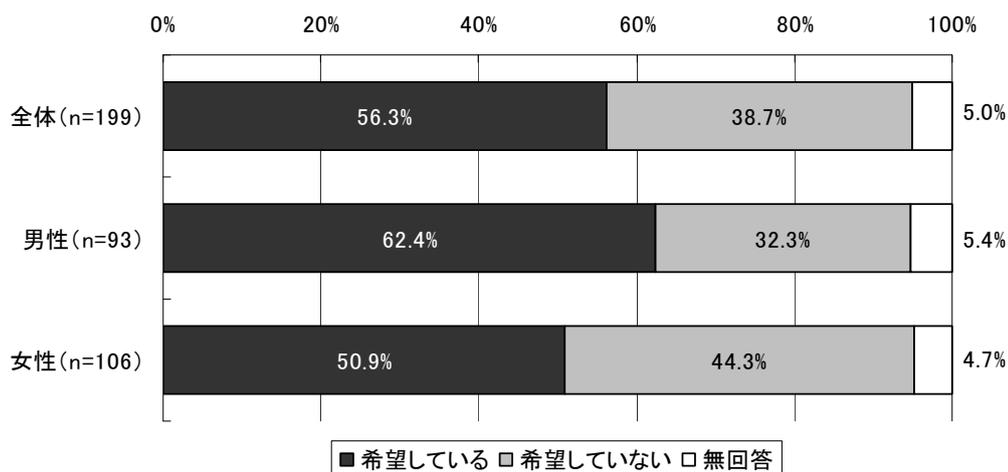
現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、全体では「ある」と回答した患者が 35.0%であった。男女別にみても同じ傾向であった。

歯や口の中に気になることなどが「ある」と回答した患者において、歯科の訪問診療の希望についてみると、全体では「希望している」と回答した患者が 56.3%であった。男女別にみると、「希望している」と回答した患者は、男性が女性と比較して 11.5 ポイント高かった。

図表 301 現在、歯や口の中に気になることなどがあるか（男女別）

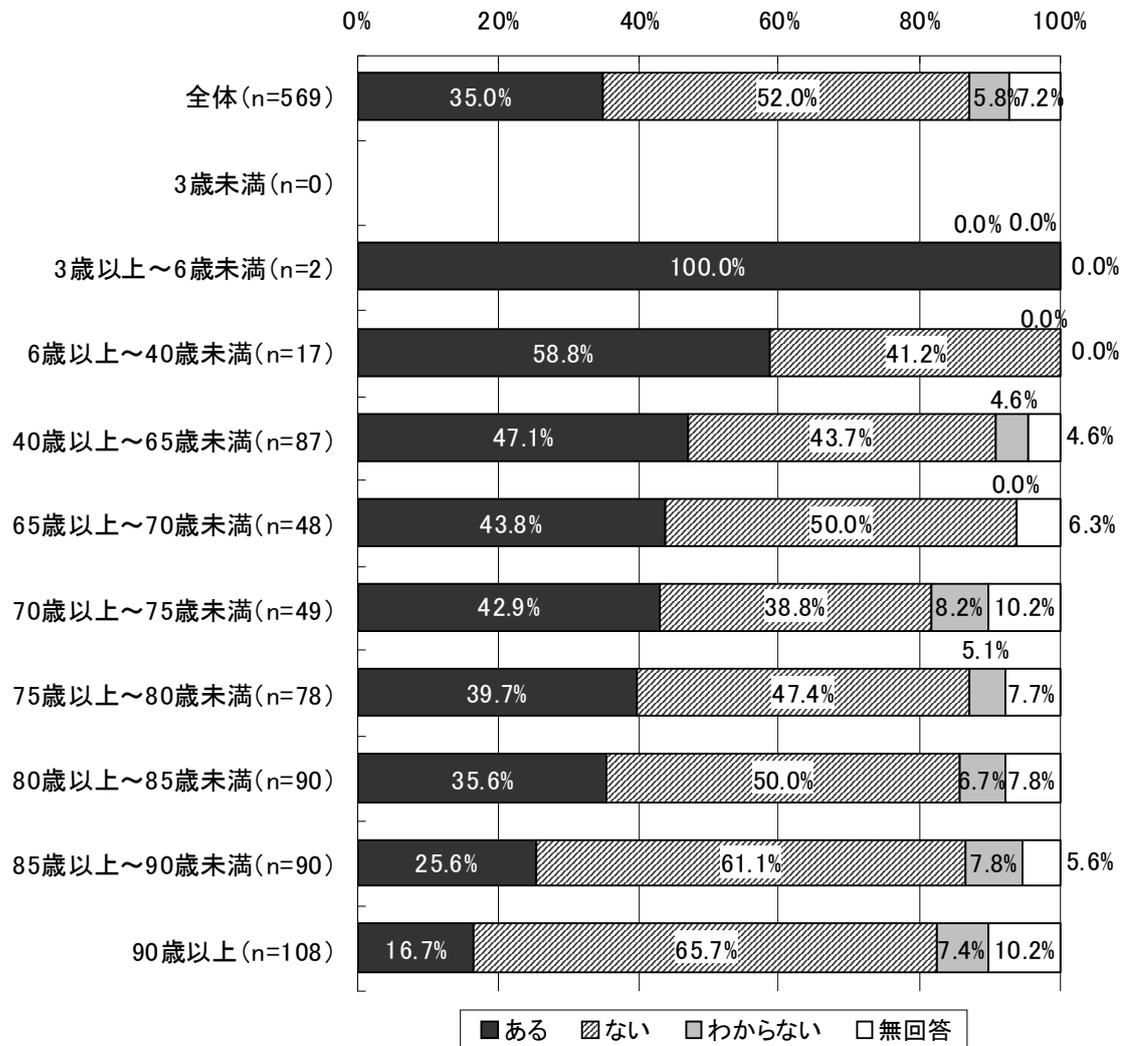


図表 302 歯科の訪問診療の希望（男女別）



年齢階級別に、現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、年齢階級が高くなるにつれて「ある」と回答した患者の割合は低くなった。

図表 303 現在、歯や口の中に気になることなどがあるか（年齢階級別）

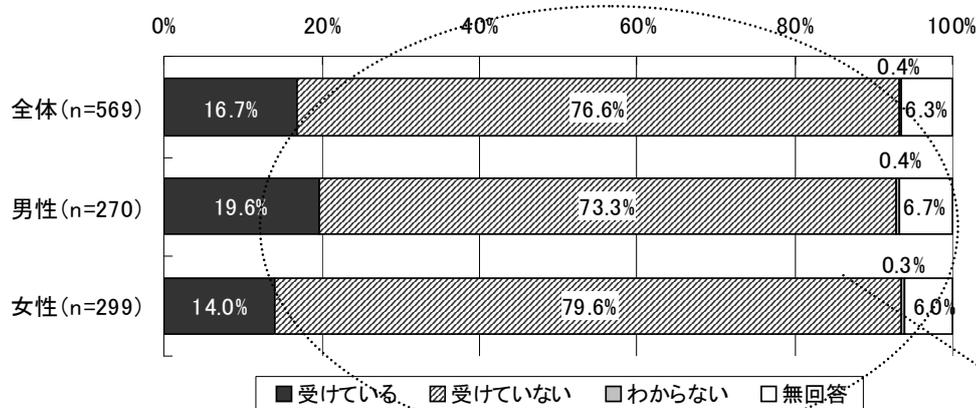


② 歯科訪問診療の受診状況

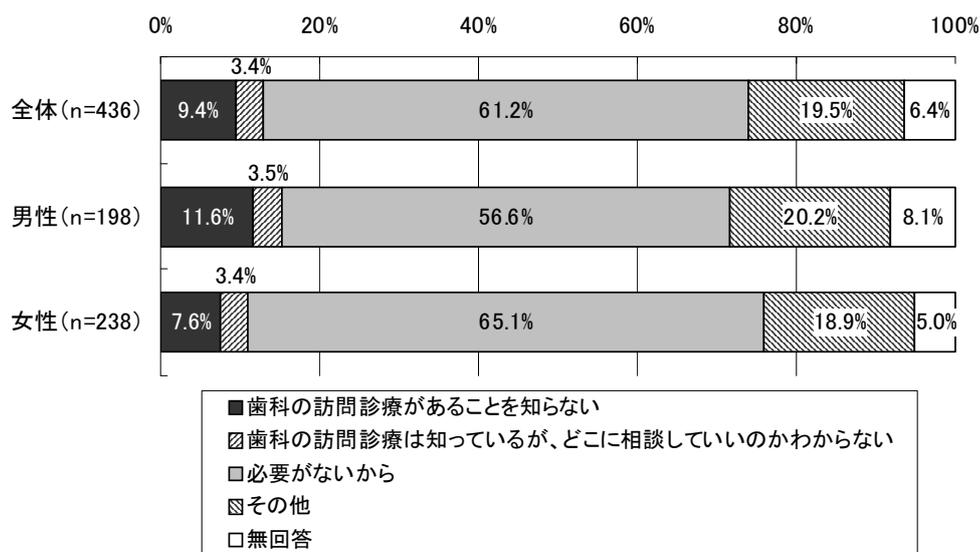
歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 16.7%、「受けていない」と回答した患者が 76.6%であった。男女別にみると、女性は男性と比較して「受けていない」の割合が 6.3 ポイント高かった。

歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者において、歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「必要がないから」が 61.2%で最も多かったが、「歯科の訪問診療があることを知らない」が 9.4%、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」が 3.4%となり、1 割を超える患者が歯科訪問診療自体や相談窓口を知らないと回答した。特に男性では「歯科の訪問診療があることを知らない」と回答した患者が 1 割以上となった。

図表 304 歯科訪問診療の受診状況（男女別）



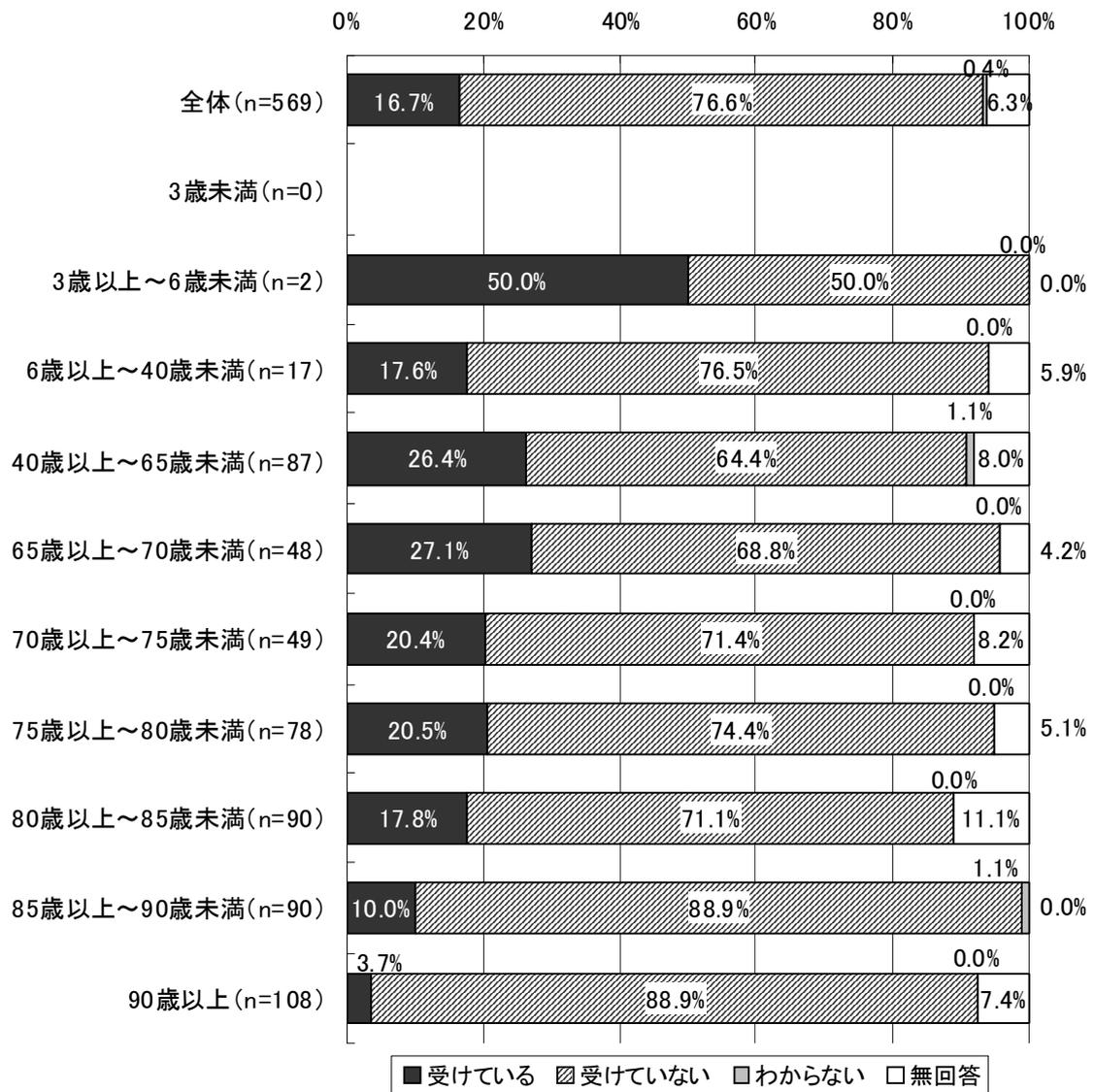
図表 305 歯科訪問診療を受けていない理由（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「通院している」(同旨を含め 22 件)、「治療終了」(同旨を含め 11 件)、「本人が希望しない」(同旨を含め 11 件)、「歯がない」(同旨を含め 7 件)、「お金がない」(同旨を含め 4 件)等が挙げられた。

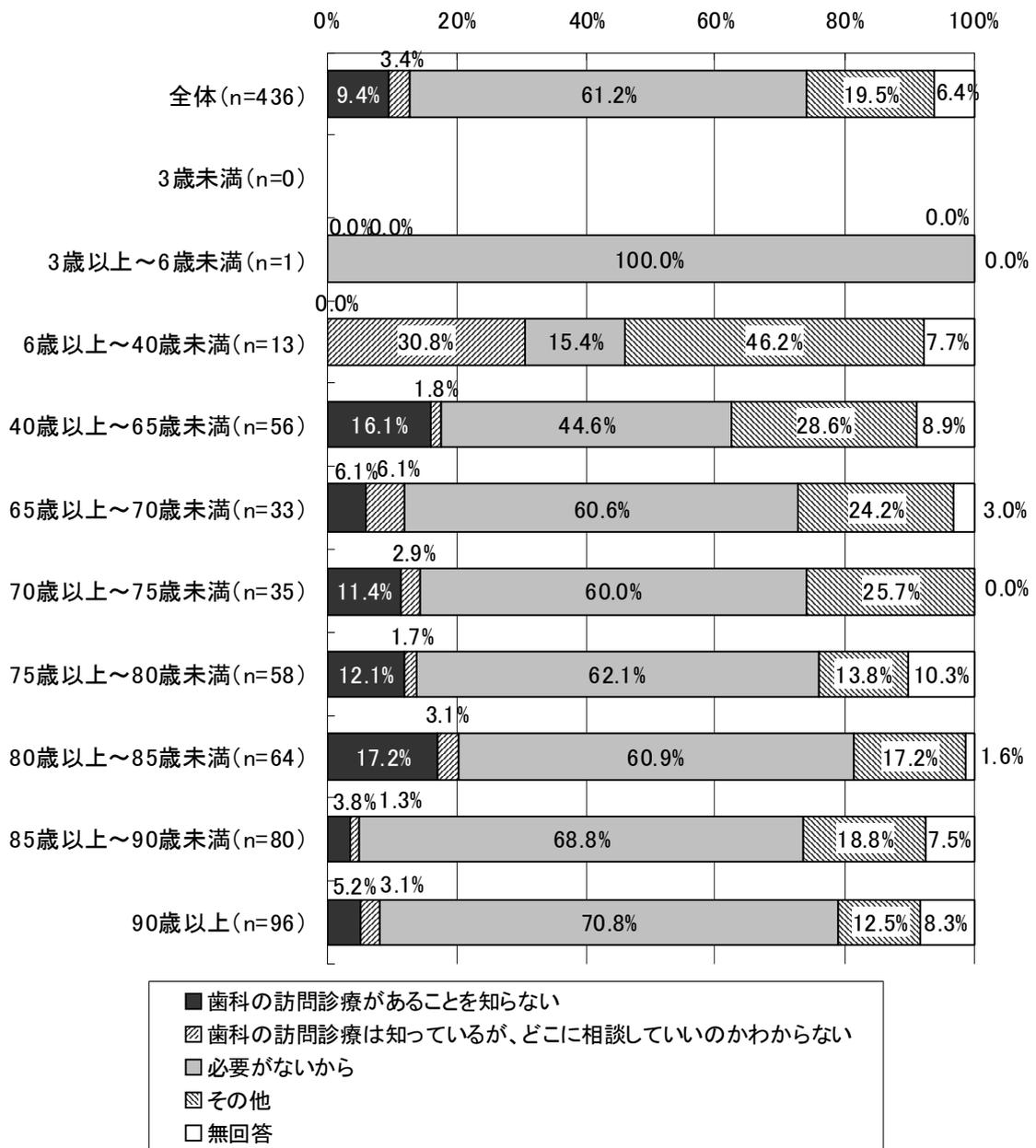
年齢階級別に歯科訪問診療の受診状況についてみると、年齢階級が高くなるにつれ「受けていない」と回答した患者の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 306 歯科訪問診療の受診状況（年齢階級別）



年齢階級別に歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、40歳以上では「必要がないから」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」（30.8%）と回答した患者の割合が、他の各年齢階級と比較して高かった。「80歳以上～85歳未満」と「40歳以上～65歳未満」では、「歯科の訪問診療があることを知らない」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 307 歯科訪問診療を受けていない理由（年齢階級別）

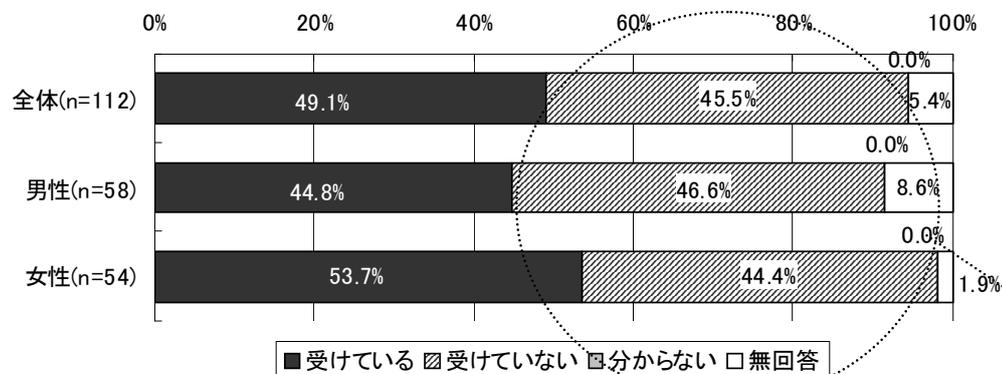


現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者において、歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が49.1%、「受けていない」と回答した患者が45.5%であった。

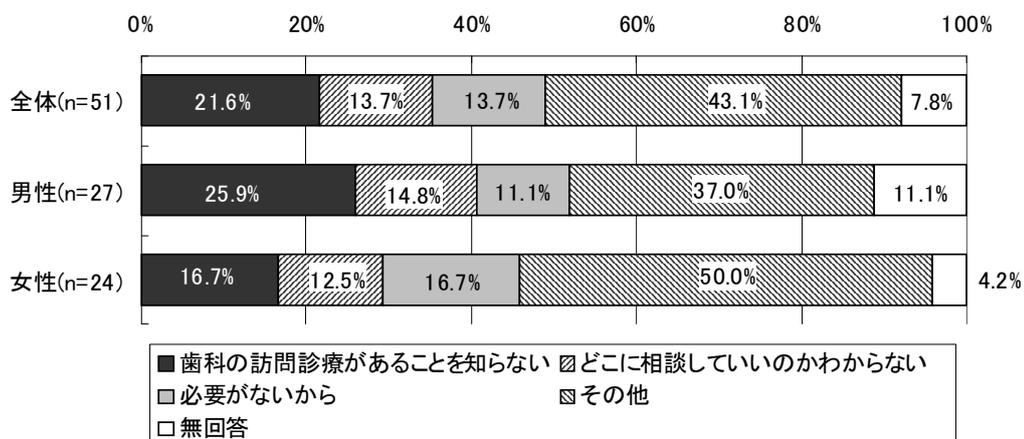
歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者における、訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「歯科の訪問診療があることを知らない」が21.6%、「どこに相談していいのかわからない」が13.7%となった。

男女別にみると、男性は女性と比較して、「歯科の訪問診療があることを知らない」の割合が9.2ポイント、「どこに相談していいのかわからない」の割合が2.3ポイント高かった。

図表 308 歯科訪問診療の受診状況（現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のみ、男女別）

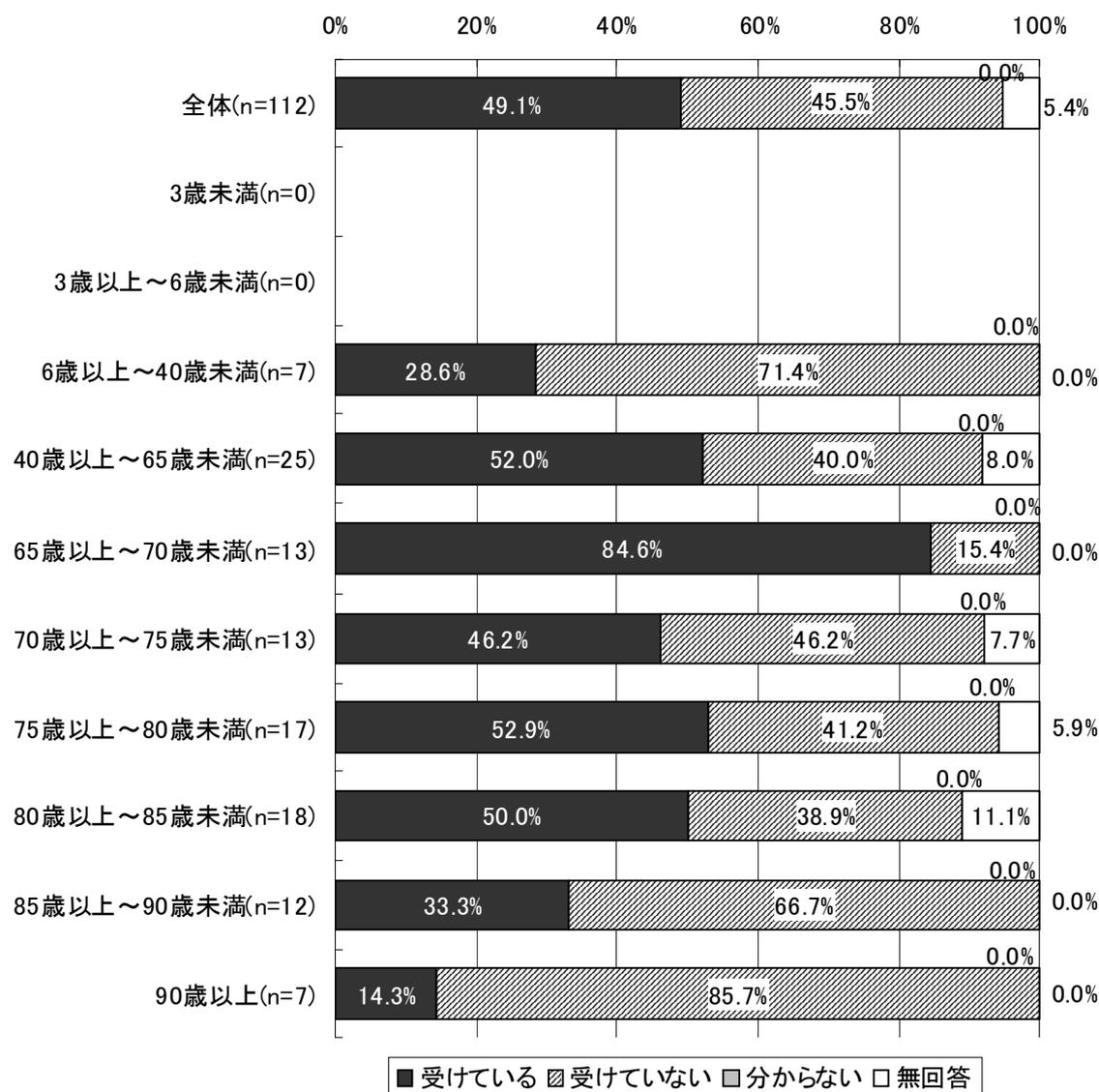


図表 309 歯科訪問診療を受けていない理由（現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のうち、現在診療を受けていない者のみ、男女別）

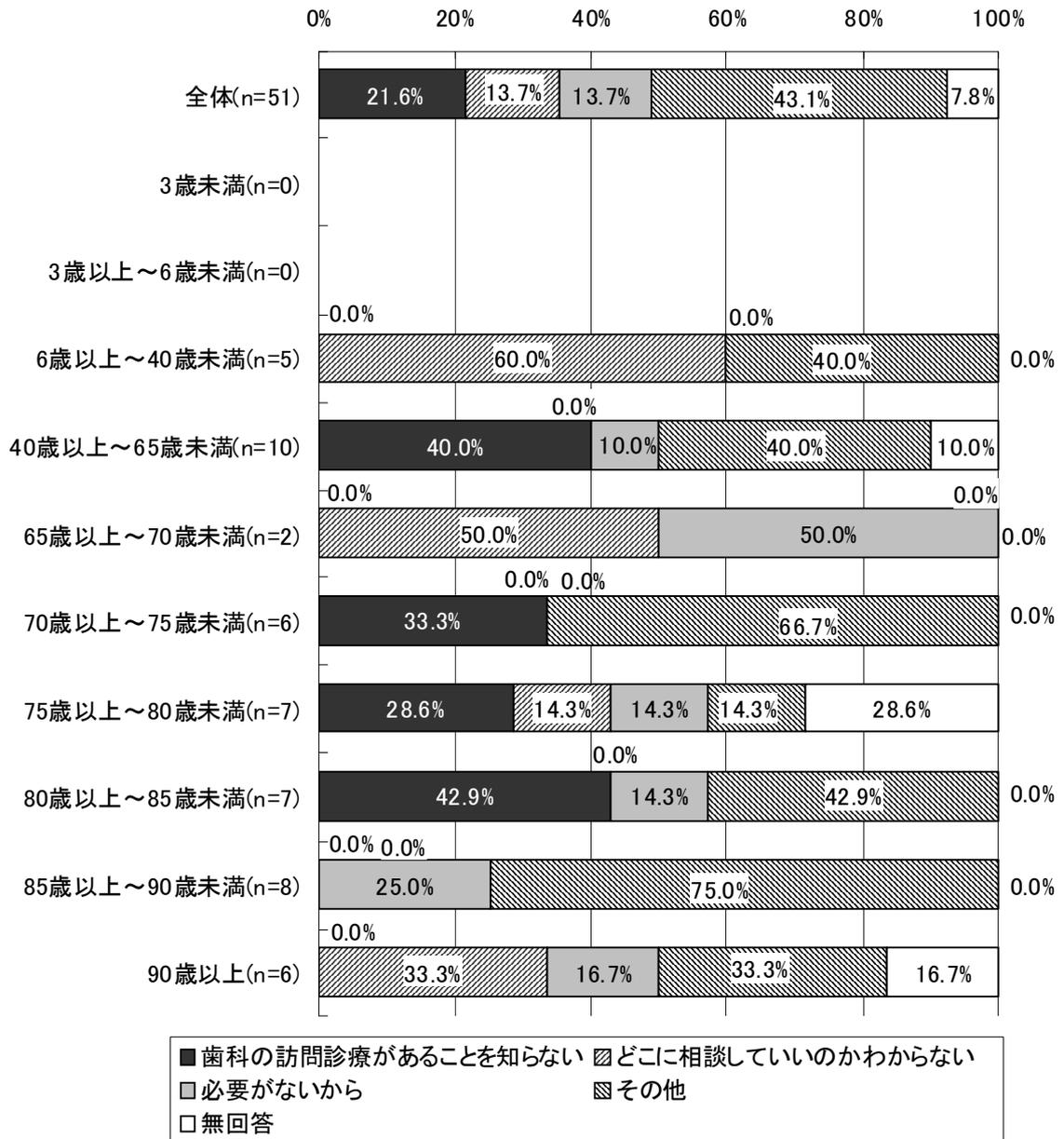


年齢階級別に、現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者における歯科訪問診療の受診状況についてみると、「65歳以上～70歳未満」で「受けている」の割合が84.6%で他の各年齢階級と比較して高かった。ただし、全ての年齢階級において人数(n)が少ない点を留意する必要がある(歯科訪問診療を受けていない理由も同様)。

図表 310 歯科訪問診療の受診状況(現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のみ、年齢階級別)



図表 311 歯科の訪問診療を受けていない理由（現在、歯や口の中に気になることがあり、
 歯科の訪問診療を希望している者のうち、現在診療を受けていない者のみ、
 年齢階級別）



③ 歯科の訪問診療についての要望

歯科の訪問診療についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【歯科の訪問診療についての要望】（自由記述形式）

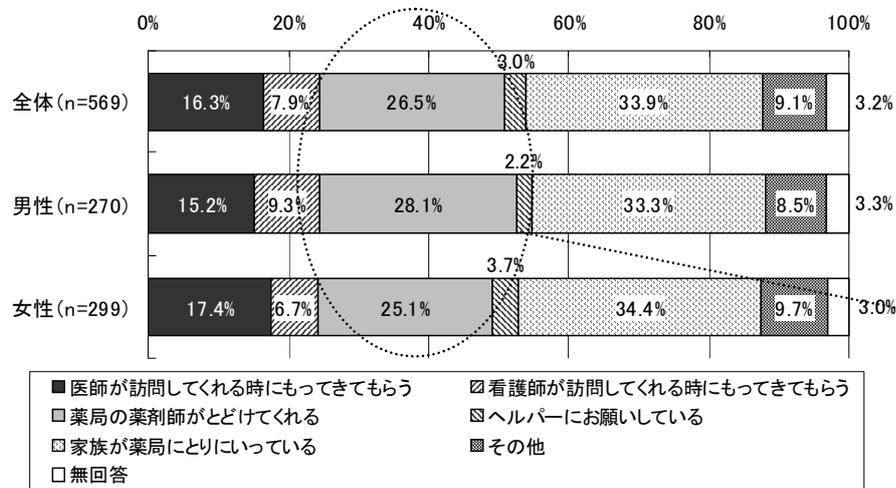
- ・ 歯科の訪問診療について満足している（同旨を含め 23 件）。
- ・ 訪問の回数を増やしてほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 近くに訪問歯科を行っている歯科があるかわからない（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問歯科で入歯を作成または調整してほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問歯科で口腔ケアも行ってほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 技術的に家ではできないことがある（同旨を含め 3 件）。
- ・ 希望する日時を選択したい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 優しく対応してほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 週に 1 回しか訪問に出られないそうなので緊急の時など不安になる。随時、訪問してもらいたい。
- ・ 診療間隔があくので診察に時間がかかることが多く、体が疲れやすい。
- ・ 訪問診療を行う医師をもっとたくさんお願いできれば、必要で我慢している人が減ると思う。
- ・ ほとんどの歯科医は訪問をしていないので選びようがない。
- ・ 訪問してくれる歯科医師の連絡先が知りたい。
- ・ 1 回の診療時間が短く、治療時間（トータル）が長くなってしまう。
- ・ 定期的に半年に 1 度は来てほしい。呼ばなくても来てほしい。
- ・ 小児で人工呼吸器が付いているというのと、すぐ専門医に行ってくださいといわれる。別に何も変わらないし、同じ人間なのだから、専門にこだわらないでほしい。
- ・ 老人ばかりのサービスのため、寝たきりの子を連れて市外の専門の歯科へ行っている。
- ・ 口腔ケアについてもっと詳しく教えてほしい。
- ・ 訪問でも義歯の治療、義歯を作っていただければと思う。 / 等

④ 普段飲んでいる薬の受け取り方法

普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、全体では「家族が薬局にとりにっている」が33.9%で最も多く、次いで「薬局の薬剤師がとどけてくれる」(26.5%)、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(16.3%)、「看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(7.9%)であった。男女別でも同じ傾向であった。

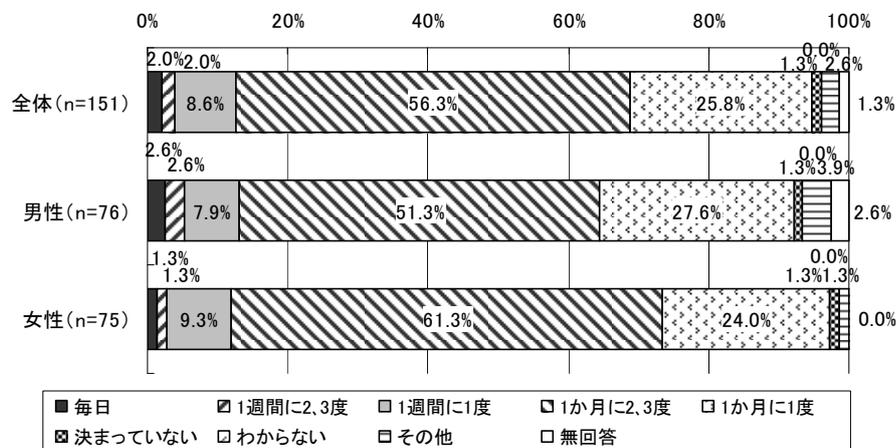
普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取ると回答した患者における、受け取る頻度についてみると、全体では「1か月に2、3度」が56.3%で最も多く、次いで「1か月に1度」(25.8%)、「1週間に1度」(8.6%)であった。女性では男性と比較して、「1か月に2、3度」の割合が10ポイント高かった。

図表 312 普段飲んでいる薬の受け取り方法 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「通院時に受け取る」(同旨を含め32件)、「自分でとりにっている」(同旨を含め8件)、「施設職員がとりにっている」(同旨を含め8件)、「家族が病院にとりにっている」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

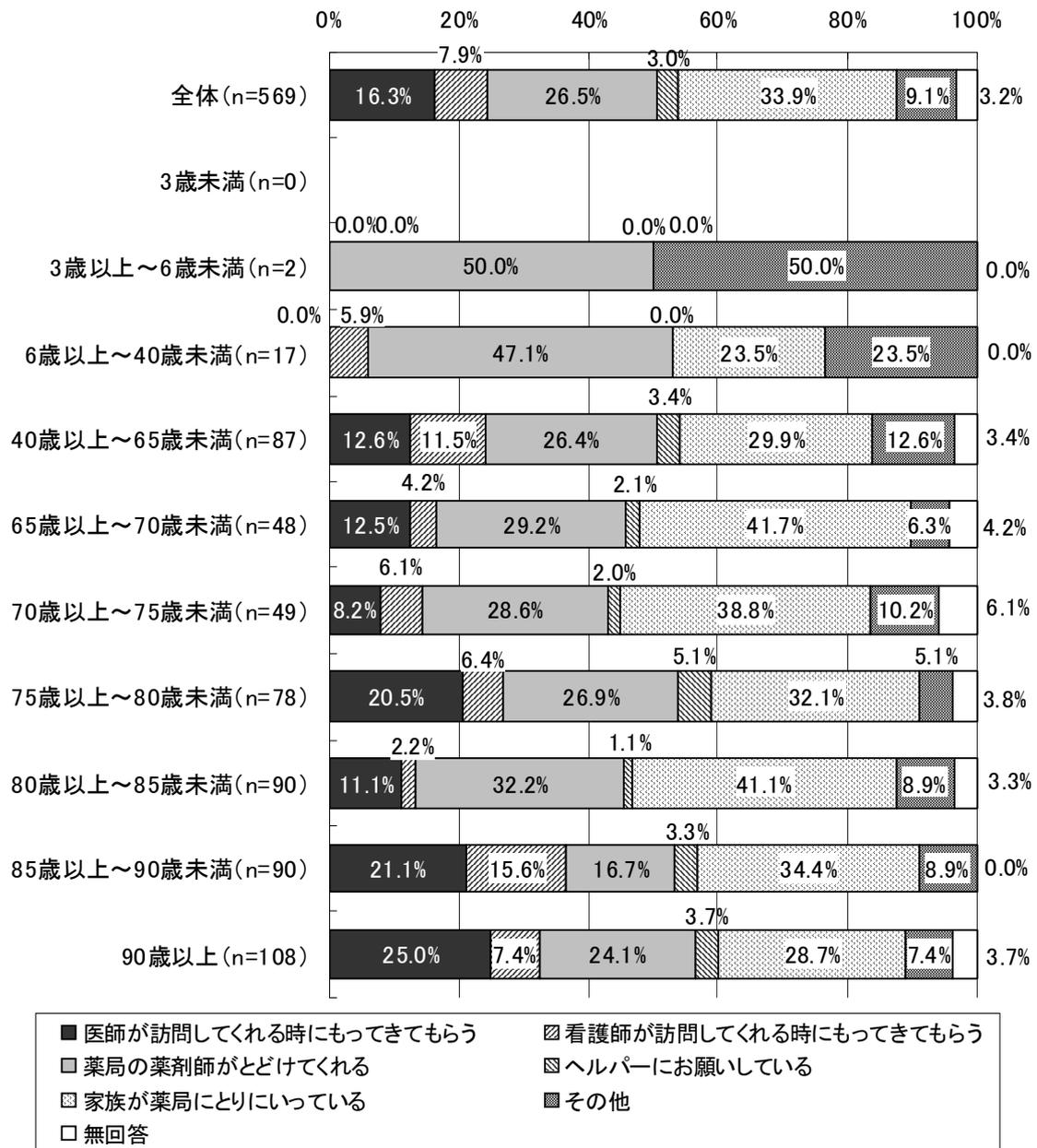
図表 313 普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取る頻度 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「2週間に1度」(同旨を含め12件)、「2か月に1度」(同旨を含め5件)等が挙げられた。

年齢階級別に普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、40歳以上の各年齢階級では、「家族が薬局にとりにいっている」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「薬局の薬剤師がとどけてくれる」の割合が47.1%で最も高かった。「90歳以上」では、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 314 普段飲んでいる薬の受け取り方法（年齢階級別）



⑤薬剤師による訪問についての要望

薬剤師による訪問についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【薬剤師による訪問についての要望】（自由記述形式）

- ・ 薬剤師が薬を届けてくれることについて満足している（同旨を含め 31 件）。
- ・ 薬の効果や副作用、処方の変更になった際など直接説明してほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 薬剤師の訪問は不要である（同旨を含め 4 件）。
- ・ 薬を届けてもらっているが、その都度「居宅療養管理指導料」として介護保険より 500 円（5000 円の 10%負担）支払っている。何の費用かわからない。
- ・ 月 4 回まで 1 回につき 500 円必要なので、これが 5 回目から必要等に変更になればありがたい。
- ・ 薬はできれば医師か看護師に持ってきてほしい。
- ・ もう少し早く薬を処方してほしい。 / 等

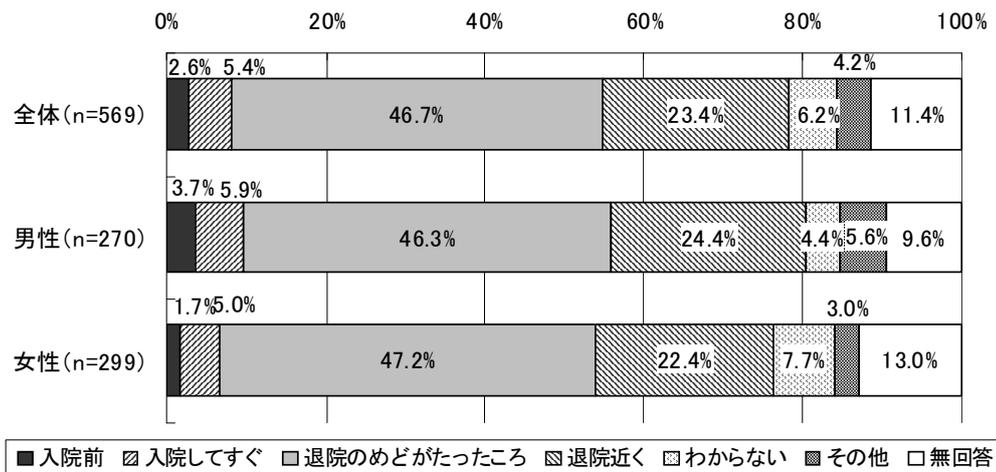
(5) 病院からの退院時の説明について

①退院にむけての説明を受けた時期

退院にむけての説明を受けた時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が46.7%で最も多く、次いで「退院近く」(23.4%)であった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

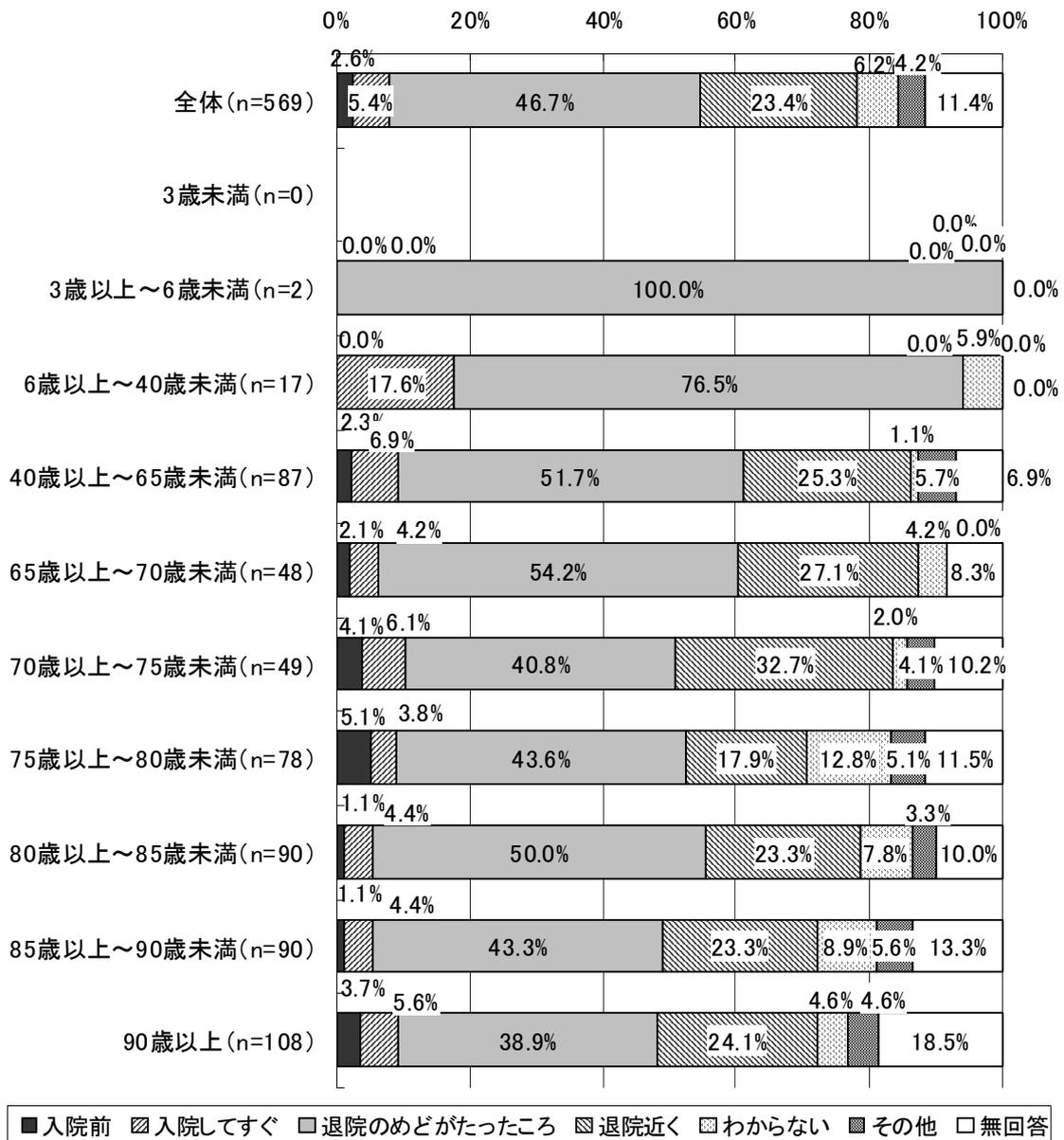
図表 315 退院にむけての説明を受けた時期 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「入院していない」(同旨を含め28件)、「説明はなかった」(同旨を含め5件)、「退院当日」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

年齢階級別に退院にむけての説明を受けた時期についてみると、年齢階級が低くなるにつれて「退院のめどがたったころ」の割合が高くなる傾向がみられた。「6歳以上～40歳未満」では、「入院してすぐ」(17.6%)が他の各年齢階級と比較して高かった。また、「70歳以上～75歳未満」では「退院近く」(32.7%)が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 316 退院にむけての説明を受けた時期（年齢階級別）

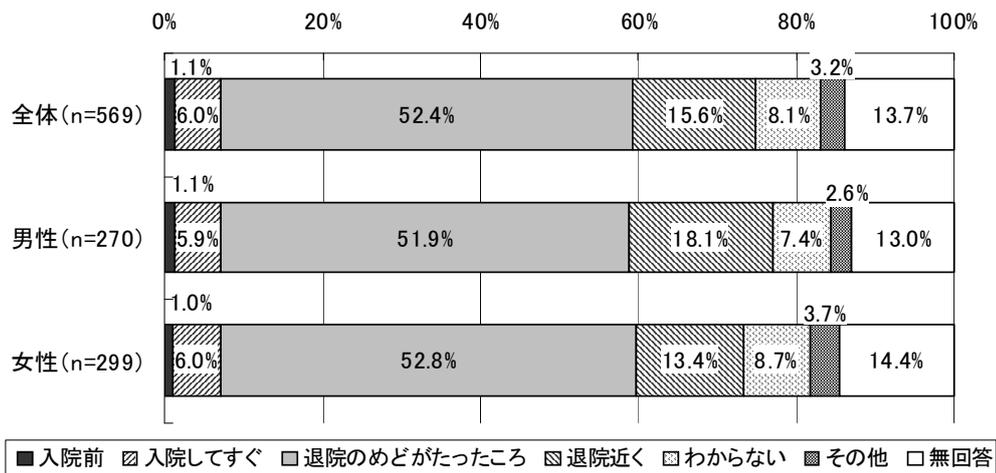


②退院にむけての説明を聞いたかった時期

退院にむけての説明を聞いたかった時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が52.4%で最も多く、次いで「退院近く」(15.6%)、「入院してすぐ」(6.0%)となった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

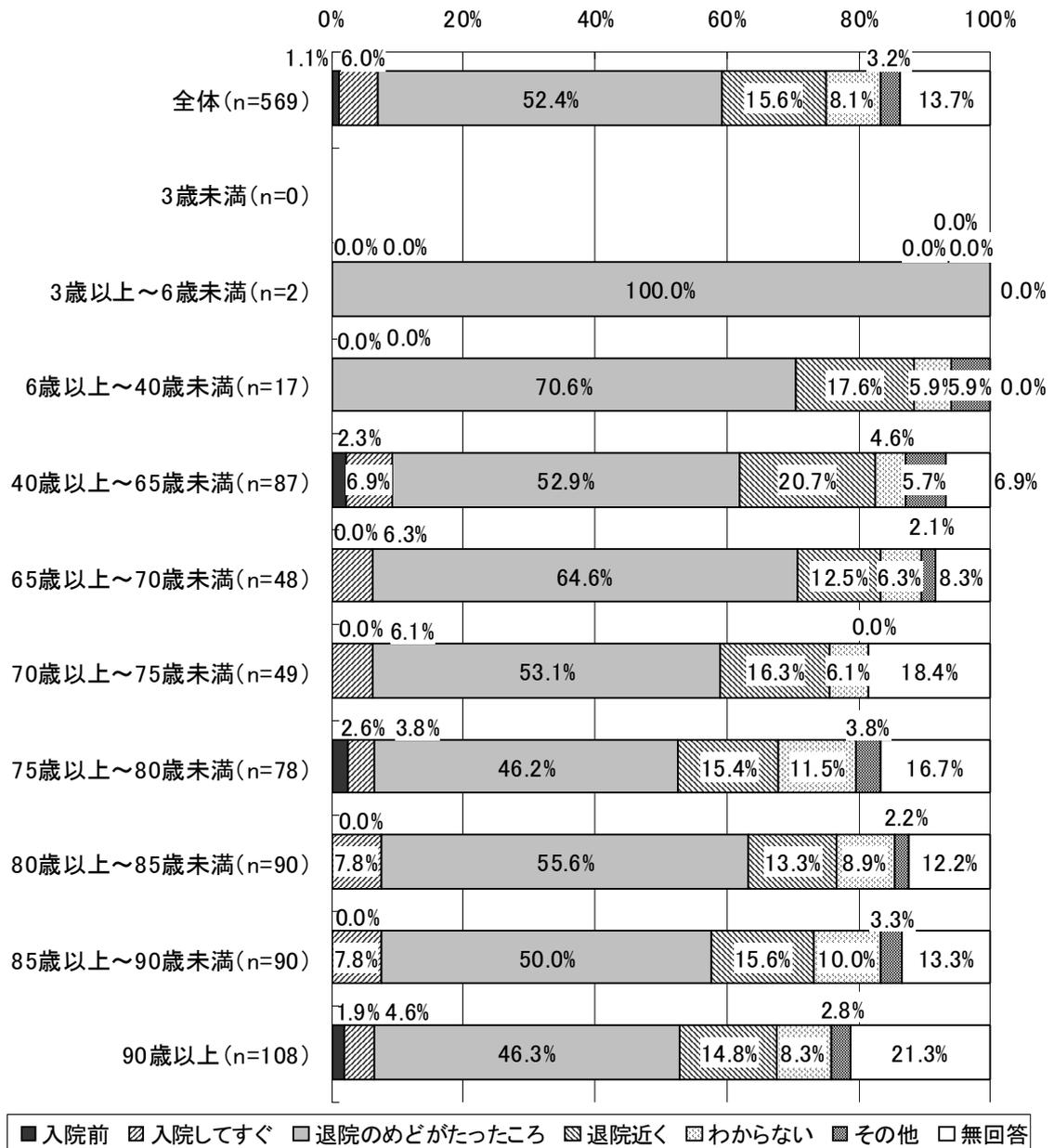
図表 317 退院にむけての説明を聞いたかった時期 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「入院していない」(同旨を含め9件)、「適宜自分から聞く」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

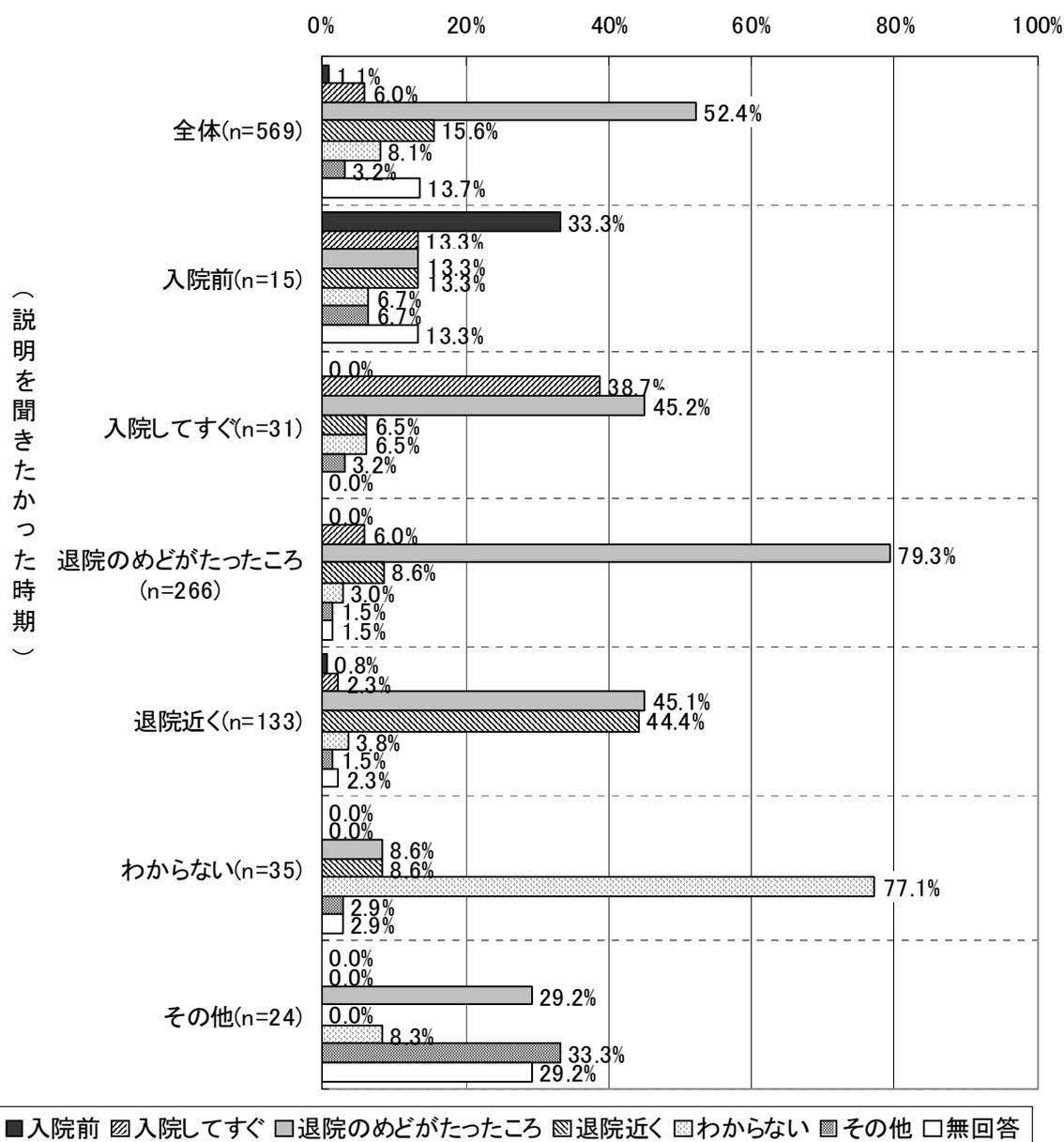
年齢階級別に退院にむけての説明を聞きたかった時期についてみると、全ての年齢階級で「退院のめどがたったころ」と回答した患者の割合が高かった。特に40歳未満の低い年齢階級で割合が高かった。

図表 318 退院にむけての説明を聞きたかった時期（年齢階級別）



退院にむけての説明を聞きかかった時期別に実際に説明を受けた時期をみると、「入院前」を希望していた患者で実際に「入院前」に説明を聞いた患者は33.3%であった。「入院してすぐ」を希望していた患者で実際に「入院してすぐ」に説明を聞いた患者は38.7%であり、「退院のめどがたったころ」のほうが45.2%で多かった。「退院のめどがたったころ」を希望していた患者で実際に「退院のめどがたったころ」に説明を聞いた患者は79.3%であり、他の患者と比較して、希望どおりの説明時期となった患者の割合が高かった。「退院近く」を希望していた患者で実際に「退院近く」に説明を聞いた患者は44.4%であり、「退院のめどがたったころ」のほうが45.1%で多かった。

図表 319 退院にむけての説明を実際に受けた時期
(説明を聞きかかった時期別)

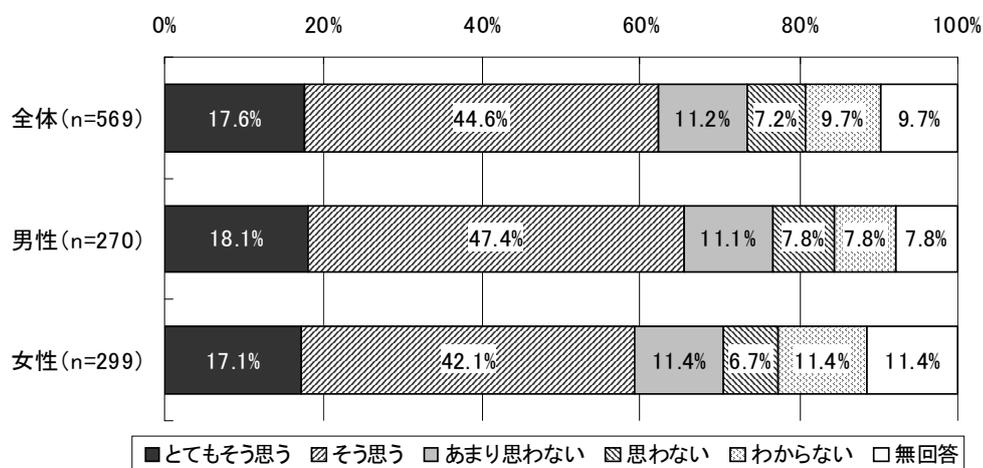


③退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか

病院の医師や看護師などが退院後の生活に対する希望を実現できる体制を整えてくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 44.6%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 62.2%となった。

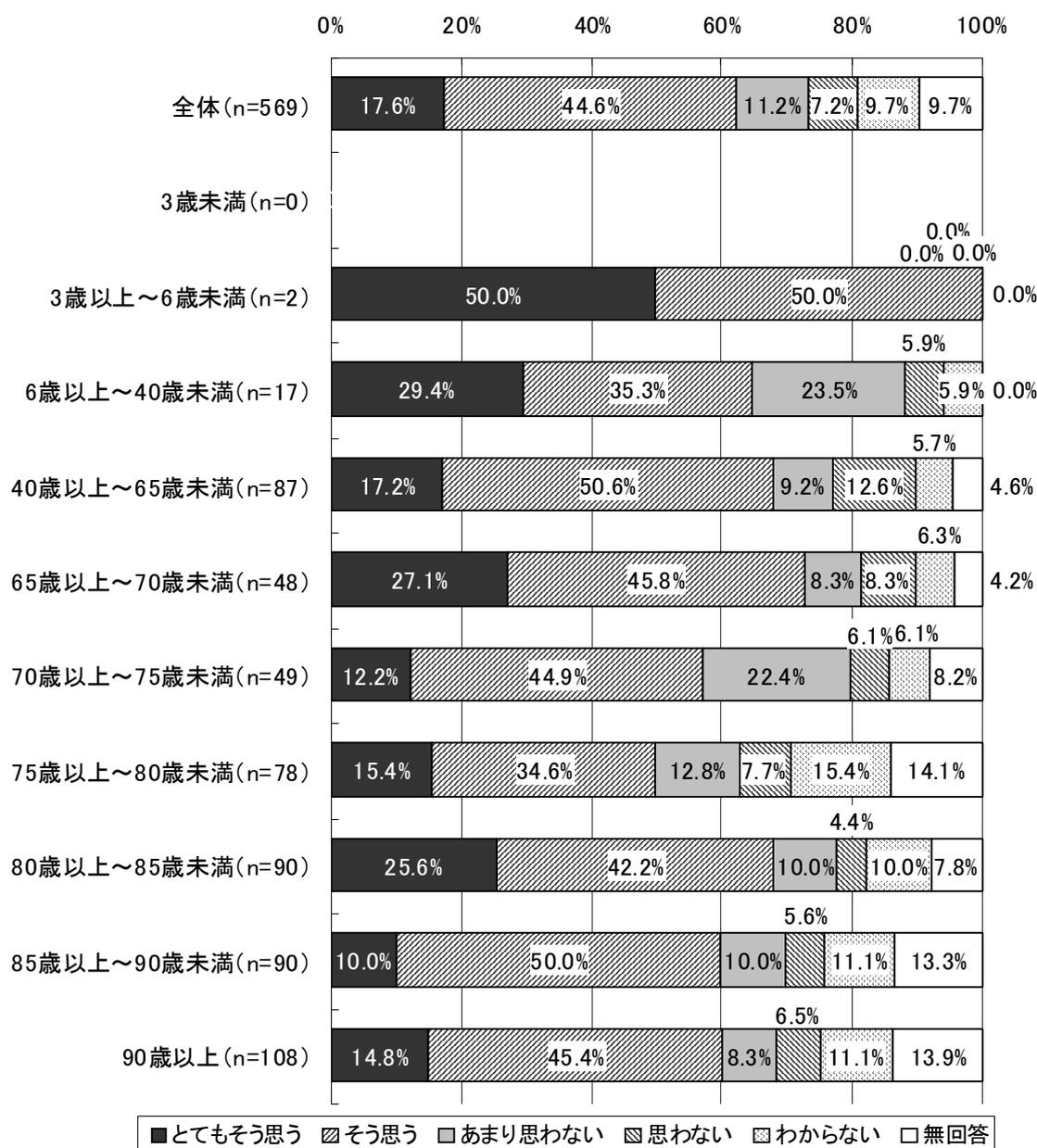
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「そう思う（「とてもそう思う」+「そう思う）」の割合が 6.3 ポイント高かった。

図表 320 病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか（男女別）



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたかについてみると、全ての年齢階級で「そう思う（「とてもそう思う」＋「そう思う」）」が半数以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」「70歳以上～75歳未満」では、「思わない（「あまり思わない」＋「思わない」）」が約3割を占め、他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 321 病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか（年齢階級別）

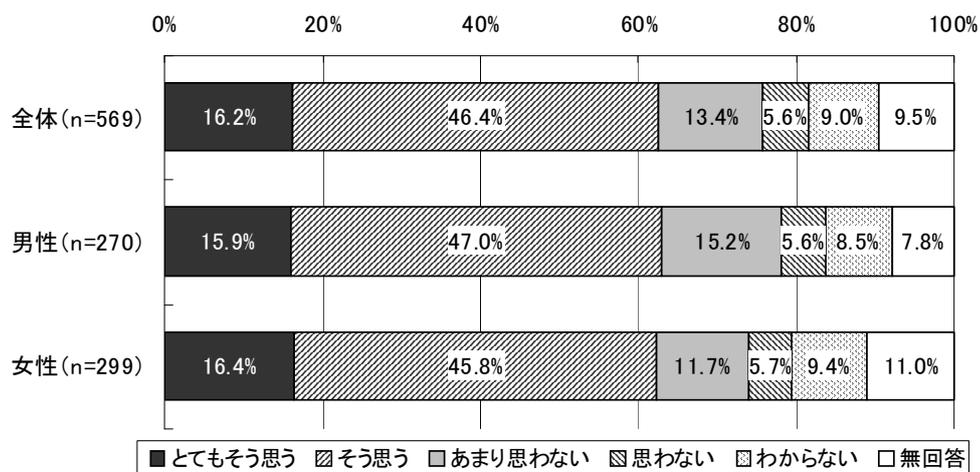


④退院後の生活について家族に十分説明してくれたか

病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 46.4%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 62.6%となった。

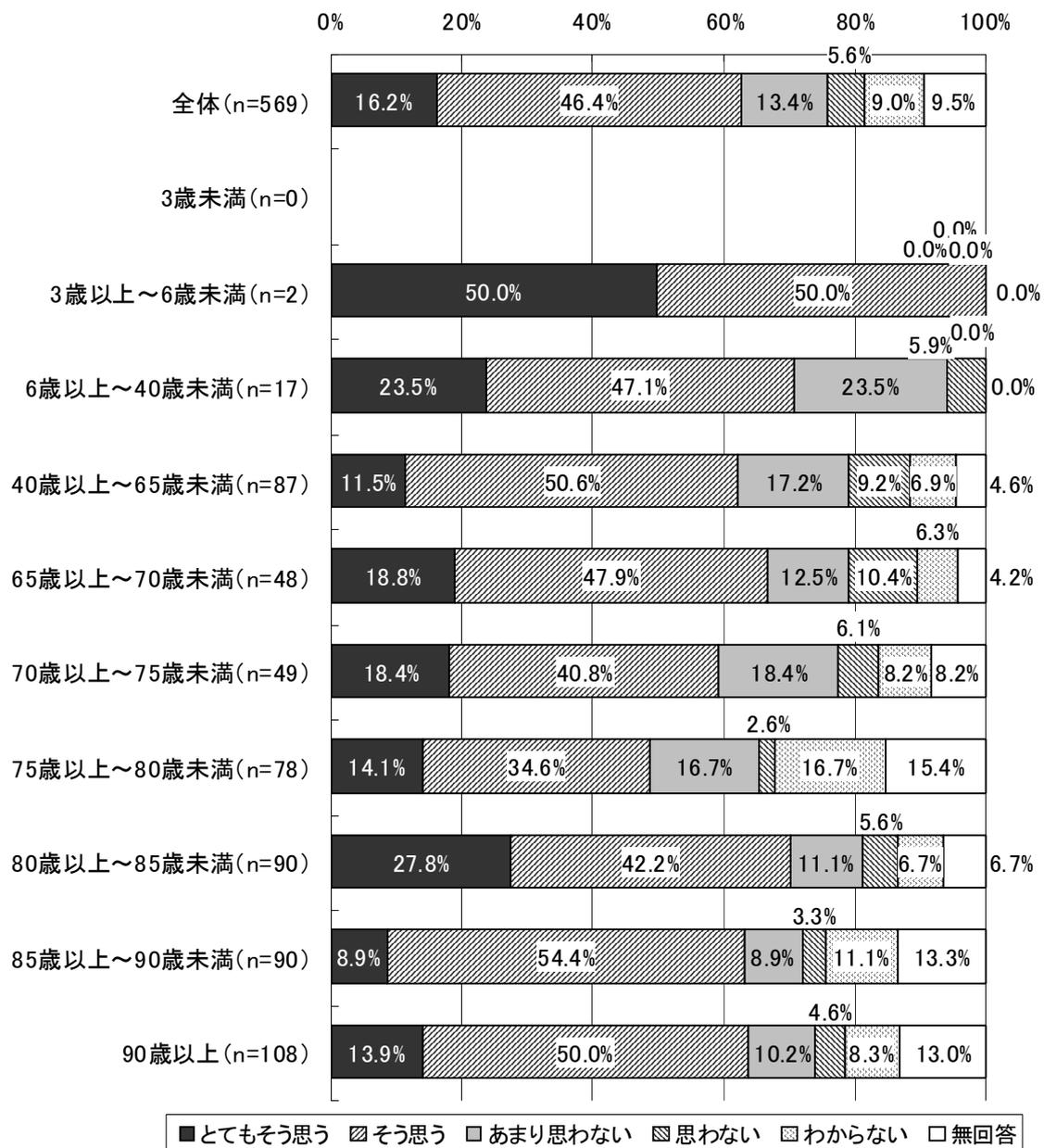
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 322 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたか
(男女別)



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについてみると、全ての年齢階級で「そう思う」が最も多かった。

図表 323 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたか
(年齢階級別)

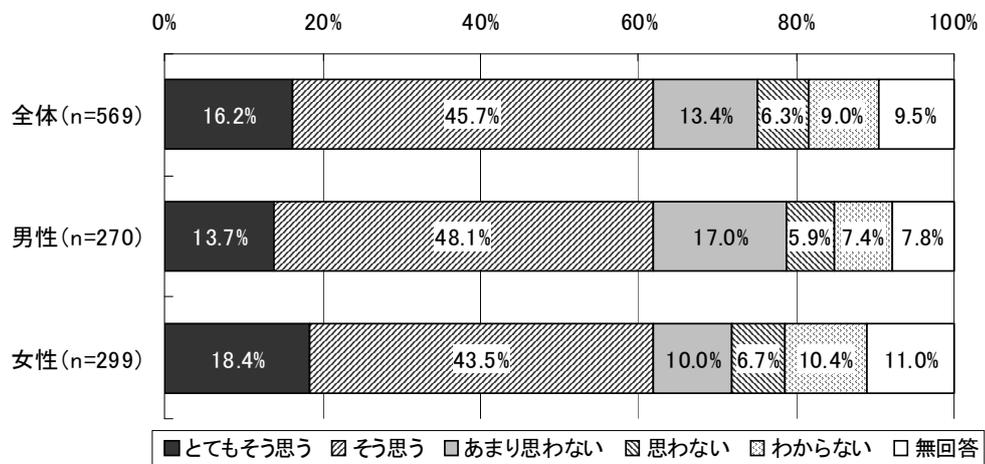


⑤自宅で行う治療について十分に説明してくれたか

病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 45.7%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 61.9%となった。

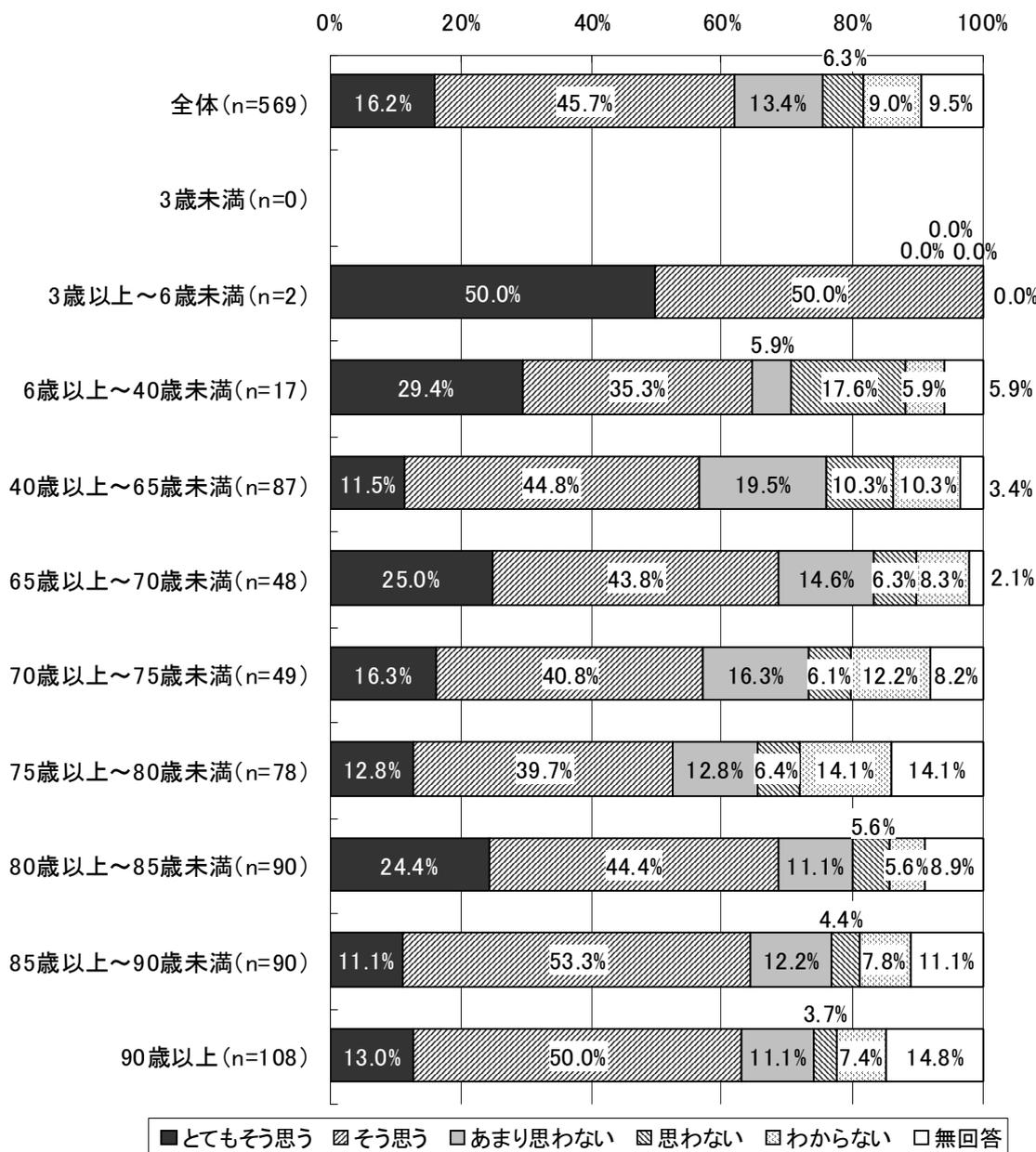
男女別にみると、男性は女性と比較して「あまり思わない」と回答した患者の割合が 7.0 ポイント高かった。

図表 324 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたか (男女別)



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについてみると、6歳以上の全ての年齢階級で「そう思う」が最も多かった。「40歳以上～65歳未満」では「あまり思わない」と「思わない」を合わせた割合が29.8%となり、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 325 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたか
(年齢階級別)

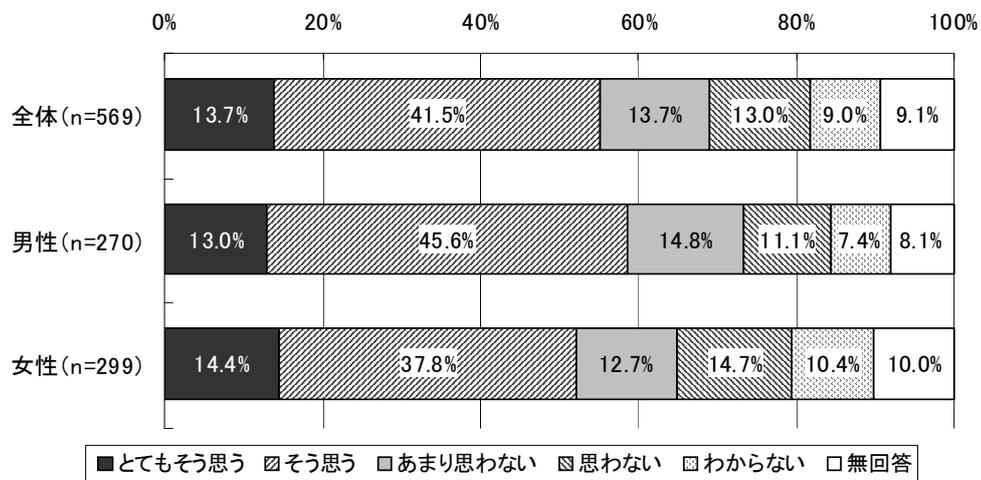


⑥自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったか

病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか尋ねたところ、全体では「そう思う」が 41.5%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 55.2%となった。

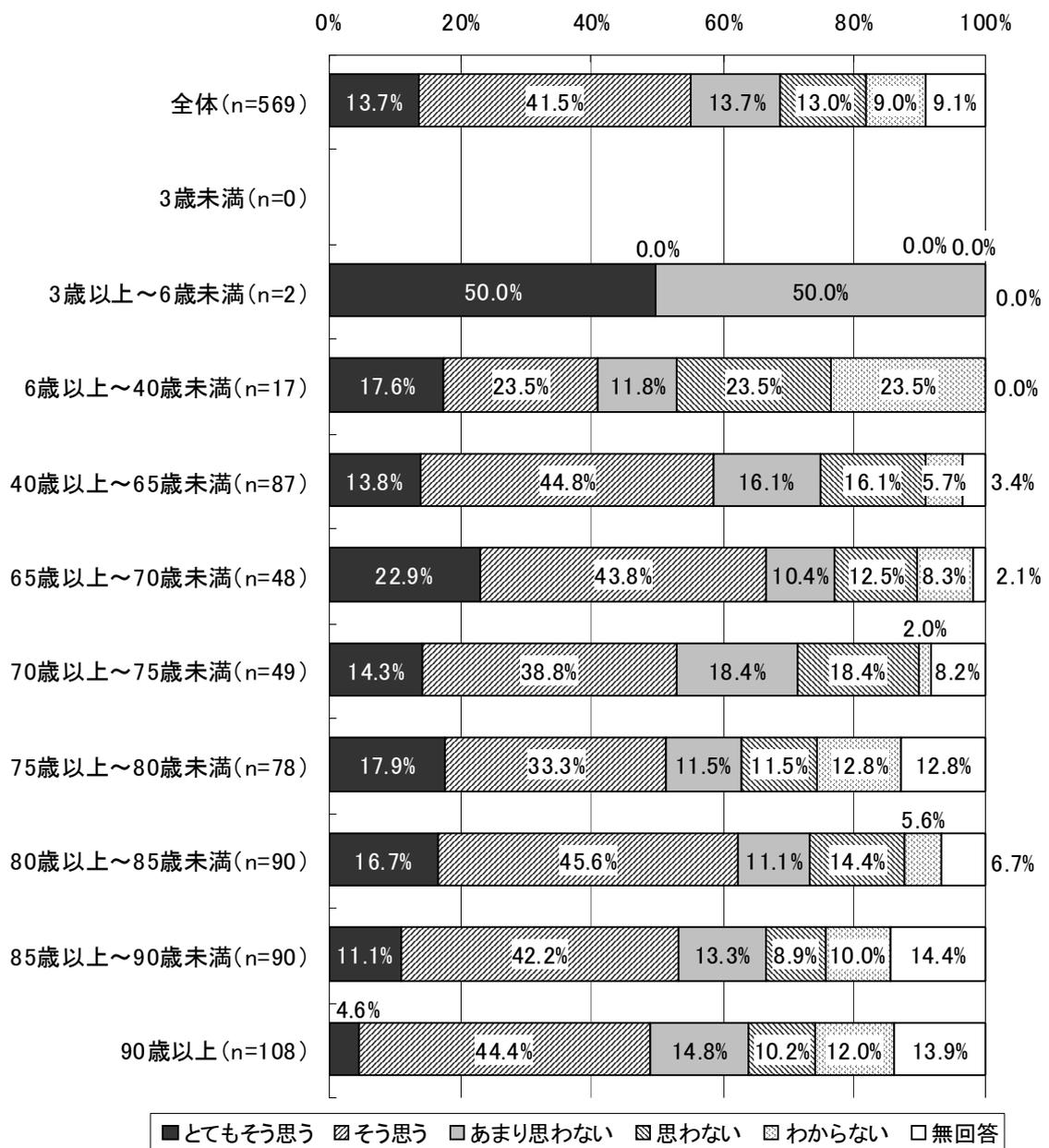
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「そう思う（「とてもそう思う」+「そう思う）」の割合が 6.4 ポイント高かった。

図表 326 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか（男女別）



年齢階級別に、病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うかについてみると、40歳以上～90歳未満の各年齢階級では「そう思う（「とてもそう思う」＋「そう思う）」と回答した患者は半数以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」では「思わない」（23.5%）が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 327 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか（年齢階級別）



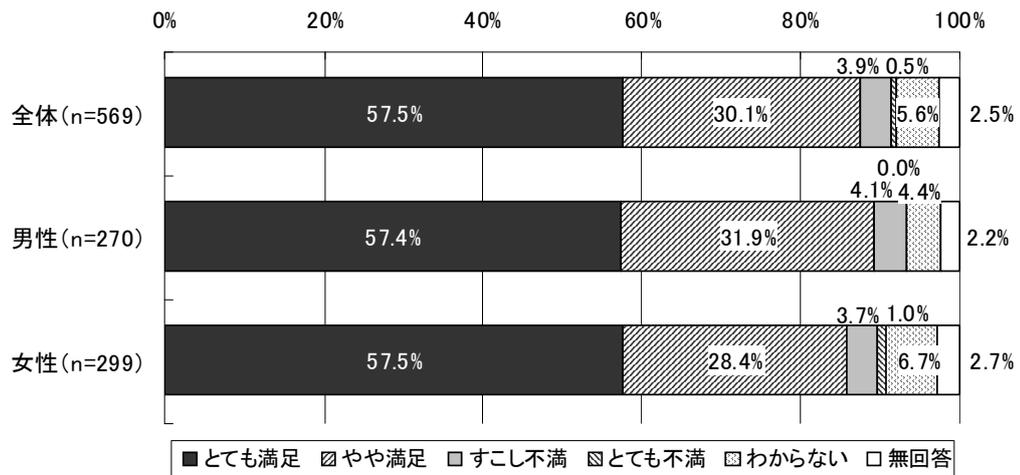
(6) 在宅医療に対する満足度

① 自宅で（家族と）生活できることについて

自宅で（家族と）生活できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が 57.5% で最も多く、これに「やや満足」（30.1%）を合わせると 9 割近くとなった。

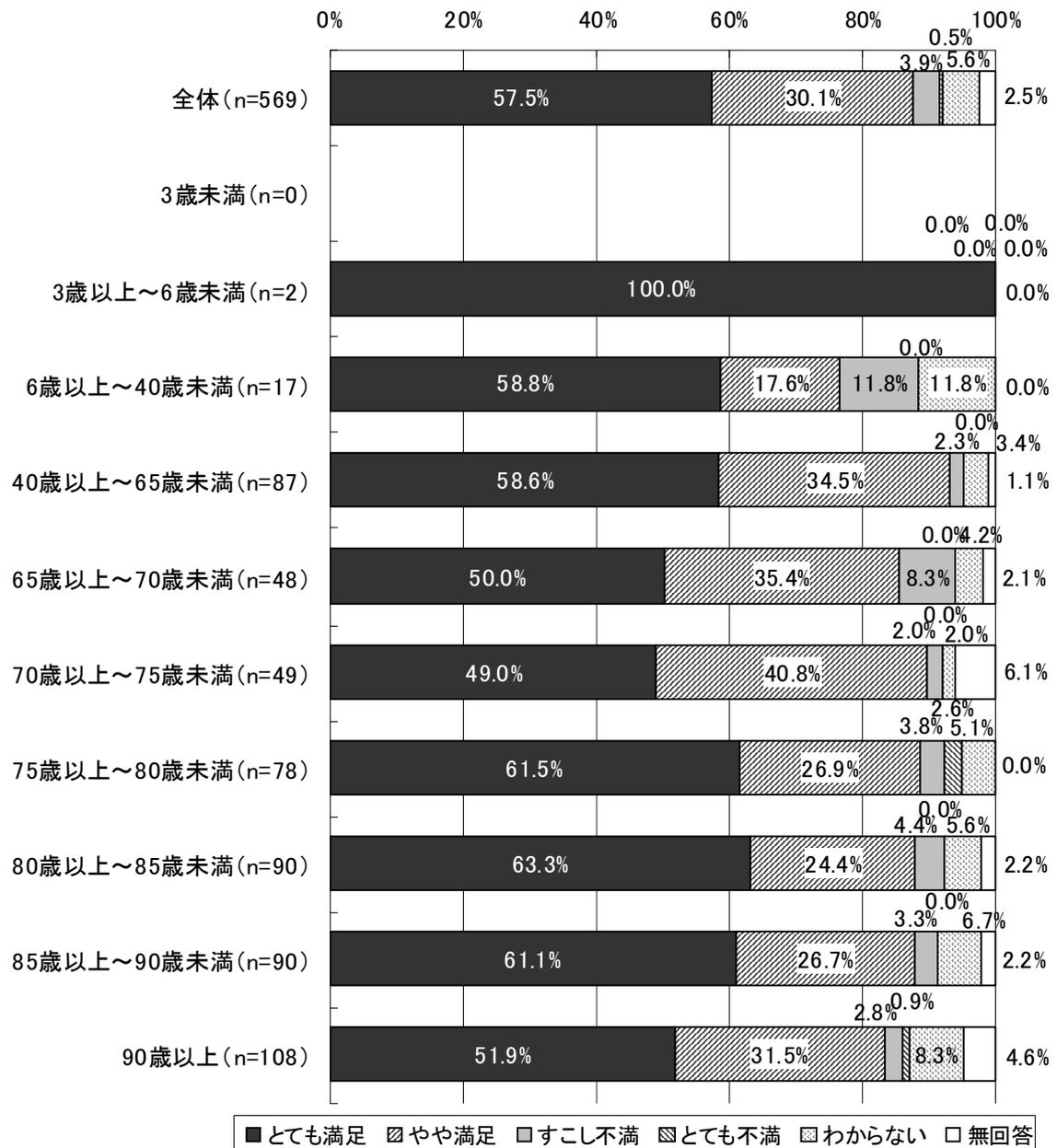
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 328 自宅で（家族と）生活できることについての満足度（男女別）



年齢階級別に、自宅で（家族と）生活できることについての満足度をみると、40歳以上では「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者は8割以上となった。「6歳以上～40歳未満」では、「すこし不満」（11.8%）と回答した患者の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 329 自宅で（家族と）生活できることについての満足度（年齢階級別）

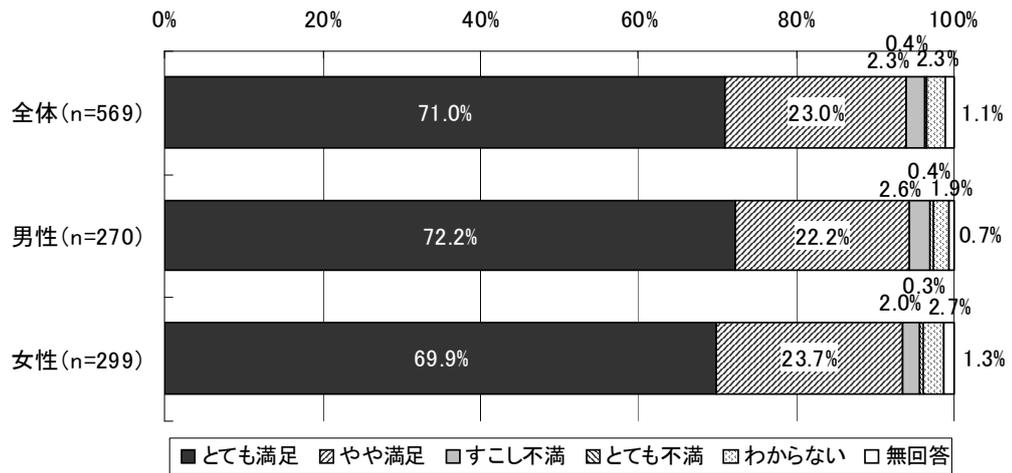


②自宅にしながら専門家に相談できることについて

自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が71.0%で最も多く、これに「やや満足」(23.0%)を合わせると9割を超えた。

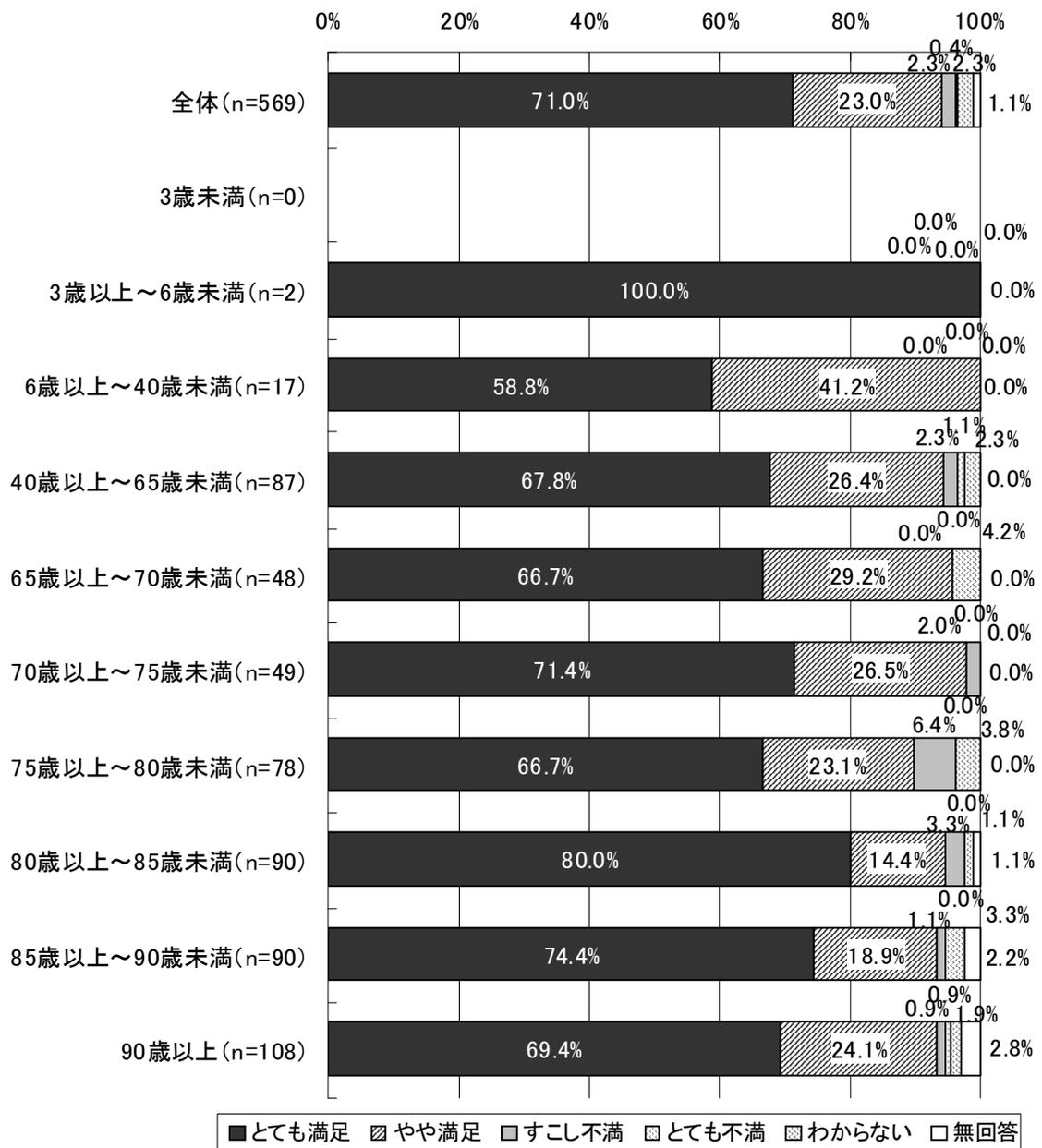
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 330 自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度（男女別）



年齢階級別に、自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全ての年齢階級で「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者は8割以上であった。

図表 331 自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度（年齢階級別）

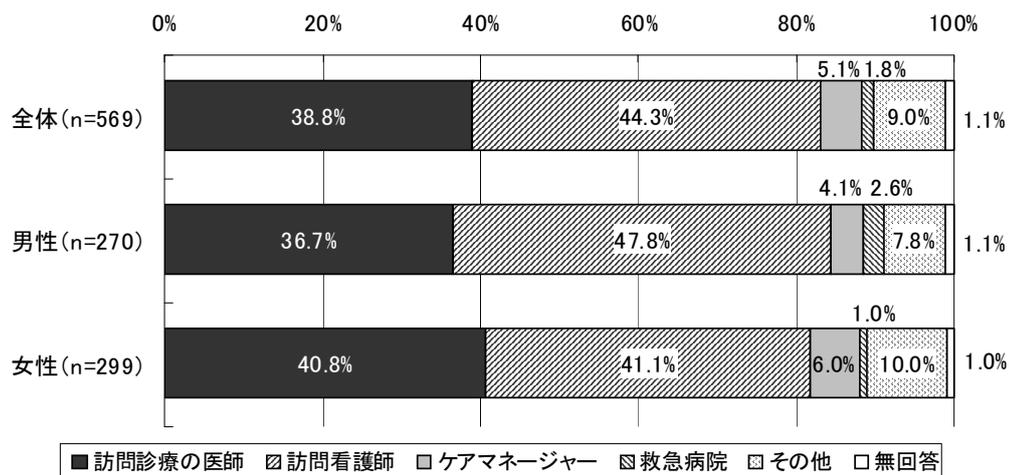


③体調等で心配なことがあった場合の連絡先

体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、「訪問看護師」が44.3%で最も多く、次いで「訪問診療の医師」(38.8%)、「ケアマネージャー」(5.1%)となった。

男女別にみると、男性では女性と比較して「訪問看護師」の割合が6.7ポイント高く、「訪問診療の医師」が4.1ポイント低かった。

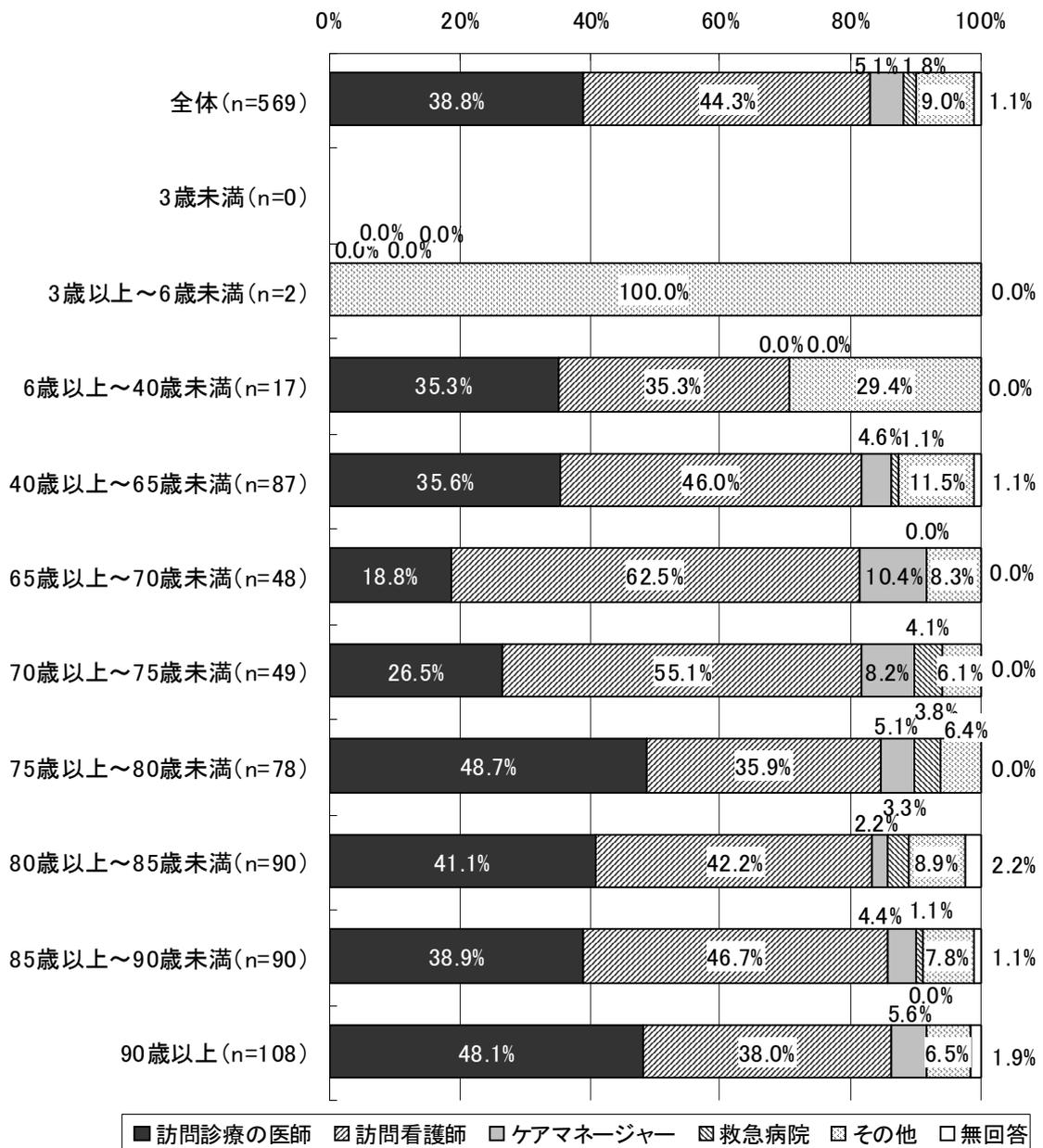
図表 332 体調等で心配なことがあった場合の連絡先（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「かかりつけの病院・医師」(同旨を含め18件)、「家族」(同旨を含め14件)、「施設職員」(同旨を含め6件)、「施設の看護師」(同旨を含め4件)等が挙げられた。

年齢階級別に、体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、40歳以上～75歳未満と80歳以上～90歳未満の各年齢階級では、「訪問看護師」が最も多かった。特に「65歳以上～70歳未満」では62.5%と、他の各年齢階級と比較して高かった。「6歳以上～40歳未満」では、「訪問診療の医師」と「訪問看護師」がそれぞれ35.3%であった。「75歳以上～80歳未満」「90歳以上」では、「訪問診療の医師」（それぞれ48.7%、48.1%）が最も多かった。

図表 333 体調等で心配なことがあった場合の連絡先（年齢階級別）



(7) 自宅で生活することについての意見・要望等

①自宅で生活することの満足度

- ・ 往診・訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネジャーの連携がとれてありがたく思っている。それぞれに細やかな対応に満足しており、できる限り在宅で過ごさせたい。
- ・ 退院後心配はあったが、ケアマネジャー、訪問看護師、医師の方々の連携で大変助かった。まだ退院1週間ほどだがとても行き届いた体制である。
- ・ 介護ヘルパー、訪問看護師、往診の医師にはとてもお世話になり、助けていただいている。昼間一人のため、本人も自宅で生活していることにととても満足で、先生たちに感謝している。
- ・ 医師や看護師は患者だけではなく、家族の不安も聞いてくれ、とても安心できる。このような医療が患者にとってとても望ましい。病院より、家のほうが患者も家族も安心である。
- ・ 想像以上に大変なことに気付き、精神的にもしんどいと思うこともあるが、医師や看護師、ケアマネジャーに助けていただいて頑張っている。看護は専門の方の助けがあってこそできるものと思う。
- ・ 体調で心配事があった時は、訪問看護師かケアマネジャーに相談する。そうすると病院の訪問診療の医師・看護師と関係するところに連絡をとってくれるので安心である。
- ・ 体調が急変した時など、訪問看護師が医師と連絡を取り対処してくれる。いつでも即行動してくれることが安心と心のケアにつながっている。
- ・ 訪問看護ステーションが24時間体制でいつでも相談にのってくれ、主治医との連携も充分取ってもらい、在宅での患者が安心して継続できている。薬剤師も訪問してもらっており、相談しやすい体制がありがたい。
- ・ 介護している私（患者の長女）がもし急用で出かける場合、ケアマネジャーに連絡するとすぐデイサービスまたは1・2日預かってくれることになっているので安堵している。
- ・ 以前から訪問看護師に本当に助けてもらっている。訪問看護師がいなければ、在宅は難しいと思った。訪問看護師の役割、これからの重要性を改めて感じている。／等

②在宅医療に対する不安

○症状が進行したときの不安

- ・ 末期症状になった場合、医師、看護師がどのような対応をしてくれるのかわからない。なかなか家庭では末期は看られない。
- ・ 現在の症状のままであればすべて今のままで大満足だが、病状が先々進行してくることを考えたら不安である。／等

○災害時のときの不安

- ・ 今回、大きな地震を自宅で体験し、寝たきりの子供を前に何もすることができず、とても不安であった。震災時の避難についても考えていかなければならないし、そのような時に受け入れてくれる場所があるのかという不安もある。
- ・ いま特に気になるのは災害時の対応である。要介護5の寝たきりの人間に対しての避難援助体制が不備だと、家族だけではどうにもできない。

- ・ 医師、看護師、家族、みな良く手当てしてくれて助かっている。ただ災害など、1人である時寝たきりなので、どうしていいかわからない。
- ・ 肺気腫なので24時間酸素吸入が必要である。もし地震や停電になったらどうしようと不安である。 /等

○介護者が倒れたときの不安

- ・ 患者本人を看ている家族の方でもいつ家族が具合が悪くなるかわからないし、その時の患者をどうしたらいいとか、すぐ家族の代わりになる人も探せず、その時の対処の仕方がなく、在宅で看る時は重い患者ほど不安がいつもある。吸引をしているので、代わりがいなくて不安である。
- ・ 夫が健常なので今は安心しているが、夫に万が一のことがあったらその後の在宅医療や生活がうまく回るか不安がある。
- ・ 生活環境は一応整えたが、介護する自分の体力がいつまで持つか不安である。
- ・ 脳卒中で倒れて5年目になる。老々介護になりつつある。介護している者が体調を崩した時に患者を抱えてどうするか、いつも心配している。
- ・ 高齢で夫婦二人暮らしだが、現状のサービスを利用し、長女の援助を受けながら在宅での療養を続けたい。妻が病気になり介護が困難になった時のことを考えると不安である。 /等

③自宅で生活を希望する理由

- ・ 医学的、あるいは看護学的には不十分でも、家族（夫・娘・孫）のいる自宅で療養したい。
- ・ 認知症のあるお年寄りにとって、入院生活は機能だけではなく精神的にもとても大変な状況になり、ぐっとレベルが落ちてしまう。できれば、在宅（グループホーム）で往診を受けながら、入院が必要であれば短期間でいければ一番良い。
- ・ 自宅で終末期を迎え、主治医に看取られたい。
- ・ 自分の意思を伝えることが困難なので、自宅での生活がよい。
- ・ 病後を自宅で生活できることは一番幸せなことと思う。事情によってはそうもいかないが理想だと思う。老々介護は厳しいが体力の続く限りやっていく。
- ・ どうしても家が良いと本人が言うのであれば希望を叶えてあげたい。最終的にどうしても入院しなければならない時がくるまではなるべく家で自由に過ごしてもらい。今まで育ててもらったお返しとして心から接していきたい。 /等

④要望

○家族介護の負担軽減

- ・ 24時間人工呼吸器装着のため、ヘルパーを依頼した短時間しか（家族が）安心して外出できない。いつも緊張状態が続いている。訪問看護が30分、あと1時間あけて30分、と吸引に来てもらえれば、家族がゆっくりできる。週に1日か2日、そんな日を作っていただきたい。吸引可能なヘルパーの事業所が少ないため、十分利用できていない。すべてのヘルパーが吸引できるよう制度を変えてほしい。

- ・ 介護者は24時間365日介護をしているので、レスパイト入院ができるようにしてほしい。
- ・ 介護者が腰痛で治療したいが、時間的に余裕がなく困っている。
- ・ 在宅で過ごせることは嬉しいが、時々休みたくなる。家族の負担が大きい。医療関係の人からの根拠に基づいた励ましは非常に嬉しいし、やる気が出てくる。レスパイト施設をもっと入りやすくしてほしい。医療ケアありでも預けて働ける仕組みを作ってほしい。
- ・ 24時間365日休む間もない（睡眠は4時間位しかとれない）くらい介護に手がかかり家族が疲れ果ててしまうことがある。2、3か月に一度、10日間位入院できる病院があるととても助かる。
- ・ デイサービスやショートステイ、訪問看護、訪問リハビリなど介護サービスを多く利用しているが、自宅では私しか介護するものがないため負担が大きい。
- ・ 主治医・在宅医・訪問看護・訪問マッサージ・訪問入浴・ヘルパーと多くの人の力を借りて在宅療養しているが、状態が悪くなったら（痰の吸引、意思の疎通ができない、胃ろうなど）デイサービスの引き受け手がない。24時間妻1人で頑張らねばならず、発病して8年限界を感じ始めている。
- ・ 病院の入院ができないので特別の病気で自宅といわれ、本人も病院の入院は嫌だといっている。家族としては時間がなく毎日毎日体力も衰えを待っているばかりで、これから先はどうなるかと不安である。家族も休養が欲しい時がある。／等

○ショートステイの利用拡大

- ・ 泊まりがけでの用事するとき、1日か2日くらいのショートステイができたらいいと思う。
- ・ 退院する時はショートステイを利用できると言われたが、痰の吸引があるとの理由で実現していない。
- ・ 介護の休息を取るためのショートステイがとりにくい。介護施設では吸引などの関係で預かってくれない。
- ・ 胃ろうなどがあっても、ショートステイを利用できるようにしてほしい。
- ・ 呼吸器をつけているので、ショートステイなどが使えない。重症者は制度からはじかれているのかと思ってしまう。
- ・ 在宅を始める前は、医療や介護のいろいろなサポートがあるから大丈夫といわれたが、実際に生活を始めてみると、使うのに制約があるなど不自由なことばかりだった。ショートステイを利用することで、家族も休息できるという話だったが、受け入れ先がなく、実態をよくわかってない人が多すぎる。／等

○24時間体制や緊急時、土日祝日への対応

- ・ 心配な時に24時間体制で連携できると安心だ。
- ・ 夜間や休日はとても不安なので健常者のように別の時間帯に診てもらえるところを作ってほしい。
- ・ 夜間の急変への対応が充実できるようにしてほしい。
- ・ 緊急の時の連絡網を明確にしてほしい。

- ・ 体調が日々変化するので電話 1 本で対応していただけることは家族の生活を守ることであり、もちろん、本人にとっても大変重要なことである。
- ・ 利用している訪問看護ステーションは、かかりつけの病院併設だが、平日夜間、休日夜間は医師不在のため、急変には応じてもらえないので不安だ。
- ・ 緊急時とはいえないけれど、体調の悪いときに救急車を呼ぶのか様子を見るのか判断することにいつも困る。救急車を呼んでもかかりつけの病院に搬送許可があるまで時間がかかりすぎる。もっとシステム化してスムーズに搬送して診療してほしい。／等

○医療・介護に係る費用

- ・ 要介護 5 で医療保険と介護保険を併用してサービスを受けているが、介護保険の利用限度額が不足する。
- ・ 入院している時には、尿バッグ、ガーゼ・アルコール他の費用はいらなかったのに、在宅になったら負担になり、家計に響いてくるので困っている。
- ・ 自力歩行が困難なため、常に車椅子を利用しているが、介護タクシーの料金が高すぎて利用できない。
- ・ 医師は異常がなくても定期的に訪問し、2〜3 分で終了して帰るが、月々の医療費は高額だ。安心料としては仕方ないのか。
- ・ バルーンのセット等、保険で出してほしい。
- ・ 訪問看護の負担金をもっと安くしてほしい。／等

○サービス提供者のレベルアップ

- ・ 看護師やヘルパーのミスが多すぎる。プロだったらしっかり業務をやって頂きたいと思う。
- ・ サービス事業者によって受けるサービスに大きな差がある。サービス事業者だけに任せておくと、大きな不利益につながることもある。
- ・ 呼吸器をつけているので独居になったら全部、訪問看護・訪問介護に依頼することになる。同じ人が来ないと毎日恐怖に近い。介護者のレベルアップが望ましい。
- ・ 患者本人もそうだが、家族のケアもまたとても重要だ。何が必要か、何で困っているのか、またこうしたらよい、こういう便利なものもあるなど、ささやかなことでも話せる訪問看護師、ケアマネジャーは絶対に必要だ。訪問看護師などには、心、思いやりも重要で、人材育成に特に心、精神ケアの重要性を学んできてもらいたい。／等

○訪問診療を行うスタッフの増員

- ・ 訪問看護師の人手不足があり、少人数で回るため、患者へのケア時間が不足している。体全体のチェックが難しくなる。待遇を良くして国は訪問看護師を増やしてほしい。
- ・ 訪問看護を受けられるので、自宅で一緒に生活ができる。聞くところによると、まだまだ訪問看護に携わるスタッフの数が足りないとのことなので、多くの方が我が家と同じように、家族が望む生活を送れるよう、看護師の数が増えていくことを望む。
- ・ 在宅で安心して生活できるように訪問医療、看護のスタッフがもっと増えてほしい。障害者

をみてくれるところが少ない。

- ・ 訪問診療を行う医師が増えてほしい。 /等

○訪問回数の増加

- ・ 在宅治療をできるだけ続けたいので、訪問看護師の回数を増やしてほしい。
- ・ いつも点数や回数を考えながら医師や看護師に来ていただいているので、そんなことを考えなくても必要な医療が必要なだけ自宅で受けられるようになってほしい。 /等

○医療と介護の連携

- ・ 自宅で生活するには医師や看護師の協力もそうだが、介護をする家族の負担が大きく自宅で生活するのは介護をする者の健康が大きく左右する。医療と合わせ介護サービスも強化しなければ続けられない。両方セットで考えていただきたい。
- ・ 訪問に関わる全ての人員や設備が整っていない中で、現在の看護は比較的頑張っていてやってくれていると思うが、もっと医療機関（難病患者でも診てくれるような）も含めて在宅での看護・介護がスムーズにいくように努力してほしい。
- ・ 自宅で安心して生活できるような、医療・看護・介護の充実を強く希望する。
- ・ ケアマネジャー、訪問診療、訪問看護、訪問入浴、介護用品レンタル業者との連携をうまくいく仕組みを作ってほしい。患者に関わる関係者との話し合い、会議などの義務化をしてもらいたい。 /等

○小児の在宅

- ・ 小児に対する補助を拡大してほしい。
- ・ 「在宅医療=老人」ではない。患者が子どものため、ケアマネジャーがつくこともなく、医療ケアがあるため訪問看護師しか利用できず、送迎サービス（患者一人では気切部の吸引があり車に乗れない）さえ利用できない。在宅6年だが何も変わってない。
- ・ 訪問（自宅）だけではなく、その子が通う就学先までを生活の一部として捉え、医療的ケアが必要なことに対して、訪問看護の枠組み内で学校生活の付き添い（スクールナースとして）ができるよう、制度改革をしてほしい。 /等

○その他

- ・ 訪問診療のできる医療機関の（歯科、耳鼻科等）一覧表などを配布してほしい。
- ・ 訪問看護の中で歯のケアや口腔ケアをしてほしい。
- ・ 就労しながら単身者が介護する場合、仕事の関係もあり、医師の訪問は助かるが、眼科や耳鼻科の訪問サービスがないので困っている。薬も医師に受診しないと投与してもらえないので困る。歯科も含め、制度としてもっと在宅介護せざるを得ない世帯に対して支援を頂きたい。介護者が単身の場合、仕事休んで通院させることはかなり困難である。
- ・ 生活が成り立つように、様々なサービスを紹介してもらい、自分で選びたい。
- ・ 何をどこまで利用できるのかわからない。今の介護でよいのかもわからない。家族からも要

求に対しての対応になるので、利用できるものも知らないことが多い。各県によって受けられるサービス内容も違うので、不平等感がある。介護サービスは平等に、申請期間も短くし、退院したらすぐ利用できるようにしてほしい。入院中にできる申請を多くしてほしい。

- 外出支援を充実させてほしい。また、インターネットを使用するサポートを充実させてほしい。
- 障害者なのでケアマネジャーがおらず、困った時には相談する人がいない。介護保険以外の方もケアマネジャーがいれば安心だ。 /等

10. まとめ

本調査より明らかとなった点は、以下のとおりである。

(1) 入院医療機関調査

①施設調査

- ・ 開設者は、「医療法人」(46.5%)が最も多く、次いで「公立」(17.9%)、「その他の法人」(14.2%)、「国」(8.3%)であった(図表2)。
- ・ 標榜診療科は、「内科」(93.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(79.1%)、「外科」(77.0%)、「リハビリテーション科」(73.5%)であった(図表3)。
- ・ 病院の種別は、「DPC対象病院」が44.1%、「DPC準備病院」が2.9%、「地域医療支援病院」が13.1%、「特定機能病院」が9.6%、「がん診療連携拠点病院」が19.8%であった(図表4)。
- ・ 1施設あたりの職員数(常勤換算)についてみると、総職員数は平均523.8(標準偏差580.2、中央値252.3)人であった。「社会福祉士」については、1施設あたり平均2.7人、中央値で2人であった(図表5)。
- ・ 1施設あたりの病床数は平均309.5(標準偏差269.2、中央値199)床であった。また、1日平均入院患者数は平均251.8(標準偏差228.9、中央値161.6)人であった(図表6)。
- ・ 平成21年、22年、23年の各6月における平均在院日数の変化について中央値をみると、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、その他の病棟、及び病院全体においては、やや短かくなったが、療養病棟、精神病棟では平成23年は平成21年と比較して長かった(図表7)。
- ・ 地域連携を担当する部署について、「ある」が90.1%、「開設準備中」が1.1%、「ない」が7.2%であった(図表8)。
- ・ 退院調整の体制は、1施設あたりの専従者数は平均2.43人(標準偏差3.04、中央値1)人であった。また、専任者数は平均2.36(標準偏差2.65、中央値1)人であった。職種としては、専従・専任いずれも「社会福祉士」が多かった(図表10)。
- ・ 退院調整部署に「専従」の担当者がある施設の割合は74.5%であった。専従担当者として「社会福祉士」がいる施設が58.9%、「看護師」がいる施設が33.4%であった(図表11)。
- ・ 退院調整部署に「専任」の担当者がある施設の割合は71.0%であった。専任担当者として「看護師」がいる施設が48.2%、「社会福祉士」がいる施設が35.9%、「医師」がいる施設が19.2%であった(図表12)。
- ・ 「総合評価加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は17.9%であった。平成23年6月1か月間の算定回数は平均68.0(標準偏差124.5、中央値4)回であった(図表14、図表16)。
- ・ 「介護支援連携指導料」の施設基準の届出が「あり」という施設は29.4%であった。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が52.7%で最も多かった。算定実績のある施設は77.3%であった(図表17、図表19)。
- ・ 「後期高齢者退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は43.3%であった(本加算は平成22年度診療報酬改定で廃止となった)。平成21年6月1か月間の算定回数は

「～10回未満」が27.8%、「～20回未満」が14.8%であった。また、「0回」が44.4%であった（図表20、図表22）。

- ・ 「急性期病棟等退院調整加算1」の施設基準の届出が「あり」という施設は46.5%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「30回以上」が28.7%、「～10回未満」が23.6%であった。また、「0回」が17.2%であった（図表23、図表25）。
- ・ 「急性期病棟等退院調整加算2」の施設基準の届出が「あり」という施設は24.9%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が23.7%、「～20回未満」が16.1%であった。また、「0回」が43.0%であった（図表26、図表28）。
- ・ 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は24.3%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が22.0%、「～20回未満」が6.6%であった。また、「0回」が64.8%であった（図表29、図表31）。
- ・ 「地域連携診療計画退院時指導料1」の施設基準の届出が「あり」という施設は29.9%であった。1か月間の算定回数の平均は、平成21年6月に1.5回であったが、平成23年6月には2.4回と増えた（図表32、図表34）。
- ・ 「慢性期病棟等退院調整加算1」の施設基準の届出が「あり」という施設は33.2%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～5回未満」が24.2%、「～10回未満」が8.1%であった。また、「0回」が53.2%であった（図表35、図表37）。
- ・ 「慢性期病棟等退院調整加算2」の施設基準の届出が「あり」という施設は35.8%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「0回」が72.4%、「～5回未満」が11.2%、「～10回未満」「～20回未満」が3.7%であった（図表39、図表41）。
- ・ 「退院時共同指導料2」の算定回数の平均値は、平成21年6月が0.42回、平成23年6月が0.65回であった。このうち、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300点）」を算定した回数は、平成21年6月が0.24回、平成23年6月が0.40回であった。また、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合（2,000点）」の算定回数は、平成21年6月が0.09回、平成23年6月が0.13回であった。このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」は、平成21年6月が0.08回、平成23年6月が0.12回であった（図表43）。
- ・ 1か月間の「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数は、平成21年6月が23.3回、平成23年6月が29.2回であった（図表44）。
- ・ 1か月間の「退院前訪問指導料」の算定回数は、平成21年6月が0.67回、平成23年6月

が 0.70 回であった（図表 45）。

- ・ 「外泊中に訪問看護が利用できることは患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して、「思う」と回答した施設が 78.7%、「思わない」と回答した施設が 21.3%であった（図表 46）。
- ・ 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数についてみると、「病院・診療所」「在宅療養支援病院・診療所」「訪問看護ステーション」については年ごとに連携施設・事業所数が増加している（図表 48）。
- ・ 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所との定期会合数についてみると、いずれも平均値が 1 未満で中央値が 0 という状況であった（図表 50）。
- ・ 当該施設と連携している病院・診療所数は平均 40.5（中央値は 5）箇所であり、このうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所は 7.0（中央値は 0）箇所であった。このうち在宅療養支援病院・診療所は 2.2（中央値は 0）箇所であった（図表 52）。
- ・ 回答のあった 158 施設における、平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月 1 か月間の退院患者数についてみると、平成 21 年 6 月に退院した患者数は 48,311 人であったが、平成 23 年 6 月には 50,763 人と 5.1%増加した。このうち退院調整した患者数は、平成 21 年 6 月には 5,056 人であったのが平成 23 年 6 月には 6,377 人と 26.1%増加した。また、在宅医療に移行した患者数は、平成 21 年 6 月には 402 人であったのが、平成 23 年 6 月には 493 人と 22.6%増加した。特に他院の在宅医療を受けている患者が 35.4%と大きく増加した（図表 53）。
- ・ 訪問診療や訪問看護の実施状況については、「訪問診療のみ自院が行っている」が 11.0%、「訪問看護のみ自院が行っている（併設の訪問看護ステーションは含まない）」が 1.3%、「訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている」が 13.6%、「関連施設・事業所が行っている」が 11.5%、「行っていない」が 37.4%であった（図表 55）。
- ・ 「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定回数は、平成 23 年 5 月が平均 27.5 回、同年 6 月が 27.2 回であった。「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300 点）」及び「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650 点）」の算定回数は平成 23 年 5 月、6 月ともに 0.0 回であった（図表 56）。
- ・ 緊急入院の患者数として、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」についてみると、1 施設あたりの平均患者数は、平成 21 年 6 月が 14.5 人であり、平成 23 年 6 月が 15.1 人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成 21 年 6 月が 7.9 人であり、平成 23 年 6 月が 7.5 人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成 21 年 6 月が 6.2 人であり、平成 23 年 6 月が 5.3 人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成 21 年 6 月が 3.2 人であり、平成 23 年 6 月が 2.4 人であった（図表 58）。
- ・ 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「救急外来受診や再入院が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 8.3%であった。「どちらともいえない」が 58.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 32.5%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合よりも高い結果となった（図表 60）。

- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 29.6%であった。「どちらともいえない」が 46.6%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 22.4%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 61）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「自宅退院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 23.3%であった。「どちらともいえない」が 58.7%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 18.0%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 62）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 31.5%であった。「どちらともいえない」が 52.9%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 63）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 28.7%であった。「どちらともいえない」が 55.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。DPC 対象病院では肯定的な評価の割合が高かった（図表 64）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 64.1%であった。「どちらともいえない」は 28.2%であった。また、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 7.3%であり、肯定的な評価の割合の方が高かった（図表 65）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 75.7%であった。「どちらともいえない」は 18.9%で、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 4.8%であった。他の項目と比較しても、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合が高かった（図表 66）。
- 平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があったかを尋ねたところ、「当初から影響はない」が 77.3%と最も多かった。「現在も大きな影響が残っている」が 0.3%、「現在も多少影響が残っている」が 4.3%、「現在は影響はなくなっている」が 12.0%であった（図表 67）。

②入院医療機関における患者の概要（患者調査）

- ・ 性別は、「他施設への入所患者」では男性が 31.3%、女性が 68.3%と女性の割合が他の患者と比較して高かった（図表 68）。
- ・ 年齢は、「他施設への入所患者」では 85 歳以上が 50.8%を占めた（図表 69）。
- ・ 主たる傷病は、「他医療機関への転院患者」では他の患者と比較して、「脳血管疾患」の割合が高い結果となった。「自院の在宅医療患者」では 22.6%、「他院の在宅医療患者」では 28.4%が「がん」であった（図表 71）。
- ・ 同居家族の有無は、「他施設への入所患者」では「あり」が 45.4%、「なし」が 47.7%となり、「なし」が「あり」を上回った。一方、他の患者では、「あり」が「なし」を上回った。特に在宅医療患者では、同居家族が「あり」という患者が 8 割近くを占めた（図表 72）。
- ・ 入院前の所在は、「自院の在宅医療患者」では 44.3%、「他院の在宅医療患者」では 32.8%の患者が、調査対象施設に入院する前に在宅医療を受けていた。一方、入院前には在宅医療を受けていなかったが、調査対象施設からの退院後、在宅医療を受けるようになった患者も、「自院の在宅医療患者」の 40.9%、「他院の在宅医療患者」の 55.7%を占めている（図表 73）。
- ・ 調査対象施設での入院期間は、「他医療機関への転院患者」が 109.1 日で最も長く、次いで「他施設への入所患者」が 76.9 日となった。一方で、「自院への外来通院患者」では 49.7 日で最も短かった。「自院の在宅医療患者」では 51.5 日、「他院の在宅医療患者」では 56.4 日であった（図表 74）。
- ・ 入院期間中における手術の有無は、手術が「あり」という割合は「自院への外来通院患者」では 21.9%で最も高く、次いで「他施設への入所患者」（19.8%）、「他院の在宅医療患者」（19.7%）であった（図表 75）。
- ・ 退院調整に向けた関与の有無について、関与が「あり」という割合は、「他院の在宅医療患者」が 95.1%で最も高く、「自院への外来通院患者」が 79.5%で最も低かった（図表 76）。
- ・ 退院調整に向けた関与を行った患者について関与した時期として、最も多いのが、いずれの患者でも「入院中」という回答であった。一方で、「入院前」あるいは「入院当初」で退院調整の関与を行っている場合も合わせて 4 割程度あった（図表 77）。
- ・ 退院調整時に連携した施設・事業所については、特に「他院の在宅医療患者」では、「連携している病院・一般診療所」「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」などで割合が高かった。また、「自院の在宅医療患者」では、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」で割合が高かった（図表 78）。
- ・ 退院調整のカンファレンスの回数は、「他医療機関への転院患者」が 2.6 回で最も多く、「自院の在宅医療患者」が 1.9 回で最も少ない結果となった。カンファレンスの平均所要時間は、「他院の在宅医療患者」が 39.5 分で最も長く、次いで「自院への外来通院患者」（35.5 分）、「自院の在宅医療患者」（35.2 分）、「他施設への入所患者」（27.4 分）、「他医療機関への転院患者」（26.8 分）となった（図表 79）。
- ・ 退院調整における院内のカンファレンス参加者についてみると、いずれの患者においても「看護師」「社会福祉士」「担当医」「理学療法士」の参加割合が高かった。次いで外部の

カンファレンス参加者についてみると、「自院の在宅医療患者」「他院の在宅医療患者」の場合、「居宅介護支援事業所」「訪問看護ステーション」の割合が高かった。いずれの患者においても、「歯科保険医療機関」「保険薬局」の割合は低かった（図表 80、図表 81）。

- ・ 「他医療機関に転院した患者の転院先」は、「連携病院の一般病棟」が 30.2%で最も多く、次いで「連携病院の療養病棟」(24.4%)、「(連携先でない) その他の病院」(19.7%)、「連携病院の回復期リハビリテーション病棟」(16.2%)となった（図表 82）。
- ・ 「他施設へ入所した患者の入所先」は、「介護老人保健施設」が 35.5%で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」(34.4%)となった（図表 83）。
- ・ 「自院に外来通院している患者の通院頻度」は、「1 か月に 1 回程度」が 47.3%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(24.0%)、「週に 1、2 回程度」(9.9%)となった（図表 84）。
- ・ 「自院の在宅医療患者の訪問診療の頻度」は、「1 か月に 1 回程度」が 25.2%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(22.6%)、「週に 1、2 回程度」(19.1%)となった（図表 85）。
- ・ 「他院の在宅医療患者の訪問看護の頻度」は、「週に 1、2 回程度」が 59.1%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(7.0%)となった（図表 86）。

（2）在宅医療調査

- ・ 回答施設 400 施設の種別は、「在宅療養支援病院（以下、「在支病」）」が 17.3%（69 施設）、「在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）」が 64.0%（256 施設）、「在支病以外の病院」が 18.0%（72 施設）、「在支診以外の診療所」が 0.8%（3 施設）であった（図表 87）。
- ・ 施設の開設者は、在支病では「医療法人」が 68.1%で最も多く、次いで「公立」と「その他の法人」が 14.5%となった。また、在支診では「医療法人」が 55.5%で最も多く、次いで「個人」が 38.7%となった（図表 88）。
- ・ 有床診療所 53 施設の病床規模は、「15～19 床」が 77.4%で最も多く、次いで「～9 床以下」が 11.3%、「10～14 床」が 9.4%となった。また、病床数の平均は 16.3 床（中央値 19 床）であった。病院 141 施設の病床規模は、在支病では「50～99 床」が 34.8%で最も多く、次いで「100～149 床」が 21.7%となった。一方、在支病以外の病院では「150～199 床」が 22.2%で最も多く、次いで「300～499 床」が 16.7%となった。また、病床数の平均は在支病では 102.1 床（中央値 94 床）、在支病以外の病院では 225.5 床（中央値 184.5 床）となった。在支病の施設要件があるため、在支病のほうが在支病以外の病院と比較して平均病床数が小さかった（図表 90、図表 91）。
- ・ 在宅医療を開始した時期は、在支病では「1990～1999 年」が 24.6%で最も多かった。これに「1979 年以前」「1980～1989 年」も加えると半数近くが 1999 年以前の開始となっている。在支診では「2000～2005 年」が 23.4%で最も多く、次いで「1990～1999 年」が 22.3%となった。在支病と比較して、「2000～2005 年」に在宅医療を開始した施設が多い（図表 92）。
- ・ 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期は、在支病では「2010 年」が 72.5%で最も多く、次いで「2011 年」が 17.4%であった。また、在支診では「2006 年」が 46.1%で最も多く、次いで「2007 年」が 9.8%、「2010 年」が 8.6%となった（図表 93）。

- ・ 在支病以外の病院における在宅療養支援病院の届出をしていない理由としては、「24 時間往診の体制構築が困難」が 56.9%で最も多く、次いで「許可病床数が 200 床以上であるため」が 40.3%、「24 時間訪問看護の体制構築が困難」が 23.6%、「24 時間連絡の体制構築が困難」が 18.1%と続いた（図表 94）。
- ・ 訪問診療を行う時間の定め方は、在支病では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が 46.4%で最も多く、次いで「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が 23.2%となった。また、在支診では「昼休みや外来の前後で訪問診療を行っている」が 37.5%で最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を行っている」が 27.7%、「午前中は外来診療、午後に訪問診療を行っている」が 17.2%となった（図表 95）。
- ・ 職員数は、在支病では在支病以外の病院と比較して、1 施設あたりの平均職員数が少ないが、「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」については、医師数や職員数合計などで上回っている。一方、在支診では在支診以外の診療所と比較して、1 施設あたりの平均職員数と「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」が多い（図表 96）。
- ・ 1 か月間の外来延べ患者数についてみると、在支病では「2,000～4,999 人」が 43.5%で最も多く、次いで「1,000～1,999 人」が 18.8%となった。外来延べ患者数の中央値は 2,865 人であった。また、在支診では「1,000～1,999 人」が 30.1%で最も多く、次いで「500～999 人」が 28.1%、「～499 人以下」が 23.8%であった。外来延べ患者数の中央値は 936 人であった（図表 97、図表 98）。
- ・ 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数の平成 23 年 6 月の実績は、在支病が平均 39.56 人、在支診が平均 43.91 人、在支病以外の病院が平均 20.32 人、在支診以外の診療所が平均 1.50 人であった。在支病、在支診、在支診以外の診療所では平成 21 年 6 月と比較して、患者数は増加している。特に、在支病、在支診では、「75 歳以上」「65 歳以上 75 歳未満」の患者数が増加している（図表 99）。
- ・ 主たる疾患別患者数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「認知症」の患者が平成 21 年と比較して増加している。また、在支病、在支診では、すべての疾患で患者数の増加がみられた（図表 102）。
- ・ NICU から在宅医療に移行した患者の受入れ数について、平成 23 年 6 月の 1 施設あたりの平均は、在支病が 2.44 人、在支診が 1.43 人、在支病以外の病院が 1.79 人であった。平成 21 年 6 月と比較して大きな変化はみられない（図表 103）。
- ・ 診療報酬項目別算定患者数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「往診」「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」「在宅移行早期加算」「訪問看護指示料」については、平成 21 年 6 月と比較して増加した。特に、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」では大きく増加した（図表 104）。
- ・ 診療報酬項目別算定回数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」の算定回数は平成 21 年 6 月と比較して減少しているが、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」では大きく増加している（図表 105）。
- ・ 在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法については、いずれの施設

も「施設や職員の電話番号のみ通知」が最も多かった。この他の通知方法として、在支病と在支診では「施設や職員と連携医療機関の電話番号を通知」が多くなっている（在支病 29.0%、在支診 44.1%）（図表 106）。

- ・ 緊急時の連絡への対応者については、在支病や在支病以外の病院では、「主に看護職員が受けている」がそれぞれ 65.2%、63.9%で最も多く、次いで「主に事務職員が受けている」がそれぞれ 17.4%、20.8%で続いた。また、在支病と在支病以外の病院とで比較すると、在支病のほうが「主に医師が受けている」の割合が高かった。一方、在支診では「主に医師が受けている」が 67.6%で最も多く、次いで「主に看護職員が受けている」（25.4%）となった（図表 107）。
- ・ 緊急時の往診体制については、在支病、在支診では「時間内、時間外のいずれも行っている」がそれぞれ 69.6%、75.8%で最も多かった。在支病では、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が 13.0%、「時間内、時間外ともに行っていない」が 10.1%と続いた（図表 108）。
- ・ 緊急時の往診体制の構築方法については、在支病では「自院のみで体制構築している」が 89.9%、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 5.8%であった。一方、在支診では「自院のみで体制構築している」が 50.8%で、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 46.5%となった。在支診では在支病と比較して、他の医療機関と連携して緊急時の往診体制を構築している施設の割合が高い（図表 109）。
- ・ 緊急時に往診した回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 24.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 31.3 回となり、緊急時の往診回数は増加している。中央値でも、改定前が 8.0 回であったのに対し、改定後は 9.5 回と増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 19.8 回で、改定後は 22.8 回と増加している。中央値でも改定前 4.0 回に対し、改定後は 5.0 回と増加している（図表 110）。
- ・ 緊急入院が必要と判断された回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 5.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 6.1 回となり、緊急入院が必要と判断された回数はやや増加している。一方、在支病以外の病院、在支診以外の診療所では、改定前と比較して改定後の平均回数は若干減少している（図表 113）。
- ・ 在宅で看取りを行った回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 3.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 4.9 回となり、在宅で看取りを行った回数は増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 3.9 回で、改定後は 4.5 回と若干増加している（図表 116）。
- ・ 平成 23 年 4 月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかった経験の有無として、在支病では 13.0%、在支診では 11.3% が「複数回あった」と回答している。また、「1 回あった」という回答も、在支病では 1.4%、在支診では 4.7%となった（図表 119）。
- ・ 回答施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成 23 年 6 月 1 か月間）は、在支病が

2.25回、在支診が1.50回、在支病以外の病院が3.30回、在支診以外の診療所が0.67回であった（図表121）。

- ・平成23年6月1か月間に実際にカンファレンスを開催した実績のある施設でのカンファレンスの回数は、在支病が4.35回、在支診が2.91回、在支病以外の病院が5.56回、在支診以外の診療所が1.00回であった（図表122）。
- ・カンファレンスに参加することのある連携機関については、在支病では「居宅介護支援事業所」が58.0%、「訪問看護ステーション」が55.1%、「連携している診療所・病院」が46.4%、「地域包括支援センター」が43.5%という状況であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が49.6%、「訪問看護ステーション」が46.9%、「居宅介護支援事業所」が39.8%、「地域包括支援センター」が23.0%であった（図表123）。
- ・平成23年6月1か月間における他の在宅療養支援病院との連携の有無について、「連携している」という回答は、在支病が21.7%、在支診が52.3%、在支病以外の病院が18.1%であり、在支診で割合が高かった（図表124）。
- ・連携している施設・事業所の数は、在支病では「連携している診療所・病院」が平均6.3箇所、「訪問看護ステーション」が2.0箇所、「歯科保険医療機関」が0.7箇所、「保険薬局」が1.0箇所、「居宅介護支援事業所」が5.3箇所、「地域包括支援センター」が1.8箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が平均3.5箇所、「訪問看護ステーション」が2.4箇所、「歯科保険医療機関」が0.3箇所、「保険薬局」が1.3箇所、「居宅介護支援事業所」が3.4箇所、「地域包括支援センター」が0.8箇所であった（図表126）。
- ・「連携している診療所・病院」との連携状況に関する評価については、在支病では18.8%、在支診では28.5%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ65.2%、76.5%となった（図表128）。
- ・「訪問看護ステーション」との連携状況に関する評価については、在支病では31.9%、在支診では36.7%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ66.7%、70.3%となった（図表129）。
- ・「歯科保険医療機関」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が7.2%、在支診が6.6%に留まった（図表130）。
- ・「保険薬局」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が17.4%、在支診が30.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ42.0%、53.6%となった（図表131）。
- ・「居宅介護支援事業所」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が33.3%、在支診が21.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ69.5%、48.1%となった（図表132）。
- ・「地域包括支援センター」との連携状況についての評価は、「十分な連携ができています」という回答は在支病が18.8%、在支診が12.1%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ50.7%、33.6%となった（図表133）。
- ・平成23年6月1か月間に特別訪問看護指示書を交付した患者数について、1施設あたりの平均患者数は、在支病が0.30人、在支診が0.79人、在支病以外の病院が0.45人であった

(図表 134)。

- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間に特別訪問看護指示書を交付した実績のある施設は、在支病では 10 施設、在支診では 70 施設、在支病以外の病院では 13 施設であった。これら実績のある施設での平均患者数は、在支病が 1.70 人、在支診が 2.46 人、在支病以外の病院が 2.00 人であった。在支病では、交付患者 1.70 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.50 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。在支診では、交付患者 2.46 人のうち、「急性増悪」の患者が 2.17 人、「非がんの終末期」の患者が 1.19 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.16 人であった。在支病以外の病院では、交付患者 2.00 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.67 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった (図表 135)。
- ・ 在宅医療を提供していた患者のうち、1 年間に死亡した患者数についてみると、1 施設あたりの平均患者数は、在支病が 10.5 人、在支診が 7.2 人、在支病以外の病院が 2.3 人、在支診以外の診療所が 1.7 人であった。また、このうち、自宅等 (在宅) にて死亡した患者数は、在支病が 4.0 人、在支診が 4.3 人、在支病以外の病院が 0.6 人、在支診以外の診療所が 1.0 人であった (図表 136)。
- ・ 現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるか尋ねた結果、「増やすことができる」という回答は、在支病が 36.2%、在支診が 51.2%、在支病以外の病院が 34.7%であった。「増やすことができる」と回答した施設に、増やすことが可能な患者数を尋ねたところ、1 施設あたりの平均は、在支病が 7.9 人、在支診が 10.6 人、在支病以外の病院が 11.0 人であった (図表 138、図表 139)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携」については、「非常に負担である」と回答した割合は、在支病が 23.2%、在支診が 18.0%、在支病以外の病院が 18.1%であり、これに「やや負担である」を合わせるとそれぞれ 53.6%、58.2%、43.0%となった。一方で、「あまり負担ではない」という回答が、在支病では 27.5%で他の施設と比較するとやや高い割合となった (図表 141)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間往診できる体制の構築またはそのための連携」については、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると、7 割以上の施設が負担と回答している (図表 144)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携」については、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると半数を超える施設が負担と回答している (図表 147)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携」については、在支病では「やや負担である」と「あまり負担ではない」がいずれも 26.1%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が 20.3%となった。また、「非常に負担である」が 7.2%、「全く負担ではない」が 13.0%であった。在支診では「やや負担である」が 31.3%で最も多く、次いで「どちらともいえない」が 25.8%、「あまり負担ではない」が 19.5%であった。また、「非常に負担である」という回答は在支病よりも 5.7

ポイント高かった（図表 148）。

- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上」については、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれの施設も「どちらともいえない」が最も多かった。また、「やや負担である」と「あまり負担ではない」はほぼ同じ割合であり、「非常に負担である」という回答は少なかった（図表 149）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携」については、在支病、在支診では「どちらともいえない」が最も多いものの、「やや負担である」と「あまり負担ではない」も多かった。在支病、在支診では「非常に負担である」が1割程度であった（図表 150）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「在宅医療に関する医療材料・機器の確保」については、在支病では「あまり負担ではない」が37.7%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が23.2%、「やや負担である」が15.9%、「全く負担ではない」が11.6%で、「非常に負担である」は4.3%であった。在支診では、在支病と比較して、「非常に負担である」「やや負担である」の割合が高かった（図表 151）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「患者や家族の理解・協力を得ること」については、在支病、在支診、在支病以外の病院では「どちらともいえない」が最も多かった。一方で、「非常に負担である」「負担である」を合わせた割合は、在支病では26.8%、在支診では25.0%、在支病以外の病院では22.2%であった（図表 152）。
- ・ 平成23年3月11日の東日本大震災によって在宅医療に関して調査時点においても影響があるかどうかを尋ねた結果、8割を超える施設が「当初から影響がない」と回答した。「現在も大きな影響が残っている」と回答した施設はなく、「現在も多少影響が残っている」が全体の1.3%、「現在は影響はなくなっている」が7.0%であった（図表 153）。

（3）訪問看護調査

- ・ 訪問看護調査において有効回答が得られた事業所・訪問看護部門400施設の属性については、「病院」が16.8%（67施設）、「診療所」が2.8%（11施設）「訪問看護ステーション」が80.5%（322事業所）であった（図表 154）。
- ・ 開設者は、病院は、「医療法人」（61.2%）が最も多く、次いで「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」（17.9%）、「その他」（9.0%）、「日本赤十字社・社会保険関係団体」（6.0%）であった。診療所は、「医療法人」（90.9%）が最も多く、次いで「消費生活協同組合及び連合会」（9.1%）であった。訪問看護ステーションは、「医療法人」（39.4%）が最も多く、次いで「営利法人」（26.4%）、「社会福祉法人」（7.1%）、「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」（6.5%）であった（図表 155）。
- ・ 回答施設・事業所における同一敷地内に併設されている施設は、「居宅介護支援事業所」（55.5%）が最も多く、次いで「病院」（34.3%）、「訪問介護事業所」（24.5%）、「診療所」（9.5%）、「保険薬局」（1.8%）であった（図表 156）。
- ・ 訪問看護を開始した時期については、病院では「1990～1999年」（28.4%）が最も多く、

次いで「2000～2005年」(19.4%)、「2006～2007年」(11.9%)であった。診療所では、「2000～2005年」(27.3%)が最も多く、次いで「1990～1999年」「2006～2007年」(それぞれ18.2%)であった。訪問看護ステーションでは、「1990～1999年」(41.0%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(28.3%)、「2008～2009年」(11.5%)であった(図表158)。

- ・ 1事業所あたり平均職員数(常勤換算)については、「保健師・助産師・看護師」は、病院で平均57.6人、診療所で平均4.4人、訪問看護ステーションで平均4.1人であった。「福祉職」は、病院で平均1.3人、診療所で平均5.0人、訪問看護ステーションで平均0.1人であった。また、看護職のうち「ケアマネジャー資格保有者」についてみると、病院は平均1.4人、診療所は平均1.3人、訪問看護ステーションは平均1.3人であった。(図表159、図表160)。
- ・ 平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)の医療保険と介護保険を合わせた訪問看護実施利用者数については、病院では、「3歳未満」「3歳以上6歳未満」「40歳以上65歳未満」で平成21年6月(診療報酬改定前)より平成23年6月(診療報酬改定後)の利用者数が多く、「65歳以上」では少なかった。訪問看護ステーションでは、全ての年齢階級で平均利用者数が平成21年6月(診療報酬改定前)より平成23年6月(診療報酬改定後)のほうが多かった(図表161)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、平成21年6月と比較して平成23年6月のほうが平均利用者数が若干増えた(図表164)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、「40歳以上65歳未満」では平成21年6月と比較して平成23年6月のほうがやや少なくなったものの他の年齢階級では高くなった(図表166)。
- ・ 訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、診療所、訪問看護ステーションでは「65歳以上」で改定前より改定後のほうが多かった。対象者がいた施設・事業所に限定すると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上65歳未満」は改定後は少なかったが、「65歳以上」は多かった(図表167)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、「65歳以上」の該当者がいる事業所数及び平均利用者数について改定後のほうが多かった(図表169)。
- ・ 平成23年6月1か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均0.21人、介護保険利用者は平均0.95人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均2.82人、介護保険利用者は平均3.34人であった(図表171)。
- ・ 平成23年6月1か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体

のうち、統合失調症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.79 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.08 人、介護保険利用者は平均 0.57 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.10 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 0.39 人、介護保険利用者は平均 0.81 人であった（図表 173）。

- 平成 23 年 6 月 1 か月間に医療保険・介護保険別に回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある平均利用者数についてみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 5.98 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 2.00 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 1.50 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 10.24 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 3.91 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 2.42 人）となった（図表 175）。
- 平成 23 年 6 月 1 か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した利用者数についてみると、病院では、施設が平均 0.02 人、居宅が平均 0.84 人であった。また、訪問看護ステーションでは、施設が平均 0.08 人、居宅が平均 3.03 人であった。また、訪問看護基本療養費Ⅱのうち、「1 名に対して訪問を実施した件数」は病院が平均 0.22 件、訪問看護ステーションが平均 1.15 件であった。同様に訪問看護基本療養費Ⅱのうち、「複数名に対して訪問を実施した件数」は病院が平均 0.00 件、訪問看護ステーションが平均 0.63 件であった（図表 177）。
- 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間で 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数を年齢階級別にみると、病院では「65 歳以上」が 0.29 人で最も多く、「総数」の平均が 0.45 人であった。訪問看護ステーションでは「65 歳以上」が 0.51 人で最も多く、次いで「40 歳以上 65 歳未満」（0.39 人）、「3 歳以上 6 歳未満」（0.37 人）で、「総数」の平均が 1.43 人であった（図表 179）。
- 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は、病院では平均 0.12 人、訪問看護ステーションでは平均 0.33 人であった。また、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数は、病院では平均 0.06 人、訪問看護ステーションでは平均 0.33 人であった。さらに、このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 0.13 人であった（図表 181）。
- 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無については、「ある」という回答は病院では 50.0%、訪問看護ステーションでは 41.1%であった（図表 183）。
- 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間の NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数についてみると、病院では、「NICU から直接移行」が 0.22 人、「NICU 以外から移行」が 0.09 人、「NICU 入室経験あり」が 0.07 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 0.07 人、「NICU 以外から移行」が 0.21 人、「NICU 入室経験あり」が 0.12

人であった（図表 184）。

- ・ 入院期間別に回答事業所・訪問看護部門で受け入れた平均乳幼児利用者数をみると、「3歳未満」において、病院では「6か月以上1年未満」が0.22人で、訪問看護ステーションでは「3か月以上6か月未満」が0.07人で最も多かった。同様に「3歳以上6歳未満」についてみると、病院では「3か月以上6か月未満」「1年以上」がそれぞれ0.03人で、訪問看護ステーションでは「1か月以上3か月未満」が0.06人で最も多かった（図表 186）。
- ・ 平成22年度の診療報酬改定前と比較した、3歳未満の乳児への訪問看護の増減について、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院で1.5%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで5.0%に留まった。「増えた」理由としては、「ニーズが増えたため」（77.8%）が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」（38.9%）、「診療報酬上の評価がされたため」（11.1%）となった（図表 187、図表 188）。
- ・ 平成22年度の診療報酬改定前と比較した、3歳以上6歳未満の幼児への訪問看護の増減について、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院・診療所では該当がなく、訪問看護ステーションで4.3%に留まった。「増えた」理由としては、「ニーズが増えたため」（71.4%）が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」（35.7%）となった（図表 189、図表 190）。
- ・ 乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先としては、病院では「保健所」が13.4%で最も多く、次いで「小児専門病院」（11.9%）、「市区町村担当部署」（9.0%）、「療育センター」「重症心身障害児施設」（それぞれ7.5%）であった。訪問看護ステーションでは、「小児専門病院」が31.7%で最も多く、次いで「療育センター」（16.5%）、「重症心身障害児施設」（15.5%）、「保健所」（13.4%）、「市区町村担当部署」（12.4%）であった（図表 191）。
- ・ 乳幼児の在宅移行につながる連携体制についてみると、病院では、「多職種間での情報共有」が26.9%で最も多く、次いで「退院前カンファレンス」（20.9%）、「医療機関への退院前訪問」（19.4%）となった。訪問看護ステーションでは、「退院前カンファレンス」が45.0%で最も多く、次いで「多職種間での情報共有」（43.5%）、「医療機関への退院前訪問」（41.0%）であった（図表 192）。
- ・ 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無については、「いた」という回答が、病院で17.9%、診療所で18.2%、訪問看護ステーションで26.7%であった（図表 193）。
- ・ 看護職員が医療職以外の職種と同時に訪問した利用者の有無は、「いた」と回答した事業所は、病院は7.5%、診療所は9.1%、訪問看護ステーションは19.6%であった（図表 196）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」は、病院が平均0.70人、訪問看護ステーションが平均1.10人であった。このうち、「週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均0.62人、訪問看護ステーションが平均0.80人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均0.24人、訪問看護ステーションが平均0.43人であった（図表 199）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「特別訪問看護

指示期間中の利用者」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.16 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.12 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.04 人であった（図表 200）。

- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「重症者管理加算の対象となる利用者」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.77 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.48 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.24 人であった（図表 201）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.15 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.11 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.00 人、訪問看護ステーションが平均 0.08 人であった（図表 202）。
- ・ 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間のターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した平均利用者についてみると、「がん」の利用者数は、病院が 1.26 人、訪問看護ステーションが 2.92 人であった。「がん以外」の利用者数は、病院が 0.39 人、訪問看護ステーションが 1.43 人であった（図表 204）。
- ・ 訪問看護開始から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 2.29 か月、訪問看護ステーションが 3.32 か月であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 10.38 か月、訪問看護ステーションが 11.95 か月と「がん」よりも期間が長くなった（図表 206）。
- ・ 最後の退院から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 2.56 か月、訪問看護ステーションが 2.55 か月であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 8.46 か月、訪問看護ステーションが 5.74 か月と「がん」よりも期間が長くなった（図表 207）。
- ・ 死亡前 14 日以内の訪問回数についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 5.56 回、訪問看護ステーションが 7.74 回であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 2.73 回、訪問看護ステーションが 6.44 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった（図表 208）。
- ・ 死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 39.91 分、訪問看護ステーションが 60.19 分であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 19.64 分、訪問看護ステーションが 49.52 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった（図表 209）。
- ・ ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由についてみると、病院では、「緊急入院となり、病院にて 24 時間を過ぎて死亡」が 14.9%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡

までが 14 日以内」(7.5%) となった。訪問看護ステーションでは、「緊急入院となり、病院にて 24 時間を過ぎて死亡」が 38.2%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが 14 日以内」(19.3%)、「死亡日前 14 日以内に 2 回の訪問を実施していなかった」(14.6%) となった (図表 210)。

- ・ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数についてみると、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 1.02 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 0.57 人であった (図表 211)。
- ・平成 23 年 6 月 1 か月間における「訪問看護基本療養費Ⅲ (同一建物居住者訪問看護・指導料)」の診療報酬の対象となった利用者数についてみると、病院は平均 1.48 人、訪問看護ステーションは平均 0.50 人であった (図表 213)。
- ・医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数についてみると、病院は平均 0.05 人、訪問看護ステーションは平均 0.25 人であった (図表 215)。
- ・臨時応急の手当を行うための道具についてみると、「救急セット」が 29.2%で、「臨時応急の手当を行う道具は置いていない」が 38.8%であった (図表 217)。
- ・事業所における感染防止、衛生管理に要する物品についてみると、「使い捨て手袋」(96.6%) と「手指用消毒液」(94.7%) を置いている事業所が 9 割を超えた。「機器用消毒薬」は 59.0%、「滅菌手袋」は 30.7%であった (図表 218)。
- ・平成 22 年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途についてみると、「その他事業所の運営」(24.2%) が最も多く、次いで「スタッフの待遇改善」(17.4%)、「スタッフの研修」(16.8%)、「設備購入」(13.7%)、「新たなスタッフの雇用」(9.6%)、「衛生材料の購入・管理」(9.0%) であった (図表 219)。
- ・訪問看護ステーションにおける「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無についてみると、「24 時間対応体制加算を届出している」事業所が 68.6%、「24 時間連絡体制加算を届出している」事業所が 11.8%、「両方とも届出していない」事業所が 12.1%であった (図表 220)。
- ・訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無についてみると、「ある」と回答した事業所が 35.4%、「ない」と回答した事業所が 57.1%であった。サービス提供時間外の「設定している時間帯」についてみると、早朝では「6 時 00 分～8 時 00 分」(31.9%)、夜間では「18 時 00 分～22 時 00 分」(41.8%)、深夜では「22 時 00 分～6 時 00 分」(66.7%) が最も多かった (図表 221、図表 222)。
- ・訪問看護ステーションにおけるサービス提供時間外の「料金設定」についてみると、全ての時間帯において「1000～2999 円」が最も多くなり、平日よりも土曜や日曜祝日の方が 3000 円以上の料金設定が多くなり、料金が高めに設定されていた (図表 223)。
- ・サービス提供時間外の「利用者数」についてみると、「平日夜間」が平均 0.74 人で最も多く、次いで「平日早朝」(平均 0.46 人)、「土曜早朝」(平均 0.43 人)、「日曜祝日早朝」(平

均 0.38 人) となった (図表 224)。

- ・ 訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無についてみると、「あり」と回答した事業所が 22.4%、「なし」と回答した事業所が 50.3%であった (図表 225)。
- ・ 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数についてみると、「医療処置 (胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等) を実施」が平均 0.47 人で最も多く、次いで「病状不安定」(0.41 人)、「ターミナルケア」(平均 0.38 人)、「急性増悪」(平均 0.34 人) であった (図表 226)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、訪問看護を実施した退院直後の平均利用者数をみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は 0.41 人で、このうち「退院支援指導加算算定者数」は 0.19 人であった (図表 228)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数をみると、「介護保険の適用となったため、算定できなかった」が平均 0.38 人で最も多く、次いで「特別な関係にある医療機関からの退院のため」(平均 0.28 人) となった (図表 230)。
- ・ 訪問看護ステーションにおいて、平成 21 年と平成 23 年の各 6 月 1 か月間の重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数をみると、平成 21 年は平均 0.43 人、平成 23 年は平均 0.53 人であった (図表 232)。
- ・ 平成 22 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に 4 日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無について、「いた」と回答した事業所が 32.6%、「いなかった」と回答した事業所が 50.9%であった。「いた」と回答した事業所における該当利用者数は平均 7.09 人であった (図表 234、図表 235)。
- ・ 複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数については、平成 21 年が平均 0.68 人、平成 23 年が 0.99 人であった。このうち、「同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数」は、平成 21 年が平均 0.04 人、平成 23 年が平均 0.06 人であった。理由をみると、「利用者に頻回な訪問看護が必要である」が 66.0%で最も多く、次いで「各訪問看護ステーションの専門性が異なる」(31.4%)、「利用者数が多く、受入可能な範囲を超えている」(20.9%)、「近くに訪問看護ステーションがない」(3.9%) となつ (図表 236、図表 237)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数は、病院が平均 0.34 人、訪問看護ステーションが平均 0.35 人であった (図表 238)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、他の医療機関への平均訪問回数 (退院時カンファレンス等のために訪問した場合等) と 1 回あたりの所要時間については、病院では、訪問が平均 0.58 回、1 回あたりのカンファレンス所要時間が平均 54.75 分であった。訪問看護ステーションでは、訪問が平均 1.40 回、1 回あたりのカンファレンス所要時間が平均 56.26 分であった (図表 240)。
- ・ 平成 22 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際

に断られた経験の有無については、「頻繁にある」という回答が訪問看護ステーションでは1.2%であったが、病院・診療所ではなかった。また、「時々ある」という回答が病院では1.5%、訪問看護ステーションでは14.9%であった（図表242）。

- ・ 東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったかについて尋ねた結果、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれも「影響を受けていない」が7割を超えた。一方で、訪問看護ステーションでは「看護職員の1人あたりの負担が重くなった」が5.6%、「訪問のための交通手段への影響により訪問看護提供体制が薄くなった」が3.7%であった（図表243）。

（4）患者調査

- ・ 患者の性別は、「男性」が47.5%、「女性」が52.5%であった（図表244）。
- ・ 年齢については、男性では「40歳以上～65歳未満」が20.0%で最も多く、次いで「75歳～80歳未満」（17.4%）、「80歳以上～85歳未満」（15.6%）、「70歳以上～75歳未満」「85歳以上～90歳未満」（それぞれ13.0%）であった。女性では、「90歳以上」が28.1%で最も多く、次いで「85歳以上～90歳未満」（18.4%）、「80歳以上～85歳未満」（16.1%）、「40歳以上～65歳未満」（11.0%）であった。男性と比較して女性のほうが高齢階級の患者割合が高かった（図表245）。
- ・ 同居家族の有無は、全体で「いる」患者が80.8%、「いない」患者が17.6%であった（図表246）。
- ・ 現在の住まいは、全体で「一戸建て」（75.7%）が最も多く、次いで「集合住宅」（16.7%）、「施設等」（6.5%）となった（図表248）。
- ・ 医療区分についてみると、男性では、「医療区分2」が33.7%で最も多く、次いで「医療区分1」（33.3%）、「医療区分3」（16.7%）であった。女性では、「医療区分1」が38.5%で最も多く、次いで「医療区分2」（28.4%）、「医療区分3」（16.1%）であった（図表250）。
- ・ 退院転帰についてみると、全体で「軽快」（44.3%）が最も多く、次いで「不変」（27.6%）、「悪化」（2.6%）、「治癒」（1.6%）であった（図表252）。
- ・ 在宅移行前の入院・入所場所は、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」（48.9%）がもっとも多く、次いで「在宅療養支援病院」（21.8%）であった（図表255）。
- ・ NICUの入院の有無は、全体では「入院していた」患者が1.4%、「入院していない」患者が84.0%であった（図表257）。
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は、全体では「C」（45.2%）が最も多く、次いで「B」（24.1%）、「A」（17.4%）、「J」（7.4%）であった（図表259）。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、全体では「自立」（27.6%）が最も多く、次いで「I」「II」（それぞれ14.8%）、「III」（13.5%）、「IV」（12.8%）、「M」（6.7%）であった（図表261）。
- ・ 要介護認定の状況は、全体では「要介護5」（38.5%）が最も多く、次いで「要介護4」（16.2%）、「要介護3」（10.4%）、「要介護2」（8.8%）、「要介護1」（4.6%）であった（図表263）。
- ・ 障害者手帳などの種類は、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が41.5%であり、

- 「手帳なし」の患者は 38.7%であった（図表 265）。
- 身体障害者手帳の等級は、全体では「1 級」（72.0%）が最も多く、次いで「2 級」（11.4%）、「3 級」（5.5%）、「4 級」（3.8%）であった（図表 267）。
 - 受けている医療についてみると、全体では「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が 49.7%で最も多く、次いで「リハビリテーション」（35.3%）、「浣腸・排便」（29.2%）、「吸入・吸引」（23.9%）、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（23.6%）であった（図表 270）。
 - 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、全体では「精神、神経疾患」が 29.9%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（28.8%）、「循環器疾患」（22.5%）であった（図表 272）。
 - 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、全体では「2000～2005 年」が 23.9%で最も多く、次いで「2006～2007 年」「2008～2009 年」（それぞれ 14.4%）、「2010 年以降」（13.9%）、「1990～1999 年」（13.4%）であった（図表 275）。
 - 直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全体では「2010 年以降」（41.1%）が最も多くなった。ただし、無回答が多かった点に留意する必要がある（図表 277）。
 - 往診を開始した時期についてみると、全体では「2010 年以降」が 33.6%で最も多く、次いで「2008～2009 年」（20.6%）、「2006～2007 年」（11.8%）となった（図表 279）。
 - 訪問看護を開始した時期についてみると、全体では「2010 年以降」が 30.9%で最も多く、次いで「2008～2009 年」（22.8%）、「2006～2007 年」（11.2%）となった。2000 年以降が 7 割以上を占めた。男女別にみても同じ傾向であった（図表 281）。
 - 褥瘡の状態についてみると、全体では「グレードⅠ」が 71.7%で最も多く、次いで「グレードⅡ」（13.2%）、「グレードⅣ」（8.5%）、「グレードⅢ」（6.6%）となった（図表 283）。
 - 医師の訪問頻度についてみると、全体では「1 か月に 2、3 度」が 37.4%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」（21.3%）、「1 か月に 1 度」（17.9%）となった（図表 285）。
 - 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、全体では「いつもの医師に往診してもらおう」が 35.5%で最も多く、次いで「訪問看護師にきてもらおう」（29.7%）、「救急車をよぶ」（22.3%）となった（図表 287）。
 - 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が 65.2%で最も多く、「やや満足」（17.9%）と合わせると 8 割を超えた（図表 289）。
 - 1 か月以内における訪問看護師の訪問の有無について、全体では「きた」と回答した患者が 8 割を超えた（図表 291）。
 - 1 か月以内における訪問看護師の訪問頻度についてみると、全体では「1 週間に 2、3 度」が 45.3%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」（29.1%）、「毎日」（11.7%）、「1 か月に 2、3 度」（8.2%）となった（図表 293）。
 - 看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が 82.0%で最も多く、「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が 9 割を超えた（図表 295）。
 - 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全体では「いつも 1 人でくる」が

78.0%で最も多く、次いで「複数名でくることがある」(15.1%)、「いつも複数名でくる」(4.6%)となった(図表 297)。

- ・ 訪問看護師の事業所への緊急連絡についてみると、全体では「連絡したことがある」と回答した患者が半数を占めた。「連絡をしたことがある」と回答した患者において、緊急連絡時の訪問看護師の対応についてみると、全体では「電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた」が 65.8%で最も多く、次いで「電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した」(50.4%)、「電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた」(12.9%)となった(図表 299、図表 300)。
- ・ 現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、全体では「ある」と回答した患者が 35.0%であった。歯や口の中に気になることなどが「ある」と回答した患者において、歯科の訪問診療の希望についてみると、全体では「希望している」と回答した患者が 56.3%であった(図表 301、図表 302)。
- ・ 歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 16.7%、「受けていない」と回答した患者が 76.6%であった。歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者において、歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「必要がないから」が 61.2%で最も多かったが、「歯科の訪問診療があることを知らない」が 9.4%、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」が 3.4%となり、1割を超える患者が歯科訪問診療自体や相談窓口を知らないと回答した(図表 304、図表 305)。
- ・ 現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者において、歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 49.1%、「受けていない」と回答した患者が 45.5%であった。歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者における、訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「歯科の訪問診療があることを知らない」が 21.6%、「どこに相談していいのかわからない」が 13.7%となった(図表 308、図表 309)。
- ・ 普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、全体では「家族が薬局にとりにいっている」が 33.9%で最も多く、次いで「薬局の薬剤師がとどけてくれる」(26.5%)、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(16.3%)、「看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(7.9%)であった。普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取ると回答した患者における、受け取る頻度についてみると、全体では「1か月に2、3度」が 56.3%で最も多く、次いで「1か月に1度」(25.8%)、「1週間に1度」(8.6%)であった(図表 312、図表 313)。
- ・ 退院にむけての説明を受けた時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が 46.7%で最も多く、次いで「退院近く」(23.4%)であった(図表 315)。
- ・ 退院にむけての説明を聞いたかった時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が 52.4%で最も多く、次いで「退院近く」(15.6%)、「入院してすぐ」(6.0%)となった(図表 317)。
- ・ 病院の医師や看護師などが退院後の生活に対する希望を実現できる体制を整えてくれた

かについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が44.6%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると62.2%となった(図表320)。

- ・ 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が46.4%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると62.6%となった(図表322)。
- ・ 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が45.7%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると61.9%となった(図表324)。
- ・ 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか尋ねたところ、全体では「そう思う」が41.5%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると55.2%となった(図表326)。
- ・ 自宅で(家族と)生活できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が57.5%で最も多く、これに「やや満足」(30.1%)を合わせると9割近くとなった(図表328)。
- ・ 自宅にいながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が71.0%で最も多く、これに「やや満足」(23.0%)を合わせると9割を超えた(図表330)。
- ・ 体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、「訪問看護師」が44.3%で最も多く、次いで「訪問診療の医師」(38.8%)、「ケアマネージャー」(5.1%)となった(図表332)。

入院医療機関票

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

- ※ 以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、施設名、施設の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。
- ※ この「入院医療機関票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における退院調整の実施状況や医療と介護の連携状況、在宅医療や各施設・事業所との連携に関するお考え等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	

- ※ 質問のセクション(1~5の番号など)ごとに、ご回答者様の所属する部署名、職種番号をお書きください。職種に関しては、下記の【職種選択肢】の中からあてはまる番号を太線枠の回答欄にお書きください。

質問のセクション	部署名	職種
(記入例) 2. 退院調整の実施状況	地域連携室	3、10
1. 貴施設の状況について		
2. 退院調整の実施状況について		
3. 退院後のフォロー状況について		
4. 東日本大震災の影響について		
5. 課題について		
患者調査 (p7~p11)		

【職種選択肢】

- | | | | | |
|--------------|-----------|----------|----------|-----------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 | 3. 看護師 | 4. 准看護師 | 5. 薬剤師 |
| 6. 理学療法士 | 7. 作業療法士 | 8. 言語聴覚士 | 9. 歯科衛生士 | 10. 看護補助者 |
| 11. その他の医療職種 | 12. 社会福祉士 | 13. 事務職員 | | |
| 14. その他(具体的に |) | | | |

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人

②標榜診療科 ※〇はいくつでも	1. 内科	2. 呼吸器内科	3. 循環器内科	4. 消化器内科
	5. 神経内科	6. 皮膚科	7. 小児科	8. 精神科
	9. 外科	10. 消化器外科	11. 泌尿器科	12. 脳神経外科
	13. 整形外科	14. 形成外科	15. 眼科	16. 耳鼻いんこう科
	17. 産婦人科	18. リハビリテーション科	19. 放射線科	
	20. 麻酔科	21. リウマチ科	22. 肛門外科	23. 歯科
	24. その他（具体的に			

③貴施設に該当するものを選択してください。 ※〇はいくつでも	1. D P C 対象病院	2. D P C 準備病院
	3. 地域医療支援病院	4. 特定機能病院
	5. がん診療連携拠点病院	6. いずれもあてはまらない

④貴施設の職員数を常勤換算でお書きください。

医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士
.
言語聴覚士	看護補助者	その他の医療職種	社会福祉士	事務職員	その他の職員	計
.

*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
 ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

⑤貴施設の病床数、1日平均入院患者数（小数点以下第1位まで）をお書きください。

	一般病棟	療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	その他の病棟	計
1) 病床数	床	床	床	床	床	床
2) 1日平均入院患者数	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人

⑥貴施設における各年の平均在院日数（小数点以下第1位まで）をお書きください。

1) 平成21年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成22年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
3) 平成23年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

2. 貴施設における退院調整の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設には、地域連携を担当する部署はありますか。※〇は1つ	1. ある	2. ない	3. 開設準備中	
			専従	専任
②貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。実人数を専従、専任別にお書きください。	1) 医師	() 人	() 人	() 人
	2) 看護師	() 人	() 人	() 人
	3) 准看護師	() 人	() 人	() 人
	4) 社会福祉士	() 人	() 人	() 人
	5) 事務職員	() 人	() 人	() 人
	6) その他()	() 人	() 人	() 人
	合計	() 人	() 人	() 人
③施設基準の「届出状況」と、届出がある場合、「届出時期」、「算定回数（平成21年6月と平成23年6月）」についてお答えください。				

施設基準等	届出状況	届出時期	算定回数	
			平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
1) 総合評価加算 ※平成 21 年は、「後期高齢者 総合評価加算」	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	() 回
2) 介護支援連携指導料	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
3) 後期高齢者退院調整加算	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	
4) 急性期病棟等退院調整 加算 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
5) 急性期病棟等退院調整 加算 2	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
6) 新生児特定集中治療室 退院調整加算	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
7) 地域連携診療計画退院時 指導料 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	() 回
8) 慢性期病棟等退院調整 加算 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
9) 慢性期病棟等退院調整 加算 2	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
10) 8) 9) のうち 退院支援計画作成加算			() 回	() 回
11) 8) 9) のうち 退院加算			() 回	() 回
施設基準等			算定回数	
			平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
12) 退院時共同指導料 2			() 回	() 回
13) 上記 12) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療 機関の医師と共同して指導を行った場合 (300 点)			() 回	() 回
14) 上記 12) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医 師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬 剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、居宅介護支援事業者の介 護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合(2,000 点)			() 回	() 回
15) 上記 14) のうち、ケアマネジャーと連携した回数			() 回	() 回
16) 退院時リハビリテーション指導料			() 回	() 回
17) 退院前訪問指導料			() 回	() 回
④外泊中の訪問看護について貴施設の状況等をお答えください。				
1) 外泊中に訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思いますか。			1. 思う	2. 思わない
2) 外泊中に訪問看護を利用できれば、退院が促進されると思われる患者は月に何名くらいいますか。			() 名	
3) どのような患者 (疾患・状態) に外泊中の訪問看護が必要だと思えますか。ご自由にお書きください。				

⑤貴施設で定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所の数（各年6月末現在）、定期会合の回数（各年6月1か月間）についてお答えください。

	連携している施設・事業所数			定期会合の月間開催数		
	平成21年6月	平成22年6月	平成23年6月	平成21年6月	平成22年6月	平成23年6月
1) 病院・診療所	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
2) 上記1)のうち、在宅療養支援病院・診療所	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
3) 訪問看護ステーション	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
4) 歯科保険医療機関	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
5) 保険薬局	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
6) 介護老人保健施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
7) 介護老人福祉施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
8) その他の施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
9) 居宅介護支援事業者	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
⑥上記⑤の1)のうち、貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所数をお答えください。	() 箇所					
⑦上記⑥のうち、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の数をお答えください。	() 箇所					

⑧1か月に貴施設から退院した患者についてその人数をお答えください。

	平成21年6月 【診療報酬改定前】	平成23年6月 【改定後】
1) 退院患者数	() 人	() 人
2) 上記1)のうち、退院調整をした患者数（加算算定の有無は問わず）	() 人	() 人
3) 上記1)のうち、他医療機関へ転院した患者数・・・【症例A】	() 人	() 人
4) 上記1)のうち、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数・・・【症例B】	() 人	() 人
5) 上記1)のうち、自院に外来通院となった患者数・・・【症例C】	() 人	() 人
6) 上記1)のうち、在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数	() 人	() 人
7) 上記6)のうち、自院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護（併設の訪問看護ステーションも含む））を受けている患者数・・・【症例D】	() 人	() 人
8) 上記6)のうち、他院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護）を受けている患者数・・・【症例E】	() 人	() 人
9) 上記8)のうち、退院時共同指導料を算定した患者数	() 人	() 人
10) 上記1)のうち、死亡退院患者数	() 人	() 人

【症例A】、【症例B】、【症例C】、【症例D】、【症例E】に該当する患者についての、
患者調査（このアンケートの7ページ以降）につきましても、重要な調査ですので、後程、ご協力をお願いいたします。

⑨退院調整を効果的に行うために工夫していることがございましたら、ご自由にお書きください。

⑩在宅医療を実施していく上で、どのような研修を受けたいと思いますか。ご自由にお書きください。

3. 退院後のフォロー状況についてお伺いします。

①貴施設・関連施設・事業所では、訪問診療や訪問看護などの在宅医療を行っていますか。※〇は1つだけ

1. 訪問診療のみ自院が行っている →質問②以降へお進みいただき、**在宅医療票**にもご協力をお願いします。
2. 訪問看護のみ自院（併設の訪問看護ステーションは含まない（下記 4.に該当するため））が行っている →質問②以降へお進みいただき、**訪問看護票**にもご協力をお願いします。
3. 訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている →質問②以降へお進みいただき、**在宅医療票**、**訪問看護票**にもご協力をお願いします。
4. 関連施設・事業所が行っている →質問②へ**在宅医療票**、**訪問看護票**はお答えいただく必要はございません
5. 行っていない →質問②へ**在宅医療票**、**訪問看護票**はお答えいただく必要はございません
6. その他（具体的に _____） →6ページの4.へお進みください。

②下記加算の「算定回数（平成 23 年 5 月と 6 月）」についてお答えください。

施設基準等	算定回数	
	平成 23 年 5 月	平成 23 年 6 月
1) 救急・在宅等支援療養病床初期加算	() 回	() 回
2) 在宅患者緊急入院診療加算 ー連携医療機関である場合（1300 点）	() 回	() 回
3) 在宅患者緊急入院診療加算 ー連携医療機関以外の場合（650 点）	() 回	() 回

③次の患者数についてお答えください。

	平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
1) 在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	() 人	() 人
うち緊急入院した患者数	() 人	() 人
2) 上記 1) のうち貴施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	() 人	() 人
うち緊急入院した患者数	() 人	() 人

④貴施設では、他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携により、以下のような効果がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 救急外来受診や再入院が減った	5	4	3	2	1
2) 在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた	5	4	3	2	1
3) 自宅退院が増えた	5	4	3	2	1
4) 退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った	5	4	3	2	1
5) 平均在院日数が減った	5	4	3	2	1
6) 他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった	5	4	3	2	1
7) 他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった	5	4	3	2	1

4. 東日本大震災の影響についてお伺いします。

①平成 23 (2011) 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても退院調整や退院後のフォロー等に関して、患者数などに影響がありますか。
※○は1つだけ

1. 当初から影響はない
 2. 現在も、退院調整や退院後のフォロー等に関して大きな影響が残っている
 3. 現在も、退院調整や退院後のフォロー等に関して多少影響が残っている
 4. 現在は、退院調整や退院後のフォロー等に関して影響はなくなっている
 5. その他 (具体的に)

①-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にお書きください。

5. 在宅医療を推進していく上で、入院医療機関としてどのような課題がありますか。ご自由にお書きください。

【症例B】平成23年6月1か月間に退院した患者で、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者の症例

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢（退院時）	() 歳
③主たる傷病名		④同居家族の有無	1. あり 2. なし
⑤入院前の所在	1. 自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等（在宅医療は受けていなかった） 2. 自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等（在宅医療を受けていた） 3. 他の医療機関に入院 4. その他（具体的に)		
⑥貴施設における入院開始日	平成()年()月()日		
⑦入院当初の退院予定日	平成()年()月()日		
⑧貴施設における退院日	平成()年()月()日		
⑨手術の有無	1. あり 2. なし	⑩（手術がある場合） 手術日	平成()年()月()日
⑪退院調整に向けて、地域連携を担当する部署の関与はありましたか。	1. あり → ⑩-1 関与を開始した時期 1. 入院前 2. 入院当初 3. 入院中 4. 退院直前 5. その他（具体的に) 2. なし		
⑫退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。 ※〇はいくつでも	1. 連携している病院・一般診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 訪問介護事業所 7. 介護施設 8. その他（具体的に)		
⑬どのような退院調整を行いましたか。具体的にお書きください。			
⑭退院調整の初回カンファレンス時期	平成()年()月()日		
⑮退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	() 回 1回あたりの平均所要時間：() 分程度		
⑯退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー） ※〇はいくつでも	(院内) 1. 担当医 2. 前記1以外の医師 3. 歯科医師 4. 看護師 5. 准看護師 6. 病院薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 歯科衛生士 11. 社会福祉士 12. 事務職員 13. その他（具体的に) (外部) 14. 在宅医療を実施する医療機関 15. 訪問看護ステーション 16. 歯科保険医療機関 17. 保険薬局 18. 居宅介護支援事業所 19. 介護施設 20. その他（具体的に)		
⑰入所した先	1. 介護老人保健施設 2. 特別養護老人ホーム 3. 認知症高齢者グループホーム 4. その他施設（障害者施設等） 5. その他 ()		

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この「在宅医療票」は、在宅医療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療及び医療と介護の連携状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてお書きください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国 5. 医療法人	2. 公立 6. 個人	3. 公的 7. 学校法人	4. 社会保険関係団体 8. その他の法人
②医療機関の種類 ※○は1つだけ	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所	②-1 許可病床数をお書きください。() 床		
③貴施設が在宅医療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃			
④在宅療養支援病院・診療所の届出 ※○は1つだけ	1. 届出をしている		2. 届出をしていない	
⑤上記④で届出をしている場合、貴施設が在宅療養支援病院・診療所となった時期	西暦 () 年 () 月頃			
⑥上記④で届出をしていない場合、その理由をお答えください。※○はいくつでも				
1. 24 時間連絡を受ける体制を構築することが困難 2. 24 時間往診を実施する体制を構築することが困難 3. 24 時間訪問看護を実施する体制を構築することが困難 4. 緊急入院時の病床確保が困難 5. ターミナルケアまで責任を持って取り組む体制を構築することが困難 6. 許可病床数が 200 床以上あるため施設基準を満たさない 7. その他 (具体的に)				

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は1つだけ
1. 訪問診療を中心に行っている 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている 5. 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. その他 (具体的に)

②全職員数（常勤換算*） ※小数点以下第1位まで	医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	その他 医療職 職員	事務 職員他	計
	
③うち在宅医療の実施のため、 患家に訪問をする職員数 ※小数点以下第1位まで								
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)								
④1か月間の外来延べ患者数 ※平成23年6月1か月間	() 人							

3. 貴施設が主治医として在宅医療を提供している患者の人数についてお伺いします。

※それぞれ、平成21年6月【診療報酬改定前】と平成23年6月【改定後】の各1か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）をお答えください。

		平成21年6月 【診療報酬改定前】	平成23年6月 【改定後】
①年齢別の患者数	1) 3歳未満	人	人
	2) 3歳以上6歳未満	人	人
	3) 6歳以上15歳未満	人	人
	4) 15歳以上40歳未満	人	人
	5) 40歳以上65歳未満	人	人
	6) 65歳以上75歳未満	人	人
	7) 75歳以上	人	人
②主たる疾病別の患者数 ※1人の患者に複数の疾病がある場合は、最も重篤な疾病名を当該患者の疾病名とお考えください。	1) 悪性新生物	人	人
	2) 認知症	人	人
	3) 特定疾患（難病）	人	人
	4) 脳血管障害後遺症	人	人
	5) 呼吸器系疾患	人	人
	6) その他の疾病	人	人
③NICUから在宅医療に移行した患者数		人	人
④平成23（2011）年3月11日の東日本大震災によって在宅医療に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても在宅医療に関して、患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ			
1. 当初から影響はない 2. 現在も、在宅医療に関して大きな影響が残っている 3. 現在も、在宅医療に関して多少影響が残っている 4. 現在は、在宅医療に関して影響はなくなっている 5. その他（具体的に)			

④-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にお書きください。

4. 診療報酬の算定状況についてお伺いします。

① 貴施設における平成 21 年及び平成 23 年の 6 月に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数をお答えください。

	平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】		平成 23 年 6 月 【改定後】	
	患者数	算定回数	患者数	算定回数
1) 往診料	人	回	人	回
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	人	回	人	回
3) 上記 2) の在宅ターミナルケア加算	人		人	
4) 在宅時医学総合管理料	人		人	
5) 上記 4) の在宅移行早期加算	人		人	
6) 訪問看護指示料	人		人	
7) 上記 6) の特別訪問看護指示加算	人	回	人	回
8) 在宅自己腹膜灌流指導管理料	人		人	
9) 在宅血液透析指導管理料（一回目）	人		人	
在宅血液透析指導管理料（二回目以降）	人		人	
10) 在宅酸素療法指導管理料	人		人	
11) 在宅中心静脈栄養法指導管理料	人		人	
12) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	人		人	
13) 在宅人工呼吸指導管理料	人		人	
14) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	人		人	
15) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物以外）	人		人	
在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）	人		人	
16) 退院時共同指導料 1	人		人	

5. 緊急時の連絡体制・往診体制についてお伺いします。

① 貴施設では、在宅の患者に対して緊急時に連絡をとれる電話番号をどのように通知していますか。※〇は1つだけ

- 貴施設もしくは貴施設の職員の電話番号のみ通知している
- 貴施設もしくは貴施設の職員と連携医療機関の電話番号を通知している
- 連携医療機関の電話番号のみ通知している
- 電話番号は通知していない
- その他（具体的に

②貴施設では、在宅の患者からの緊急時の連絡を主にどなたが受けていますか。※○は1つだけ		
1. 主に医師が受けている	2. 主に看護職員が受けている	
3. 主に事務職員が受けている	4. その他（具体的に _____）	
③貴施設では、在宅の患者の緊急時への往診をどのように行っていますか。※○は1つだけ		
1. 時間内、時間外のいずれも往診を行っている		
2. 時間外の往診は行っていないが、時間内は対応する		
3. 時間外の往診は行っているが、時間内は対応していない		
4. 時間内、時間外ともに往診を行っていない		
5. その他（具体的に _____）		
④緊急時の往診体制はどのように構築していますか。※○は1つだけ	1. 自院のみで体制構築している	
	2. 予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している	
⑤緊急時に貴施設が以下の対応を行った実績についてお答えください。		
	平成 21 年度・改定前の 1 年間 【診療報酬改定前】	平成 22 年度・直近 1 年間 【改定後】
1) 1 年間の緊急時に往診した回数	() 回	() 回
2) 1 年間の緊急入院が必要と判断された回数	() 回	() 回
3) 1 年間の在宅で看取りを行った回数	() 回	() 回
⑥平成 23 年 4 月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかったことはありますか。※○は1つだけ		
1. なかった →質問⑧へ 2. 1 回あった 3. 複数回あった	⑥-1 確保できなかった理由をお書きください。	
⑦病床が確保できなかったことがあった場合、どのように対処しましたか。 ※○はいくつでも	1. 連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した	
	2. 貴施設の職員が連絡し、連携医療機関とは別の入院先を確保した	
	3. 在宅での診療を継続し、経過を観察した	
	4. その他（具体的に _____）	
⑧緊急時の対応のために工夫していることがございましたら、お書きください。		

6. 他の医療機関等との連携についてお伺いします。

①貴施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数をお答えください。 ※平成 23 年 6 月 1 か月間	() 回	
②カンファレンスに参加することのある連携機関を全て選択してください。 ※○はいくつでも		
1. 連携している診療所・病院	2. 訪問看護ステーション	3. 歯科保険医療機関
4. 保険薬局	5. 居宅介護支援事業所	6. 地域包括支援センター
7. その他（具体的に _____）		

③貴施設は、平成23年6月1か月間に他の在宅療養支援病院と連携していましたか。 ※〇は1つだけ

1. 連携していた 2. 連携していなかった→質問⑤へ

④連携していた場合、その連携内容をお答えください。
※〇はいくつでも

1. 緊急時の入院病床の確保
2. 夜間・休日等の往診の連携
3. 患者に関する情報交換
4. その他（具体的に _____)

⑤在宅医療を推進する上で、どのような機関とどのような情報を共有することが有効と考えられますか。

⑥貴施設では、他の医療機関等との連携状況をどのように評価していますか。

	A) 連携をしている施設・事業所数	B) 連携の状況を5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ〇をつけてください。				
		十分な連携ができていない	どちらかといえれば連携ができていない	どちらともいえない	どちらかといえれば連携ができていない	連携が全くできていない
1) 連携している診療所・病院	か所	5	4	3	2	1
2) 訪問看護ステーション	か所	5	4	3	2	1
3) 歯科保険医療機関	か所	5	4	3	2	1
4) 保険薬局	か所	5	4	3	2	1
5) 居宅介護支援事業所	か所	5	4	3	2	1
6) 地域包括支援センター	か所	5	4	3	2	1

↓

【上記⑥B) で選択肢「2」、「1」を回答した場合】

⑦連携が不十分だと感じている場合、なぜそのように考えるのか、理由を具体的にお書きください。

1) 連携している診療所・病院	
2) 訪問看護ステーション	
3) 歯科保険医療機関	
4) 保険薬局	
5) 居宅介護支援事業所	
6) 地域包括支援センター	

⑧在宅医療を推進する上で、特に必要と思われるサービスとそのサービスが特にどのようなケースに有効と考えられるかお書きください。

7. 特別訪問看護指示書についてお伺いします。

①平成23年6月1か月間に「特別訪問看護指示書」を交付した人数を患者の状態別にお答えください。
 ※4)については、2)～3)と重複する場合、両方の項目に計上してください。
 5)については、具体的な状態と該当者数をお書きください。

1) 特別訪問看護指示書を交付した人数	() 人
2) 上記1)のうち、「急性増悪」	() 人
3) 上記1)のうち、「非がんの終末期」	() 人
4) 上記1)のうち、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」	() 人
5) 上記1)のうち、2)、3)、4)以外の人	状態 () 該当者 () 人
	状態 () 該当者 () 人

8. ターミナルケアについてお伺いします。

①在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者数※	() 人
②上記①のうち自宅等（在宅）にて死亡した患者数※	() 人

※在宅医療支援診療所、在宅療養支援病院に係る報告書で届け出た人数をお書きください。

9. 在宅医療に関するお考えについてお伺いします。

①貴施設では、現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができますか。 ※○は1つだけ

1. 増やすことができる 2. 増やすことはできない 3. その他（具体的に)

①-1 貴施設では、現在の体制で、どのくらい増やすことができますか。 1か月当たりの患者数ベースでお答えください。 約 () 人

②貴施設では、在宅医療の推進に際してそれぞれの項目の負担をどのようにお考えですか。

※「非常に負担である」を「5」、「全く負担ではない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	担 非 常 に 負 担 である	で や や 負 担 ある	い も ど ち い え な と	い 担 あ ま り は な い	で 全 く 負 担 は な い
1) 24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
2) 24時間往診できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
3) 24時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
4) 緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携	5	4	3	2	1
5) スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上	5	4	3	2	1
6) ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携	5	4	3	2	1
7) 在宅医療に関する医療材料・機器の確保	5	4	3	2	1
8) 患者や家族の理解・協力を得ること	5	4	3	2	1

④上記③の項目に関して、負担を減らすために行っている工夫等がございましたら、ご自由にお書きください。

10. 在宅医療を推進する意義や課題等がございましたら、お書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

訪問看護票

ID

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この「訪問看護票」は、訪問看護ステーション、または訪問看護を提供する医療機関の開設者・管理者の方に、貴事業所・部門における訪問看護および医療と介護の連携状況やお考えについてお伺いするものです。※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてお書きください。

※特に断りがない場合、医療保険の訪問看護に関してお答えください。介護保険等、医療保険以外の訪問看護に関しては、設問内で指定がない場合、含みません。

1. 貴事業所・訪問看護部門の状況についてお伺いします。

①開設者	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（具体的に _____)		
②施設種別 ※○は1つだけ	1. 病院	2. 診療所	3. 訪問看護ステーション
③併設施設種別 ※同一敷地内に併設している施設の欄に○をお書きください。また、貴事業所が主となり当該施設が併設されている場合は「1. 主」に、貴事業所以外の主たる施設があり、そこに併設されている場合は「2. 従」に、○をしてください。	併設施設	併設している施設に○	併設している場合の主従に○
	1) 病院		1. 主 2. 従
	2) 診療所		1. 主 2. 従
	3) 居宅介護支援事業所		1. 主 2. 従
	4) 訪問介護事業所		1. 主 2. 従
	5) 保険薬局		1. 主 2. 従
	6) その他（具体的に _____)		1. 主 2. 従

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください。

2. 貴事業所・訪問看護部門の体制や訪問看護の実施状況等についてお伺いします。

①訪問看護を開始した時期		西暦（ ）年					
②貴事業所の職員数を常勤換算*でお答えください。							
保健師・助産師・看護師	准看護師	ケアマネジャー (看護職以外)	リハビリ職 (PT・OT・ST)	福祉職	事務職員	その他の職員	合計
看護職のうち助産師とケアマネジャーの資格を持つ職員の人数（常勤換算）				福祉職のうち 精神保健福祉士の人数（常勤換算）		うち、精神保健福祉士	
				うち、助産師		うち、ケアマネジャー	
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。							
■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)							
■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)							

3. 貴事業所・訪問看護部門の利用者数についてお伺いします。

①平成21年6月（H21）と平成23年6月（H23）の1か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。 ※上段に平成21年6月（診療報酬改定前）、下段に平成23年6月（診療報酬改定後）の人数をお書きください。								
※下記の利用者数には、精神疾患利用者を含まず。		3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	
1) 訪問看護実施利用者数 医療保険と介護保険の両方	H21	人	人	人	人	人	人	
	H23	人	人	人	人	人	人	
2) 上記1)のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数（医・介両方）	H21	人	人	人	人	人	人	
	H23	人	人	人	人	人	人	
3) 上記1)のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数（医・介両方）	H21	人	人	人	人	人	人	
	H23	人	人	人	人	人	人	
4) 上記1)のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数（介のみ）	H21					人	人	
	H23					人	人	
5) 介護保険での訪問看護だけでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数（医・介両方）	H21					人	人	
	H23					人	人	
②平成23年6月1か月間で、貴事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数、疾患別利用者数、日常生活自立度別の認知症利用者数を医療保険と介護保険に分けてお書きください。 ※ 疾患別人数は、1名の利用者に複数の疾患がある場合は、訪問看護指示書に記載されている主傷病名に基づきお書きください。 ※ 「精神疾患のある」とは、主傷病として、または主傷病以外に精神疾患を有する場合とお考えください。		精神疾患のある利用者全数				1)医療保険	2)介護保険	
		疾患別人数				統合失調症	人	人
						うつ病	人	人
		日常生活自立度別認知症のある利用者数				Ⅱ以下	人	人
						Ⅲ	人	人
						Ⅳ	人	人
				M	人	人		

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

4. 精神疾患のある利用者に関する訪問看護についてお伺いします。

①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数を「Ⅰ」と「Ⅱ」の算定結果別にお書きください。※平成23年6月1か月間

◇「Ⅰ」は、訪問先の施設・居宅の別の利用者数をお書きください。
 ◇「Ⅱ」は、一度の訪問で、1名に対して訪問を実施しているのか、複数名に対して訪問しているのか別に訪問件数をお書きください。

1) 訪問看護基本療養費Ⅰ (精神科訪問看護・指導料Ⅰ) ※精神疾患利用者に訪問した場合についてのみお書きください。	a) 施設	人	b) 居宅	人
2) 訪問看護基本療養費Ⅱ (精神科訪問看護・指導料Ⅱ)	a) 1名に対して訪問を実施した件数	件	b) 複数名に対して訪問を実施した件数	件

②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点などをご自由にお書きください。

5. 貴事業所・訪問看護部門の訪問看護基本療養費及び在宅患者訪問看護・指導料の加算等についてお伺いします。※**医療保険**の訪問看護に関してのみお答えください。

(1) 長時間の訪問看護についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日までのうち、2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者の人数とその状態による内訳数をお書きください。(医療保険限定)

1) 加算の算定の有無に関わらず、2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者の年齢区別人数

総数	3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
人	人	人	人	人	人	人

2) 上記1)の「総数」のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数

3) 上記1)の「総数」のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の算定対象利用者(人工呼吸器を使用)ではない利用者数

【訪問看護ステーションの方のみお答えください。】

4) 上記3)のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数

②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態について具体的にお書きください。

③2時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週1回の訪問ではサービスが足りないケースはありますか。ある場合は、どのような利用者のケースか、その状態像を具体的にお書きください。

1. ある → ③-1 利用者の状態像を具体的にお書きください。
 2. ない
 3. 分からない

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(2) 乳幼児への訪問看護体制についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日の間のNICUから退院した乳幼児の受け入れ数とNICU以外からの乳幼児の受け入れ数をお書きください。	1)NICUから直接移行		2)NICU以外から移行				
	人		人				
			3)上記2)のうち、NICU入室経験がある乳幼児数 人				
②平成22年4月1日～平成23年3月31日の間に貴事業所・訪問看護部門で受け入れた乳幼児利用者数を年齢の別に入院していた期間別に分けてお書きください。							
年齢	入院期間	総数	1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上
3歳未満		人	人	人	人	人	人
3歳以上6歳未満		人	人	人	人	人	人
③平成22年度の診療報酬改定前と比較して、 3歳未満の乳児 への訪問看護は増えましたか。増えた場合は、その理由としてあてはまるものをお答えください。							
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. 分からない 5. 当時は、訪問看護を実施していなかった		③-1 増えた理由をお答えください。 ※〇はいくつでも 1. 診療報酬上の評価がされたため 2. 乳幼児への訪問看護に関するニーズが増えたため 3. 乳幼児への訪問看護について当事業所・部門の体制が整ったため 4. その他（具体的に)					
④平成22年度の診療報酬改定前と比較して、 3歳以上6歳未満の幼児 への訪問看護は増えましたか。増えた場合は、その理由としてあてはまるものをお答えください。							
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. 分からない 5. 当時は、訪問看護を実施していなかった		④-1 増えた理由をお答えください。 ※〇はいくつでも 1. 診療報酬上の評価がされたため 2. 乳幼児への訪問看護に関するニーズが増えたため 3. 乳幼児への訪問看護について当事業所・部門の体制が整ったため 4. その他（具体的に)					
⑤乳幼児への訪問看護にあたって、特に重要だと考えられる連携先医療機関などはどこですか。 ※〇は3つまで							
1. 診療所		2. 大学病院		3. 一般総合病院		4. 小児専門病院	
5. 療育センター		6. 保健所		7. 児童相談所		8. 重症心身障害児施設	
9. 市区町村担当部署		10. その他（具体的に)					
⑥どのような連携体制があれば乳幼児の在宅移行につながるとお考えですか。 ※〇はいくつでも							
1. 医療機関への退院前訪問		2. 退院前カンファレンス			3. 多職種間での情報共有		
4. その他（具体的に)							
⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をされていることはありますか。具体的にお書きください。							

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(3) 複数名による訪問看護についてお伺いします。

①貴事業所・訪問看護部門では、平成 23 年 6 月 1 か月の間に 複数名の職員 (保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師)が同時に訪問を行った利用者はいましたか。 ※○は1つだけ	1. いた 2. いなかった		
②看護職員が医療職以外の職種(看護補助者など)と同時に訪問する利用者はいましたか。 ※○は1つだけ	1. いた 2. いなかった		
③複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数をケース別にお書きください。あわせて、うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者の数をお書きください。また、現在、複数名として算定できる職種は、看護職同士又は看護職とリハビリ職に限られていますが、各ケースのうち、看護職と医療職以外の職員(看護補助者など)でも問題がないと考えられる利用者数はどのくらいいますか。			
	対象利用者数	対象利用者全体のうち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	対象利用者全体のうち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数
1) 末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者	人	人	人
2) 特別訪問看護指示期間中の利用者	人	人	人
3) 重症者管理加算の対象となる利用者	人	人	人
4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者	人	人	人
④看護職と医療職以外の職員(看護補助者など)でも問題がないと考えられるケースの場合、医療職以外の職員(看護補助者など)には、実際にどのような業務の依頼が可能だとお考えになりますか。具体的にお書きください。			
(Blank area for response to question 4)			
⑤複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケースには上記③の4つのケース以外にどのようなものがありますか。具体的にお書きください。			
(Blank area for response to question 5)			

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(4) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間にターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者についてお伺いします。その人数と、死亡までの平均期間を「がん」と「がん以外」の疾病で亡くなった場合に分けてお書きください。 期間内の平均と、直近であった1ケースの状況をお書きください。 ※小数点第1位まで						
		1) ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数	2) 訪問看護開始から死亡までの期間	3) 最後の退院から死亡までの期間	4) 死亡前14日以内の訪問回数	5) 死亡前14日以内の1回あたりの訪問時間(分)
平均	がん	. 人	. 月	. 月	. 回	. 分
	がん以外	. 人	. 月	. 月	. 回	. 分
直近にあったケース	がん	/	. 月	. 月	. 回	. 分
	がん以外	/	. 月	. 月	. 回	. 分
②ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由をお答えください。 ※○はいくつでも ※平成22年4月1日～平成23年3月31日の間						
1. 訪問看護の開始から死亡までの間が14日以内だったため 2. 緊急入院となった後、病院にて24時間を過ぎてから死亡したため 3. 当該利用者にサービスを提供する他の事業所がターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定したため 4. 利用者の死亡日前14日以内に2回の訪問を実施していなかったため 5. 介護保険と医療保険の訪問看護が1回ずつだったため 6. 利用者や家族の同意が得られなかったため 7. その他(具体的に)						
③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題がありましたら、ご自由にお書きください。						
④ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した利用者数をお答えください。 ※平成22年4月1日～平成23年3月31日の間		1) ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した利用者数		人		
		2) うち救急搬送されて医療機関で亡くなったケース		人		
⑤在宅以外の場所で死亡した理由にはどのようなケースがありますか。ご自由にお書きください。						

(5) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護の実施についてお伺いします。

①貴事業所・訪問看護部門における平成23年6月の「訪問看護基本療養費Ⅲ(同一建物居住者訪問看護・指導料)」の診療報酬の対象となった利用者数をお答えください。	人
②貴事業所・訪問看護部門が 医療保険 で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、 医療保険 の利用者と 同一日に、医療保険以外 で訪問看護を受けている利用者数をお答えください。	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

6. 訪問看護管理療養費とその加算等についてお伺いします。

本セクションの設問は、**訪問看護ステーションの方のみ**お答えください。
医療機関の訪問看護部門の方は、9 ページの「7. 貴事業所・訪問看護部門の他の医療機関との連携に
関してお伺いします。」まで進んでください。

(1) 貴事業所の設備等についてお伺いします。

①訪問看護ステーションの指定基準には、必要に応じて臨時応急の手当てをすることやステーションの設備や備品等について衛生的な管理に努めなければならないとされていますが、貴事業所において、下記のうち、置いてあるものをお答えください。 ※1)、2)ともに○はいくつでも		
1) 臨時応急の手当を行うための道具		
1. 救急セット (心肺蘇生術、補液等に使用する物品)		
2. その他 (具体的に)	
3. 臨時応急の手当を行うための道具は置いていない		
2) 感染防止、衛生管理に要する物品		
1. 手指用消毒液	2. 使い捨て手袋	3. 機器用消毒薬
4. 滅菌手袋	5. その他 (具体的に	
)
6. 感染防止、衛生管理に要する物品は置いていない		
②平成 22 年度の診療報酬改定で、訪問看護管理療養費が増額されましたが、その増額分は何に対して使用しましたか。 ※○はいくつでも		
1. スタッフの研修	2. スタッフの待遇改善	
3. 新たなスタッフの雇用	4. 設備購入 (パソコン等購入費)	
5. 衛生材料の購入・管理	6. その他事業所の運営	
7. 分からない	8. その他 (具体的に	
)

(2) 貴事業所のサービス提供時間等についてお伺いします。

①貴施設では、「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出をしていますか。 ※○は1つだけ	
1. 「24 時間対応体制加算」を届出している→8ページの質問③へ	
2. 「24 時間連絡体制加算」を届出している→質問②へ	
3. 両方とも届出していない→質問②へ	
②「24 時間対応体制加算」を届出していない場合 (上記①の選択肢 1.以外)、その理由をご自由にお書きください。	

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

③貴事業所が、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することはありますか。		1. ある		2. ない→質問⑤へ		
④サービス提供時間外の費用を徴収している場合、設定している 時間とその料金 をお答えください。また、平成23年6月1か月間の各時間帯のサービス利用者の実績数（実人数）をお書きください。 ※サービスを提供していない時間帯には、「-（ハイフン）」をお書きください。						
	早朝 (: ~ :)		夜間 (: ~ :)		深夜 (: ~ :)	
1) 平日	円	人	円	人	円	人
2) 土曜日	円	人	円	人	円	人
3) 日曜日・祝祭日	円	人	円	人	円	人
⑤利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも、上記のその他の利用料を徴収していないケースはありますか。						
1. はい →		(徴収しなかった理由をお書きください。)				
2. いいえ						
⑥平成23年6月1か月の間に早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者のうち、下記にあげた状態像にあてはまる人数をお書きください。						
1) ADL支援（排泄介助など）を実施	人		2) 急性増悪	人		
3) 病状不安定	人		4) ターミナルケア	人		
5) 医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施	人		6) その他 ()	人		

(3) 退院直後の利用者への訪問看護の実施についてお伺いします。

①平成23年6月1か月間の間に退院直後の利用者への訪問看護を実施した人数等をお書きください。	1) 退院当日に訪問看護を実施した人数	2) うち、退院支援指導加算算定者数
	人	人
②新たに訪問看護を開始した利用者のうち、平成23年6月1か月間に退院支援指導加算を算定できなかった利用者の理由別の人数をお書きください。		
1) 加算の要件に該当しない（厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等※にある利用者）		人
2) 退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった		人
3) 退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった		人
4) 介護保険の適用となったため、算定できなかった		人
5) 特別な関係にある医療機関からの退院のため		人
6) その他 ()		人

※同封いたしました「調査要綱」をご参照ください。

(4) 重症者管理加算についてお伺いします。

①平成21年6月と平成23年6月のそれぞれの期間で重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を超える褥瘡があった」利用者数※をお書きください。	平成21年6月	平成23年6月
	人	人

※平成21年6月時点では、重症者管理加算の対象に「真皮を超える褥瘡があった」利用者は含まれませんが、平成22年度以降の算定要件に則した場合、重症者管理加算に該当すると考えられる「真皮を超える褥瘡があった」利用者数をお書きください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

②平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間に、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に 4 日以上の訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者はいましたか。該当の利用者がいた場合は、その人数と理由についてもお書きください。					
1. いた  2. いなかった 3. 分からない	<table border="1"> <tr> <td>(人数をお書きください)</td> <td>(主な理由をお書きください)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> </tr> </table>	(人数をお書きください)	(主な理由をお書きください)	人	
(人数をお書きください)	(主な理由をお書きください)				
人					

(5) 複数事業所による訪問看護療養費の算定についてお伺いします。

	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月
①平成 21 年 6 月、23 年 6 月のそれぞれ 1 か月間に貴事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数をお書きください。	人	人
②上記①で回答した利用者のうち、上記期間内に同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数をお書きください。	人	人
③上記①で回答した利用者に対して複数事業所からの訪問看護を実施することになった理由をお答えください。※〇はいくつでも		
1. 近くに訪問看護ステーションがない 2. 利用者に頻回な訪問看護が必要である 3. 各訪問看護ステーションの専門性が異なる 4. 利用者数が多く、事業所として受入可能な範囲を超えている 5. その他 (具体的に)		
④ 複数事業所でのサービスの提供 が有効と考えられるケースにはどのようなものがありますか。利用者の状態と有効と思われる連携方法などご自由にお書きください。		

7. 貴事業所・訪問看護部門の他の医療機関との連携についてお伺いします。

①訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数をお書きください。※平成 23 年 6 月 1 か月間	() 人		
②他の医療機関への平均訪問回数 (退院時カンファレンス等のために訪問した場合等) と 1 回あたりの所要時間	平均回数	回	所要時間
		分	
③退院時共同指導に関する課題をご自由にお書きください。			
④平成 22 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られたことはありますか。※〇は 1 つだけ			
1. まったくない	2. 時々ある	3. 頻繁にある	

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

8. 東日本大震災の影響についてお伺いします。

①平成 23 (2011) 年 3 月 11 日の東日本大震災により、貴事業所・訪問看護部門には訪問看護の実施にあたり、どのような影響がありましたか。(選択肢 1～4 を選択した場合は、その変化の内容に関して、選択肢中の(増加・減少)(厚く・薄く)(重く・軽く)のいずれかを○で囲んでください。) ※○はいくつでも

1. 利用者数が(増加・減少)した
2. 看護職員の人員体制への影響により、訪問看護提供体制が(厚く・薄く)なった
3. 訪問のための交通手段がなく、訪問看護提供体制が(厚く・薄く)なった
4. 利用者数の増減や人員体制、交通手段等の影響により、看護職員の 1 人あたりの負担が(重く・軽く)なった
5. その他(具体的に)
6. 影響を受けていない

9. 訪問看護の推進に関してお伺いします。訪問看護を推進する意義や課題等がございましたら、お書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

<p>⑫ 受けている医療 ※○はいくつでも</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看取り期のケア 2. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. インスリン注射 10. 点滴・中心静脈栄養・注射（9.以外） 11. 膀胱（留置）カテーテルの管理 12. 人工肛門・人工膀胱の管理 13. 人工呼吸器の管理・気管切開の処置 14. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 15. がん末期の疼痛管理 16. 慢性疼痛の管理（15.以外） 17. リハビリテーション 18. 歯科医療 19. その他（具体的に) 				
<p>⑬ 現在在宅医療を続けている原因の病名 （指示書にある傷病名を転記ください）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 循環器疾患(高血圧症、心不全など) 2. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血など) 3. 精神、神経疾患(認知症、パーキンソン病など) 4. 糖尿病 5. がん 6. 歯科疾患 7. その他（具体的に) 				
<p>⑭ その病気が発症した時期</p>	<p style="text-align: center;">西暦 年 月頃</p>				
<p>⑮ その病気で入院した日（直近）</p>	<p style="text-align: center;">西暦 年 月頃</p>				
<p>⑯ 往診を開始した時期</p>	<p style="text-align: center;">西暦 年 月頃</p>				
<p>⑰ 訪問看護を開始した時期</p>	<p style="text-align: center;">西暦 年 月頃</p>				
<p>⑱ 褥瘡の状態（NPUAP 分類）</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. グレードⅠ</td> <td style="width: 50%;">2. グレードⅡ</td> </tr> <tr> <td>3. グレードⅢ</td> <td>4. グレードⅣ</td> </tr> </table>	1. グレードⅠ	2. グレードⅡ	3. グレードⅢ	4. グレードⅣ
1. グレードⅠ	2. グレードⅡ				
3. グレードⅢ	4. グレードⅣ				

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、在宅医療の状況やお考えについておうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. ご本人 | 2. ご家族など(具体的に) |
| 3. 医療・介護関係者 | |

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。		1. いる	2. いない

2. **医師**の訪問診療についておうかがいします。

① 医師はどのくらいの頻度で自宅にきてくれますか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| 1. 1週間に2、3度 | 2. 1週間に1度 | 3. 1か月に2、3度 |
| 4. 1か月に1度 | 5. 決まっていない | 6. わからない・わすれた |
| 7. その他(具体的に) | | |

② 夜間や休日に具合が悪くなった時は、どうしていますか。 ※○はいくつでも

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 1. いつもの医師に往診してもらう | 2. 別の医師に往診してもらう |
| 3. 救急車をよぶ | 4. 訪問看護師にきてもらう |
| 5. 夜間や休日に具合が悪くなったことがないのでわからない・わすれた | |
| 6. その他(具体的に) | |

③ 医師が自宅に訪問してくれることに満足していますか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|----------|----------|------------------|
| 1. とても満足 | 2. やや満足 | |
| 3. すこし不満 | 4. とても不満 | 5. わからない・どちらでもない |

④ 医師の訪問診療についてご要望があればご自由にお書きください。

3. 訪問看護師による訪問看護についておうかがいします。

① ここ1か月の間に訪問看護師はきましたか。 ※○は1つだけ

1. きた	2. こない→質問⑥へ	3. わからない・わすれた→質問⑥へ
-------	-------------	--------------------

② ここ1か月の間に訪問看護師はどれくらいきてくれましたか。 ※○は1つだけ

1. 毎日	2. 1週間に2、3度	3. 1週間に1度
4. 1か月に2、3度	5. 1か月に1度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に)

③ 訪問看護師が自宅にきてくれることに満足していますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない・どちらでもない

④ 訪問看護師が自宅にくるときは、何名できてくれますか。 ※○は1つだけ

1. いつも複数名でくる	2. 複数名でくることがある
3. いつも1人でくる	4. 決まっていない

⑤ あなたは、夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅にきてくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. 連絡したことがある	2. 連絡したことはない	3. わからない・わすれた
--------------	--------------	---------------



⑤-1 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○はいくつでも

1. 電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた	
2. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した	
3. 電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた	
4. わからない・わすれた	
5. その他（具体的に)

⑥ 訪問看護サービスについてご要望があればご自由にお書きください。

--

4. その他の訪問サービスについておうかがいします。

① 現在、歯やお口の中に気になることなどがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある	2. ない→質問②へ	3. わからない→質問②へ
-------	------------	---------------



①-1 歯科の訪問診療を希望していますか。 ※○は1つだけ

1. 希望している	2. 希望していない
-----------	------------

② 現在、歯科の訪問診療を受けていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 受けている →質問③へ | 3. わからない→質問③へ |
| 2. 受けていない | |

→ ②-1 歯科の訪問診療を受けていない理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

- | |
|------------------------------------|
| 1. 歯科の訪問診療があることを知らない |
| 2. 歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない |
| 3. 必要がないから |
| 4. その他 (具体的に) |

③ 歯科の訪問診療についてご要望があればご自由にお書きください。

[Empty box for patient response]

④ 普段飲んでいるお薬はどのように受け取っていますか。 ※〇は1つだけ

- | |
|-------------------------------|
| 1. 医師が訪問してくれる時にもってきてもらう→質問⑤へ |
| 2. 看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう→質問⑤へ |
| 3. 薬局の薬剤師がとどけてくれる |
| 4. ヘルパーにお願いしている→質問⑤へ |
| 5. 家族が薬局にとりにいっている→質問⑤へ |
| 6. その他 (具体的に) →質問⑤へ |

→ ④-1 普段飲んでいるお薬を受け取る頻度はどれぐらいですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|-------------|-------------|------------|
| 1. 毎日 | 2. 1週間に2、3度 | 3. 1週間に1度 |
| 4. 1か月に2、3度 | 5. 1か月に1度 | 6. 決まっていない |
| 7. わからない | 8. その他 () | |

⑤ 薬剤師による訪問についてご要望があればご自由にお書きください。

[Empty box for patient response]

5. 病院から退院するときのことについておうかがいします。

① 病院の医師や看護師などが、退院にむけての説明をしてくれたのはいつでしたか。

※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|-----------|----------------|
| 1. 入院前 | 2. 入院してすぐ | 3. 退院のめどがたったころ |
| 4. 退院近く | 5. わからない | |
| 6. その他 (具体的に) | | |

② 病院の医師や看護師などから、退院にむけての説明をいつ聞きたかったですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|-----------|----------------|
| 1. 入院前 | 2. 入院してすぐ | 3. 退院のめどがたったころ |
| 4. 退院近く | 5. わからない | |
| 6. その他 (具体的に) | | |

③ 病院の医師や看護師などは、あなたの退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

④ 病院の医師や看護師などは、退院後の生活について家族に十分に説明してくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

⑤ 病院の医師や看護師などは、自宅で行う治療について十分に説明してくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

⑥ 病院の医師や看護師などから自宅で生活するために必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

6. 在宅医療に対する満足度についておうかがいします。

① 自宅で（家族と）生活できることについてどう思いますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない

② 自宅にしながら医師や訪問看護師などの専門家に相談できることについてどう思いますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない

③ 体調のことなどで心配なことがあった場合、まず誰に連絡をしますか。 ※○は1つだけ

1. 訪問診療の医師	2. 訪問看護師	3. ケアマネジャー
4. 救急病院（救急車）	5. その他（具体的に)

7. 自宅で生活することについてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

--

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）

後発医薬品の使用状況調査

報告書

◇ ◆目 次◆ ◇

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 結果概要	7
(1) 回収の状況	7
(2) 保険薬局調査の概要	8
①薬局の属性	8
②取り扱い処方せんの状況（平成23年8月18日～8月24日の1週間）	17
③後発医薬品への対応状況	24
④備蓄医薬品の状況等	40
⑤「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度等	43
⑥後発医薬品への変更を進めるための要件	46
⑦東日本大震災の影響	50
⑧後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況	51
⑨後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	52
(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要	60
①診療所の施設属性	60
②病院の施設属性	62
③オーダーリングシステムの導入状況等	65
④医師の属性	68
⑤診療所・病院の診療体制	70
⑥診療所・病院における医薬品の備蓄状況等	71
⑦診療所・病院における後発医薬品の採用状況等	75
⑧入院患者に対する後発医薬品の使用状況等	81
⑨外来患者に対する後発医薬品の使用状況等	87
⑩外来診療における院外処方せん発行時や後発医薬品の処方に関する医師の考え等	93
⑪保険薬局からの情報提供についての意向	104
⑫院外処方せんを発行していない診療所における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関する考え	107
⑬ジェネリック医薬品希望カードの認知度等	109
⑭医師における後発医薬品使用に関する意識等	113
⑮患者が後発医薬品を頼みやすくするための施設としての工夫	116
⑯後発医薬品の使用を進める上で望むこと	118

⑰東日本大震災の影響	123
⑱診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	124
⑲病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	130
⑳病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	136
(4) 患者調査の結果概要	141
①回答者の属性	141
②調査日における受診・調剤状況等	149
③後発医薬品の使用状況	155
④ジェネリック医薬品カードの認知度等	186
⑤後発医薬品の使用経験等	206
⑥後発医薬品の使用に関する考え等	215
⑦後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等	226
6. まとめ	233
(1) 保険薬局調査	233
(2) 診療所・病院・医師調査	237
(3) 患者調査	243

1. 目的

後発医薬品の使用促進のため、これまでに処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、保険薬局の調剤基本料における「後発医薬品調剤体制加算」の創設、「ジェネリック医薬品希望カード」の配布等の種々の取組が行われてきた。しかし、政府目標に比べ、実際の後発医薬品の使用割合は未だに低い状況であり、一層の後発医薬品使用促進策が必要とされている。

このような状況を踏まえ、平成 22 年 4 月の診療報酬改定では、①薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、②薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤の認可、③医療機関における後発医薬品を積極的に使用するための評価として後発医薬品使用体制加算の新設、④保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正が行われた。

本調査では、上記の改定の内容、及び昨年度実施した平成 22 年度診療報酬改定結果検証調査「後発医薬品の使用状況調査」の結果を踏まえ、保険薬局における「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況や後発医薬品に関する患者への説明・調剤の状況、医療機関における後発医薬品の使用状況、医療機関・医師、保険薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「保険薬局調査」「病院調査」「医師調査」「診療所調査」「患者調査」の 5 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- ・保険薬局調査：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した 1,500 施設（1,468 施設）。
- ・診療所調査：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した 2,000 施設（1,946 施設）。
- ・病院調査：全国の病院の中から無作為に抽出した 1,500 施設（1,457 施設）。
- ・医師調査：上記「病院調査」の対象施設に勤務する、診療科の異なる 2 名の医師。
- ・患者調査：上記「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者。ただし、1 施設につき最大 4 名の患者とした。

※調査客体数は上記のとおりである。調査客体は全国の保険医療機関等のうち、東日本大震災の影響が甚大な地域を除外した上で無作為抽出した。また、東日本大震災による被災地として配慮すべき地域については、調査発送前に電話により調査可否についての確認を実施した。この結果、発送数は、上記の（ ）内の数値となった。以下、回収率はこの発送数に対する回収数の割合としている。

3. 調査方法

本調査では、対象施設・医師・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。調査実施時期は、平成 23 年 8 月 9 日～平成 23 年 9 月 22 日とした。

- ・保険薬局調査については、施設属性、処方せん枚数等を尋ねる「様式 1」と、実際に調剤した薬剤料を尋ねる「様式 2」の 2 種類の調査票を配布した。

- ・ 診療所調査については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、後発医薬品の使用状況と使用に関する意識、後発医薬品を使用する上での課題等を尋ねる「診療所票」を配布した。
- ・ 病院調査については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を使用する上での課題等を尋ねる「病院票」を配布した。
- ・ 医師調査については、後発医薬品の使用状況と使用に関する意識等を尋ねる「医師票」を配布した。配布に際しては、上記の「病院調査」の対象施設を通じて行った。
- ・ 患者調査については、後発医薬品の使用に対する意識等を尋ねる「患者票」を配布した。配布に際しては、上記の「保険薬局調査」の対象施設を通じて行った。
- ・ 医師調査及び患者調査の回収は、各医師及び患者から、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。
- ・ 調査実施時期は平成 23 年 8 月 9 日～平成 23 年 9 月 22 日。

4. 調査項目

区分	主な調査項目
(1)保険薬局調査	<ul style="list-style-type: none"> ○薬局の概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織形態、職員数 ・ 調剤基本料の種類、基準調剤加算の有無、後発医薬品調剤体制加算の有無、処方せんの応需状況、後発医薬品調剤率 ○処方せんの受付状況等（平成 23 年 6 月 1 か月間） <ul style="list-style-type: none"> ・ 処方せん発行医療機関数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等が 9 割以上ある機関数、先発医薬品・後発医薬品を銘柄指定している機関数、1 か月間に受け付けた処方せん枚数等 ○取り扱い処方せん枚数の内訳（平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日 1 週間） <ul style="list-style-type: none"> ・ 取り扱い処方せん枚数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がない処方せん枚数、1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せん枚数、後発医薬品情報提供料、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん枚数等 ・ 後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がある処方せん枚数、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数等 ○後発医薬品への対応状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の調剤に関する考え、後発医薬品の調剤に積極的に取り組んでいない場合の理由 ・ 後発医薬品の説明を行った患者の人数、説明をしなかった理由、後発医薬品の説明を行った患者のうち後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合 ・ 後発医薬品から先発医薬品に戻した患者の割合、その主な理由

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が後発医薬品への変更を希望したにもかかわらず変更できなかった患者の人数、備蓄がなかった場合の対応等 ・ 医薬品・後発医薬品の備蓄品目数、在庫金額、廃棄額の変化、後発医薬品の採用基準等 ・ 含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤が可能となったことの影響 ・ 変更調剤の際に効能の違いがある場合の対応等 ○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等 <ul style="list-style-type: none"> ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品に変更調剤した患者の割合等 ・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫等 ○後発医薬品使用についての考えや今後の課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品使用についての考え ・ 後発医薬品使用を進める上で医師やメーカー、卸業者に望むこと等 ○薬剤料の変化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 処方せんの記載銘柄に基づき調剤した場合の薬剤料及び実際に調剤した薬剤料等 ○東日本大震災の影響等
(2)診療所調査	<ul style="list-style-type: none"> ○回答者の属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、担当診療科 ○施設の概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地、開設者、種別、許可病床数、主たる診療科、医師数・薬剤師数 ・ オーダリングシステムの導入状況 ・ 1か月間の外来延べ患者数、1か月間の外来診療実日数等 ○後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品・後発医薬品の備蓄品目数、購入額、廃棄額 ・ 後発医薬品の備蓄品目数の今後の予定 ・ 1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化 ・ 後発医薬品の採用・選定の際に行ったこと、情報収集源、採用に際して重視すること、苦労したこと ・ 採用医薬品リストの薬剤師会等への提供状況等 ○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を積極的に使用しない場合の理由 ・ 後発医薬品を使用して生じた問題点 ・ 後発医薬品の使用を進める上で必要な対応等 ○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院外処方せん発行の有無 ・ 後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由 ・ 1年前と比較した後発医薬品の処方状況 ・ 後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せん発行の有無、割合、その理由等 ・ 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由 ・ 後発医薬品に関心のある患者数の変化 ・ 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供等 <p>○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品を処方した患者の割合等 <p>○後発医薬品の使用にあたっての課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品使用にあたっての課題等 <p>○東日本大震災の影響等</p>
(3)病院調査	<p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、標榜診療科、病院種別、DPC の対応状況、特定入院料の状況、許可病床数、医師数・薬剤師数 ・ オーダリングシステムの導入状況 ・ 1 か月間の外来延べ患者数、1 か月間の外来診療実日数、平均在院患者数等 <p>○後発医薬品の使用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品使用体制加算の状況 ・ 医薬品・後発医薬品の備蓄品目数、購入額、廃棄額 ・ 後発医薬品の備蓄品目数の今後の予定 ・ 1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化 ・ 後発医薬品の採用・選定の際に行ったこと、情報収集源、採用に際して重視すること ・ 採用医薬品リストの薬剤師会等への提供状況等 <p>○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内投薬及び院外処方における後発医薬品の使用状況 ・ 院外処方せんを発行している診療科のうち後発医薬品の使用割合が相対的に高い診療科・低い診療科、院外処方せん発行枚数等 <p>○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を積極的に使用しない場合の理由 ・ 後発医薬品を使用して生じた問題点

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の使用を進める上で必要な対応等 ○ジェネリック医薬品希望カード等 ・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫等 ○後発医薬品の使用にあたっての課題等 ・ 後発医薬品の使用にあたっての課題等 ○東日本大震災の影響等
(4)医師調査	<ul style="list-style-type: none"> ○属性等 ・ 性別、年齢、担当診療科、1日あたり外来診察患者数 ○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等 ・ 後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由 ・ 1年前と比較した後発医薬品の処方状況 ・ 後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せん発行の有無、割合、その理由等 ・ 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由 ・ 後発医薬品に関心のある患者数の変化 ・ 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供等 ○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等 ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品を処方した患者の割合等 ○後発医薬品使用についての考え ・ 後発医薬品の承認に関する認知度 ・ 後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応等 ○後発医薬品の使用にあたっての課題等 ・ 後発医薬品の使用にあたっての課題等
(5)患者調査	<ul style="list-style-type: none"> ○属性等 ・ 性別、年齢 ・ 診療を受けた診療科、薬局への来局頻度、かかりつけ薬局の有無、加入している公的医療保険の種類 ・ 自己負担額、後発医薬品処方の有無、後発医薬品への変更の有無 ○後発医薬品の使用に対する意識等 ・ 後発医薬品の認知度、関心の有無 ・ 医師や薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無 ・ 後発医薬品処方を申し出た経験の有無、申し出のしやすさ ・ 後発医薬品処方の申し出をしやすくするために望まれること ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、所有状況、配布元、効果、

	<p>利用経験、利用意向</p> <ul style="list-style-type: none">• ジェネリック軽減額通知受取りの希望• 後発医薬品の使用経験の有無• 後発医薬品に対する満足度、窓口での薬代の負担感• 後発医薬品の使用意向• 後発医薬品を使用する上で重要なこと• 後発医薬品を使用する際の軽減額と使用意向との関係等
--	---

5. 結果概要

(1) 回収の状況

期待回収率は、平成 22 年度調査実績をもとに、保険薬局 55%、一般診療所 30%、病院 35% とした。

保険薬局調査の様式 1 の有効回収数（施設数）は 778 件、有効回収率は 53.0%であった。また、様式 2 に記載された有効処方せん枚数は 507 薬局分の 10,756 枚であった。

診療所調査の有効回収数（施設数）は 599 件、有効回収率は 30.8%であった。

病院調査の有効回収数（施設数）は 480 件、有効回収率は 32.9%であった。また、医師調査の有効回答人数は 551 人であった。

患者調査の有効回答人数は 1,435 人であった。

この結果、期待回収率と同等程度の有効回収率となり、分析に十分耐えられる有効回答数を確保した。

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	有効回収数	有効回収率
①保険薬局調査			
保険薬局数(様式 1)	1,468	778	53.0%
様式 2 に記載された処方せん枚数(507 薬局分)	—	10,756	—
②診療所調査			
一般診療所数	1,946	599	30.8%
③病院調査			
病院数	1,457	480	32.9%
④医師調査			
医師数	2,914	551	18.9%
⑤患者調査			
患者数	5,872	1,435	24.4%

(2) 保険薬局調査の概要

【調査対象等】

○調査票 様式 1

調査対象：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した保険薬局

回答数：778 施設

回答者：管理者

○調査票 様式 2

処方せん枚数：10,756 枚 (507 薬局分)

回答者：管理者

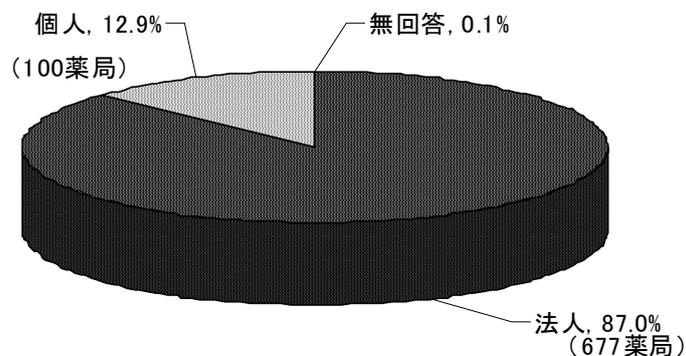
①薬局の属性

1) 組織形態

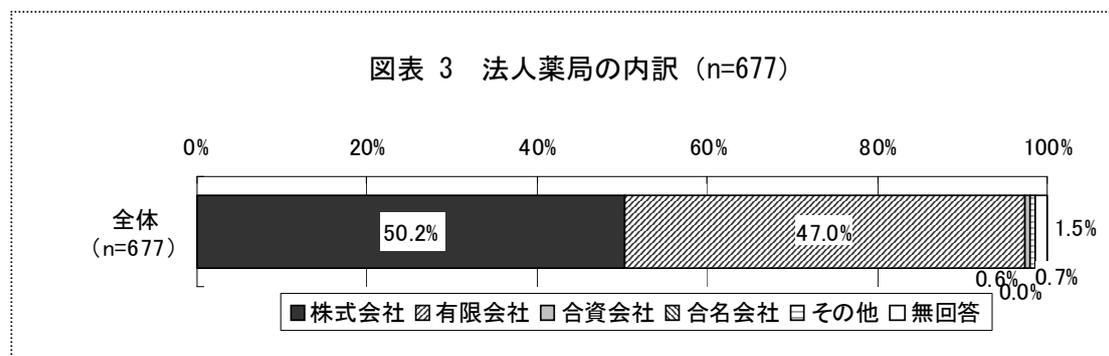
平成 23 年 6 月における薬局の組織形態（法人・個人別）についてみると、「法人」が 87.0%、「個人」が 12.9%であった。

法人薬局の内訳は、「株式会社」（法人薬局の 50.2%）が最も多く、次いで「有限会社」（同 47.0%）であった。

図表 2 組織形態（法人・個人別）（n=778）



図表 3 法人薬局の内訳（n=677）



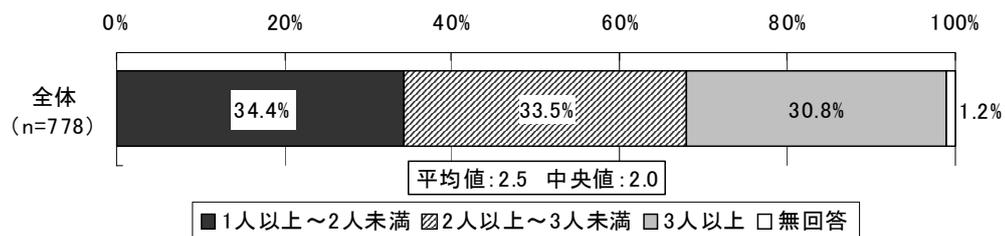
2) 職員数

i) 薬剤師

薬剤師の職員数（常勤換算）についてみると、「1人以上～2人未満」（34.4%）が最も多く、次いで「2人以上～3人未満」（33.5%）、「3人以上」（30.8%）であった。

1 薬局当たりの薬剤師の職員数（常勤換算）についてみると、平均人数は2.5人（中央値2.0）であった。

図表 4 薬剤師の職員数（常勤換算）



(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした（以下、同様である）。

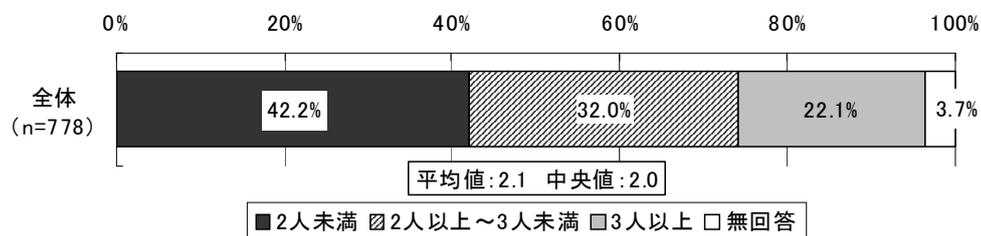
- ・ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

ii) その他

薬剤師以外のその他（事務職員等）の職員数（常勤換算）についてみると、「2人未満」（42.2%）が最も多く、次いで「2人以上～3人未満」（32.0%）、「3人以上」（22.1%）であった。

1 薬局当たりの職員数（常勤換算）についてみると、その他（事務職員等）の平均人数は2.1人（中央値2.0）であった。

図表 5 その他（事務職員等）の職員数（常勤換算）

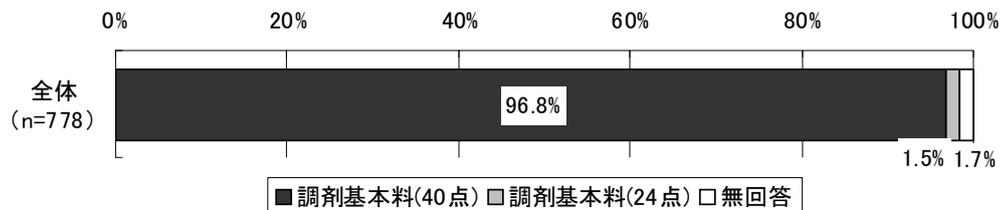


3) 調剤の状況等

i) 調剤基本料

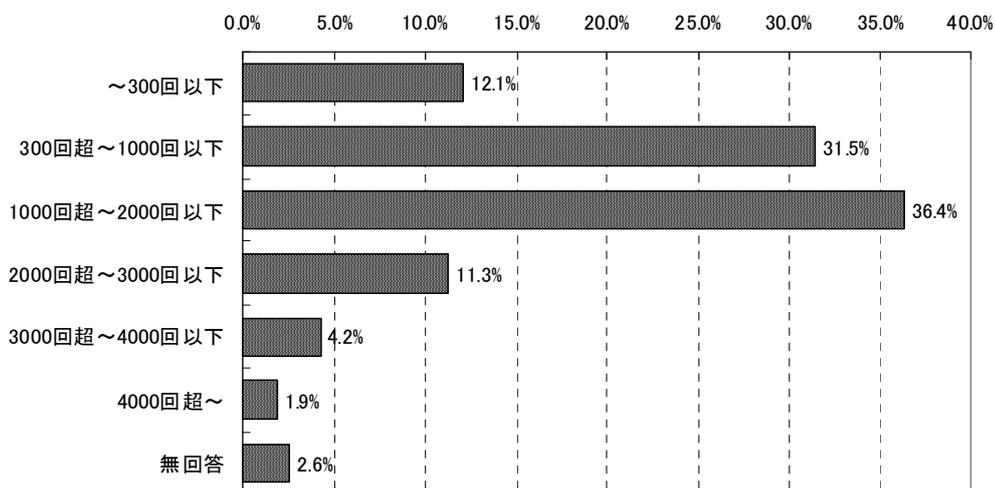
調剤基本料についてみると、「調剤基本料（40点）」が96.8%、「調剤基本料（24点）」が1.5%であった。

図表 6 調剤基本料



調剤基本料の根拠となる「全処方せん受付回数」の分布をみると、「1,000回超～2,000回以下」が36.4%で最も多く、次いで「300回超～1,000回以下」(31.5%)、「～300回以下」(12.1%)、「2,000回超～3,000回以下」(11.3%)、「3,000回超～4,000回以下」(4.2%)、「4,000回超～」(1.9%)となった。

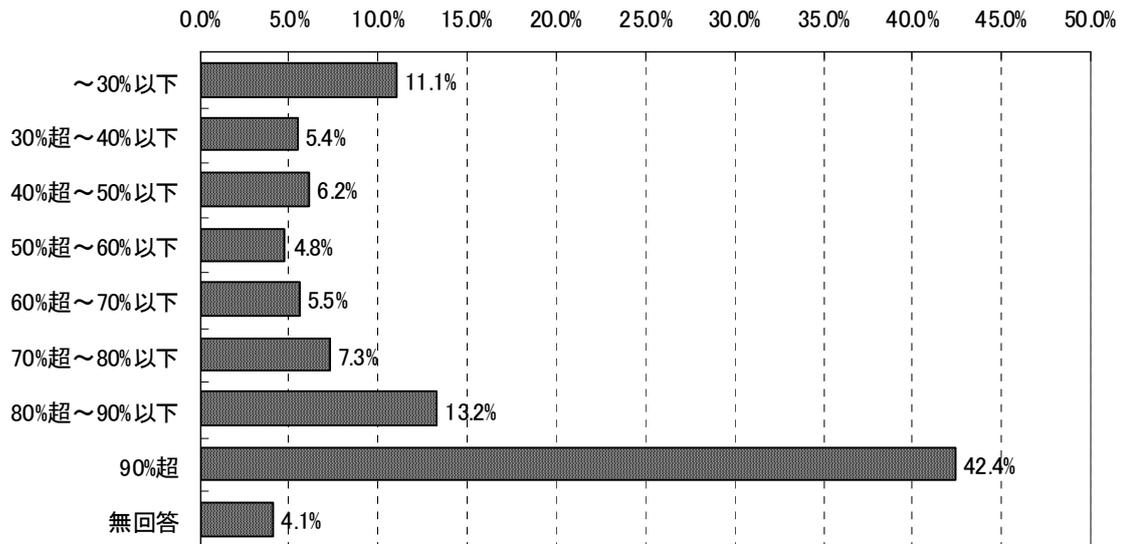
図表 7 全処方せんの受付回数（1か月当たり）



(注) 調剤基本料の根拠となる「全処方せんの受付回数（回／月）」。

同様に、調剤基本料の根拠となる「主たる保険医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」についてみると、「90%超」が42.4%で最も多く、次いで「80%超～90%以下」(13.2%)、「～30%以下」(11.1%)、「70%超～80%以下」(7.3%)、「40%超～50%以下」(6.2%)、「60%超～70%以下」(5.5%)、「30%超～40%以下」(5.4%)、「50%超～60%以下」(4.8%)となった。

図表 8 主たる保険医療機関に係る処方せんの受付回数の割合

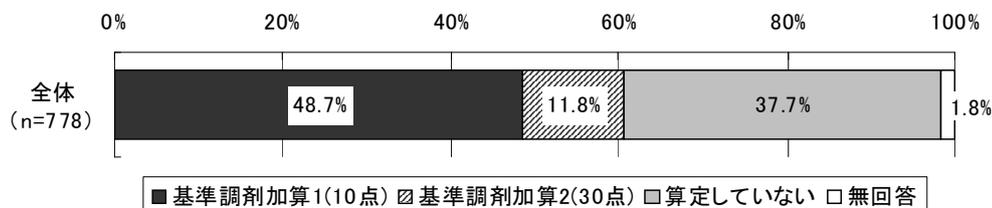


(注) 調剤基本料の根拠となる「全処方せんの受付回数 (回/月)」。

ii) 基準調剤加算

基準調剤加算についてみると、「基準調剤加算 1 (10 点)」が 48.7%、「基準調剤加算 2 (30 点)」が 11.8%であった。また、基準調剤加算を「算定していない」は 37.7%であった。

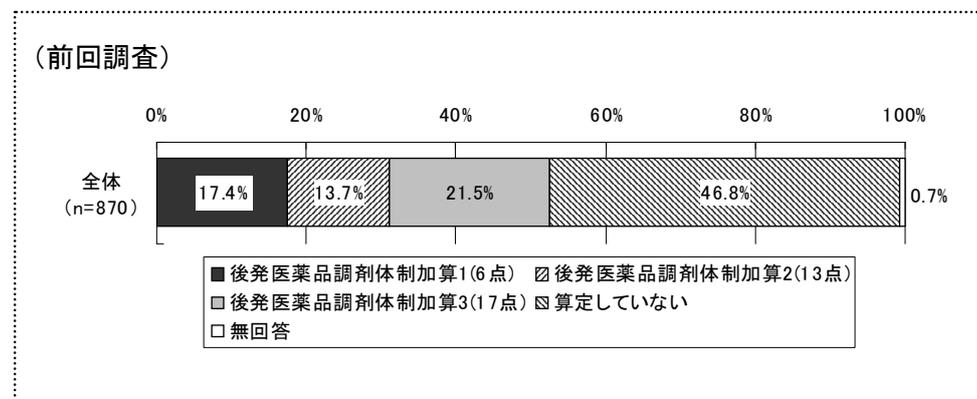
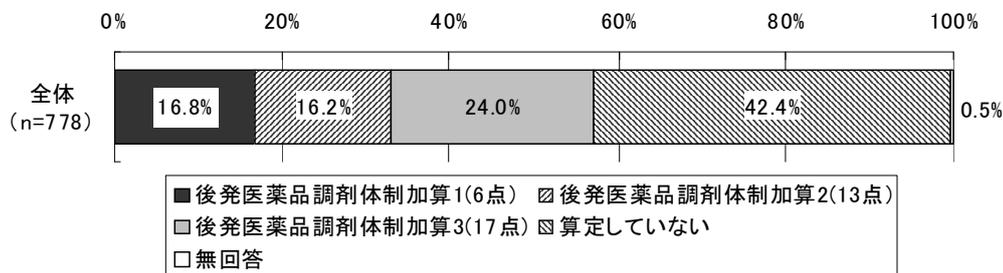
図表 9 基準調剤加算



iii) 後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品調剤体制加算については「算定していない」が 42.4%であった。また、「後発医薬品調剤体制加算 1 (6 点)」が 16.8%、「後発医薬品調剤体制加算 2 (13 点)」が 16.2%、「後発医薬品調剤体制加算 3 (17 点)」が 24.0%であった。

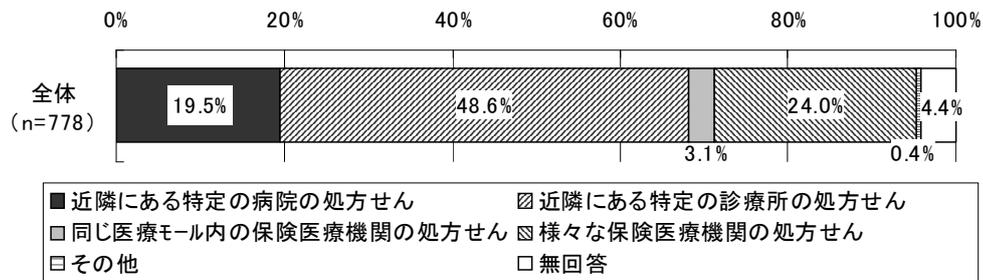
図表 10 後発医薬品調剤体制加算の算定状況



iv) 処方せん

処方せんの応需状況についてみると、「近隣にある特定の診療所の処方せん」が48.6%で最も多く、次いで「様々な保険医療機関の処方せん」(24.0%)、「近隣にある特定の病院の処方せん」(19.5%)、「同じ医療モール内の保険医療機関の処方せん」(3.1%)であった。

図表 11 処方せんの応需状況



(注) 「その他」の内容として、「OTC (漢方) を主にしており処方せんは少ない」「特別養護老人ホームの施設医の処方のみ」といった回答が挙げられた。

v) 後発医薬品調剤率

後発医薬品調剤率 (数量ベース) をみると、平均値・中央値ともに、平成22年の1月から4月にかけては毎月1ポイント程度の伸びとなっている。しかし、平成23年についてみると、いずれの月も平均値で24.0%前後、中央値で23.0%前後となっており、大きな伸びはみられない。

図表 12 後発医薬品調剤率 (数量ベース) (n=684)

(単位: %)

	平成22年			平成23年		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1月	20.3	11.1	17.9	24.0	11.5	22.4
2月	21.2	12.1	18.9	23.9	11.4	23.0
3月	21.8	11.4	20.0	23.6	11.5	22.4
4月	22.8	11.7	21.2	24.0	11.3	23.0
5月	23.2	11.6	21.8	24.2	11.4	23.1
6月	23.5	11.6	21.9	24.3	11.3	23.3

(注) ・すべての項目に回答があった684施設を集計対象とした。

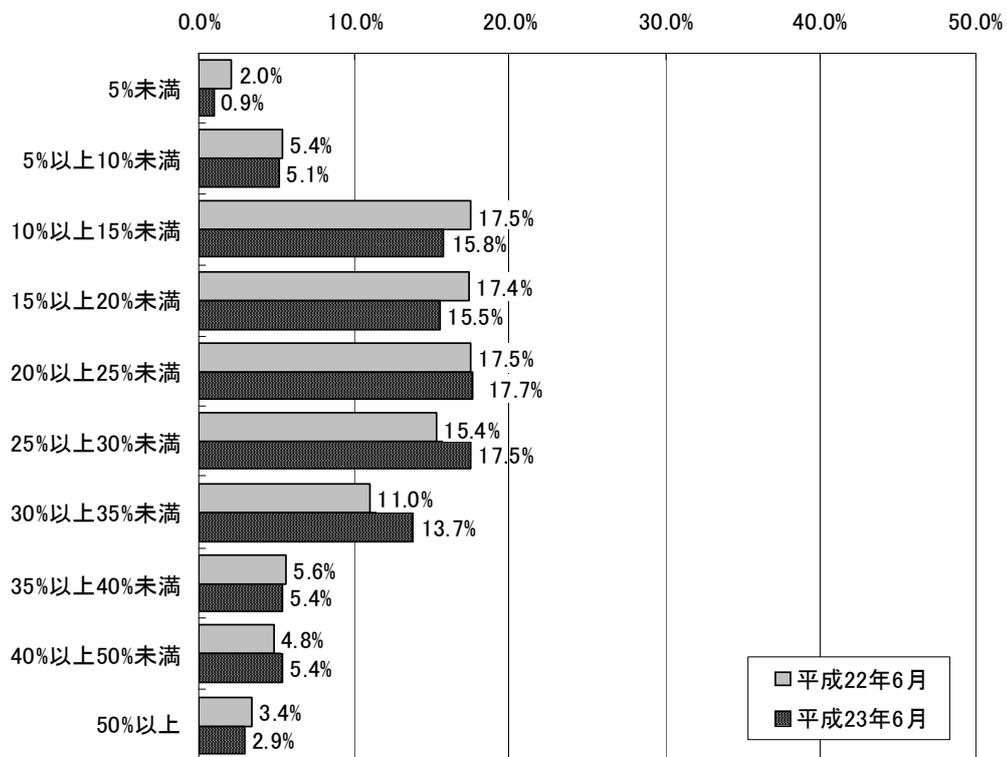
・数量ベース: 1か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量 ÷ 1か月間に調剤した全調剤について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量 × 100

vi) 後発医薬品調剤率（数量ベース）別にみた薬局数の分布

平成23年6月における後発医薬品調剤率(数量ベース)別にみた薬局数の分布をみると、「20%以上 25%未満」が17.7%で最も高く、次いで「25%以上 30%未満」(17.5%)、「10%以上 15%未満」(15.8%)、「15%以上 20%未満」(15.5%)となった。

また、平成23年と平成22年の6月同月における後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布を比べてみると、「20%以上 25%未満」、「25%以上 30%未満」、「30%以上 35%未満」、「40%以上 50%未満」において平成22年よりも平成23年の割合が高くなっており、高い調剤率の方に分布がシフトしている様子がうかがえる。

図表 13 後発医薬品調剤率（数量ベース）にみた薬局数の分布
(平成22年6月及び平成23年6月、n=684)



(注)・各月すべてに回答があった684施設を集計対象とした。

- ・数量ベース：1か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量
 \div 1か月間に調剤した全調剤について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量 $\times 100$

4) 処方せん発行医療機関（平成 23 年 6 月 1 か月間）

i) 処方せん発行医療機関数

平成 23 年 6 月に薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関数についてみると、1 薬局当たりの平均は 34.16 件であった。このうち「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数は平均 4.89 件であり、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 14.3%であった。

図表 14 処方せん発行医療機関数

	医療機関種別			合計
	病院	一般診療所	歯科診療所	
処方せん発行医療機関数(A)	11.20	21.16	1.81	34.16
(うち)「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある機関数(施設)(B)	1.59	3.19	0.11	4.89
(うち)主として先発医薬品を銘柄指定している機関数(施設)	1.35	2.58	0.10	4.03
(うち)主として後発医薬品を銘柄指定している機関数(施設)	0.23	0.61	0.02	0.86
処方せん枚数(枚)	385.7	903.5	10.4	1,299.6
「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数の割合(B/A)(%)	14.2%	15.1%	6.1%	14.3%
薬局数	651			

(注) すべての項目に回答があった 651 施設を集計対象とした。

ii) 処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の取り扱い処方せん枚数

処方せん枚数が最も多い医療機関からの取り扱い処方せん枚数についてみると、1 医療機関当たりの平均処方せん枚数は 1,029.9 枚（標準偏差 861.0、中央値 914.5）であった。

図表 15 取り扱い処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の処方せん枚数 (n=644)

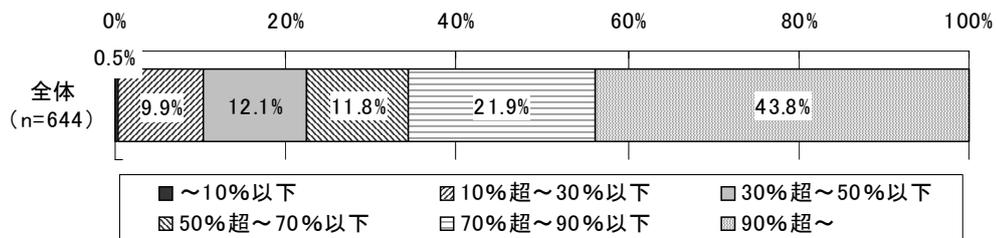
	平均値	標準偏差	中央値
処方せん発行枚数(枚)	1,029.9	861.0	914.5

(注) 処方せん枚数について回答があった 644 施設を集計対象とした。

iii) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）

特定の保険医療機関に係る処方せんの割合（最も多いもの）についてみると、「90%超～」（43.8%）が最も高く、次いで「70%超～90%以下」（21.9%）、「30%超～50%以下」（12.1%）、「50%超～70%以下」（11.8%）であった。70%超と回答した薬局は65.7%であった。

図表 16 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）



(注) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合は、次の計算式による。

(当該薬局で受付枚数が最も多い医療機関が発行した処方せんの受付枚数) ÷ (当該薬局での受付処方せん枚数の総数)

5) 営業日数（平成23年6月1か月間）

平成23年6月1か月間の営業日数についてみると、平均営業日数は23.7日（標準偏差2.5、中央値24.0）であった。

図表 17 営業日数（平成23年6月1か月間）

	平均値	標準偏差	中央値
営業日数(日)	23.7	2.5	24.0

(注) 半日の開局は0.5日として計算した。

②取り扱い処方せん状況（平成23年8月18日～8月24日の1週間）

1) 1週間の取り扱い処方せん枚数の内訳

平成23年8月18日から8月24日までの1週間の取り扱い処方せん枚数総計（181,802枚）の内訳をまとめた。

図表 18 1週間の取り扱い処方せん枚数の内訳（632薬局分）

	（今回調査）		（参考） 前回調査
	枚数(枚)	割合	
① すべての取り扱い処方せん	181,802	100.0%	100.0%
② ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	125,526	69.0%	67.0%
③ ②のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	58,770	32.3%	29.9%
④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん	10,363	5.7%	5.7%
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料(10点)を算定した処方せん	1,595	0.9%	1.4%
⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算(5点)を算定した処方せん	32	0.0%	0.0%
⑦ ③のうち、1品目でも、後発医薬品を他の銘柄の後発医薬品に変更した処方せん	986	0.5%	0.4%
⑧ ③のうち、1品目でも、含量違いの後発医薬品に変更した処方せん	116	0.1%	0.0%
⑨ ③のうち、1品目でも、類似した別剤形の後発医薬品に変更した処方せん	248	0.1%	0.1%
⑩ ②のうち、いずれの先発医薬品にも後発医薬品が薬価収載されておらず、後発医薬品に変更できなかった処方せん	14,798	8.1%	7.0%
⑪ ②のうち、患者が希望しなかったため、1品目も後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に確認済みの場合を含む)	26,239	14.4%	17.1%
⑫ ②のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった処方せん(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形とする)	3,483	1.9%	0.8%
⑬ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん	56,276	31.0%	33.0%
⑭ ⑬のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	19,898	10.9%	14.1%

2) 後発医薬品への変更割合（処方せん枚数ベース）

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（125,526枚）における、後発医薬品への変更状況等の内訳をまとめた。

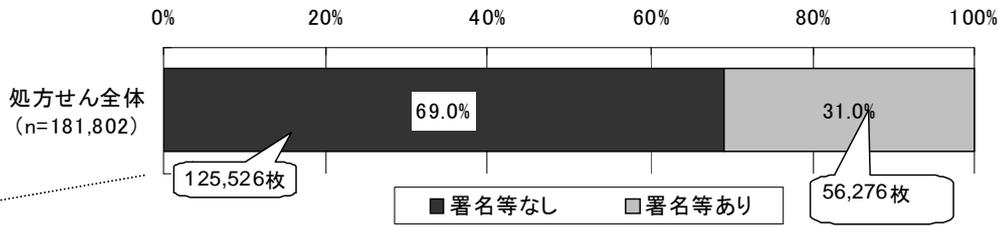
図表 19 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（n=125,526）
における、後発医薬品への変更状況
（平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日 1 週間分の処方せんベース、632 薬局分）

	（今回調査）		（参考） 前回調査
	枚数（枚）	割合	
① 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」欄に処方医の <u>署名等がない</u> 処方せん	125,526	100.0%	100.0%
② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	58,770	46.8%	44.7%
③ ②のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん	10,363	8.3%	8.6%
④ ③のうち、後発医薬品情報提供料（10点）を算定した処方せん	1,595	1.3%	2.1%
⑤ ③のうち、後発医薬品分割調剤加算（5点）を算定した処方せん	32	0.0%	0.0%
⑥ ②のうち、1品目でも、後発医薬品を他の銘柄の後発医薬品に変更した処方せん	986	0.8%	0.7%
⑦ ②のうち、1品目でも、含量違いの後発医薬品に変更した処方せん	116	0.1%	0.1%
⑧ ②のうち、1品目でも、類似した別剤形の後発医薬品に変更した処方せん	248	0.2%	0.1%
⑨ ①のうち、いずれの先発医薬品にも後発医薬品が薬価収載されておらず、後発医薬品に変更できなかった処方せん	14,798	11.8%	10.4%
⑩ ①のうち、患者が希望しなかったため、1品目も後発医薬品に変更できなかった処方せん（過去に確認済みの場合を含む）	26,239	20.9%	25.6%
⑪ ①のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった処方せん（クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形とする）	3,483	2.8%	1.2%

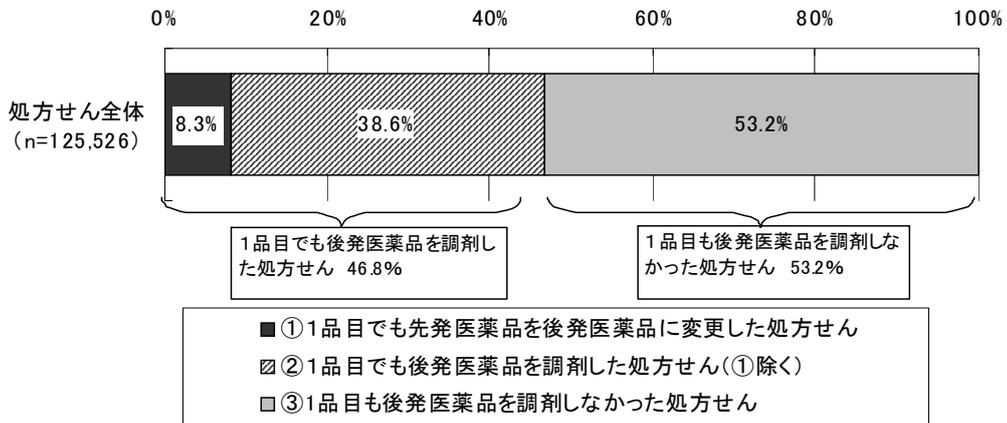
平成 23 年 8 月 18 日から 8 月 24 日までの 1 週間のすべての取り扱い処方せん（181,802 枚）における、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名等の有無の状況についてみると、「署名等なし」が 69.0%（125,526 枚）、「署名等あり」が 31.0%（56,276 枚）であった（図表 20）。

「署名等なし」の処方せん 125,526 枚のうち、実際に「1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せん」は 46.8%であった（図表 21）。また、「1 品目も後発医薬品を調剤しなかった処方せん」（53.2%）の内訳は、「患者が希望しなかったため、変更できなかった処方せん」（39.3%）が最も多く、次いで「いずれの先発医薬品にも後発医薬品が薬価収載されていなかったため変更できなかった処方せん」（22.2%）、「外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった処方せん」（5.2%）であった（図表 22）。

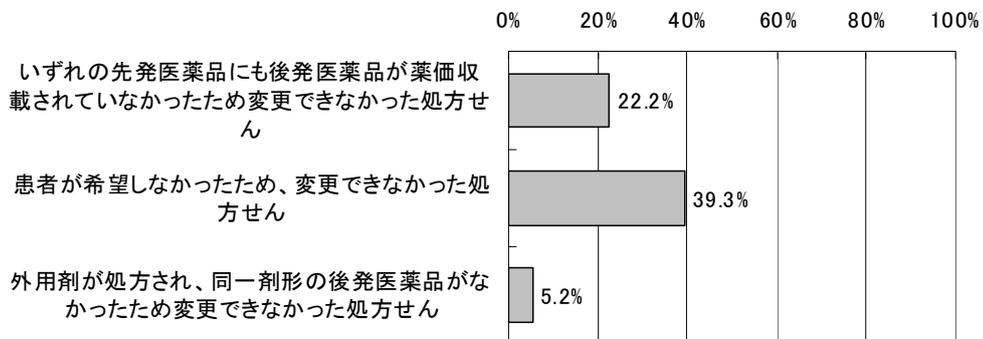
図表 20 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名等の有無（平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日 1 週間の処方せんベース）



図表 21 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（n=125,526）における、後発医薬品への変更状況（平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日 1 週間の処方せんベース）



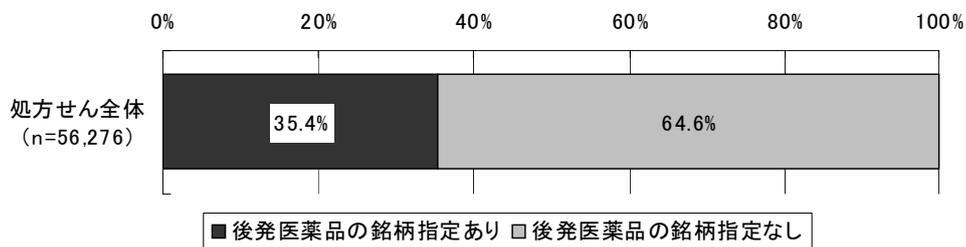
図表 22 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目も後発医薬品を調剤しなかった処方せん（n=66,756）の内訳（平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日 1 週間の処方せんベース、複数回答）



3) 「変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せんの割合

平成 23 年 8 月 18 日から 8 月 24 日までの 1 週間で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん 56,276 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」は 35.4%、「後発医薬品の銘柄指定なし」は 64.6%であった。

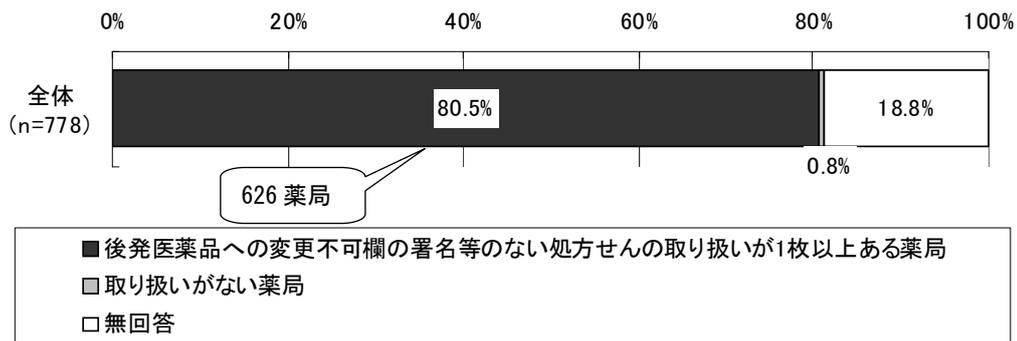
図表 23 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん (n=56,276) における、後発医薬品の銘柄指定をしている処方せん割合 (平成 23 年 8 月 18 日~8 月 24 日 1 週間の処方せんベース)



4) 後発医薬品への変更割合 (薬局数ベース)

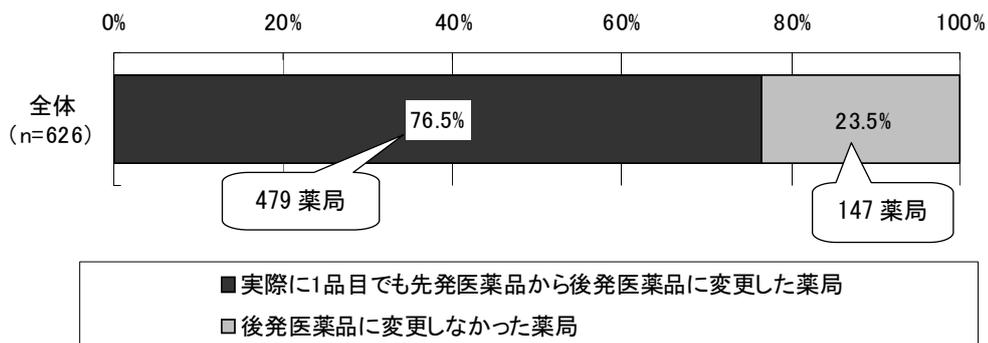
平成 23 年 8 月 18 日から 8 月 24 日までの 1 週間で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを 1 枚以上取り扱った薬局は、80.5% (626 薬局) であった。

図表 24 1 か月間の取り扱い処方せんのうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局数の割合 (薬局数ベース)



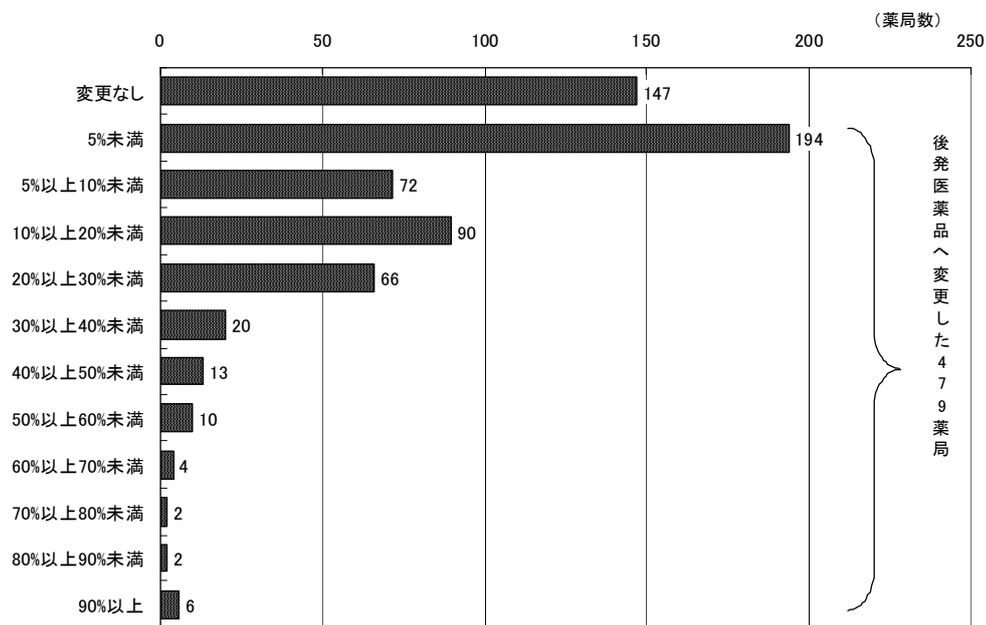
「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを1枚以上取り扱った626薬局のうち、「実際に1品目でも先発医薬品から後発医薬品に変更した薬局」は76.5%（479薬局）であり、「後発医薬品に変更しなかった薬局」は23.5%（147薬局）であった。

図表 25 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局（626薬局）のうち、実際に1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した薬局数の割合（薬局数ベース）



「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った 626 薬局における、後発医薬品への変更可能な処方せん枚数に対する、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数の割合（変更割合）についてみると、変更割合が「5%未満」が 194 薬局で最も多く、次いで「10%以上 20%未満」が 90 薬局、「5%以上 10%未満」が 72 薬局、「20%以上 30%未満」が 66 薬局であり、後発医薬品への変更割合は依然として低い。

図表 26 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局（626 薬局）における、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布（薬局数ベース）



③後発医薬品への対応状況

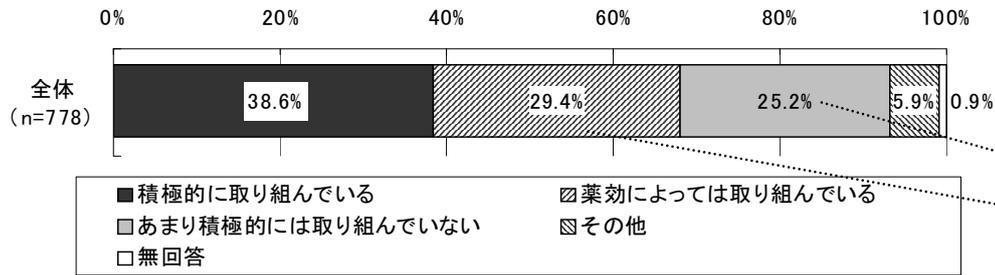
1) 後発医薬品の調剤に関する考え方

後発医薬品の調剤に関する考え方についてみると、「後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」(38.6%)が最も多く、次いで「薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」(29.4%)、「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」(25.2%)であった(図表 27)。

「薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」と回答した薬局に対して、後発医薬品を積極的には調剤していない理由を尋ねたところ、「在庫管理の負担が大きい」(44.1%)が最も多く、次いで「後発医薬品の効果に疑問がある」(33.2%)、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」(30.6%)、「後発医薬品の品質に疑問がある」(28.4%)、「納品までの時間がかかる」(26.2%)と続いた(図表 28)。また、「最大」の理由については、「在庫管理の負担が大きい」(20.1%)が最も多く、次いで「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」(17.5%)、「後発医薬品の効果に疑問がある」(15.7%)であった(図表 29)。

次に、「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」と回答した薬局に対して、後発医薬品を積極的には調剤していない理由を尋ねたところ、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」と「在庫管理の負担が大きい」が 48.5%で最も多く、次いで「後発医薬品の説明に時間がかかる」(25.0%)、「後発医薬品の品質に疑問がある」(24.5%)、「後発医薬品の効果に疑問がある」(21.9%)、「納品までの時間がかかる」(21.9%)と続いた(図表 28)。また、「最大」の理由については、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」(32.7%)が最も多く、次いで「在庫管理の負担が大きい」(17.9%)であった(図表 29)。

図表 27 後発医薬品の調剤に関する考え方



(注)・凡例の正確な表現は次のとおり。

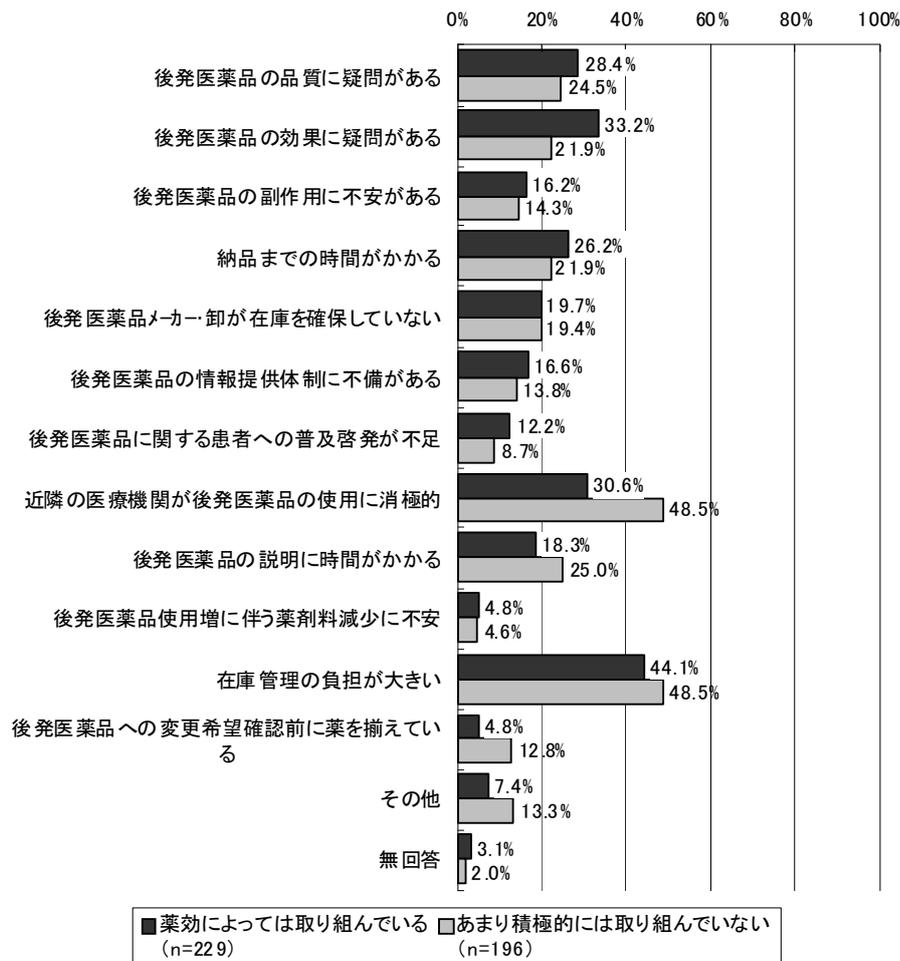
「積極的に取り組んでいる」：「後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」

「薬効によっては取り組んでいる」：「薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するよう取り組んでいる」

「あまり積極的には取り組んでいない」：「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」

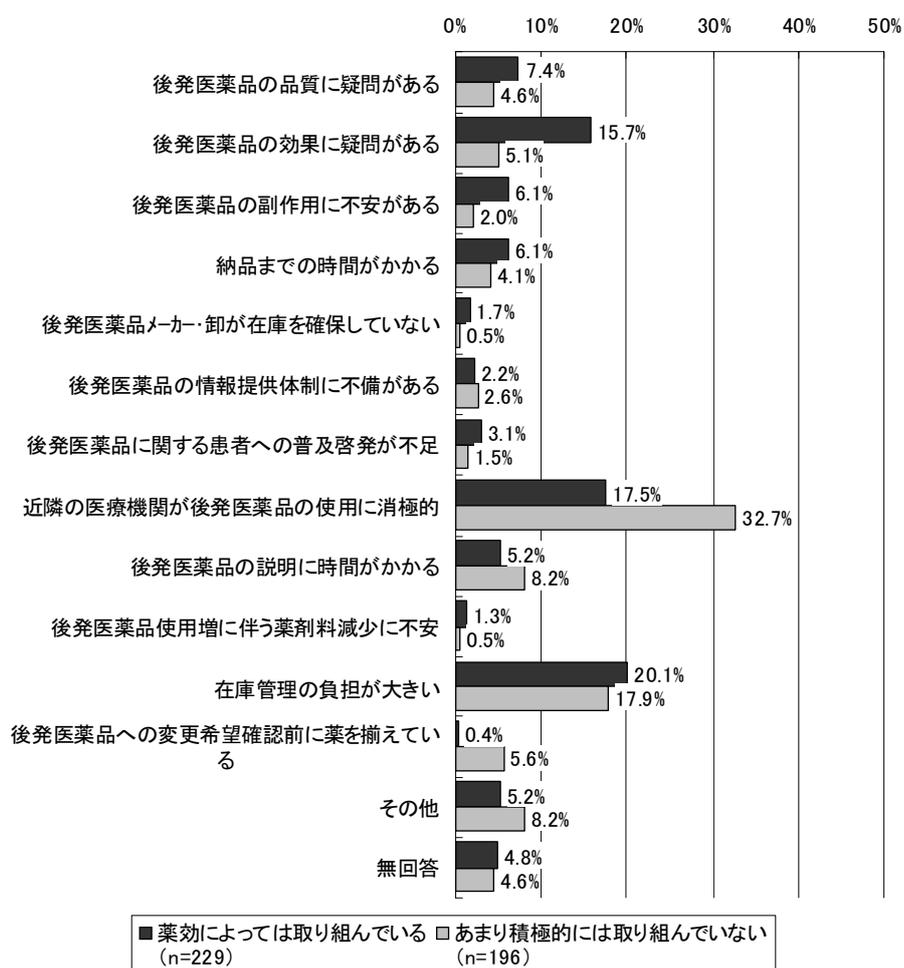
・「その他」の内容として「患者の希望を優先している」「すでに後発医薬品に変更された処方せんである」等の回答が挙げられた。

図表 28 積極的には調剤していない理由（複数回答）



(注)「その他」の内容として、「患者が希望しない」「精神科メインなので説明に際して不安感を与える危険性があるため」「後発品調剤率が40%を超えているため変更しづらい（品目が少ない）」「医師が後発医薬品を処方している」等の回答が挙げられた

図表 29 積極的に調剤していない最大の理由（単数回答）



図表 30 後発医薬品の調剤にあまり積極的に取り組んでいない理由の根拠（経験の内容や時期、問題点などについての主な意見、自由記述式）

【後発医薬品の品質に疑問がある】

- ・ 一包化調剤時に錠剤に変質があった（先発品では異常がなかった）。
- ・ 口腔内崩壊錠などは先発医薬品と比べて味、溶け具合が異なるので違和感がある。
- ・ 外用の貼付剤ですぐはがれたり、使い心地が異なるものが多い。
- ・ 以前、散薬を開封した時、シリカゲルのインジケータが赤いものがあった。見た目も臭いも気になることはなく投薬したところ「カビ臭い」とクレーム有り。口に含んだだけで吐き出すほどであった。メーカーに検査依頼をしても、細菌検査はなく口頭で「異常なし」との返答のみ。
- ・ 遮光剤のオレンジ色の退色がジェネリックについて早かったことが過去にあった。／等

【後発医薬品の効果に疑問がある】

- ・ 鎮痛剤は先発医薬品と比べると効き具合が異なると言われたことあり。
- ・ 降圧剤の効果発現にバラツキがある。
- ・ 降圧剤を患者了解のもとに先発、後発交互に1週ずつ使用してもらったが、後発品の効果が悪かった。
- ・ 先発品から後発品へ変更して8か月間服用したが、検査値が悪化したため先発品に戻りその後改善という事例あり。／等

【後発医薬品の副作用に不安がある】

- ・ 長年先発医薬品のPPIを服用している男性高齢者にGEを勧め、変更後、ひどい便秘に苦しみ、尿の出も悪くなり中止。元に戻したところすぐに体調が改善される。
- ・ 内服薬を後発医薬品に変更したら、かぶれ、湿疹が出た（平成22年7月）。
- ・ スピロノラクトン、アテノロールの後発医薬品に変更したところ、めまい、フラフラする、との訴え。先発医薬品に戻る（平成22年10月）。
- ・ 後発医薬品に変更したところ、体調不良を訴えられた（吐き気等の胃腸障害）。
- ・ 後発医薬品に変えたら喘息発作が起きた。後発医薬品に変えたら糖尿病が悪化した。医師から先発医薬品に戻すように指示があった（平成22年頃）。／等

【納品までの時間がかかる】

- ・ 注文してから納品まで1週間かかるメーカーがある。
- ・ 小包装で注文を入れたところ、10日ほど時間がかかってしまった。ジェネリック医薬品の種類が多く、選別して取り揃えてもジェネリック医薬品の銘柄指定の処方せんで、大包装しかないものがあり、頭が痛む。
- ・ 当日の納品にならない。後日、後発品ごとに卸の在庫を把握したが、当日の納品の確証は得られなかった。
- ・ あるメーカーだと特定の卸からしか入庫できない。在庫が支店になくてセンターにしかないの納品時間が遅くなる。
- ・ 後発医薬品を発注すると納入に5日間程度かかるものもあり、また、返品できないことが多い。／等

【後発医薬品メーカー・卸が在庫を確保していない】

- ・ 欠品が続いた。後発医薬品メーカーから、先発医薬品で調剤してほしいと依頼があった。
- ・ 多数のメーカーの長期品切れ等があり、需要が増大した時の供給は全く信用できない。
- ・ 卸も大手数社しか在庫してなく、後発品を処方する医院は門前と協議して、患者が他にいかないよう入手困難なメーカーを指定する場合は過去何回かあった。／等

【後発医薬品の情報提供体制に不備がある】

- ・ 後発医薬品メーカーに医薬品情報について問い合わせたところ、先発医薬品メーカーに聞いてほしいと言われた。
- ・ 数年前、授乳婦への投与について問い合わせたところ、先発医薬品メーカーから文献が送られてきたものを後発医薬品メーカーが送ってきたため、時間がかかった。質問への対応自体は問題なかった。
- ・ MR の学術情報レベルが低い。
- ・ 薬剤の問題点があった時にメーカー卸からの連絡が遅く、他のニューズレター等で情報を知り対処が遅れたことがある。
- ・ リマプロストアルファデクスの後発医薬品に変更して 1 包化調剤していた。8 月初め頃 MR が来て、「1 包化すると 5 日～14 日で効果が 1/5 位になる」と説明があった。9 月中旬からは製剤変更により心配はないとのこと。非常に驚くと同時に、そういうこともあるだろうと思った。／等

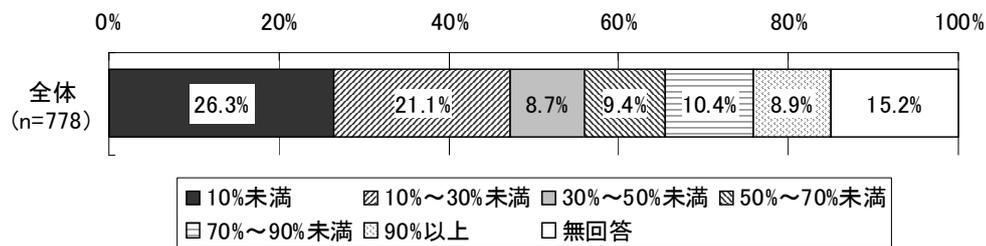
図表 31 在庫管理の負担が大きいという問題を解決するために必要と考えられること
(自由記述式)

- ・ 一般名処方とすること (同旨を含め 31 件)。
- ・ 後発品使用処方せんに変更不可の署名を医師に禁止すること (同旨を含め 17 件)。
- ・ 小包装単位の製品を作って欲しい (同旨を含め 16 件)。
- ・ 後発医薬品の薬価統一化 (同旨を含め 14 件)。
- ・ 後発医薬品メーカーの統合／後発医薬品メーカーが多すぎる (同旨を含め 12 件)。
- ・ 同一効能薬品数が多すぎる (同旨を含め 9 件)。
- ・ 薬剤科の高い安いにかかわらず、同一成分の後発品を可能にすること (同旨を含め 3 件)。
- ・ 薬剤師会会営薬局や卸に後発品の分割分譲システムが整うこと。
- ・ 小規模のため、不動在庫になる。それらを流通する組織が欲しい。／等

2) 後発医薬品への変更が可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合（平成23年4月以降）

後発医薬品への変更が可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合をみると、「10%未満」（26.3%）が最も多く、次いで「10%～30%未満」（21.1%）、「70%～90%未満」（10.4%）であった。

図表 32 後発医薬品への変更可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合（平成23年4月以降、薬局数ベース）



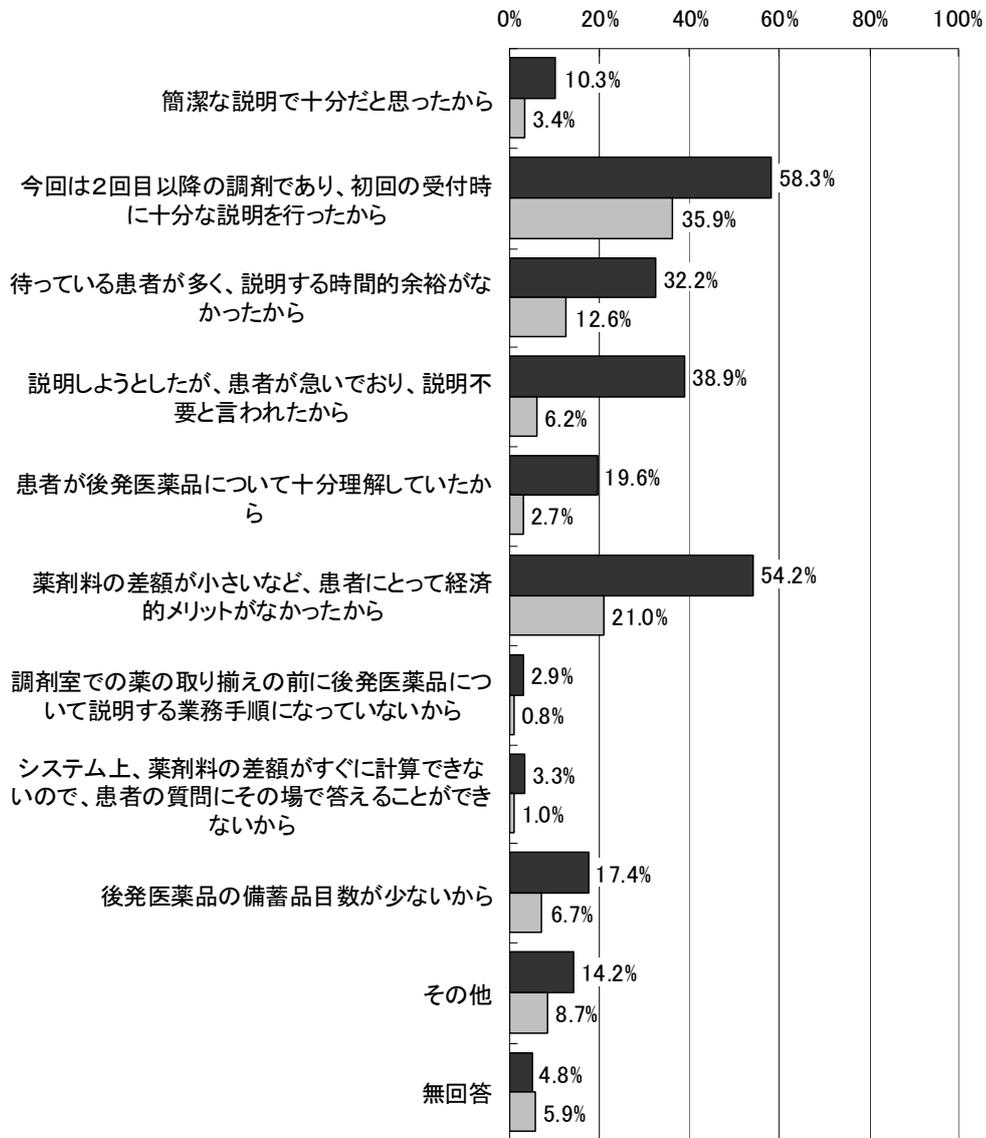
(注)・「後発医薬品への変更可能な処方せん」とは、変更可能な先発医薬品が処方された処方せんで「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん。

・「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明など。

後発医薬品への変更が可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者に対して後発医薬品についての説明をしなかった理由をみると、「今回は2回目以降の調剤であり、初回の受付時に十分な説明を行ったから」（58.3%）が最も多く、次いで「薬剤料などの差額が小さいなど、患者にとって経済的なメリットがなかったから」（54.2%）、「説明しようとしたが、患者が急いでおり、説明不要と言われたから」（38.9%）、「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」（32.2%）と続いた。

また、後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった最大の理由をみると、「今回は2回目以降の調剤であり、初回の受付時に十分な説明を行ったから」（35.9%）が最も多く、次いで「薬剤料などの差額が小さいなど、患者にとって経済的なメリットがなかったから」（21.0%）であった。

図表 33 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由 (n=751)



■ 後発医薬品についての説明を行わなかった理由(複数回答) □ 最大の理由(単数回答)

(注)・後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合が「100%」と回答した 27 施設以外の施設を集計対象とした。

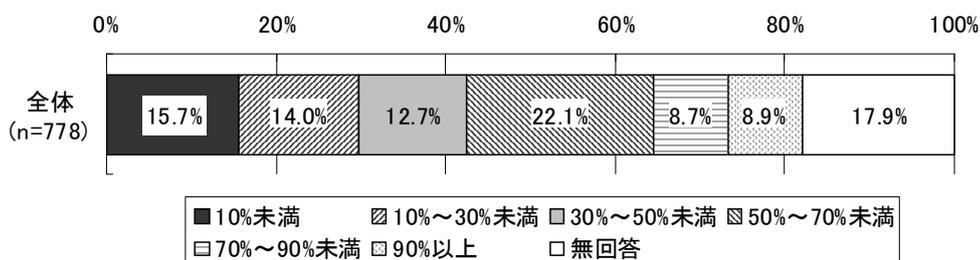
- ・後発医薬品の説明をしなかった最大の理由として「その他」を回答した薬局について、その具体的内容を整理すると、「後発医薬品への変更を希望されていないことが前回までに確認されているから」(同旨含め 12 件)、「医療費の自己負担がない患者だったので」(同旨含め 12 件)、「高齢などの理由で、後発医薬品の説明について理解不能だったので」(同旨含め 7 件)、「患者が医師の指示通りを希望」(同旨含め 7 件)、「近隣の医療機関の医師が後発医薬品使用に消極的なため」(同旨含め 6 件)、「後発医薬品に変更しても経済的メリットが少ないため」(同旨含め 5 件)「後発医薬品の説明をしても希望する患者が少ないから」(同旨含め 3 件) 等であった。

3) 後発医薬品について説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

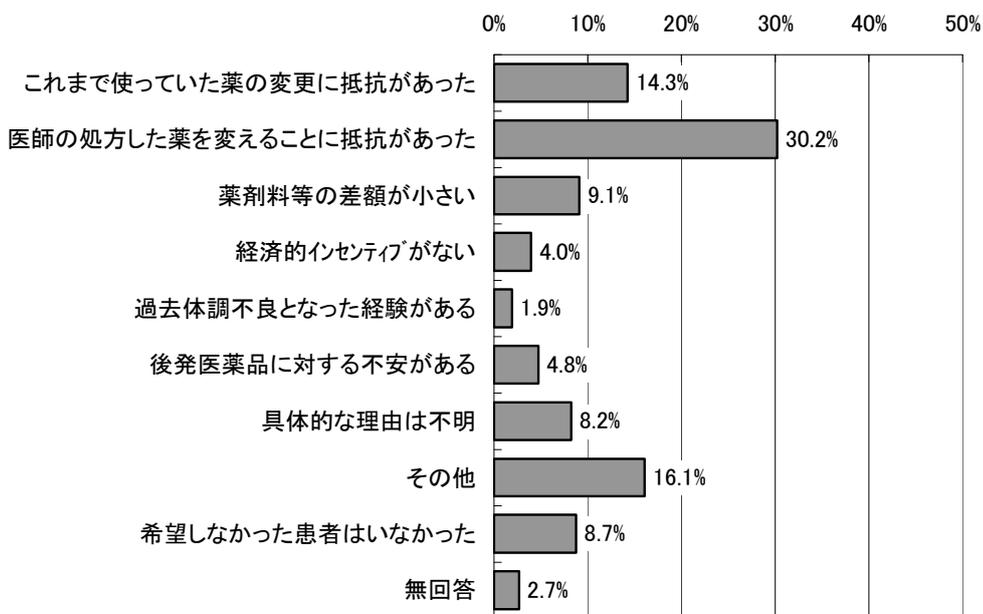
後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参し、薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「50%～70%未満」(22.1%)が最も多かった。また、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「90%以上」(8.9%)、「70%～90%未満」(8.7%)、「50%～70%未満」(22.1%)と5割以上と回答した薬局がおよそ4割を占めた。

後発医薬品について説明を行ったが、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由について尋ねたところ、「医師の処方した薬を変えることに抵抗があった」(30.2%)が最も高く、次いで「その他」(16.1%)となった。

図表 34 後発医薬品について説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（薬局数ベース）



図表 35 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由で最も多いもの（単数回答、n=778）



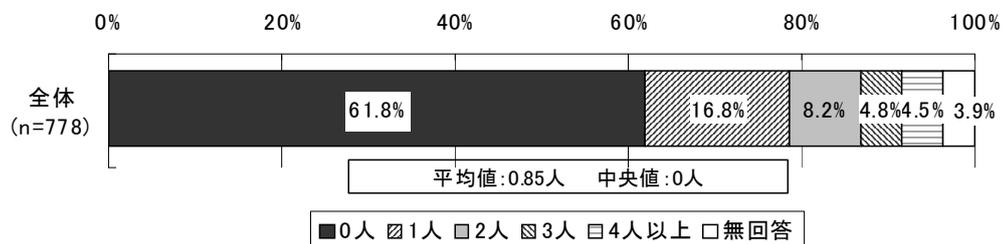
(注) 「その他」の内容として、「近隣の医師が患者に対し、先発品を勧めるため」(同旨含め3件)、「公費等で自己負担がないか、ほとんどないため」(同旨含め3件)、「薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから」(同旨含め3件)等が挙げられた。

4) 後発医薬品へ変更したが、その後、患者の希望により後発医薬品から先発医薬品に戻した患者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）

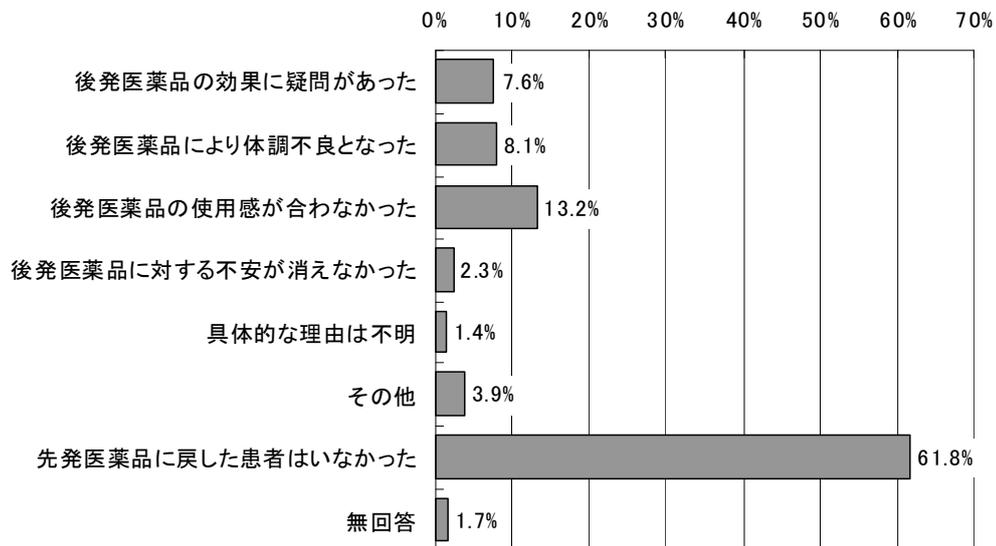
後発医薬品へ変更したが、その後、患者の希望により後発医薬品から先発医薬品に戻した患者の割合についてみると、「0 人」（61.8%）が最も多く、次いで「1 人」（16.8%）であった。

後発医薬品から先発医薬品に戻した理由をみると、「先発医薬品に戻した患者はいなかった」が 61.8%であった。これ以外の回答についてみると、「後発医薬品の使用感が合わなかったため」（13.2%）が最も多く、次いで「後発医薬品により体調不良となった」（8.1%）、「後発医薬品の効果に疑問があった」（7.6%）となった。

図表 36 後発医薬品へ変更したが、その後、患者の希望により後発医薬品から先発医薬品に戻した患者数（平成 23 年 6 月 1 か月間、薬局数ベース）



図表 37 後発医薬品から先発医薬品に戻した理由で最も多いもの（単数回答、n=778）

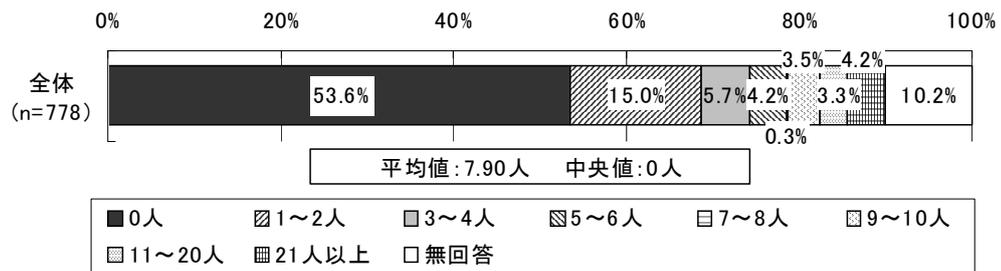


(注) 「その他」の内容として、「医師からの指示」（同旨含め 6 件）等が挙げられた。

5) 後発医薬品に変更できなかった患者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）

平成 23 年 6 月 1 か月間に、後発医薬品への変更を希望したが、後発医薬品に 1 品目も変更できなかった患者の人数をみると、「0 人」（53.6%）が最も多く、次いで「1～2 人」（15.0%）、「3～4 人」（5.7%）であった。

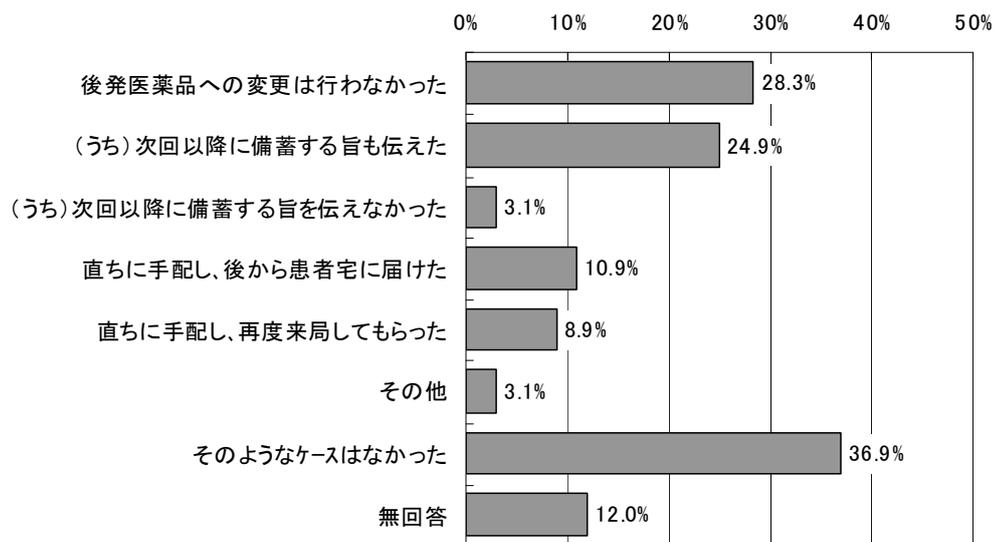
図表 38 後発医薬品への変更を希望したが、後発医薬品に 1 品目も変更できなかった患者数
（平成 23 年 6 月 1 か月間、薬局数ベース）



6) 後発医薬品の備蓄がなかったため直ちに取り揃えることができなかった患者に対する主な対応

後発医薬品の備蓄がなかったため直ちに取り揃えることができなかった患者に対する主な対応をみると、「そのようなケースはなかった」が36.9%であった。これ以外の回答についてみると、「後発医薬品への変更は行わなかった」(28.3%)が最も多く、次いで「直ちに手配し、後から患者宅等に届けた」(10.9%)、「直ちに手配し、再度来局してもらった」(8.9%)であった。

図表 39 後発医薬品の備蓄がなかったため直ちに取り揃えることができなかった患者に対する主な対応（単数回答、n=778）

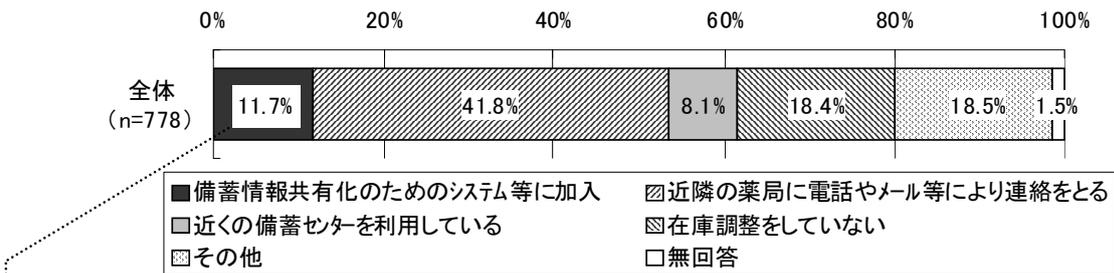


(注) 「その他」の内容として、「直ちに手配できない旨を伝えると変更しなくて良いと断られた」(同旨含め3件)、「直ちに手配し後から患者宅に届ける場合もあれば、再度来局してもらった場合もあった」「近所の薬局に問い合わせし、調達し手渡した」等が挙げられた。

7) 後発医薬品の在庫がない、あるいは不動態在庫となりそうな場合の在庫調整の方法

後発医薬品の在庫がない、あるいは不動態在庫となりそうな場合の在庫調整の方法についてみると、「近隣の薬局に電話やメール等により連絡をとる」(41.8%)が最も多かった。この他、「備蓄情報共有化のためのシステム等に参加」が11.7%、「近くの備蓄センターを利用している」が8.1%であった。また、「在庫調整をしていない」が18.4%であった。

図表 40 後発医薬品の在庫がない、あるいは不動態在庫となりそうな場合の在庫調整の方法
(最も多いケース)



(注) 「その他」の内容として、「同じ会社の店舗間で在庫調整している」(同旨含め 101 件)、「少量販売の利用」(同旨含め 10 件)、「薬剤師会や近隣の薬局と連絡を取り在庫調整をしている」(同旨含め 7 件)等が挙げられた。

図表 41 会費・通信料など 1 か月分の費用
(備蓄情報共有化のためのシステム等に参加している場合、n=91)

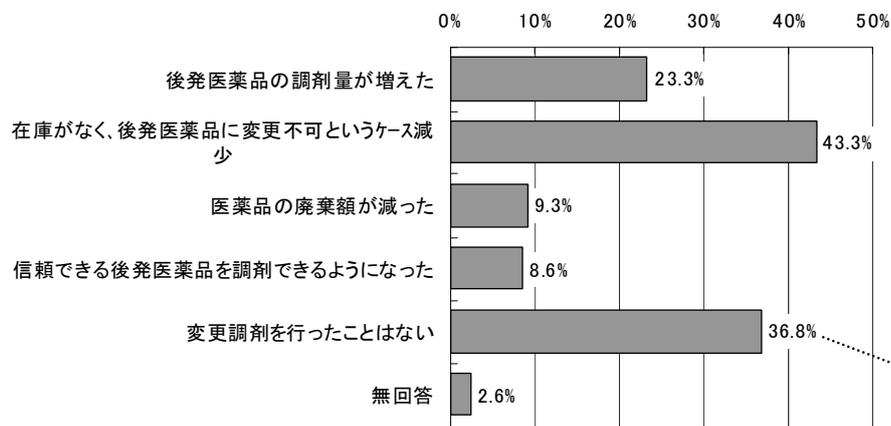
	平均値	標準偏差	中央値
1 か月分の費用(円)	2,969.9	3,857.6	1,500

8) 含量違いや類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行えるようになったことの影響

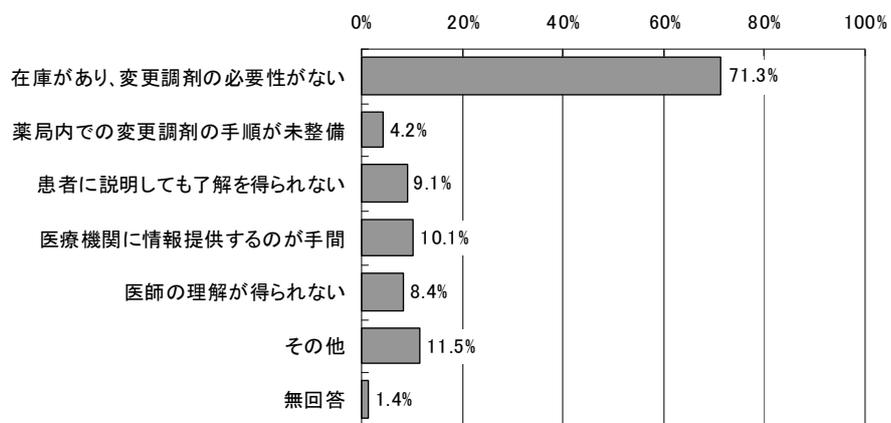
含量違いや類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行えるようになったことの影響をみると、「在庫がなく、後発医薬品に変更不可というケース減少」(43.3%)が最も多く、次いで「後発医薬品の調剤量が増えた」(23.3%)、「医薬品の廃棄額が減った」(9.3%)、「信頼できる後発医薬品を調剤できるようになった」(8.6%)であった。

また、含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への「変更調剤を行ったことはない」という回答が36.8%であった。この薬局に対し、含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行ったことがない理由を尋ねたところ、「処方銘柄の在庫があり、変更調剤の必要性がないため」が7割を超えた。

図表 42 含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行えるようになったことの影響（複数回答、n=778）



図表 43 含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行ったことがない理由（複数回答、n=286）



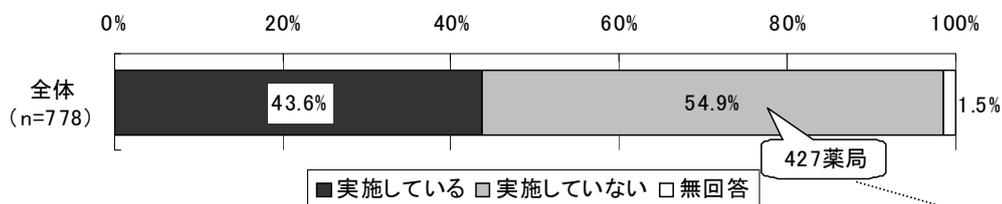
(注) 「その他」の内容として、「そういった機会がなかった」(同旨含め7件)、「患者の理解度が低く、飲み間違いを起こすことがあるため」(同旨含め4件)、「会社の方針」(同旨含め3件)等が挙げられた。

9) 処方せん受付時の手順等

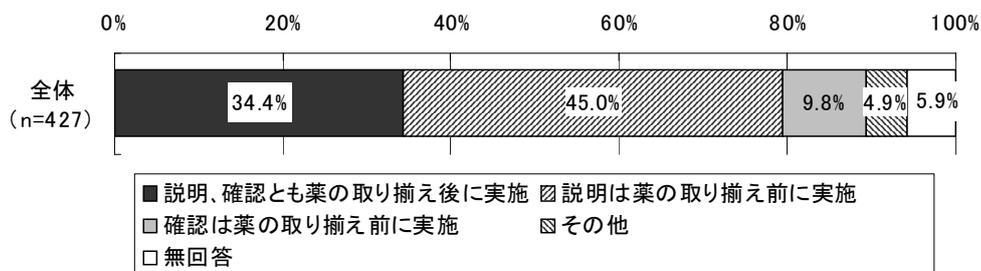
処方せん受付時における、患者への「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の実施状況についてみると、「実施している」という薬局が43.6%、「実施していない」という薬局が54.9%であった。

「実施していない」と回答した427薬局に、患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」を行うタイミングについて尋ねたところ、「説明、確認とも薬の取り揃え後に実施」が34.4%、「説明は薬の取り揃え前に実施」が45.0%、「確認は薬の取り揃え前に実施」が9.8%、「確認は薬の取り揃え後に実施」が4.9%、「その他」が5.9%であった。

図表 44 処方せん受付時における、患者への「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の実施状況



図表 45 患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」を行うタイミング



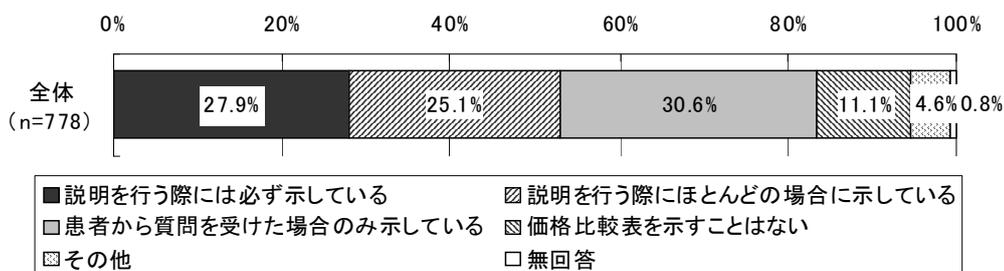
(注)・「説明」とは後発医薬品についての説明、「確認」とは薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認を意味する。

・「その他」の内容として、「後発医薬品希望の申し出があった時」「患者が説明を希望した時」等が挙げられた。

10) 患者に後発医薬品についての説明を行う際の価格比較表等の提示状況

患者に後発医薬品についての説明を行う際の価格比較表等の提示状況をみると、「患者から質問を受けた場合のみ示している」(30.6%)が最も多く、次いで「説明を行う際には必ず示している」(27.9%)、「説明を行う際にはほとんどの場合に示している」(25.1%)であった。

図表 46 患者に後発医薬品についての説明を行う際の価格比較表等の提示状況

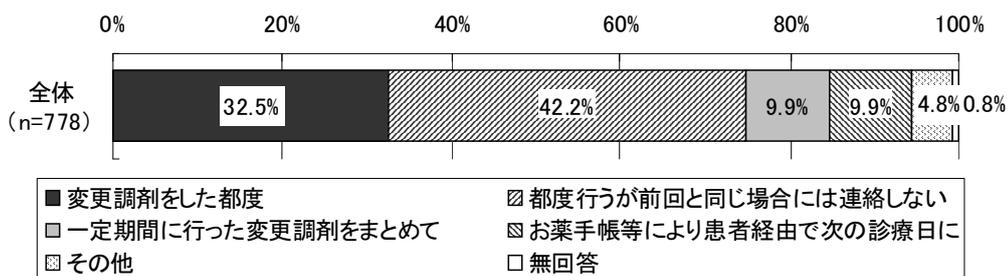


(注) 「その他」の内容として、「口頭で差額について説明している」(同旨含め 24 件)が多く挙げられた。

11) 後発医薬品への変更調剤について医療機関（医師）に情報提供を行うタイミング

後発医薬品への変更調剤について医療機関（医師）に情報提供を行うタイミングについてみると、「都度行方が前回と同じ場合には連絡しない」(42.2%)が最も多く、次いで「変更調剤をした都度」(32.5%)であった。

図表 47 後発医薬品への変更調剤について医療機関（医師）に情報提供を行うタイミング
(最も多いもの)



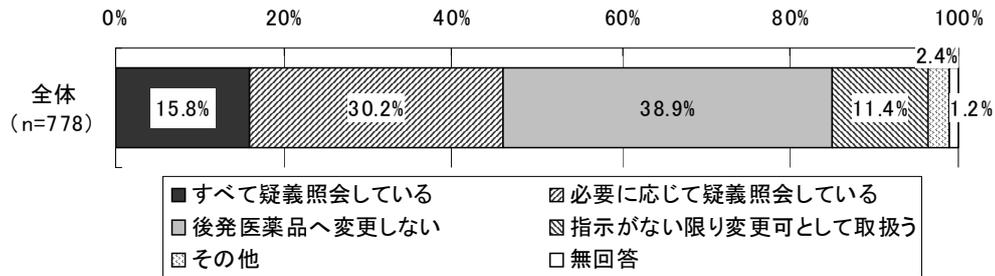
(注)・凡例の「都度行方が前回と同じ場合には連絡しない」は正式には、「原則、変更調剤をした都度行方が、前回と同じ内容の変更調剤であった場合には連絡しない」。

・「その他」の内容として、「医療機関に指定された方法で情報提供している」(同旨含め 14 件)が多く挙げられた。

12) 変更調剤時における先発医薬品と後発医薬品の効能の違いがある場合の対応

変更調剤時における先発医薬品と後発医薬品の効能の違いがある場合の対応についてみると、「後発医薬品へ変更しない」(38.9%)が最も多く、次いで「必要に応じて疑義照会している」(30.2%)、「すべて疑義照会している」(15.8%)であった。

図表 48 変更調剤時における先発医薬品と後発医薬品の効能の違いがある場合の対応

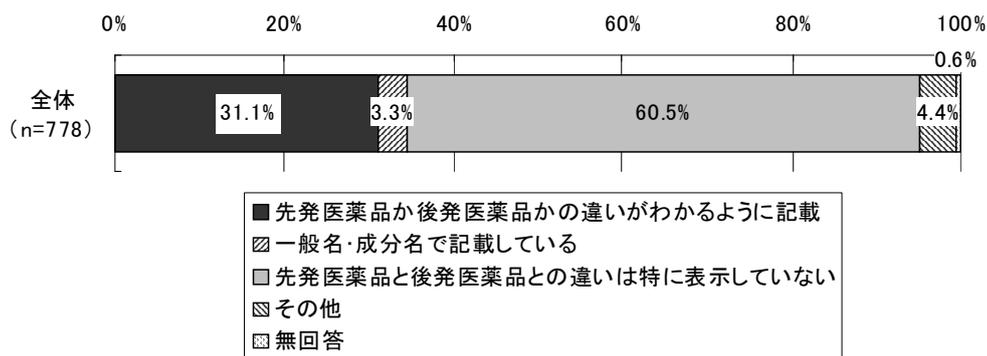


(注)「その他」の内容として、「そのような例はなかった」(同旨含め9件)、「患者からの聞き取り上、効能が合わない場合、後発医薬品へ変更しない」(同旨含め2件)等が挙げられた。

13) 「お薬手帳」や「薬剤情報提供文書」への医薬品名についての記載方法

「お薬手帳」や「薬剤情報提供文書」への医薬品名の記載方法については、「先発医薬品か後発医薬品かの違いがわかるように記載」が31.1%、「一般名・成分名で記載している」が3.3%、「先発医薬品と後発医薬品との違いは特に表示していない」が60.5%であった。

図表 49 「お薬手帳」や「薬剤情報提供文書」への医薬品名についての記載方法



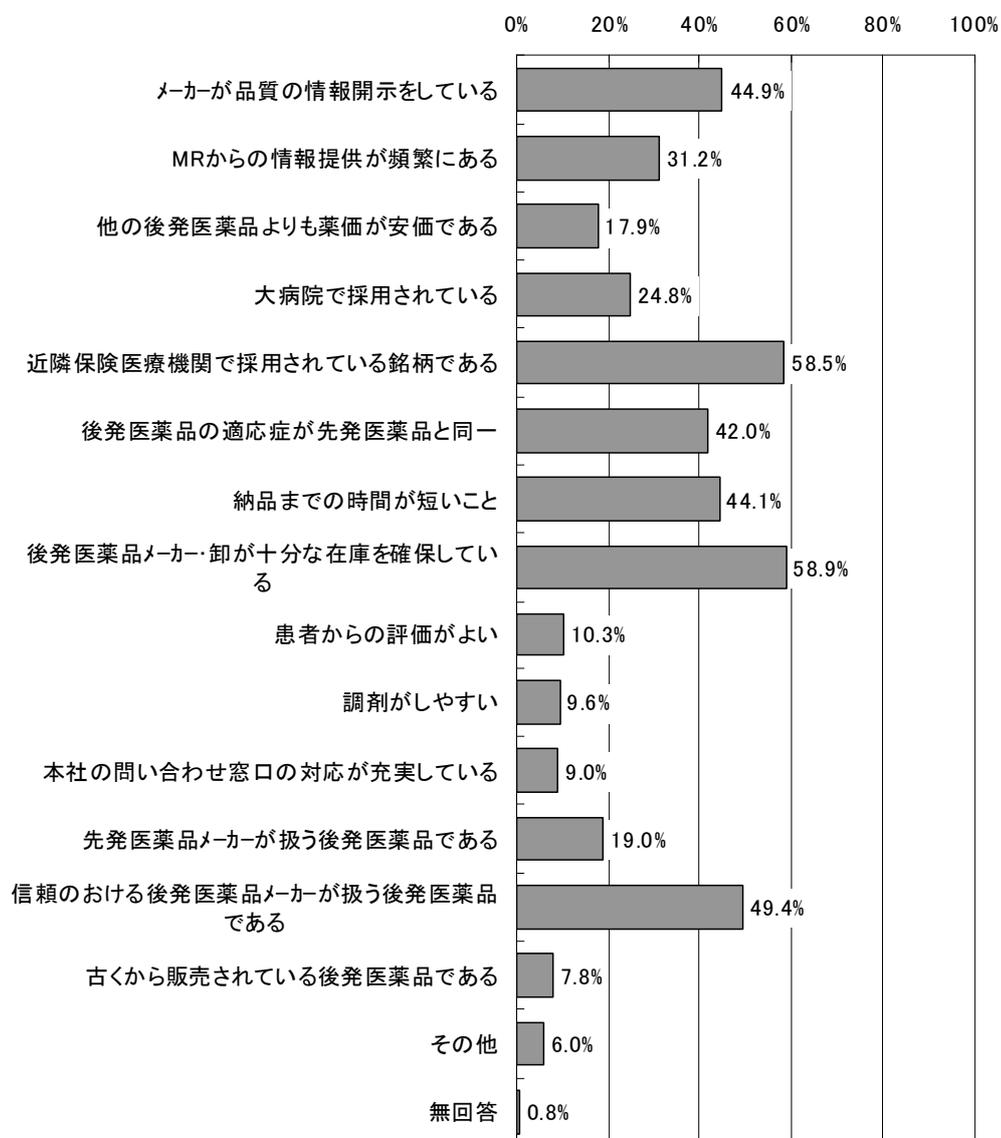
(注)「その他」の内容として、「医師の処方名と変更後の薬品名を記載」(同旨含め17件)、「お薬手帳のみ変更時記載」(同旨含め9件)等が挙げられた。

④備蓄医薬品の状況等

1) 後発医薬品の採用基準

後発医薬品の採用基準についてみると、「後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保している」(58.9%)が最も多く、次いで「近隣保険医療機関で採用されている銘柄である」(58.5%)、「信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品である」(49.4%)、「メーカーが品質の情報開示をしている」(44.9%)、「納品までの時間が短いこと」(44.1%)、「後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一」(42.0%)と続いた。

図表 50 後発医薬品の採用基準（複数回答、n=778）



(注)「その他」の内容として、「会社で推奨品を選定している」(同旨含め 19 件)、「近隣薬局・社内他店舗で採用されている銘柄」(同旨含め 8 件)、「先発品と色・形が似ていること」(同旨含め 3 件)等が挙げられた。

2) 医薬品の備蓄品目数

備蓄医薬品の全品目数についてみると、平成22年度6月時点では平均833.4品目であったが、平成23年6月時点では平均880.8品目となり、5.7%の増加率となった。中央値でも、766.0品目から810.0品目となり、5.7%の増加率であった。

次に後発医薬品の備蓄品目数についてみると、平成22年6月時点では平均138.5品目であったが、平成23年6月では平均159.2品目となり、15.0%の増加率となった。中央値でも、100.0品目から125.0品目となり、25.0%の増加率となった。

したがって、後発医薬品の備蓄品目数は、医薬品全品目の備蓄品目数よりも増加率としては高いものの、平成23年6月時点における全品目に占める後発医薬品のシェア（図表51(B) / (A)）は、平均値18.1%、中央値15.4%となっており、依然として低い結果となっている。

当該薬局において1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合には、その先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数は、平均17.8品目（標準偏差41.6、中央値7.0）となった。つまり、先発医薬品17.8品目については、保険薬局において複数銘柄の中から調剤する後発医薬品を選択することができるということになる。

図表 51 備蓄医薬品品目数の変化 (n=531)

		平成22年6月 または把握可能 な22年度の1 か月分	平成23年6月 または把握可能 な直近1か月分	増加率
医薬品全品目数(A)	平均値	833.4	880.8	5.7%
	標準偏差	459.3	477.5	
	中央値	766.0	810.0	5.7%
うち、後発医薬品の品目数(B)	平均値	138.5	159.2	15.0%
	標準偏差	123.1	131.1	
	中央値	100.0	125.0	25.0%
うち、複数銘柄の後発医薬品を備 えている先発医薬品の品目数	平均値		17.8	
	標準偏差		41.6	
	中央値		7.0	
(B) / (A)	平均値	16.6%	18.1%	
	中央値	13.1%	15.4%	

(注) 医薬品品目数について回答のあった531施設を集計対象とした。

3) 医薬品の在庫金額及び廃棄額（1か月分）

医薬品の在庫金額についてみると、医薬品全品目においては平成22年6月時点では平均7,552,080円であったが、平成23年6月時点では平均8,206,415円となり、8.7%の増加率となった。中央値でみても、5,595,591円から6,110,000円となり、9.2%の増加率であった。

このうち後発医薬品においては平成22年6月時点では平均786,810円であったが、平成23年6月時点では平均941,389円となり、19.6%の増加率となった。中央値でみても、450,737円から590,648円となり、31.0%の増加率であった。全医薬品の在庫金額の増加率に比べて後発医薬品の在庫金額の増加率が高い結果となった。

次に廃棄額についてみると、医薬品全品目においては平成22年6月時点では平均34,400円であったが、平成23年6月時点では平均37,228円となり、8.2%の増加率となった。中央値でみると、10,000円と変わらず、変化はなかった。このうち後発医薬品においては平成22年6月時点では平均5,724円であったが、平成23年6月時点では平均7,857円となり、37.3%の増加率となった。中央値でみると、500円から747円となり、49.4%の増加率であった。

図表 52 医薬品の在庫金額及び廃棄額（1か月分、n=354）

			平成22年6月 または把握可能な 22年度の1か月分	平成23年6月 または把握可能な 直近1か月分	増加率
在庫金額 (円)	医薬品全品目	平均値	7,552,080	8,206,415	8.7%
		標準偏差	8,051,013	8,623,995	
		中央値	5,595,591	6,110,000	9.2%
	うち、後発医薬品	平均値	786,810	941,389	19.6%
		標準偏差	1,376,928	1,344,672	
		中央値	450,737	590,648	31.0%
廃棄額 (円)	医薬品全品目	平均値	34,400	37,228	8.2%
		標準偏差	74,386	82,097	
		中央値	10,000	10,000	0.0%
	うち、後発医薬品	平均値	5,724	7,857	37.3%
		標準偏差	24,861	32,376	
		中央値	500	747	49.4%

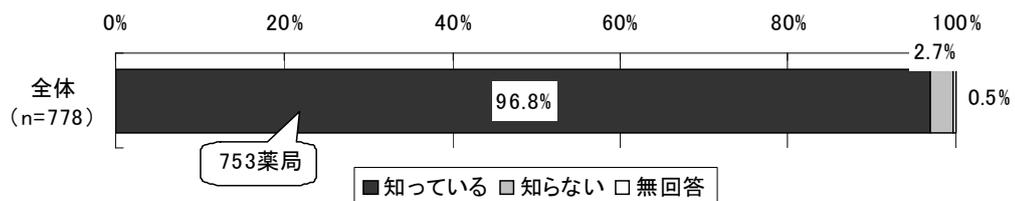
(注) 医薬品の在庫金額・廃棄額について回答のあった354施設を集計対象とした。

⑤ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度等

1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度についてみると、「知っている」が96.8%、「知らない」が2.7%となった。

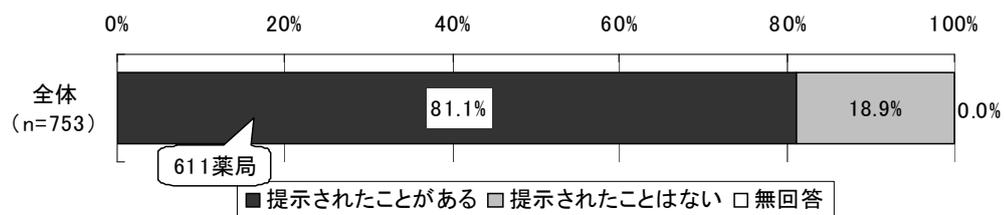
図表 53 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度



2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された経験の有無

「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提出された経験についてみると、「提示されたことがある」が81.1% (611 薬局)、「提示されたことはない」が18.9%であった。

図表 54 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された経験の有無
(「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていると回答した薬局)

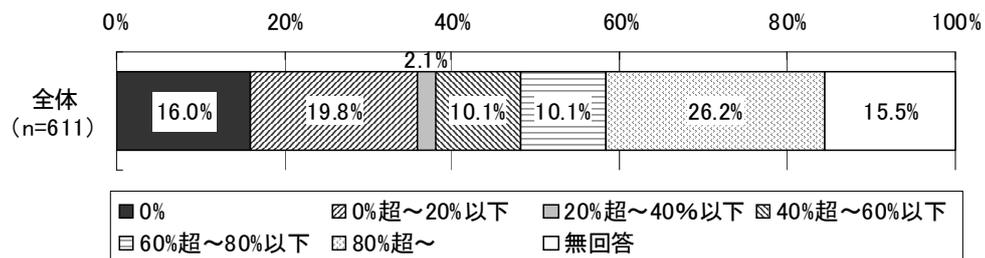


(注) 前回調査では、全ての薬局を対象にした設問であったが、今回調査では「ジェネリック医薬品希望カード」を「知っている」と回答した薬局を対象にした限定設問となっていることに留意が必要である。

3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤を行った患者の割合（平成 23 年 4 月以降）

「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合をみると、「80%超〜」（26.2%）が最も多く、次いで「0%超〜20%以下」（19.8%）であった。

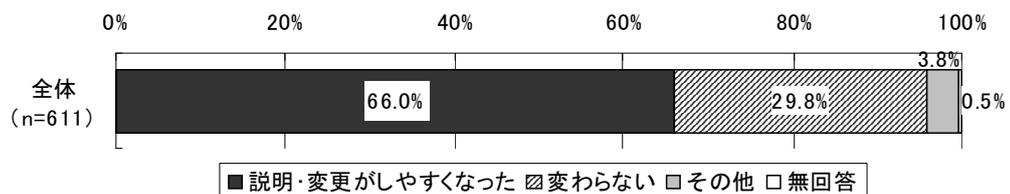
図表 55 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤を行った患者の割合（平成 23 年 4 月以降、提示されたことがある薬局）



4) 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明や変更調剤がしやすくなったか

「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明や変更調剤がしやすくなったかについてみると、「説明・変更がしやすくなった」が 66.0%、「変わらない」が 29.8%となった。

図表 56 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明や変更調剤がしやすくなったか

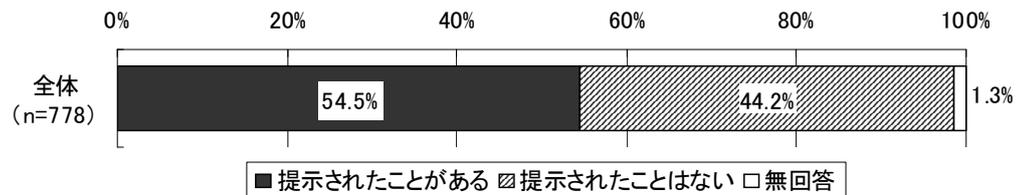


(注) 「その他」の内容として、「カードの意味をわかっていない患者が多い」、「出されても変更不可の時がある」等が挙げられた。

5) 「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示された経験の有無

保険者（健康保険組合、市町村国民健康保険など）が被保険者に送付した「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示された経験について尋ねたところ、「提示されたことがある」が54.5%、「提示されたことはない」が44.2%であった。

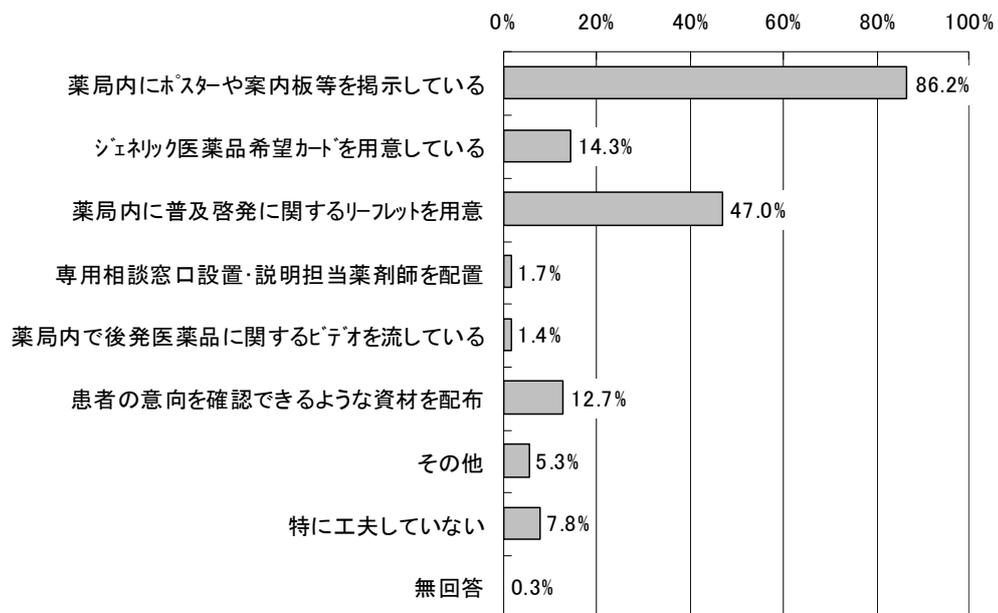
図表 57 「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示された経験の有無



6) 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫

患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫についてみると、「薬局内にポスターや案内板等を掲示している」（86.2%）が最も多く、次いで「薬局内に普及啓発に関するリーフレットを用意している」（47.0%）、「ジェネリック医薬品希望カードを用意している」（14.3%）、「患者の意向を確認できるような資材を配布」（12.7%）となった。また「特に工夫していない」という回答が7.8%あった。

図表 58 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫（複数回答、n=778）



(注) 「その他」の内容として、「問診票に後発医薬品希望の有無の項目を設けている」、「出来るだけ、繰り返しの声かけ」、「ジェネリックて何？というコミック本を見やすいように相談机に置いてある」、「変更可の患者全てに本人の意向を確認している」等が挙げられた。

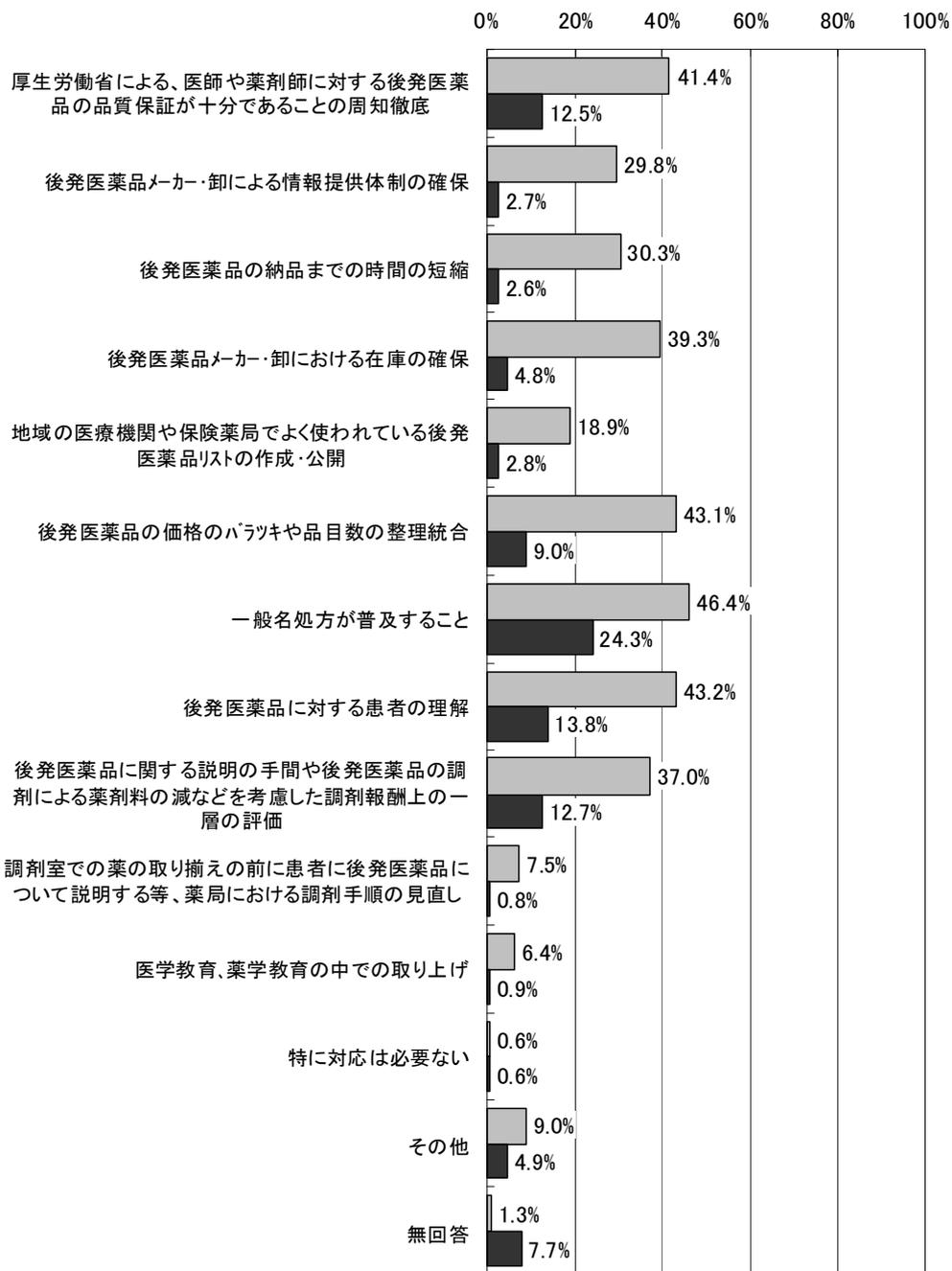
⑥後発医薬品への変更を進めるための要件

1) 薬局として後発医薬品への変更を進めるための要件

処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件をみると、「一般名処方が普及すること」(46.4%)が最も多く、次いで「後発医薬品に対する患者の理解」(43.2%)、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」(43.1%)、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」(41.4%)、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」(39.3%)であった。

変更を進めるための「最大」の要件を尋ねたところ、「一般名処方が普及すること」(24.3%)が最も多く、次いで「後発医薬品における患者の理解」(13.8%)、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」(12.7%)であった。

図表 59 処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件 (n=778)



■ 変更を進めるための要件 (複数回答) ■ 最も重視する要件 (単数回答)

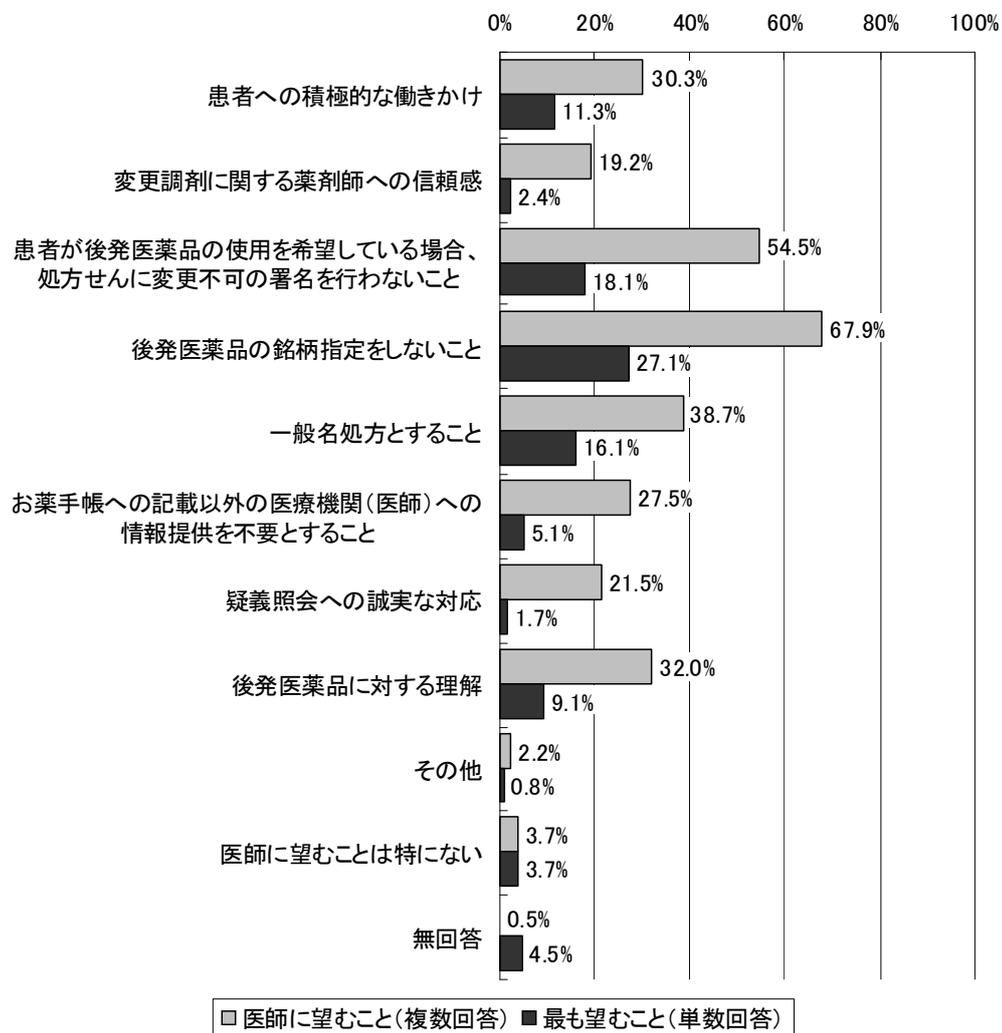
(注) 「その他」の内容として、「一般名処方でもメーカー名なし、後発医薬品の薬価の違いをなくす」、「後発医薬品の価格の統一」、「医療センター、大学病院での積極的な取組」、「公的機関による品質検査とデータの公表」等が挙げられた。

2) 医師に望むこと

後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことをみると、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」(67.9%)が最も多く、次いで「患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと」(54.5%)、「一般名処方とすること」(38.7%)であった。

後発医薬品の使用を進める上で医師に最も望むことを尋ねたところ、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」(27.1%)が最も多く、次いで「患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと」(18.1%)、「一般名処方とすること」(16.1%)であった。

図表 60 後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと (n=778)



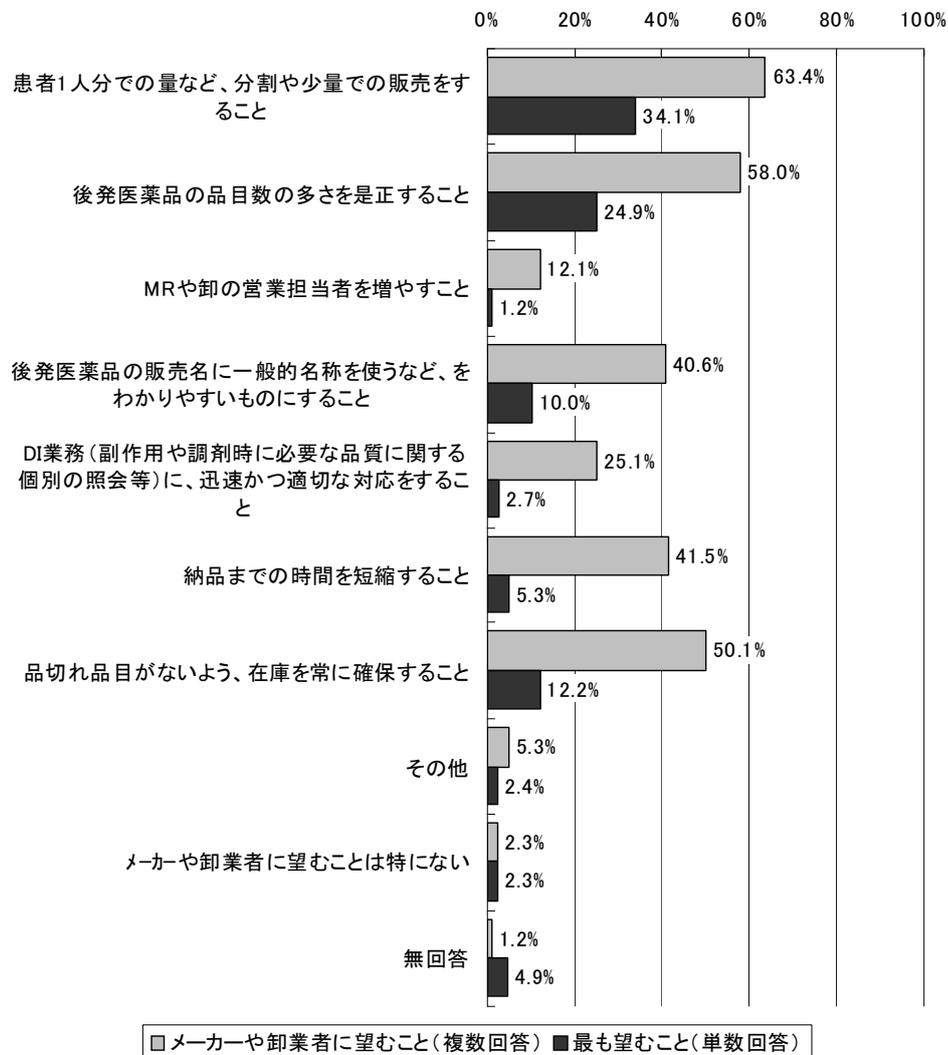
(注) 「その他」の内容として、「変更不可は先発品のみ適用してほしい」、「一度疑義照会をし後発医薬品に変更となった場合、次回から変更品名で処方してほしい。毎回先発医薬品処方なので伝達されているかどうか不安になる」等が挙げられた。

3) 後発医薬品メーカーや卸業者に望むこと

後発医薬品の使用を進める上で後発医薬品のメーカーや卸業者に望むことをみると、「患者1人分での量など、分割や少量での販売をすること」(63.4%)が最も多く、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(58.0%)、「品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること」(50.1%)であった。

後発医薬品の使用を進める上で後発医薬品メーカーや卸業者に最も望むことをたずねたところ、「患者1人分での量など、分割や少量での販売をすること」(34.1%)が最も多く、次いで「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(24.9%)、「品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること」(12.2%)であった。

図表 61 後発医薬品の使用を進める上で後発医薬品メーカーや卸業者に望むこと (n=778)

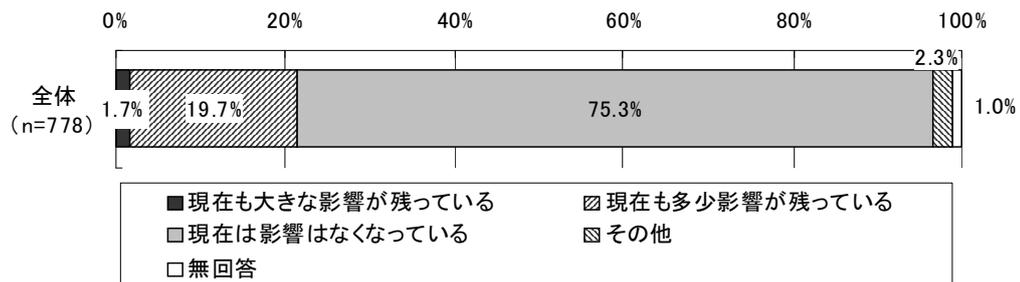


(注) 「その他」の内容として、「品質、信頼性の向上」、「味や飲みやすさなど(特に小児)、費用負担がない人にもメリットを話せる後発医薬品の開発」、「売上げの都合で製造中止にしないこと」、「同じ成分のGEと扱うメーカーはたくさんいない」、「包装をなるべく小さく」、「返品に応じる」等が挙げられた。

⑦東日本大震災の影響

東日本大震災により、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、変更調剤、説明における影響についてみると、「現在は影響はなくなっている」が75.3%、「現在も多少影響が残っている」が19.7%、「現在も大きな影響が残っている」が1.7%であった。

図表 62 東日本大震災により、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、変更調剤、説明などに影響があるか



(注)・平成23年3月17日付け医療課事務連絡により、長期処方の自粛及び分割調剤の考慮について、協力を要請した。なお、7月31日をもって要請を終了する旨、事務連絡を発出したところである。
 ・「その他」の内容として、「特に震災の影響はなかった」が多く挙げられた。

⑧後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況

ここでは、調査票の「様式 2」に記載のあった処方せん 10,756 枚の薬剤料を分析の対象とした。

8 月 18 日～8 月 24 日の 1 週間に、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更して調剤された処方せん（10,756 枚）についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は、平均 970.7 点（標準偏差 1,597.1、中央値 504.0）であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均 734.3 点（標準偏差 1,300.6、中央値 355.0）であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 75.6%（中央値 70.4）となった。

図表 63 8/18～8/24 後発医薬品に変更して調剤された処方せん（10,756 枚）の状況

	（今回調査）			（前回調査）		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A) (点)	970.7	1,597.1	504.0	826.6	1,489.6	392.0
実際に調剤した薬剤料(B)(点)	734.3	1,300.6	355.0	662.1	1,336.6	295.0
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%)	75.6		70.4	80.1		75.3

(注)「前回調査」の処方せん枚数は 12,915 枚（平成 22 年 9 月 27 日から 10 月 3 日までの処方せん）。

次に、患者一部負担金割合別にみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、0 割負担（自己負担なし）で 78.0%、1 割負担で 75.2%、3 割負担で 75.9%となった。

図表 64 患者一部負担金割合別にみた、8/18～8/24 に後発医薬品に変更して調剤された処方せん（10,756 枚）の状況

	患者一部負担金割合					
	全体	0 割	1 割	2 割	3 割	10 割
処方せん枚数(枚)	10,756	606	3,637	64	6,416	11
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A) (点)	970.7	1,240.0	1,156.4	474.7	836.5	286.5
実際に調剤した薬剤料(B)(点)	734.3	967.1	869.1	284.9	634.8	217.5
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%)	75.6	78.0	75.2	60.0	75.9	75.9

(注)患者一部負担金割合の「全体」には、患者一部負担金割合が不明だった処方せん 22 枚が含まれる。

⑨後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

本調査では、保険薬局における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

【後発医薬品の品質等】

- ・ 後発医薬品と先発品の効果の違い。特に外用剤においては基剤が異なることで吸収、効果の違いがあるとのデータがある。こうした違いがあることで医師の後発医薬品への効果での信頼が低いことが考えられる。先発品に近い効果の後発医薬品が作られることが望まれる（同旨4件）。
- ・ 先発品と後発品の品質の効果の試験をもっと公的機関が行い情報を公開するべき（同旨3件）。
- ・ 後発品の品質について。欧米なみに先発と同じ添加物等にして、先発と全く同じ薬品であること（同旨1件）。
- ・ 血圧・心臓薬又はハイリスク薬について後発品はまだ使うのが不安である。
- ・ PTP包装を先発品と比較するので見た目上で劣る商品が多い。
- ・ 先発品と後発品に大きく形状、色、形が異なると不安に思われる患者が多いので改良してほしい。
- ・ 先発品にはある割線が後発品にない場合、調剤できないため、改良してほしい。
- ・ 後発品では製剤上の工夫や利便性の向上等が図られている品目が少ないように感じる。より良い製品を採用できるようメーカー側も製品性には配慮していただきたい。／等

【後発医薬品の薬価の問題等】

- ・ 後発品の薬価が異なるので、同じ成分の後発品でも変更できない時があるので、薬価は統一してもらいたい（同旨5件）。
- ・ 後発医薬品の促進が医療費抑制を目的としているのなら、①後発メーカー数を減らし、薬価をもっと下げる、②処方せんの「変更不可欄」は先発品にのみ適用すること、③先発品（後発品のあるもの、ないもの問わず）の薬価を引き下げる（同旨4件）。
- ・ 先発品と価格があまり変わらない後発品は必要ない。患者のイメージとしてはとても安いという感覚があるようだ。安いということをアピールするだけのCMにも問題がある（同旨1件）。／等

【調剤報酬の問題等】

- ・ 現在の後発医薬品調剤体制加算は後発品のない漢方も数量ベースに入っているのは、漢方が多く出る薬局ではなかなか難しい（同旨7件）。
- ・ 単純にジェネリックに変更すれば、負担金が下りるという仕組みにしていきたい。後発医薬品調剤加算2点により、価格が安い先発品になると、ジェネリックに変更することで逆に負担金が増えてしまうのは説明に苦しむ（同旨4件）。
- ・ 体制加算も%によって変わってしまうので、月によって薬代が変わってしまう。

- ・ 後発医薬品推進は大賛成だが、患者の同意なく後発医薬品を押し進める薬局をよく見るようになった。患者に選ぶ権利のない後発医薬品の推進の形は間違いだと思われる。
- ・ 切り替えに当たって細かい条件を付けず、もっと薬剤師に権限を与える必要あり。
- ・ 長期処方先発品をGEに変更して薬疹が出たときにも簡便にまた安心して対応できる調剤、変更、請求システムの構築。
- ・ 患者にとってジェネリックの恩恵は薬代が安くなることだと思うが、小児で負担金がない家族にジェネリックを勧めるのは難しい。先発品しか処方しない医師の小児の処方せんを多く調剤する薬局では、そうでない薬局に比べて、ジェネリックの調剤率（数量ベース）を上げるのは難しいと思う。よって今後も数量ベースを基準にするのであれば、負担金ゼロの人は除外して計算するようにしてもらいたい。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の基準を、実際に処方せんに書かれている薬品を他薬品に薬局で変更（先発品→後発品、または後発品→更に安い後発品）した薬品だけの割合にしてもらいたいと思う。処方せんに書かれているジェネリックをそのまま調剤することは、何も手間がかからないことなので。
- ・ 後発医薬品使用促進の目的がよくわからない。医療費削減が目的なら調剤報酬をつける必要はない。／等

【先発医薬品との関係等】

- ・ 効果・効能に違いのある先発品と同一成分のものは後発品と指定しないこと／適応を統一してほしい（同旨5件）。
- ・ 多い薬剤に後発品が出た場合、大手メーカーより合剤が販売されるようになり、調剤薬局としては、在庫が増え、後発加算は変化なしもしくは減額となり、メリットがない。合剤の認可は医療費縮小には貢献していると考えますが、後発促進には相反する部分があると思う（同旨4件）。
- ・ 先発薬が適応症を追加することにより、後発薬を使わせないようにしているのではと思わせるようなケースもあるように見える。後発薬の適応追加までに時間がかかるのは何とかならないだろうか。／等

【後発医薬品の名称等】

- ・ ジェネリックは全て一般名の商品名に統一すべき（同旨1件）。
- ・ ジェネリックの薬品名が長いためか、シートに印刷される薬品名が読み取りにくい、すなわち監査しにくいジェネリックが結構ある。薬品名も「一般名」+「剤形」+「力価」+「メーカー名」だが、最後の「メーカー名」までは同一成分力価のジェネリックではみな同じなので、同一成分力価のジェネリックを2メーカー以上在庫したときに取り違いしやすくなる。
- ・ 後発品同士の名称が似すぎており間違えそうになる。
- ・ 後発品に関しては名称の統一をしていただかないと薬剤師も名称を聞いてすぐにピンとこなくなってしまう。一般名でも良いがわかりやすいのは、先発品名を入れてもらうこと。

例えばロキソニン 60mg とか、銘柄もなく先発品も連想できる形にしてほしい。

- ・成分名のややこしさが医師にも患者にもめんどろな感じを与えている。／等

【薬局における業務負担の増加】

- ・薬局でのジェネリックの変更はとても時間と手間がかかる。患者にゆっくりジェネリックの説明をしていると他の患者を待たせる。(金額の説明など) 手間の割に点数が少ない気がするが、点数が高くなると患者負担も増えてしまうので患者の理解も得られない。薬局いじめのようだ。
- ・現状では、薬剤師数等の体制、時間的問題で後発品への変更希望の有無までは何とか聞くことができても、薬剤料の差額についてまでは具体的に説明できない(待ち時間がますます長くなってしまい、業務に支障が出る)。薬局以外の機関でそのような試算や説明ができれば、後発変更は進むと思う(または薬剤師数増とできるような調剤報酬とするか?)。
- ・ジェネリックについての説明や資料を作る手間、在庫をかかえること、ジェネリックに変更後に病院への報告が必要なのか問い合わせることなどを考えるとあまり積極的になれない。
- ・医師への情報提供を1回だけにする。情報提供されたら必ず処方せんを書き換える。
- ・現状、当薬局では先発品から後発品に変更して調剤すればするほど減収減益となり、経営を大きく圧迫する。先発品を使用し、先発メーカーからより安く仕入れた方が薬価差益が大きいため、一応変更可の処方せんに関しては制度なので患者に説明はするが、本音は後発医薬品調剤体制加算1より3を算定したところで、大きな減収減益となる。／等

【薬局における在庫負担の増加】

- ・面分業のため一医療機関に患者一人という状態が多く、後発医薬品への変更は心がけているが、処方が変わったりすると薬品が残り、不動在庫ができ困っている(同旨3件)。
- ・GE 変更が増えると先発品と合わせて在庫するようになり、どうしても局内在庫が増えてしまうため、在庫金額が多額になるが、GE 変更により収入は減額になってしまうため、薬局の経営面では、現状利益が下がる(同旨1件)。
- ・ジェネリック医薬品の処方せんで変更不可に署名があった場合、薬局の在庫が多くなり困る(同旨1件)。
- ・患者の意識として先発品又は信頼する医師が出してくれた薬剤を望む傾向があり、変更拒否感があることが多く、医療機関の数だけ在庫が増える。ことに外用剤は使用感が密接に関連しGEを希望されていても先発に戻るものが非常に多い。またGEのデッドストックは薬局間での調整を行っても廃棄になることが多い。
- ・在庫負担の軽減のため、患者了解のもと、薬は先発品を渡しても、請求はGEの薬価に行えるシステムの導入を希望する。／等

【後発医薬品の流通に関する問題等】

- ・すぐに製造中止にするメーカーがあるので困る(同旨5件)。

- ・ 納品に時間がかかる。
- ・ 当薬局で採用していた後発医薬品が販売中止になったときに、同成分の他後発品もすぐに販売中止になるのではないかと思い、他の後発品を採用できなかった。
- ・ 市中に流通していない後発医薬品（薬価が最も安い後発品）を希望されても問屋が納入できない。
- ・ 外用薬で先発品は 5g10 本入りで販売されているのに、後発品だと 10g50 本入りで販売されているものがあって購入したくない。
- ・ 外用薬の小包装（3 本～1 本入りを作ってほしい）。
- ・ ある後発医薬品メーカーはほとんど成分名なので買いたいが、直販で、卸経由ではないので不便。
- ・ 仕入れた未開封品の返品に対するメーカーの対応（特に返品期限）が何とかならないかと思う。／等

【メーカーや卸からの情報提供等】

- ・ ジェネリック使用について不備が目立つ。メーカーからの患者用パンフレット・包装変更などのお知らせなど、全然用意されてない（手に入らない）。先発メーカーにお願いするしかなく困っている（同旨 2 件）。
- ・ MR の訪問がない。情報提供が少ない。質問しても返答がない。
- ・ 多くの患者は先発から後発に変更することに対して経済的メリットより不安を抱えている。我々も情報・経験が少なく、また、ホクナリンテープ等のように血中濃度の上がり方にバラツキや先発品との違いがあれば、患者の不安を払拭できないので、後発品に対しての不信をなくすような情報を提供してほしい。
- ・ 添付文書以外に先発品との比較表も付けてほしい。
- ・ 後発 MR の知識がなさすぎる。／等

【後発医薬品・メーカーに関するその他の要望等】

- ・ 各薬剤の後発医薬品の数が多すぎる（同旨 5 件）。
- ・ 後発薬品の製造許可、認可を出すときに、後発医薬品を製造販売する会社と後発医薬品の選定をもっと厳しく数を絞っていただきたい。また、信頼できる後発医薬品と情報提供できる MR が先発会社並みに必要と思う。後発医薬品の中には先発医薬品より優れた製剤技術で作られた製品もある。そのような、前向きな製薬会社、製品を是非、発売前に厳選していただきたい（同旨 3 件）。
- ・ 規格が先発と同じ単位を後発の全メーカーが揃えてほしい。
- ・ 後発品が促進されない大きな原因は明らかに先発品メーカーにある。後発品を使用しないように医師への営業もすることもそうだが、悪質な場合は市販後調査と称し、使用 1 例につき、いくらかの金額を支払うケースなどもあるようだ。まずその部分を解決することが重要と考える。
- ・ MR が医療現場にもたらす仕事量と、それに伴う報酬額についても検討すべきだと思う

(MR 職の給料の原資は健康保険料と認識している)。それにより新薬の薬価を下げる
ことが可能であれば、ジェネリックの必要性は下がるのではないかと。／等

【医師の処方に対する要望】

<一般名処方に対する要望>

- ・ 一般名処方とする (同旨 2 件)。
- ・ 「変更」することに不安を感じる患者が多いので、一般名で「選ぶ」という形式にしたほうがよいと思う (同旨 1 件)。
- ・ 後発品を取り揃えても先発品を切ることができず、どちらも在庫しておかなければなら
ないので大変。また、医療機関によっては銘柄指定、変更不可とあり、同様の薬をいくつも
おかなければならない。患者も「処方せんに書いてあるままがいい」という方が多く、た
とえ医師の変更不可のサインがなくても変更できないことがある。処方せんに企業名の記
載をせず、自由に選択可能にしてほしい。
- ・ 医師の処方権とは病態に対しての適切な薬成分を選ぶことで、薬のメーカーを選ぶこと
ではないと思う。どのメーカーを選ぶのかは薬局と患者に任せてほしい。医薬分業といいな
がら、すっきりと分業できない矛盾した体制であると感じている。後発品の厚労省認可の
信頼度が増し、後発品価格が統一され、一般名処方になることを祈っている。
- ・ 一般名処方にして MR による医師への経済的な援助を全くなくせば、すぐに使用率は上
がる。メーカーMR を薬剤師又は医師に限定して本来あるべき DI 活動に限定すれば 1 年
で変わる。／等

<変更不可の処方せんの廃止等>

- ・ 変更不可の処方せんで後発医薬品の記載がある場合は先発品のみしか変更不可が及ばな
いように解釈を変えてほしい (同旨 7 件)。
- ・ 変更不可の医療機関をなくすこと (同旨 5 件)。
- ・ 後発医薬品の銘柄指定はやめてほしい (同旨 5 件)。
- ・ 変更不可の医師のサインがなくても「☆印以外は不可」などで実際はほとんど変更でき
ない時がある。
- ・ 後発品の銘柄指定で変更不可に署名のある処方せんでは門前以外にすぐ用意できる薬局
がないため、患者が何軒も薬局を回っているのはすごくかわいそう。
- ・ 後発品変更不可の場合は、その理由を記載してほしい。／等

【医師への普及啓発等】

- ・ ジェネリックを推進するには、まず医師の啓蒙が必要。患者は医師の勧める薬 (医師の治
療方針) を信用して受診している。薬局で勧めたが、「医師に相談したら、ジェネリック
を僕は信用しません」と言われた患者もいた (同旨 2 件)。
- ・ 地域中核病院が率先して GE に変えなければ、全体としてはほとんど変わらない (同旨 2
件)。
- ・ 後発品の使用は医師に左右される。患者の意向を無視する医師も少なくない。後発変更可

としておきながら、後発に変更した場合、二度と受診させないというあきれた病院もある。医師への教育、一般名処方の徹底を希望する（同旨 1 件）。

- ・ 処方を行う医師へもっとアピールすべき。変更不可欄に押印されている処方せんがほぼすべてなので、薬局では何もできない（同旨 1 件）。
- ・ 近隣の病院の医師は後発品に対して否定的な人が多く、薬局で変更するのが難しい。印がなくて患者の希望で後発品に変更し、怒られたケースもあった（同旨 1 件）。
- ・ 当薬局で受け付けている処方せんの大半を占める病院についていえば、GE 不可印を押すのではなく、GE に変更したくない医薬品のみ印をつけ、GE 不可印は押さないなど、ひと手間かけていただけたらさらに GE 医薬品の使用が増えていくのではないかと思う。
- ・ 医師が患者に話すのと話さないのでは、前者が圧倒的に後発品への変更がスムーズに進んだ。医師の協力がとても重要だと感じた。
- ・ 地域により医師の GE に対する理解と積極性が著しく異なり、それらを地域格差のないものへ、情報提供や制度整備をお願いしたい。 / 等

【医師へのインセンティブ】

- ・ 近隣の医療機関（開業医）で変更不可にはしてないが、ジェネリックにあまり変更してほしくないと思っているドクターもいると聞いている。門前の薬局の中にはドクターの意向を聞いており、ジェネリックに変更する場合は事前に問い合わせしてほしいなどといわれている薬局もあると聞く。薬局に後発医薬品調剤体制加算を使用率により段階をつけるなら、同様の医療機関への使用促進の働きかけはあるのだろうか。
- ・ GE 変更には薬剤師のみのスキルアップや力には限界がある。処方医側にも GE 使用と診療報酬の点数を加算できる体制を整えてもらいたい。
- ・ 後発品推進にあたり、医師側の協力、理解が第一。処方せん全てにおいて変更不可の署名を行うと薬局側はどうすることもできない。患者には後発品に変更してほしいと思っている方が多数いるが、医師に言えないことも多い。署名の形式を変えるとか、医師側にも点数の削減など、考えていった方がよいと思う。 / 等

【患者との関係における課題等】

- ・ 公費負担の患者で後発品を希望しない人が多い（ほぼ 100%）。公費負担の方に積極的に後発品を使っていただく必要あり。行政の積極的な呼びかけを希望する（同旨 14 件）。
- ・ 特別養護老人ホームの方は変更を嫌う方向にあり、患者と話ができないので、介護の窓口で断られる（同旨 1 件）。
- ・ 当薬局では利用者に対し、後発医薬品の効能の同等性や経済的優位性、社会的位置づけ等を地道に説明し、一定の理解は得られてきていると考える。一方で、医師の処方をありがたく絶対のものであるという感情は根強く、医師の指示たる処方せん記載の薬を、自らの意思や薬局の勧めで変更することに抵抗を感じる利用者も少なくない。慢性疾患で長期にわたり服薬しており、経済的メリットが見込まれる場合においても、保守的な高齢者層を中心に「飲みなれたものを変更する」という点において、品質面での同等性や金額の多寡

に関わらず、二の足を踏む心理が働くようである。後発医薬品使用促進に向けては、今後も真摯に行っていく所存ではあるが、現行の制度下では、クリアにすべき上記のような心情的問題が大きく、一朝一夕にはいかないのが現状である。

- ・平成 22 年 4 月以降、患者に後発品の説明をしてきたが、あまりにも後発品という薬を知らない患者が多いのにはびっくりした。
- ・金額を比較して窓口で支払う金額の差がわずかであると、「これだったら変更しないで先発品がいい」と言われることも多い。薬剤師も差額がわずかであると勧める気もしない。しかし視点を変えて、国民の多くが少しずつわずかでも後発品を使うことで自分たちの毎月の保険料を安くし、将来大きな病気をしたときに安心して高度な治療を受けられるようになるといったアピールを、患者、医師にして理解を求めたらいかがか。
- ・1 回の負担金の差額が数百円以上ないと後発への変更を希望しないことが多いため、特段の申し出がない限り「後発薬で調剤する」とでもしないかぎり、これ以上あまり調剤率は上がらないと考える。
- ・ジェネリック、後発という言葉自体がご高齢の方には理解しにくい気がする。もっと値段の安い、品質の良いものというイメージの言葉があれば良いのではないか。
- ・当薬局では、後発医薬品の啓蒙が進み、処方変更もされるようになり、一段落ついたように思う。反面「後発品は効きが悪いと聞いた」という患者も現れ説明が難しくなった。常に後発品を意識し、使用を勧めていかなければ前進はしないと思う。
- ・後発品の変更で患者とトラブルになった薬局の話もあり、変更には消極的である。

【国への要望等】

- ・特許期間の過ぎた医薬品の大幅な薬価引下げ実施の方が、医療費削減に貢献できるし（ジェネリックを嫌がる患者はまだ多い）、薬局の不良在庫も減らすことができるのではと考える（同旨 3 件）。
- ・レセコンメーカーが後発品への代替をソフト面でもっとわかりやすくするよう指導して頂きたい（同旨 1 件）。
- ・自治体、国による患者への説明、推進等のサポートを充実してほしい。公費、無料の方への情報提供も行政からの働きかけがないと進んでいかないように思う。合わせてオンライン化に伴う利点を活かし、後発品使用に限らず、保険利用による薬剤の適正使用についても被保険者に行政・医療従事者双方から伝えていく努力が必要に思う。
- ・後発医薬品を推奨するあまり、日本国内の製薬メーカーの創薬力が落ちて来てしまっているような気がする。製造コストがかさみ、販売中止になった薬の中で、良質な、また、現場でも必要とされていた薬があると耳にすることがある。そういった薬を、そうなる前に、適正な価格（薬価）に修正することも必要だと思う。医療費削減を薬価費の削減に頼るだけのものではなく、医薬品開発の未来を考えると、高齢化社会を支える別の、全く新しい仕組みが必要だと考える。
- ・血圧などの数字で判断できる疾患の薬をジェネリックに変えたときのフォローはできるが、心臓や肝臓などの疾患は薬局では本当に悪化して症状が出てこないと気付かないので、

ジェネリックに変更後のフォローは医師にも周知していただきたい。

- ・市町村等で行政単位での啓蒙活動をより充実してほしい。市町村等で担当課とそうでない部署での温度差ありすぎ。
- ・先発品・後発品とかではなく、患者の持っている薬の残薬調整を行い、患者手持ち薬品を減らすことだと思う（医療費軽減のため）。
- ・後発医薬品の使用にあたっては、結局、患者、薬剤師、医師との信頼関係の問題だと思う。
- ・先発品に戻ったジェネリックは何が原因で戻ったのか報告してほしい。患者の気分的なものなのか、添加物によるものか検討していただきたい。添加物が原因の時はどういう添加物が原因なのか、または、添加物の相互作用もあるのかデータが欲しい。／等

【後発医薬品等に関する宣伝等】

- ・ジェネリック変更時、シートのデザイン、錠剤等の色や形の違いがあることをはっきりと公共（TV やパンフ、新聞）で説明してほしい。
- ・テレビ等で先発品と全く同じと情報を流すのが、アレルギー反応などおこす事もある点を、きっちり伝えてほしい。／等

【保険者に対する要望等】

- ・保険者より被保険者に送られる「GE 変更による試算表」は後発品名が特定されており、非常に迷惑。薬局の意向を無視しているのか。GE メーカーとの関係があるのかと疑いたくなる。
- ・ジェネリック医薬品軽減通知の下のところ小さく”効果は同じとは言えません”と明記しているが、もっとわかりやすい所に大きく記載してほしい。負担金が安くなることだけ強調すると誤解を生じる恐れがあると感じる（同旨2件）。
- ・GE 希望カードの意味を理解せずに「何か入っていた」などの質問も多く、金額面以外でも周知されるような取組を行って頂きたい（同旨1件）。
- ・市町村も健保組合のように国保、後期高齢者に向けてジェネリック医薬品軽減通知を出し、9割負担が市町村にいくことを支払う側ももっと訴えてほしい。／等

【その他】

- ・短期間にこのような細かい数値を出すアンケートは通常業務上かなりの手間になった／今回のアンケートはとても大変だったが、何かの参考になれば嬉しい（同旨9件）。
- ・沖縄県ではジェネリックの啓蒙がとても進んでいて処方せんにはほとんどジェネリックが処方されている。患者も安くて安全な医薬品ならばあまりこだわりのない。
- ・大学の講義等からジェネリック問題を取り入れた方がよいと思う。／等

(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要

【調査対象等】

○診療所調査

調査対象：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した一般診療所

回答数：599 施設

回答者：開設者・管理者

○病院調査

調査対象：全国の病院の中から無作為に抽出した病院

回答数：480 施設

回答者：開設者・管理者

○医師調査

調査対象：上記「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師

1 施設につき、診療科の異なる医師 2 名

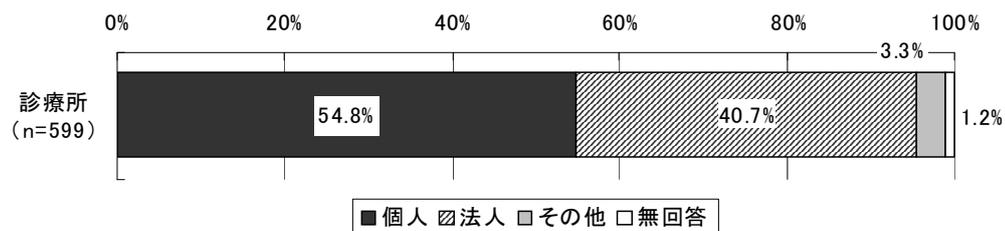
回答数：551 人

①診療所の施設属性

1) 診療所の開設者

「診療所の開設者」において有効回答が得られた診療所 599 施設の開設者についてみると、「個人」が 54.8%、「法人」が 40.7%であった。

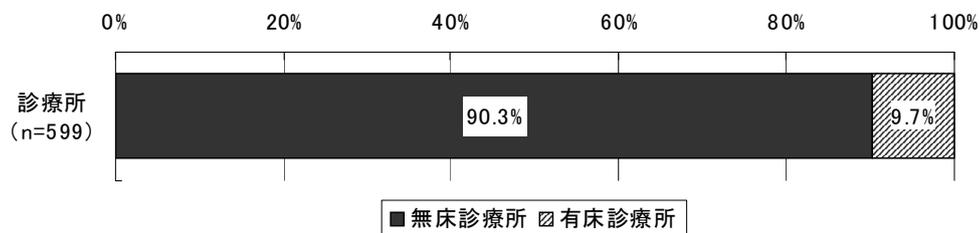
図表 65 診療所の開設者



2) 診療所の種別

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が90.3%、「有床診療所」が9.7%であった。

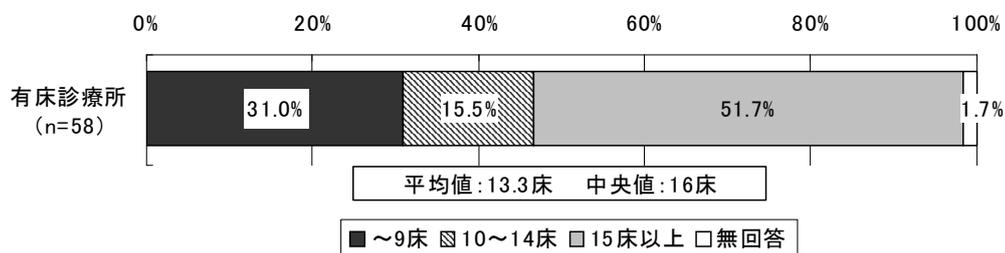
図表 66 診療所の種別



有床診療所 58 施設の病床規模についてみると、「15 床以上」(51.7%) が最も多く、次いで「～9 床」(31.0%)、「10～14 床」(15.5%) であった。

有床診療所の病床規模の平均は 13.3 床 (中央値 16 床) となった。

図表 67 有床診療所の病床規模

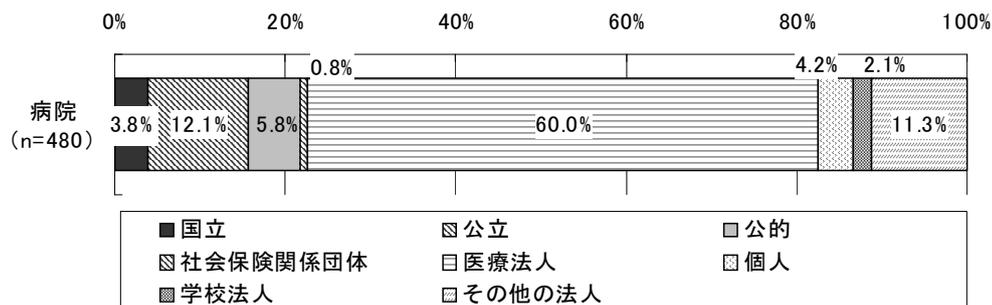


②病院の施設属性

1) 病院の開設者

「病院調査」において有効回答が得られた病院 480 施設の開設者についてみると、「医療法人」(60.0%) が最も多く、次いで「公立」(12.1%)、「その他の法人」(11.3%) であった。

図表 68 病院の開設者

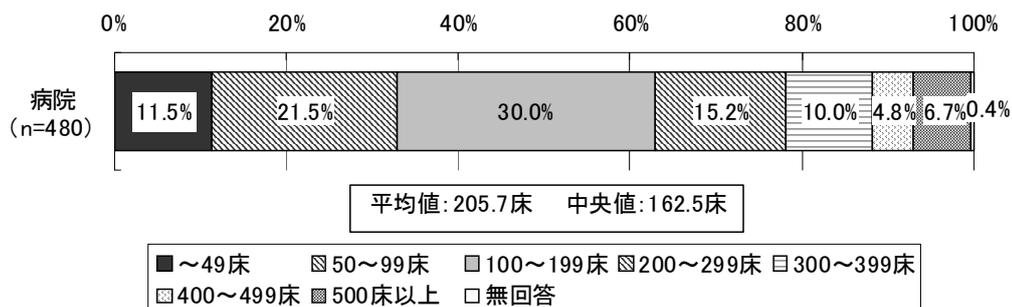


2) 病院の病床規模

病院の許可病床数についてみると、「100～199床」(30.0%) が最も多く、次いで「50～99床」(21.5%)、「200～299床」(15.2%) であった。

許可病床数の平均は 205.7 床 (中央値 162.5 床) となった。

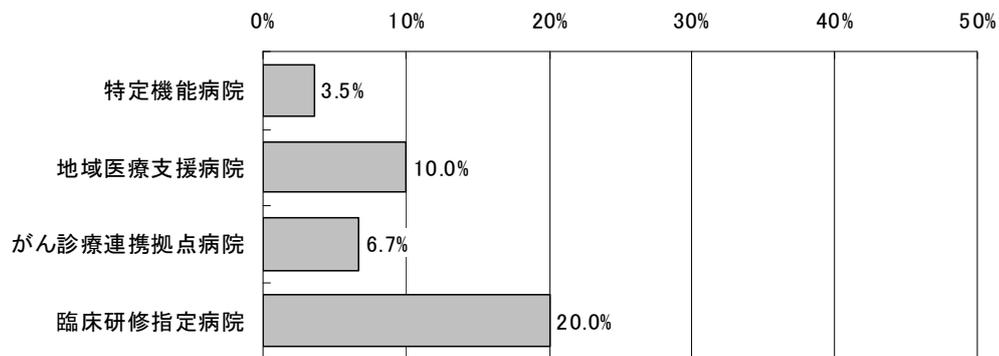
図表 69 病院の病床規模



3) 病院の種別

病院の種別についてみると、「特定機能病院」が 3.5%、「地域医療支援病院」が 10.0%、「がん診療連携拠点病院」が 6.7%、「臨床研修指定病院」が 20.0%であった。

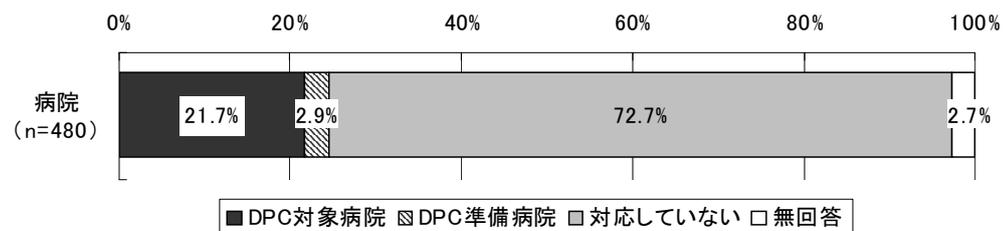
図表 70 病院の種別（複数回答、n=480）



4) DPCの対応状況

DPCの対応状況についてみると、「DPC対象病院」が 21.7%、「DPC準備病院」が 2.9%であった。また、DPCに「対応していない」病院は 72.7%であった。

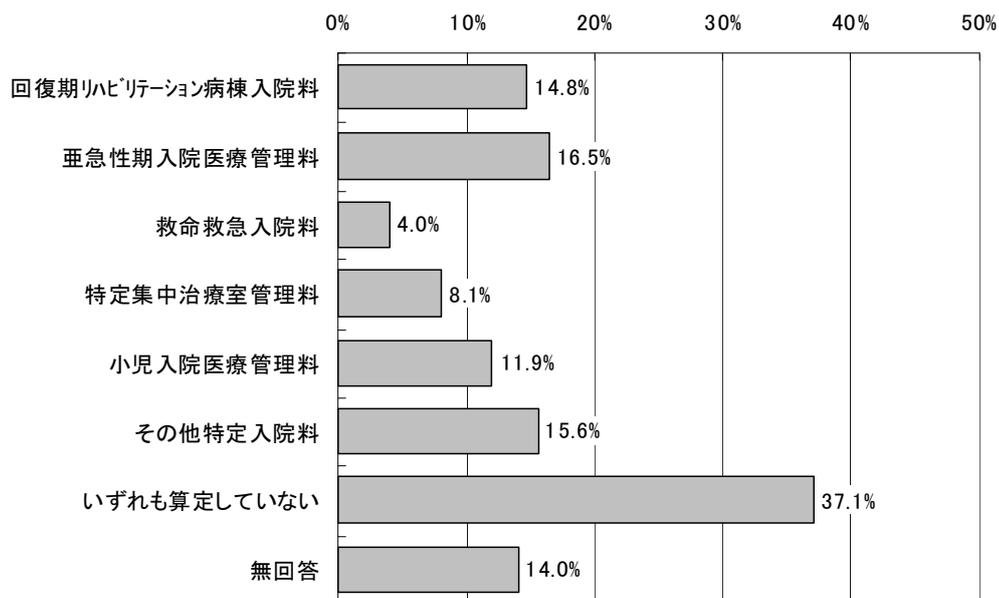
図表 71 DPCの対応状況



5) 特定入院料の状況

特定入院料の状況についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定している病院が 14.8%、「亜急性期入院医療管理料」が 16.5%、「救命救急入院料」が 4.0%、「特定集中治療室管理料」が 8.1%「小児入院医療管理料」が 11.9%「その他特定入院料」が 15.6%、「いずれも算定していない」が 37.1%であった。

図表 72 特定入院料の状況（複数回答、n=480）



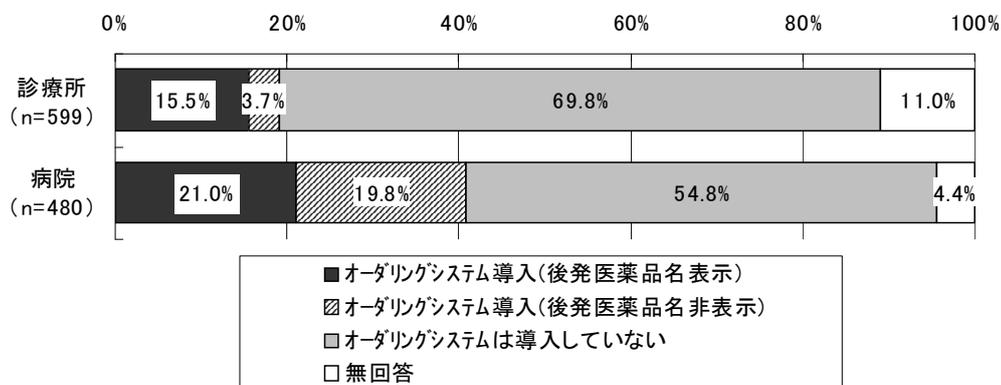
③オーダーリングシステムの導入状況等

1) オーダーリングシステムの導入状況

オーダーリングシステムの導入状況を見ると、診療所では「オーダーリングシステムは導入していない」(69.8%)が最も多く、次いで「後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している」(15.5%)、「オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない」(3.7%)の順となった。

病院においても「オーダーリングシステムを導入していない」(54.8%)が最も多く、次いで「後発医薬品が表示されるオーダーリングシステムを導入している」(21.0%)、「オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない」(19.8%)の順であった。

図表 73 オーダーリングシステムの導入状況

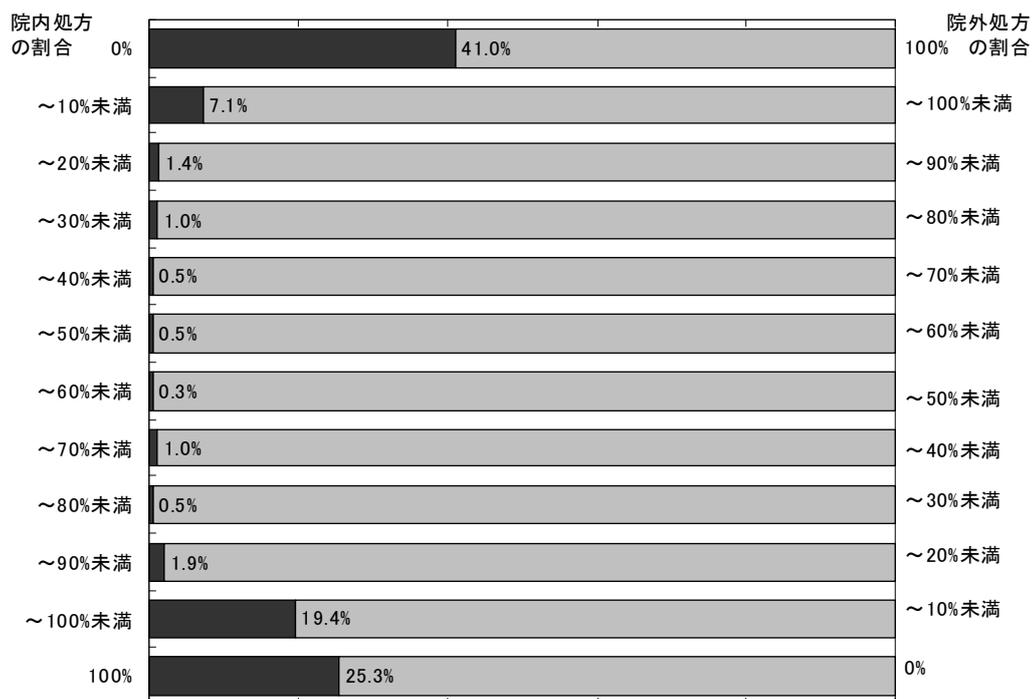


2) 院内処方と院外処方の割合

診療所における院内処方と院外処方の割合をみると、院内処方の割合が「0%」（41.0%）という施設が最も多かった。一方、院内処方の割合が「100%」という施設が 25.3%であった。

図表 74 院内処方と院外処方の割合

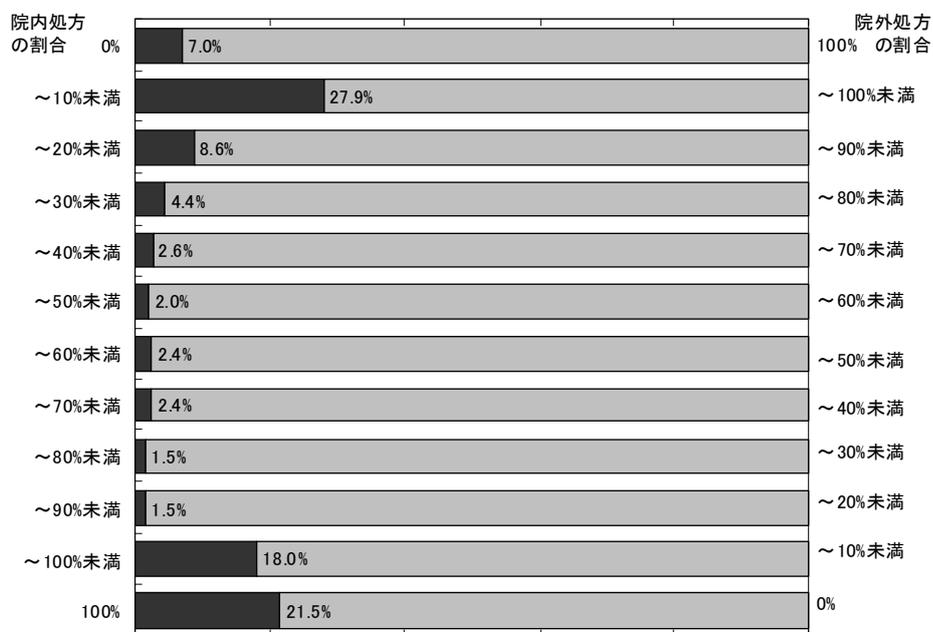
【診療所】 n=592



(注) 院内処方、院外処方の割合について回答のあった 592 施設を集計対象とした。

病院における院内処方と院外処方の割合をみると、院内処方の割合が「～10%未満」（27.9%）という施設が最も多かった。一方、院内処方の割合が「90%以上～100%未満」という施設が18.0%、「100%」が21.5%であった。

【病院】 n=455



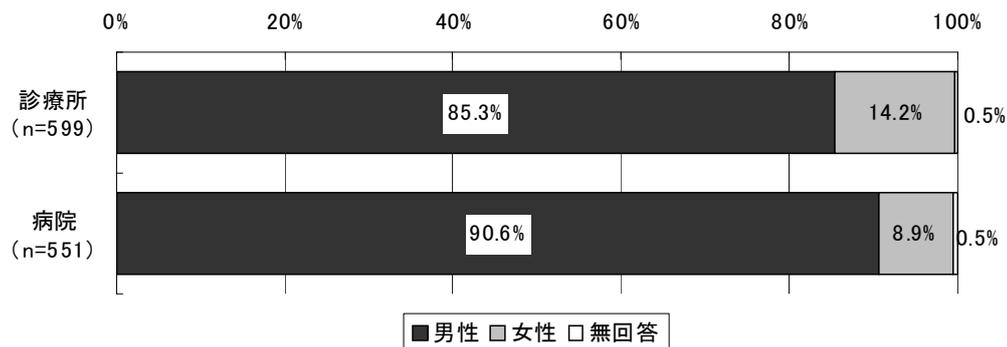
(注) 院内処方、院外処方の割合について回答のあった455施設を集計対象とした。

④医師の属性

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、診療所の医師では「男性」が85.3%、「女性」が14.2%であった。また、病院の医師では「男性」が90.6%、「女性」が8.9%であった。

図表 75 医師の性別

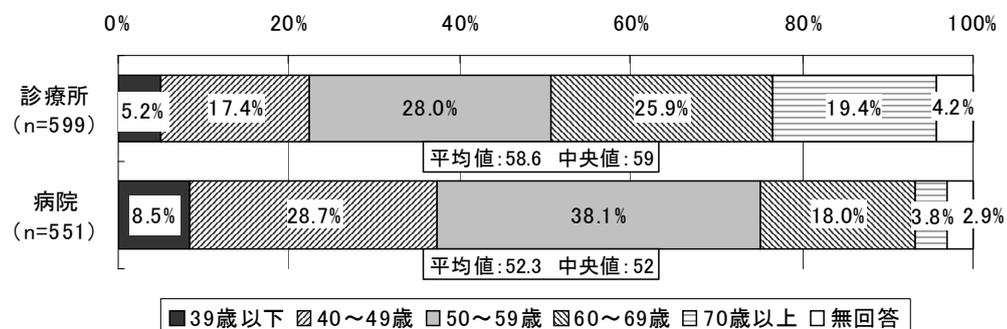


2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、診療所では「50～59歳」(28.0%)が最も多く、次いで「60～69歳」(25.9%)、「70歳以上」(19.4%)、「40～49歳」(17.4%)であった。平均は58.6歳(中央値59.0)であった。

病院では「50～59歳」(38.1%)が最も多く、次いで「40～49歳」(28.7%)、「60～69歳」(18.0%)、「39歳以下」(8.5%)であった。平均は52.3歳(中央値52.0)であった。

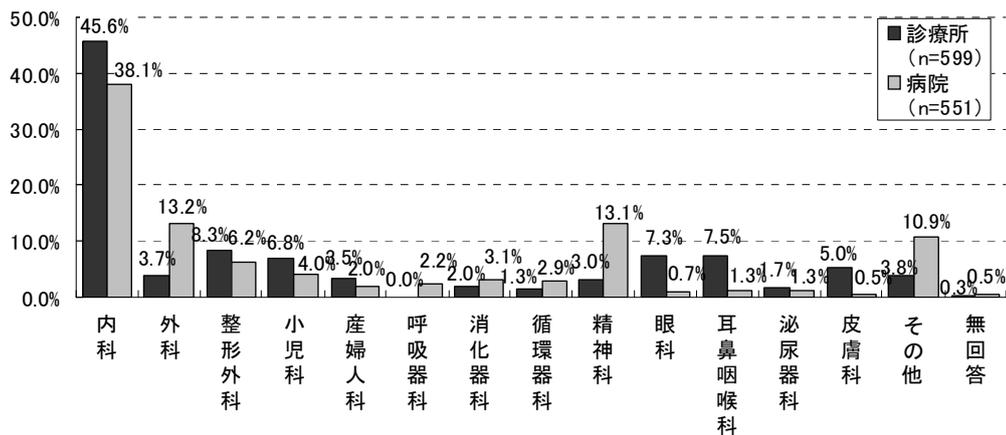
図表 76 医師の年齢



3) 医師の主たる担当診療科

医師の主たる担当診療科についてみると、診療所、病院ともに「内科」(診療所 45.6%、病院 38.1%) が最も多かった。次いで診療所では「耳鼻咽喉科」(7.5%)、「眼科」(7.3%)、「整形外科」(8.3%) であった。病院では「外科」(13.2%)、「精神科」(13.1%)、「その他」(10.9%) であった。

図表 77 医師の主たる担当診療科



⑤診療所・病院の診療体制

診療所・病院における常勤の医師数と薬剤師数についてみると、診療所における常勤医師の人数は1施設当たり平均1.2人（標準偏差0.7、中央値1.0）であり、常勤の薬剤師数は1施設当たり平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）であった。

病院における常勤の医師数は1施設当たり平均34.1人（標準偏差94.8、中央値9.0）であり、常勤の薬剤師数は1施設当たり平均6.1人（標準偏差9.1、中央値3.0）であった。

図表 78 診療所における1施設あたりの常勤の医師数・薬剤師数

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
医師数(人)	596	1.2	0.7	1
薬剤師数(人)	595	0.1	0.3	0

図表 79 病院における1施設あたりの医師数・薬剤師数（常勤換算）

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
医師数(人)	467	34.1	94.8	9
薬剤師数(人)	473	6.1	9.1	3

⑥診療所・病院における医薬品の備蓄状況等

1) 診療所・病院における医薬品の備蓄状況等

i) 診療所

医薬品の備蓄品目における後発医薬品の占める割合については、診療所全体で 20.8%、無床診療所（院外処方率 50%未満）で 20.9%、無床診療所（院外処方率 50%以上）で 20.0%、有床診療所で 21.2%であった。

図表 80 診療所における医薬品の備蓄状況等

	診療所全体			【無床診療所】院外処方率 50%未満		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1. 医薬品備蓄品目数(品目)						
①全医薬品	116.9	165.7	50.0	190.8	139.7	180.0
②①のうち、後発医薬品	24.3	39.1	8.0	39.8	41.0	28.5
③後発医薬品割合(②/①)	20.8%		16.0%	20.9%		15.8%
2. 調剤用医薬品購入額(円)						
①全医薬品	1,265,346	2,542,023	253,721	2,358,525	3,233,165	1,500,000
②①のうち、後発医薬品	180,614	342,362	10,000	325,363	409,472	150,000
③後発医薬品割合(②/①)	14.3%		3.9%	13.8%		10.0%
3. 調剤用医薬品廃棄額(円)						
①全医薬品	5,434	24,157	0	7,607	31,538	0
②①のうち、後発医薬品	1,624	11,216	0	2,729	16,103	0
③後発医薬品割合(②/①)	29.9%		-	35.9%		-

	【無床診療所】院外処方率 50%以上			【有床診療所】		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1. 医薬品備蓄品目数(品目)						
①全医薬品	28.5	58.8	6.0	205.8	327.2	135.5
②①のうち、後発医薬品	5.7	15.3	0.0	43.5	63.1	17.5
③後発医薬品割合(②/①)	20.0%		0.0%	21.2%		12.9%
2. 調剤用医薬品購入額(円)						
①全医薬品	114,514	419,442	0	1,881,229	2,689,152	768,070
②①のうち、後発医薬品	19,177	81,672	0	304,571	441,885	80,000
③後発医薬品割合(②/①)	16.7%		-	16.2%		10.4%
3. 調剤用医薬品廃棄額(円)						
①全医薬品	1,263	7,796	0	15,568	32,964	0
②①のうち、後発医薬品	259	2,081	0	3,252	10,450	0
③後発医薬品割合(②/①)	20.5%		-	20.9%		-

(注) すべての項目に回答のあった施設を集計対象とした。

ii) 病院

医薬品の備蓄品目における後発医薬品の占める割合については、DPC 対象病院（特定機能病院）で9.3%、DPC 対象病院（特定機能病院以外）で12.0%、DPC 準備病院で9.5%、それ以外の病院で14.9%となった。

また、調剤用医薬品廃棄額における後発医薬品の占める割合については、DPC 対象病院（特定機能病院）で1.4%、DPC 対象病院（特定機能病院以外）で4.6%、DPC 準備病院で3.0%、それ以外の病院で9.5%となった。

図表 81 病院における医薬品の備蓄状況等

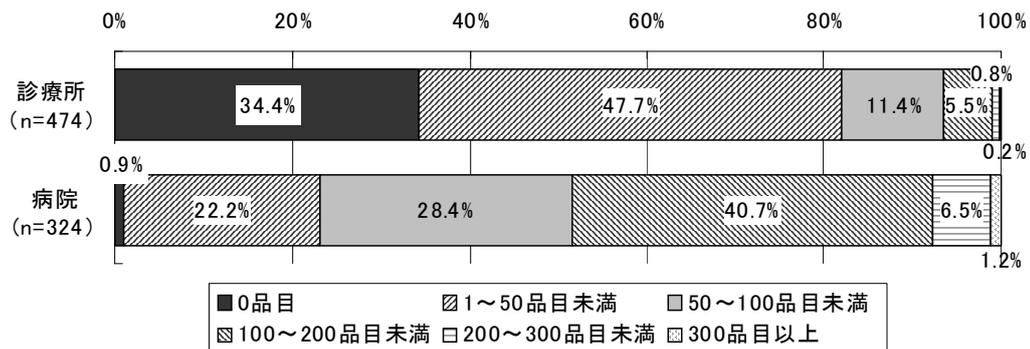
	DPC 対象病院(特定機能病院) (n=9)			DPC 対象病院(特定機能病院以外) (n=69)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1. 医薬品備蓄品目数(品目)						
①全医薬品	1877.4	432.6	1945.0	1220.3	368.7	1183.0
②①のうち、後発医薬品	174.9	46.2	163.0	146.0	70.5	136.0
③後発医薬品割合(②/①)	9.3%		8.4%	12.0%		11.5%
2. 調剤用医薬品購入額(円)						
①全医薬品	244,712,290	191,337,155	245,103,903	70,048,085	80,153,616	50,976,514
②①のうち、後発医薬品	10,449,527	7,990,594	8,100,000	4,693,972	4,812,828	3,068,000
③後発医薬品割合(②/①)	4.3%		3.3%	6.7%		6.0%
3. 調剤用医薬品廃棄額(円)						
①全医薬品	39,337	52,684	6,614	89,179	208,856	30,000
②①のうち、後発医薬品	539	1,490	0	4,140	9,529	96
③後発医薬品割合(②/①)	1.4%		0.0%	4.6%		0.3%

	DPC 準備病院(n=10)			それ以外の病院(n=231)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1. 医薬品備蓄品目数(品目)						
①全医薬品	911.6	308.1	919.5	600.0	330.4	550.0
②①のうち、後発医薬品	86.9	43.7	96.5	89.5	65.5	79.0
③後発医薬品割合(②/①)	9.5%		10.5%	14.9%		14.4%
2. 調剤用医薬品購入額(円)						
①全医薬品	24,285,492	26,908,238	13,624,500	10,893,065	19,807,940	5,468,956
②①のうち、後発医薬品	1,913,274	1,887,694	1,202,734	965,506	1,997,078	512,269
③後発医薬品割合(②/①)	7.9%		8.8%	8.9%		9.4%
3. 調剤用医薬品廃棄額(円)						
①全医薬品	30,499	74,516	4,306	17,778	35,716	4,350
②①のうち、後発医薬品	907	1,725	0	1,693	5,914	0
③後発医薬品割合(②/①)	3.0%		0.0%	9.5%		0.0%

(注) すべての項目に回答のあった施設を集計対象とした。

診療所・病院における後発医薬品の備蓄状況についてみると、診療所では「1～50 品目未満（47.7%）」が最も多く、次いで「0 品目」（34.4%）、「50～100 品目未満」（11.4%）であった。一方、病院においては、「100～200 品目未満」（40.7%）」が最も多く、次いで「50～100 品目未満」（28.4%）、「1～50 品目未満」（22.2%）」であった。

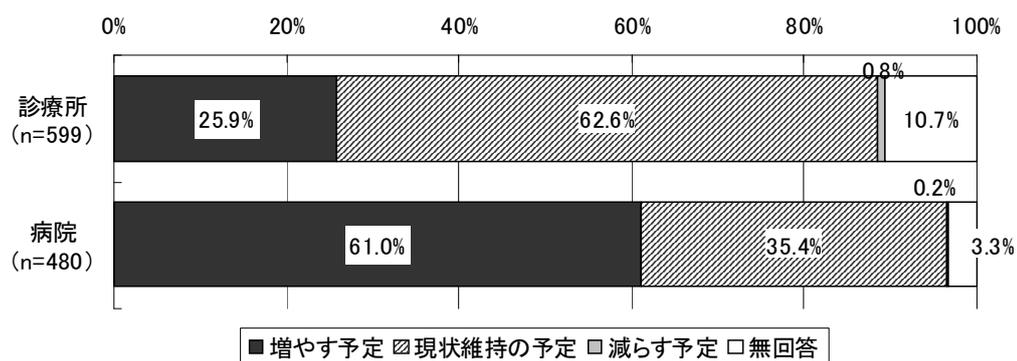
図表 82 後発医薬品の備蓄状況



2) 診療所・病院における後発医薬品備蓄品目数の今後の予定

診療所・病院における後発医薬品備蓄品目数の今後の予定についてみると、診療所では「現状維持の予定」が 62.6%と最も多く、「増やす予定」が 25.9%、「減らす予定」が 0.8%であった。一方、病院では「増やす予定」が 61.0%と最も多く、「現状維持の予定」が 35.4%、「減らす予定」が 0.2%であった。

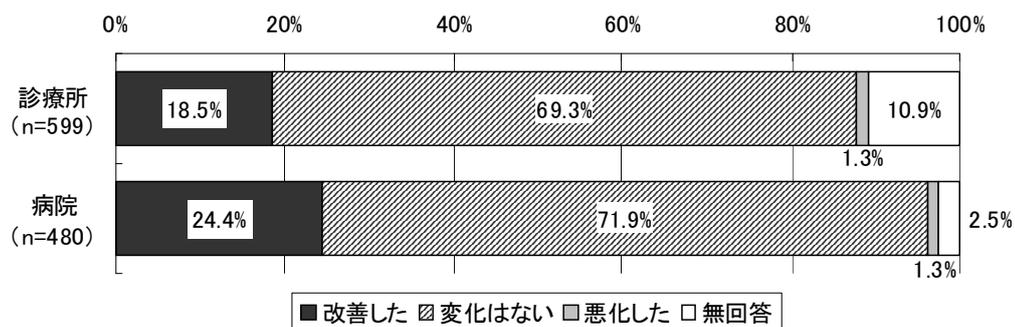
図表 83 診療所・病院における後発医薬品備蓄品目数の今後の予定



3) 後発医薬品の供給体制（1年前と比較して）

1年前と比較した後発医薬品の供給体制についてみると、診療所・病院ともに「変化はない」が最も多かった。（診療所 69.3%、病院 71.9%）が最も多かった。また「改善した」は診療所が 18.5%、病院が 24.4%であった。「悪化した」は診療所が 1.3%、病院が 1.3%であった。

図表 84 後発医薬品の供給体制（1年前と比較して）

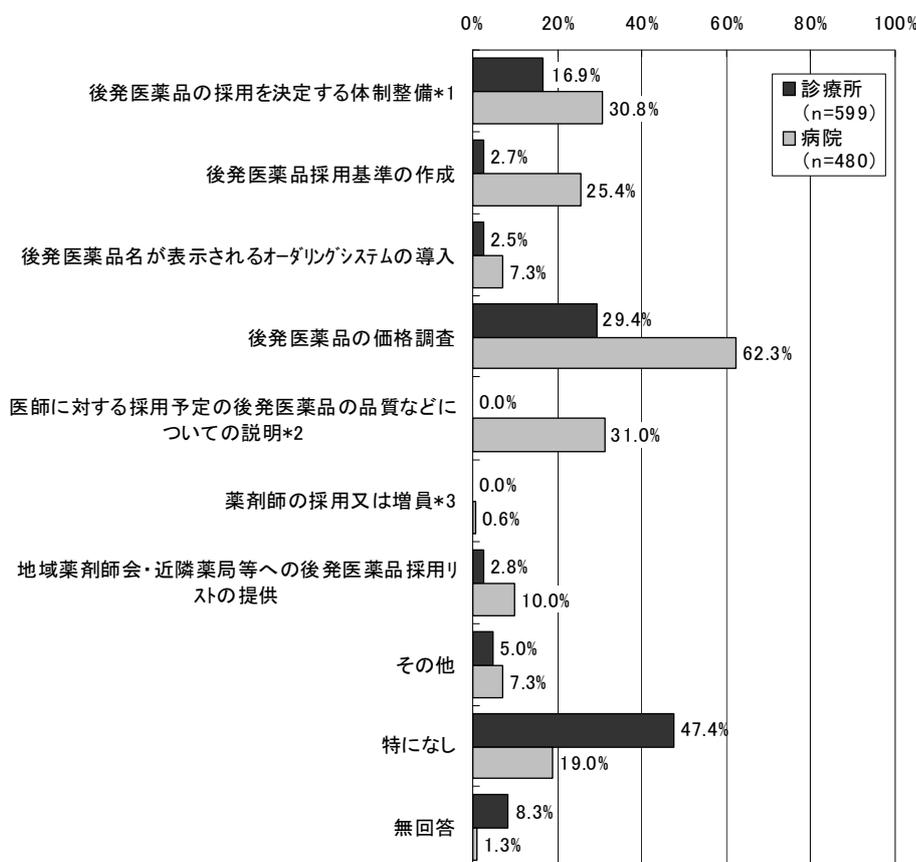


⑦診療所・病院における後発医薬品の採用状況等

1) 診療所・病院で後発医薬品の採用・選定の際に行ったこと

診療所・病院で後発医薬品の採用・選定の際に行ったことについてみると、診療所では「特になし」(47.4%)が最も多く、次いで「後発医薬品の価格調査」(29.4%)、「後発医薬品の採用を決定する体制整備」(16.9%)であった。病院では「後発医薬品の価格調査」(62.3%)が最も多く、次いで「医師に対する採用予定の後発医薬品の品質などについての説明」(31.0%)、「後発医薬品の採用を決定する体制整備」(30.8%)、「後発医薬品採用基準の作成」(25.4%)であった。

図表 85 診療所・病院で後発医薬品の採用・選定の際に行ったこと（複数回答）



*1) 診療所調査と病院調査とでは選択肢の表現が異なる。

診療所：「薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制の整備」

病院：「院内に診療部門や薬剤部門などからなる後発医薬品採用のための委員会の設置・開催」

*2) 病院調査のみの選択肢であり、診療所調査には当該選択肢はない。

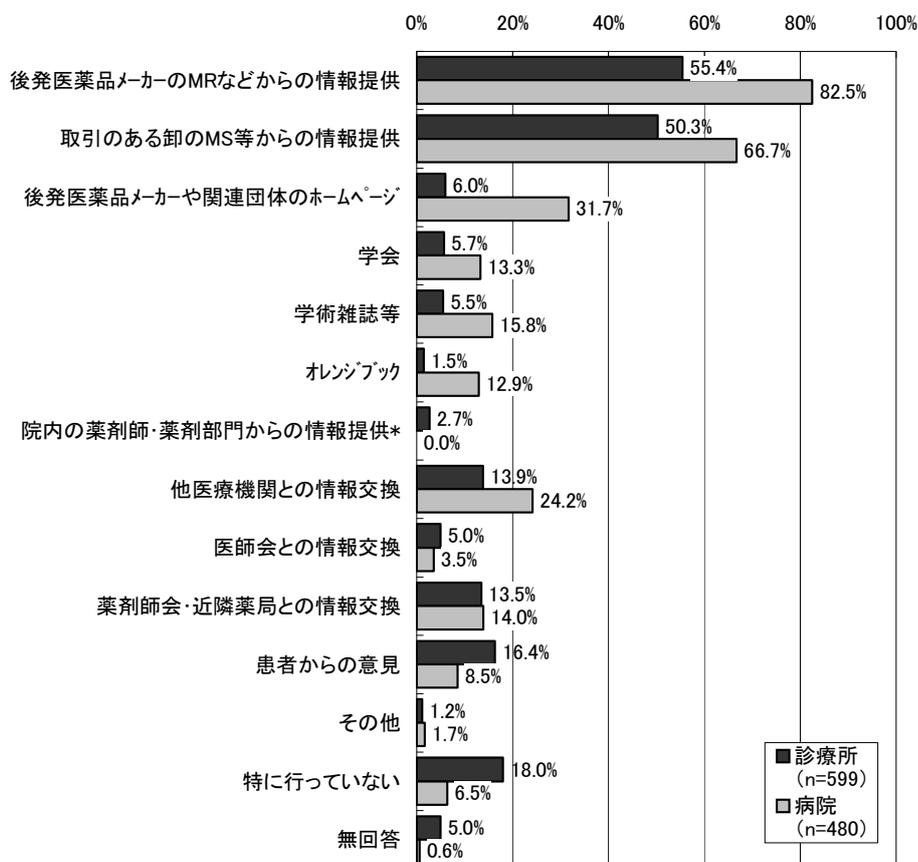
*3) 病院調査では「薬剤師の増員」となっている。

*4) ・診療所においては、「その他」の内容として、「後発品のメーカー・品質・効能等の情報を収集」（同旨 8 件）、「公的病院で使用しているもの」（同旨 2 件）、「患者の要望」（同旨 2 件）等が挙げられた。
 ・病院においては、「その他」の内容として、「薬事委員会での検討」（同旨 11 件）、「安定供給の確認」（同旨 5 件）、「他施設の採用状況」（同旨 3 件）、「後発医薬品メーカーからの当該医薬品についての情報収集」（同旨 2 件）等が挙げられた。

2) 後発医薬品に関する情報の収集源

診療所・病院における後発医薬品に関する情報の収集源についてみると、診療所では「後発医薬品メーカーのMRなどからの情報提供」(55.4%)が最も多く、次いで「取引のある卸のMS等からの情報提供」(50.3%)、「特に行っていない」(18.0%)であった。病院では「後発医薬品メーカーMRなどからの情報提供」(82.5%)が最も多く、次いで「取引のある卸のMS等からの情報提供」(66.7%)、「後発医薬品メーカーや関連団体のホームページ」(31.7%)、「他医療機関との情報交換」(24.2%)であった。

図表 86 診療所・病院における後発医薬品に関する情報の収集源（複数回答）



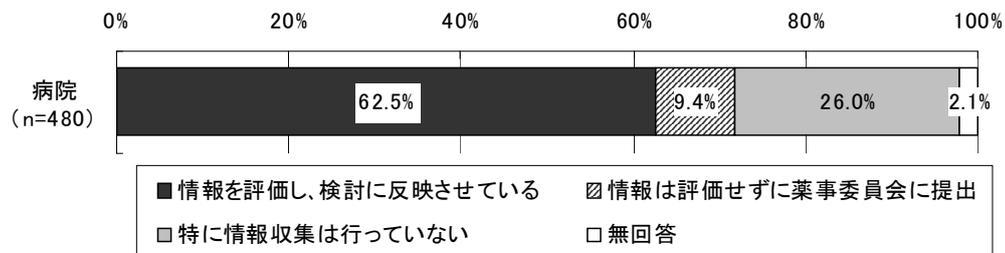
1) * 診療所調査のみの選択肢である。

2) ・診療所においては、「その他」の内容として、「調剤薬局の薬剤師より」、「効果について治療所見から考える」、「欲しい情報が得られないので収集をあきらめた」等が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「先発品メーカーから」（同旨2件）、「PMDAのホームページ」、「採用検討品については、後発メーカーに品質、供給体制等のアンケートを実施」等が挙げられた。

病院における、薬剤部門が収集した後発医薬品情報の使い方についてみると、「収集した情報を評価し、検討に反映させている」(62.5%)が最も多く、次いで「特に情報収集は行っていない」(26.0%)、「情報は評価せずに薬事委員会に提出」(9.4%)であった。

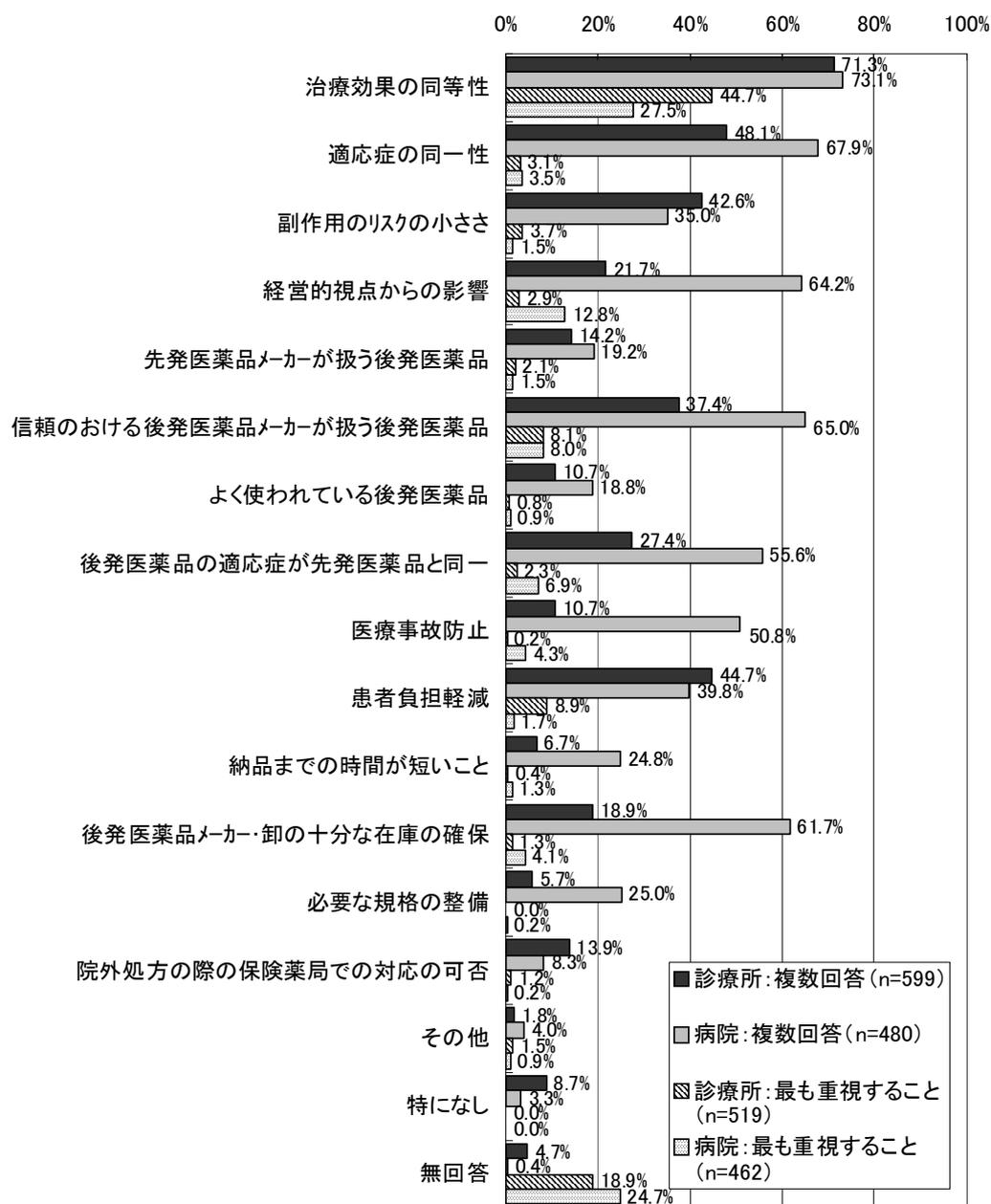
図表 87 病院における、薬剤部門が収集した後発医薬品情報の使い方



3) 後発医薬品を採用する際に重視すること

診療所・病院における後発医薬品を採用する際に重視することについてみると、診療所では「治療効果の同等性」(71.3%)が最も多く、次いで「適応症の同一性」(48.1%)、「患者負担軽減」(44.7%)、「副作用のリスクの小ささ」(42.6%)であった。病院では「治療効果の同等性」(73.1%)が最も多く、次いで「適応症の同一性」(67.9%)、「信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品」(65.0%)、「経営的視点からの影響」(64.2%)であった。また「最も」重視することについて尋ねたところ、診療所・病院ともに「治療効果の同等性」(診療所 44.7%、病院 27.5%)が最も多かった。

図表 88 診療所・病院における後発医薬品を採用する際に重視すること



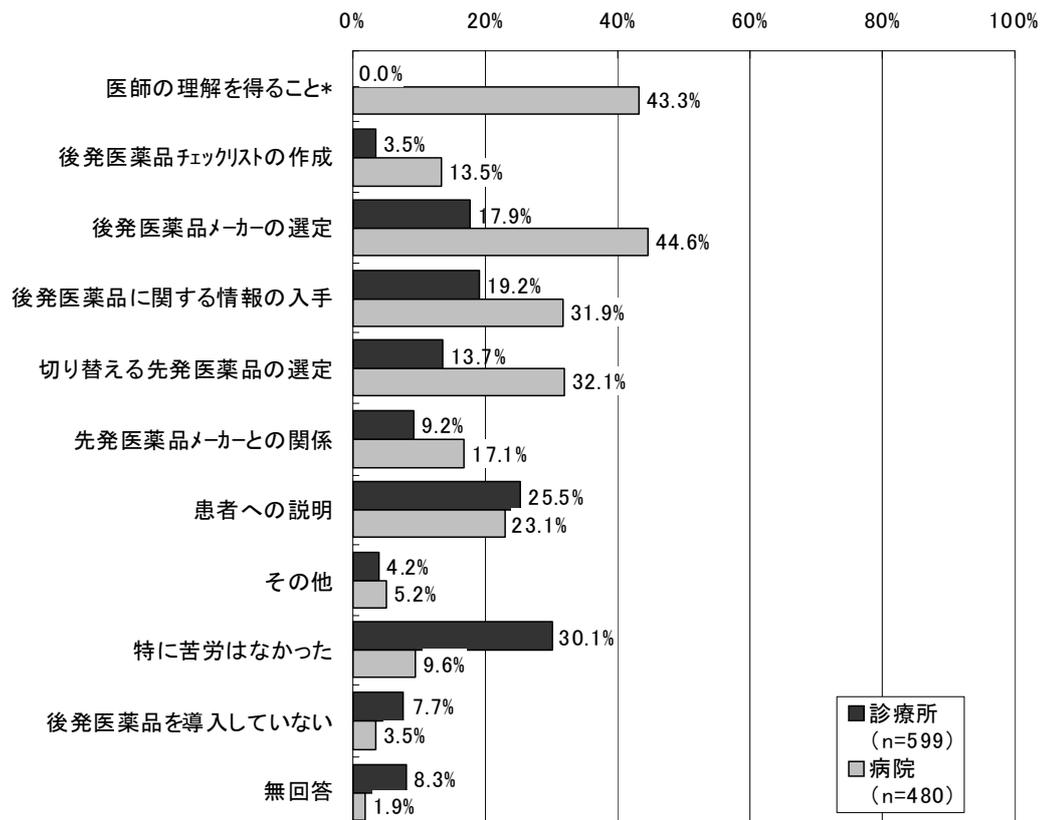
(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「一般名が販売名であること」(同旨 3 件)、「飲みやすさ、味」(同旨 2 件)、「有効成分以外の成分」等が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「一般名であること」(同旨 4 件)、「薬品名」(同旨 2 件)、「メーカーからの定期的な情報提供」(同旨 2 件)、「他医療機関の採用状況」(同旨 2 件)、「添加物」等が挙げられた。

4) 後発医薬品を導入する際に苦労したこと

後発医薬品を導入する際に苦労したことについてみると、診療所では「特に苦労はなかった」が30.1%で最も多かった。次いで「患者への説明」(25.5%)、「後発医薬品に関する情報の入手」(19.2%)であった。病院では「後発医薬品メーカーの選定」(44.6%)が最も多く、次いで「医師の理解を得ること」(43.3%)、「切り替える先発医薬品の選定」(32.1%)であった。

図表 89 後発医薬品を導入する際に苦労したこと（複数回答）

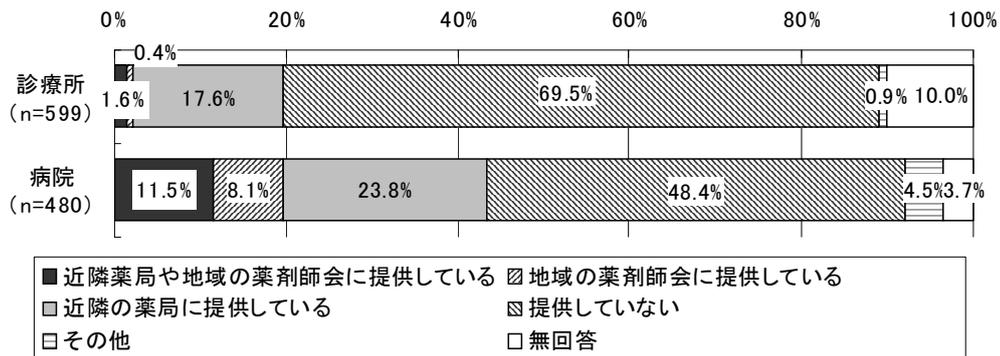


- 1) *病院調査のみでの選択肢である。
- 2) ・診療所においては、「その他」の内容として、「副作用や症状悪化の対応」（同旨4件）、「安定供給」（同旨2件）、「名前が覚えにくい」（同旨2件）等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「医療従事者への周知」（同旨4件）、「医療従事者の理解、協力」（同旨3件）、「在庫、流通の確保、確認」（同旨3件）、「医療事故防止」（同旨2件）等が挙げられた。

5) 後発医薬品リストの近隣薬局・地域薬剤師会等への提供状況

院外処方せんを発行している医療機関における後発医薬品リストの近隣薬局・地域薬剤師会への提供状況についてみると、診療所では19.6% (1.6%+0.4%+17.6%)、病院では43.4% (11.5%+8.1%+23.8%) が提供しているといった回答結果であった。

図表 90 後発医薬品リストの近隣薬局・地域薬剤師会等への提供状況
(院外処方せんを発行している施設のみ)



- (注)・診療所においては、「その他」の内容として、「希望する薬局には提供」、「調剤薬局のすること」、「最近では提供していない」、「明瞭なリストがない」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「後発医薬品リストとしてではなく、採用品目リストとして提供」(同旨4件)、「ホームページで公開」(同旨2件)、「門前薬局のみ提供」、「健康福祉局へ提供」等が挙げられた。

⑧入院患者に対する後発医薬品の使用状況等

1) 入院患者に対する後発医薬品の使用状況

入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(39.7%)が最も多く、次いで「後発医薬品があるものは積極的に使用」(24.1%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(19.0%)であった。病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(44.2%)が最も多く、次いで「後発医薬品があるものは積極的に使用」(40.8%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(10.2%)であった。つまり診療所の63.8%、病院の85.0%が「積極的に使用」あるいは「一部を使用」としている。

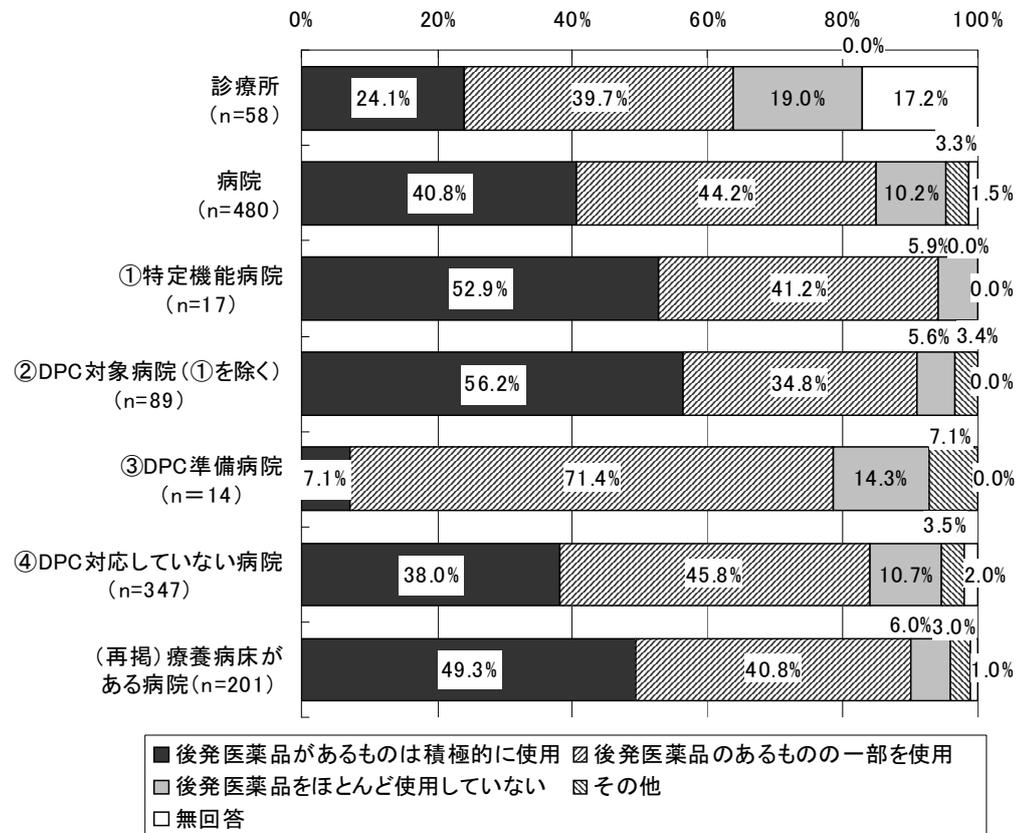
特定機能病院では、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(52.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品のあるものの一部を使用」(41.2%)であった。

DPC 対象病院では、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(56.2%)が最も多く、次いで「後発医薬品のあるものの一部を使用」(34.8%)であった。

DPC 準備病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(71.4%)が最も多く、次いで「後発医薬品をほとんど使用していない」(14.3%)、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(7.1%)であった。

DPC 対応していない病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(45.8%)、次いで「後発医薬品があるものは積極的に使用」(38.0%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(10.7%)であった。

図表 91 入院患者に対する後発医薬品の使用状況



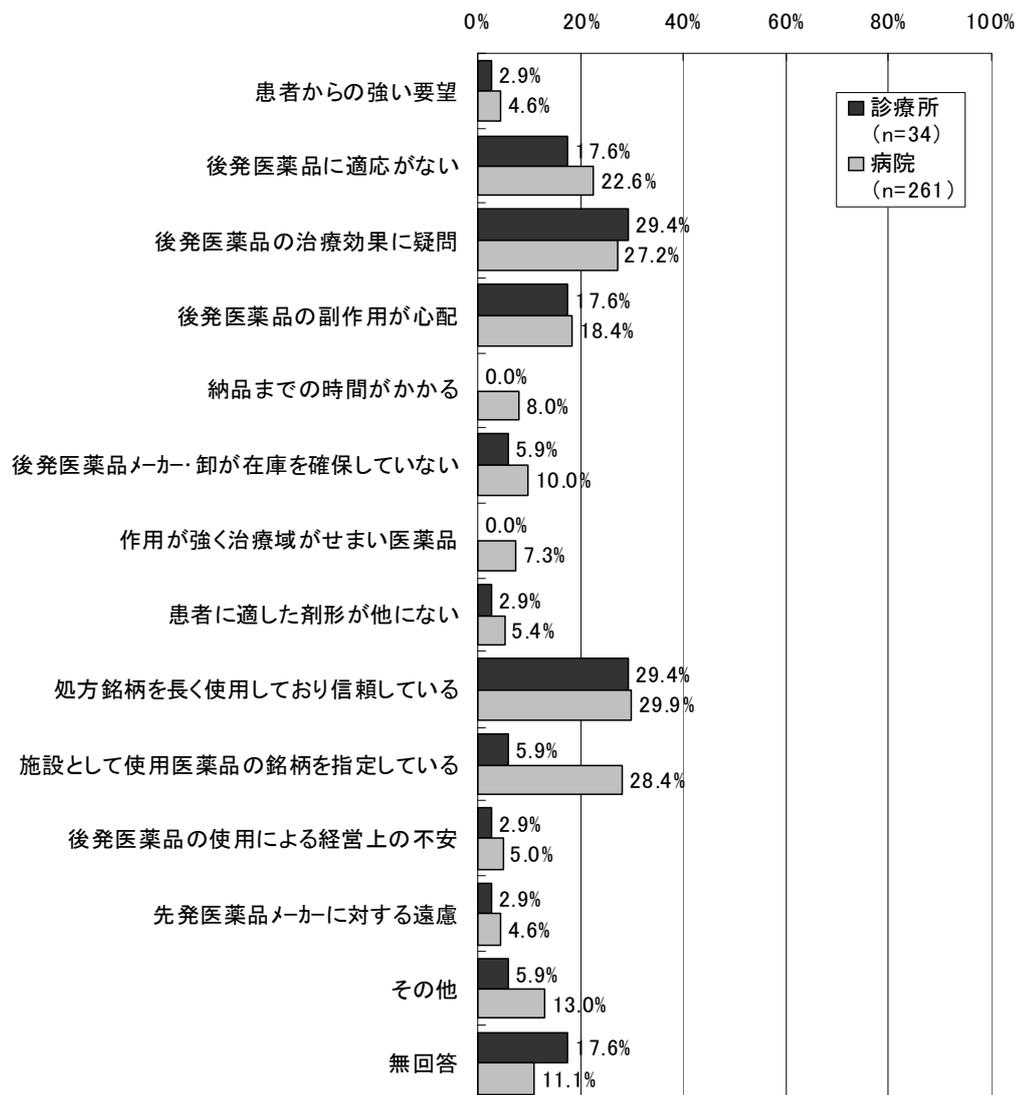
(注)・診療所は有床診療所である。

・病院においては、「その他」の内容として、「採用後発品は使用している」(同旨 4 件)、「先発、後発どちらかしか採用していない」(同旨 3 件)、「包括病棟では積極的に採用」(同旨 2 件)等が挙げられた。

入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由をみると、診療所では、「後発医薬品の治療効果に疑問」、「処方銘柄を長く使用しており信頼している」（ともに29.4%）が最も多く、次いで「後発医薬品に適応がない」、「後発医薬品の副作用が心配」（ともに17.6%）となった。

病院では、「処方銘柄を長く使用しており信頼している」（29.9%）が最も多く、次いで「施設として使用医薬品の銘柄を指定している」（28.4%）、「後発医薬品の治療効果に疑問」（27.2%）「後発医薬品に適応がない」（22.6%）、「後発医薬品の副作用が心配」（18.4%）となった。

図表 92 入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由（複数回答）



(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「他医療機関からの紹介患者への指定」、「突然製造中止にすることがある」が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「情報提供が少ない」（同旨3件）、「薬品名の混乱が心配」（同旨2件）、「医師が後発品を把握しきれない」（同旨2件）等が挙げられた。

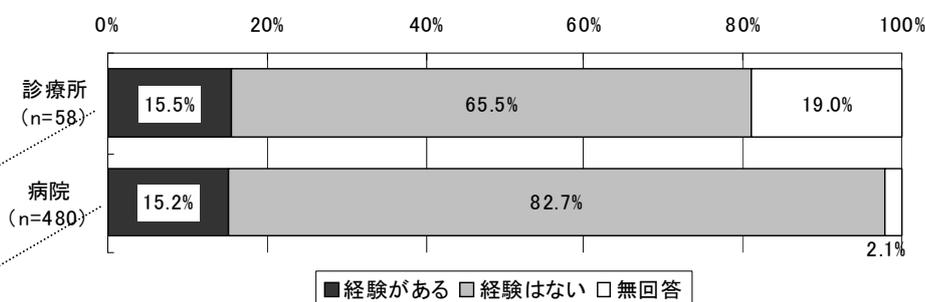
2) 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無（平成 23 年 4 月以降）

入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「経験はない」（それぞれ 65.5%、82.7%）という回答が大半を占めた。

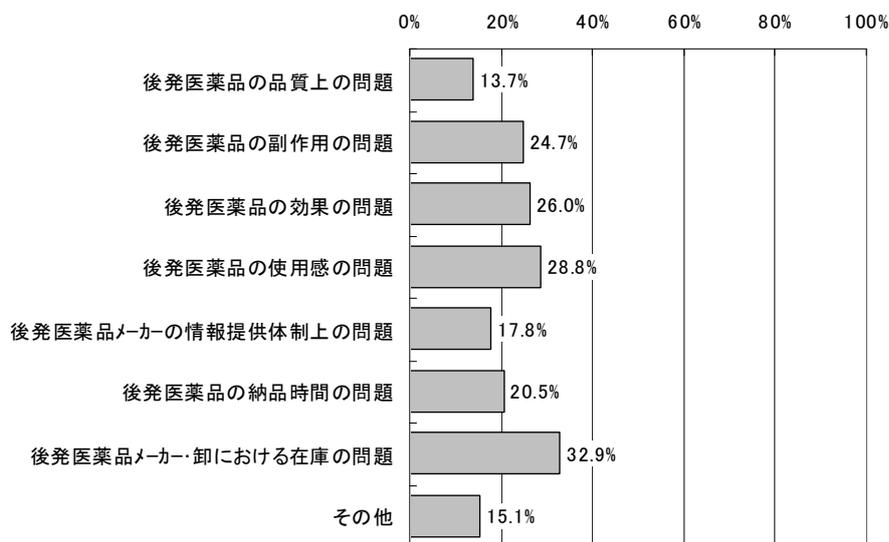
「経験がある」と回答した有床診療所は 15.5%（9 施設）、病院は 15.2%（73 施設）であった。

「経験がある」と回答した病院における、後発医薬品を使用した際に生じた問題の内容についてみると、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の問題」（「経験がある」と回答した病院の 32.9%）が最も多く、次いで「後発医薬品の使用感の問題」（同 28.8%）、「後発医薬品の効果の問題」（同 26.0%）であった。

図表 93 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無（平成 23 年 4 月以降）



図表 94 「入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験がある」と回答した病院における、後発医薬品使用で生じた問題（複数回答、n=73）



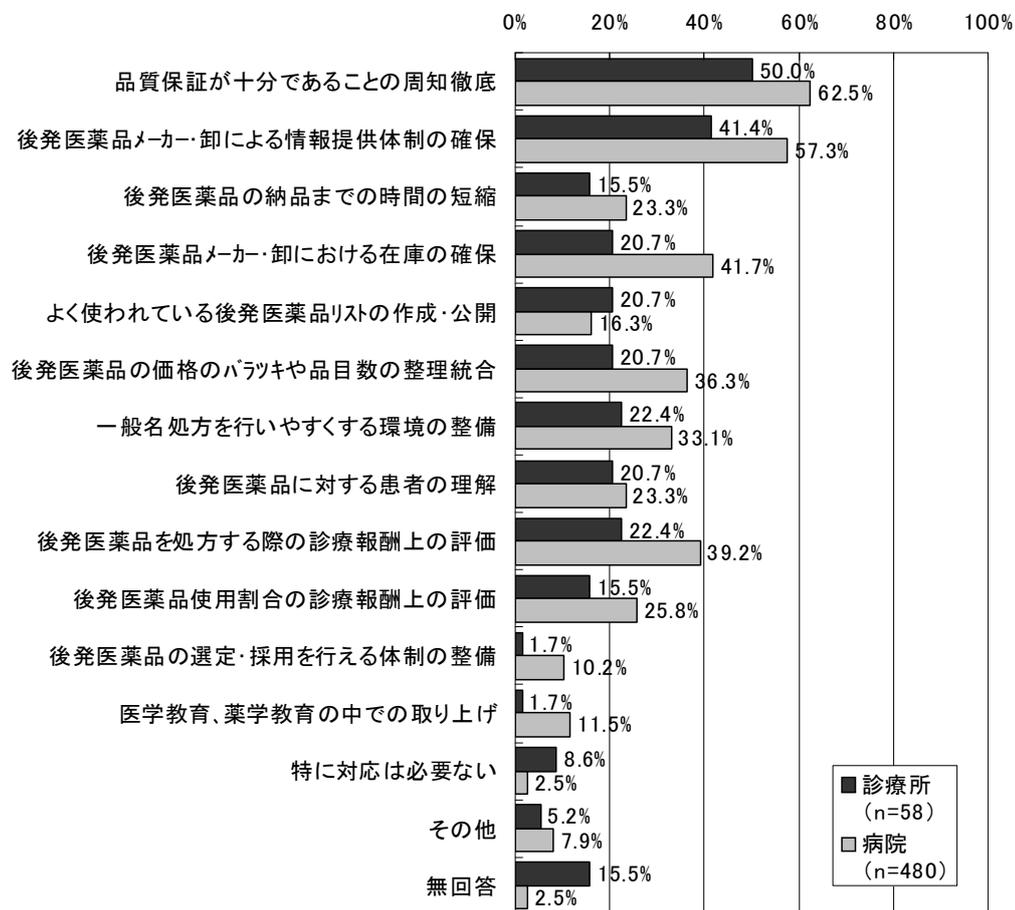
（注）「その他」の内容として、「患者からの不満」（同旨 3 件）「突然の製造中止」（同旨 2 件）「期限切迫品が納品される」「大震災で後発品がいくつか供給不可能になったこと」等が挙げられた。
 ※有床診療所 9 件の回答は、「後発医薬品の効果の問題」が 5 件、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の問題」が 3 件、「後発医薬品の品質上の問題」「後発医薬品の副作用の問題」「後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題」が各 1 件であった。

3) 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に後発医薬品の使用を進めてもよいか

今後どのような対応が進めば施設として入院患者に後発医薬品の使用を進めてもよいかを尋ねたところ、診療所では「品質保証が十分であることの周知徹底」(50.0%)が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」(41.4%)、「一般名処方を行いやすくする環境の整備」、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(ともに22.4%)であった。

病院では「品質保証が十分であることの周知徹底」(62.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」(57.3%)、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」(41.7%)であった。

図表 95 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に後発医薬品の使用を進めてもよいか (複数回答)



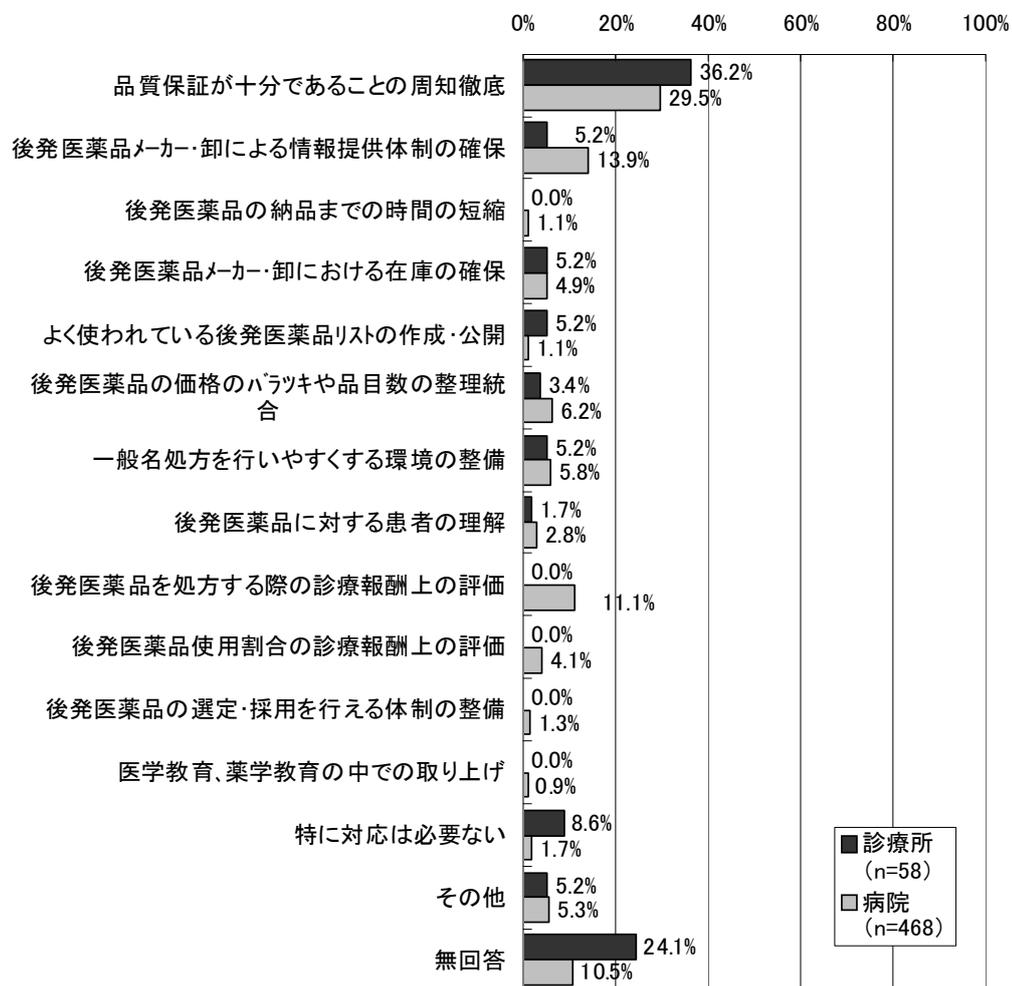
(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「薬効の再評価」、「重要な薬物では、薬物の体内動態の先発品との同一性の証明の厳正さ」が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「後発医薬品の薬効や副作用のバラツキの是正」(同旨5件)、「商品名の表記法」(同旨3件)、「安易に製造中止としない」(同旨2件)、「医師の理解」(同旨2件)、「効果、安全性の厳しいテスト」(同旨2件)等が挙げられた。

また、今後どのような対応が進めば施設として後発医薬品の使用を進めてもよいかについて最も重要なものを尋ねたところ、診療所で「品質保証が十分であることの周知徹底」(36.2%)が最も多く、次いで「特に対応は必要ない」(8.6%)であった。

病院では、「品質保証が十分であることの周知徹底」(29.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」(13.9%)、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(11.1%)であった。

図表 96 今後どのような対応が進めば施設として後発医薬品の使用を進めてもよいか
(最も重要なもの、単数回答)

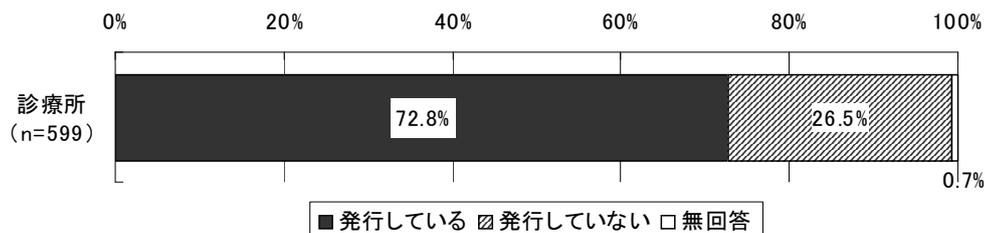


⑨外来患者に対する後発医薬品の使用状況等

1) 診療所における院外処方せん発行状況（平成 23 年 4 月以降）

診療所 599 施設における院外処方せんの発行状況についてみると、院外処方せんを「発行している」診療所は 72.8%、「発行していない」診療所は 26.5%であった。

図表 97 診療所における院外処方せん発行状況（平成 23 年 4 月以降）



2) 外来診療の状況

診療所・病院における外来診療の状況について、平成 23 年 6 月 1 か月間の外来診療実日数をみると、診療所は平均 21.1 日（標準偏差 4.2、中央値 21.5）、病院は平均 32.2 日（標準偏差 145.9、中央値 24.0）であった。

1 か月間の外来延べ患者数をみると、診療所は平均 1,194.0 人（標準偏差 908.1、中央値 938.0）、病院は平均 6,129.7 人（標準偏差 8,743.0、中央値 3,061.5）であった。

また、1 か月間の院外処方せん発行枚数をみると、診療所は平均 654.3 枚（標準偏差 719.4、中央値 500.0）、病院は平均 2,979.1 枚（標準偏差 3,978.4、中央値 1,559.0）であった。

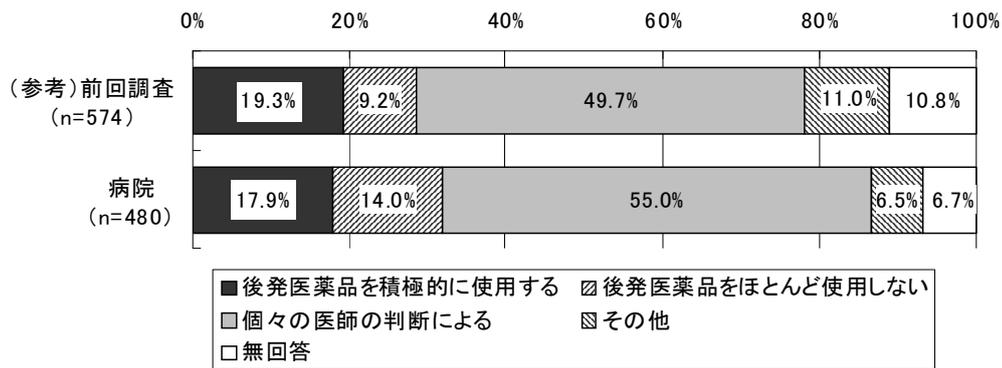
図表 98 診療所・病院における外来診療の状況（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	診療所 (n=599)			病院 (n=480)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①1 か月間の外来診療実日数(日)	21.1	4.2	21.5	32.2	145.9	24.0
②1 か月間の外来延べ患者数(人)	1,194.0	908.1	938.0	6,129.7	8,743.0	3,061.5
③1 か月間の院外処方せん発行枚数(枚)	654.3	719.4	500.0	2,979.1	3,978.4	1,559.0

3) 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針

病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(55.0%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用する」(17.9%)であった。

図表 99 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応

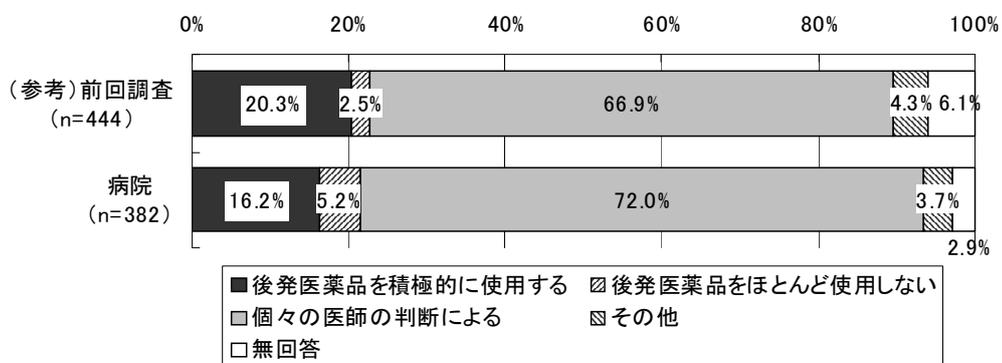


(注) 「その他」の内容として、「病院採用薬の中から処方」(同旨 10 件)、「同一成分を複数品目採用しないので選択はない」(同旨 5 件)、「院内投薬はほとんどない」(同旨 5 件)等が挙げられた。

4) 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針

病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(72.0%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用する」(16.2%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(5.2%)であった。

図表 100 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応

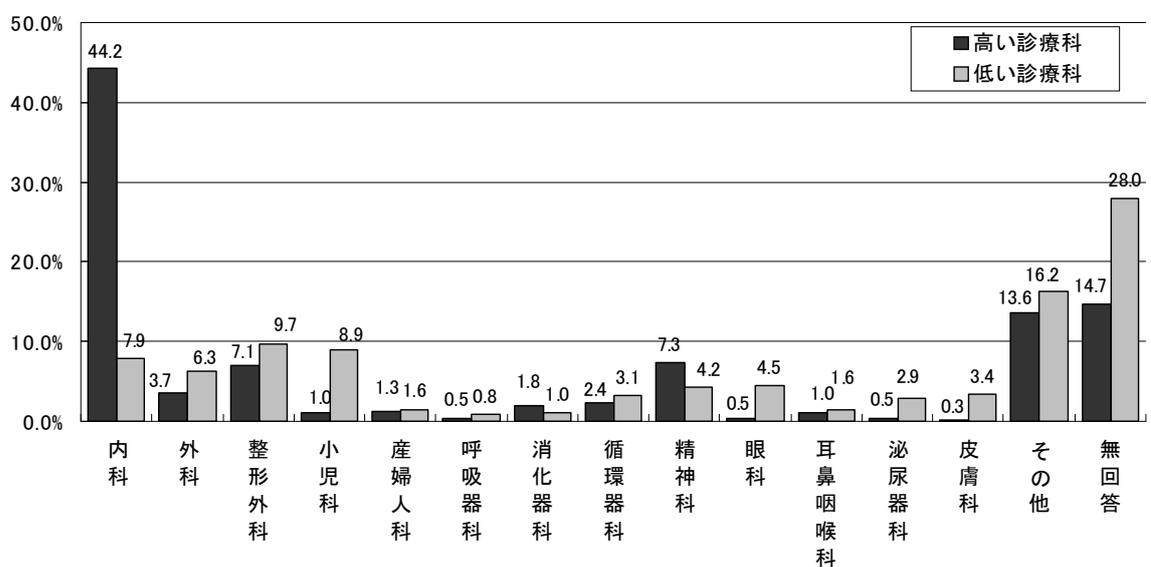


(注) ・院外処方を実施している施設を対象として集計した。
 ・「その他」の内容として、「変更可の場合は調剤薬局にまかせる」(同旨 5 件)「患者の希望による」(同旨 4 件)等が挙げられた。

5) 病院における院外処方せんを発行している診療科のうち、後発医薬品の使用割合が相対的に高い診療科・低い診療科

病院における院外処方せんを発行している診療科のうち、後発医薬品の使用割合が相対的に高い診療科・低い診療科についてみると、高い診療科では「内科」(44.2%)が最も多く、次いで「精神科」(7.3%)、「整形外科」(7.1%)であった。また、低い診療科では「整形外科」(9.7%)が最も多く、次いで「小児科」(8.9%)、「内科」(7.9%)となった。

図表 101 病院における院外処方せんを発行している診療科のうち、後発医薬品の使用割合が相対的に高い診療科・低い診療科（複数回答、n=382）



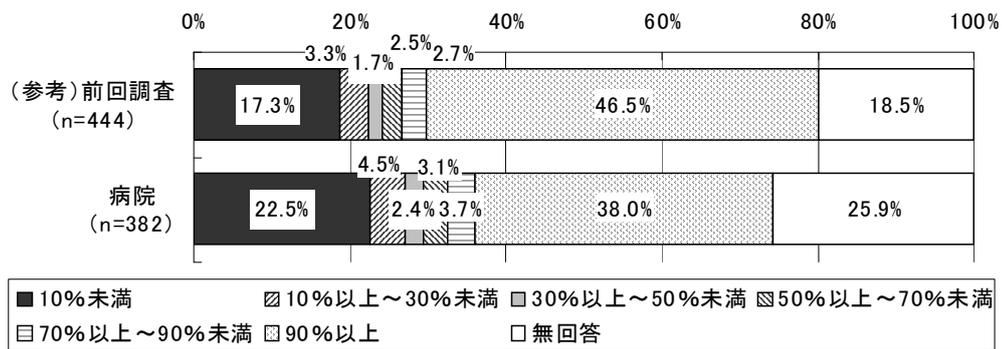
(注)・院内処方済みの98施設を除く382施設を集計対象とした。

- ・「高い診療科」における「その他」の内容として、「不明」(同旨16件)、「リハビリテーション科」(4件)、「脳神経外科」(4件)等が挙げられた。
- ・「低い診療科」における「その他」の内容として、「不明」(同旨10件)、「リハビリテーション科」(3件)、「脳神経外科」(3件)等が挙げられた。

6) 病院における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんまたは「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合（平成23年6月1か月間）

病院において、平成23年6月1か月間に発行した院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんまたは「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合をみると、「90%以上」（38.0%）が最も多く、次いで「10%未満」（22.5%）となった。

図表 102 病院における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんまたは「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合（平成23年6月1か月間）



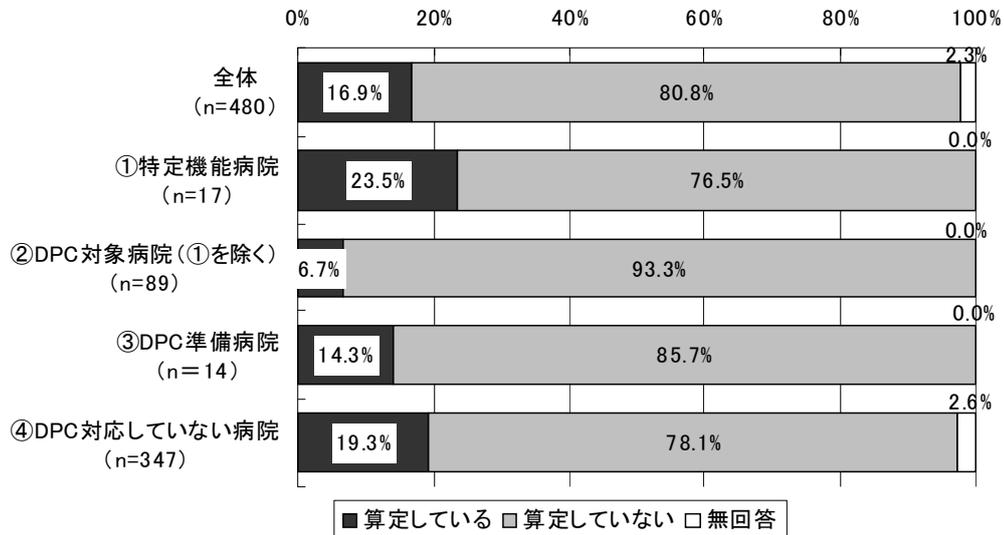
(注)・前回調査は平成22年8月1か月分。

・院外処方せんを発行している施設を集計対象としている。

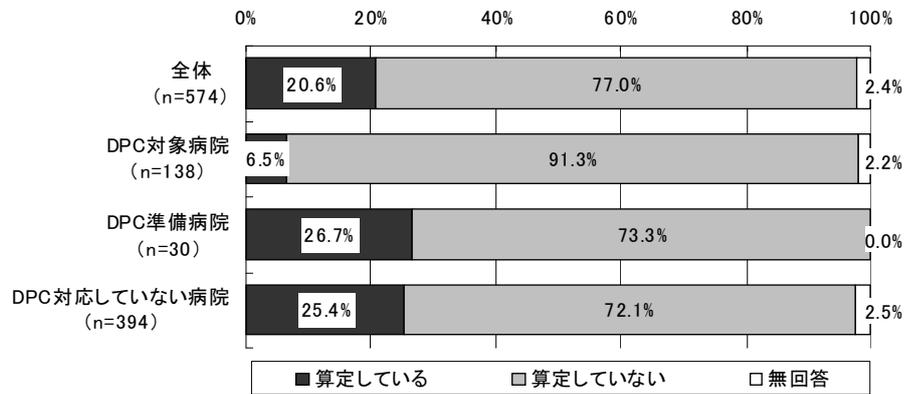
7) 病院における後発医薬品使用体制加算の状況

病院における後発医薬品使用体制加算の状況についてみると、病院全体の16.9%が「算定している」と回答している。

図表 103 病院における後発医薬品使用体制加算の状況

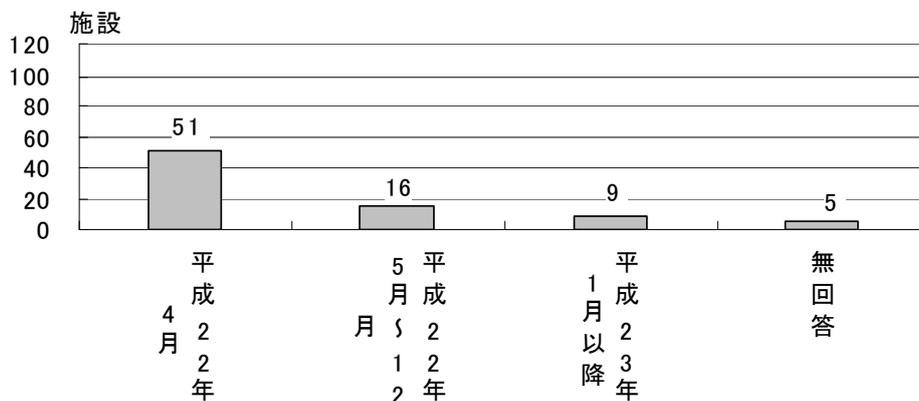


(参考) 前回調査



加算算定病院における後発医薬品使用体制加算の施設基準届出時期についてみると、「平成 22 年 4 月」(51 施設) が最も多かった。

図表 104 加算算定病院における後発医薬品使用体制加算の施設基準届出時期 (n=81)



加算算定病院における、平成 23 年 6 月 1 か月間の後発医薬品使用体制加算の算定回数をみると、特定機能病院では平均 19.3 回 (標準偏差 20.8、中央値 15)、DPC 対象病院 (特定機能病院を除く) では平均 18.0 回 (標準偏差 39.1、中央値 0)、DPC 準備病院では平均 172.0 回 (標準偏差 83.4、中央値 172)、DPC 対応していない病院では平均 48.8 回 (標準偏差 48.6、中央値 36) であった。

図表 105 加算算定病院における後発医薬品使用体制加算の算定回数
(平成 23 年 6 月 1 か月間)

(単位：回)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
全体	81	48.8	52.7	36
①特定機能病院	4	19.3	20.8	15
②DPC 対象病院(①を除く)	6	18.0	39.1	0
③DPC 準備病院	2	172.0	83.4	172
④DPC 対応していない病院	67	48.8	48.6	36

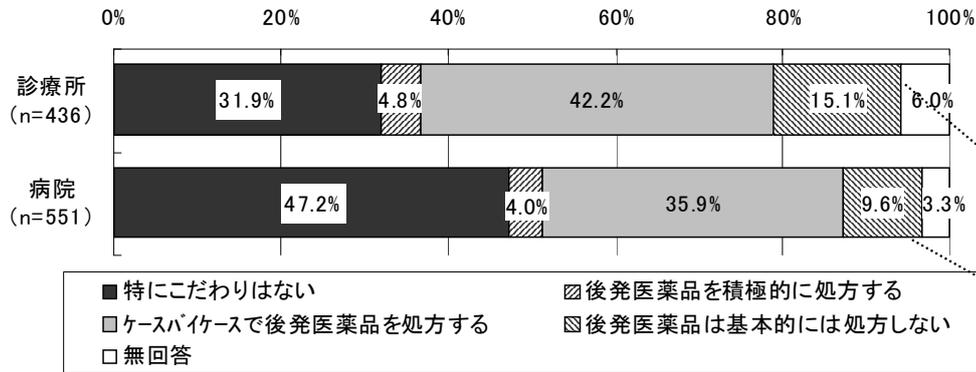
⑩外来診療における院外処方せん発行時や後発医薬品の処方に関する医師の考え等

1) 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え

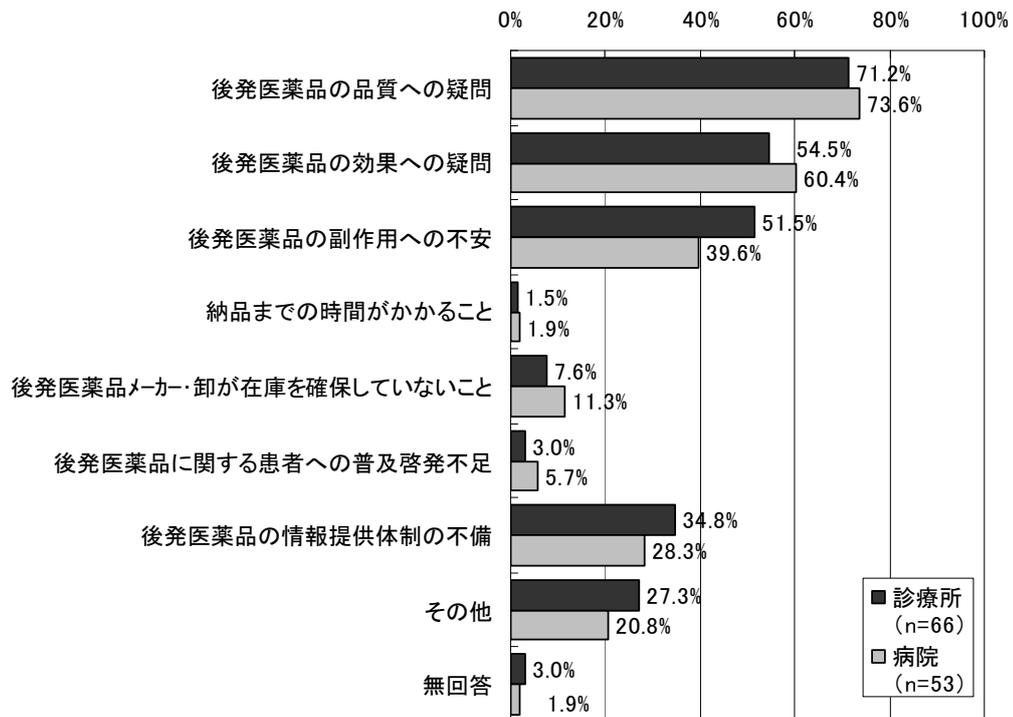
外来診療における後発医薬品の処方に関する考えについてみると、診療所の医師では15.1%、病院の医師では9.6%が「基本的に処方しない」と回答している。

外来診療において後発医薬品を基本的には処方しないという理由について尋ねると、「後発医薬品の品質への疑問」（診療所71.2%、病院73.6%）が最も多く、次いで「後発医薬品の効果への疑問」（診療所54.5%、病院60.4%）、「後発医薬品の副作用への不安」（診療所51.5%、病院39.6%）であった。

図表 106 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え（医師ベース）



図表 107 外来診療において後発医薬品を基本的には処方しない理由（複数回答、医師ベース）



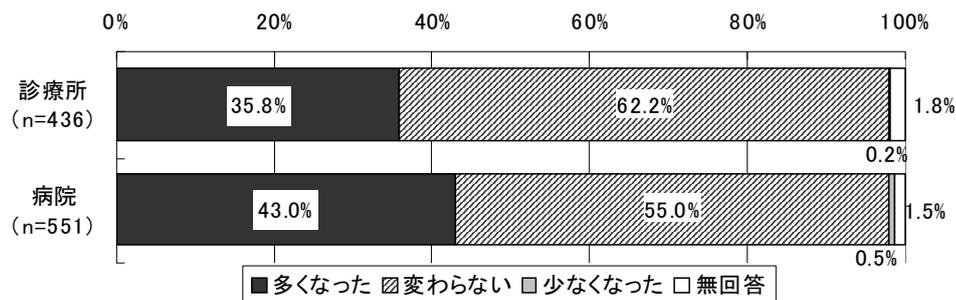
(注)・「後発医薬品の情報提供体制の不備」と回答した施設に対してどのような情報が必要か尋ねた結果、「先発品との同等性に関するデータ」（同旨：診療所 7 件、病院 4 件）、「副作用に関するデータ」（同旨：診療所 5 件、病院 5 件）等が挙げられた。

- ・診療所においては、「その他」の内容として、「後発医薬品で副作用、効果不足が生じた場合の責任の所在がはっきりしない」（同旨 3 件）「患者の希望」（同旨 2 件）「薬品名全く覚えられない」「創薬メーカーを大事にしたい」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「病院が採用していない」（同旨 2 件）「後発品に変えると薬効が低下する事例を認めた」「薬品名がまぎらわしく誤診療の原因になる」「薬品名が多く、多診療科で診るとき、何の薬か調べなければならず、また相互作用などリスクが大きい」「副作用発症時などの対応に不安がある」等が挙げられた。

2) 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）

外来診療における後発医薬品の変化を1年前と比較してみると、診療所では、「多くなった」が35.8%、「変わらない」が62.2%であった。病院では、「多くなった」が43.0%、「変わらない」が55.0%となった。

図表 108 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）（医師ベース）

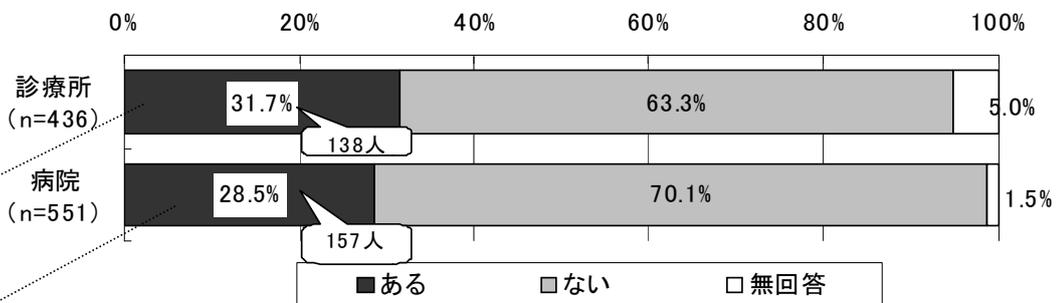


3) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験等（平成23年4月以降）

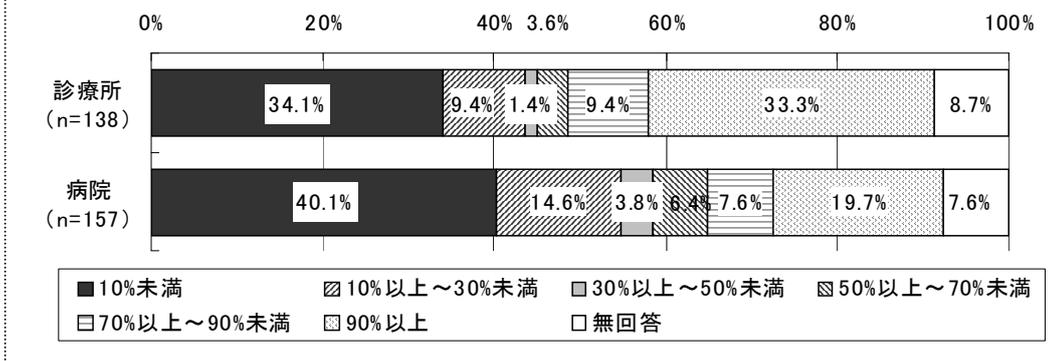
平成23年4月以降に「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所の医師の63.3%、病院の医師の70.1%が「ない」と回答している。一方、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験が「ある」という医師は、診療所の医師で31.7%、病院の医師で28.5%であった。

「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんが、院外処方せん枚数全体に占める割合についてみると、「10%未満」（診療所34.1%、病院40.1%）が最も多く、次いで「90%以上」（診療所33.3%、病院19.7%）であった。

図表 109 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無
（平成23年4月以降、医師ベース）

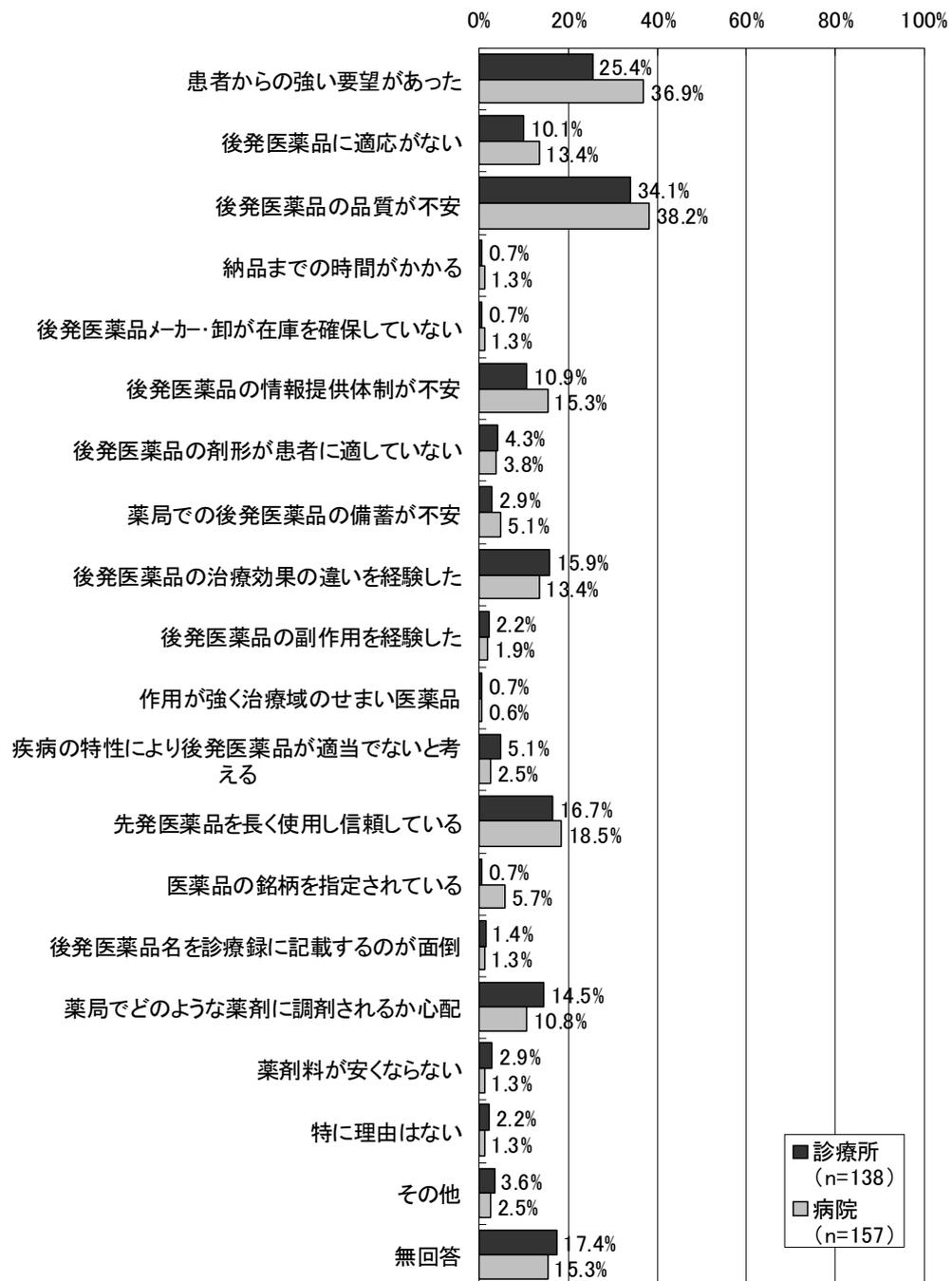


図表 110 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合（医師ベース）



「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由について診療所・病院の医師に尋ねたところ、「後発医薬品の品質が不安」（診療所 34.1%、病院 38.2%）が最も多かった。この他、「患者からの強い要望があった」（診療所 25.4%、病院 36.9%）、「先発医薬品を長く使用し信頼している」（診療所 16.7%、病院 18.5%）等が多く挙げられた。

図表 111 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由（医師ベース、複数回答）

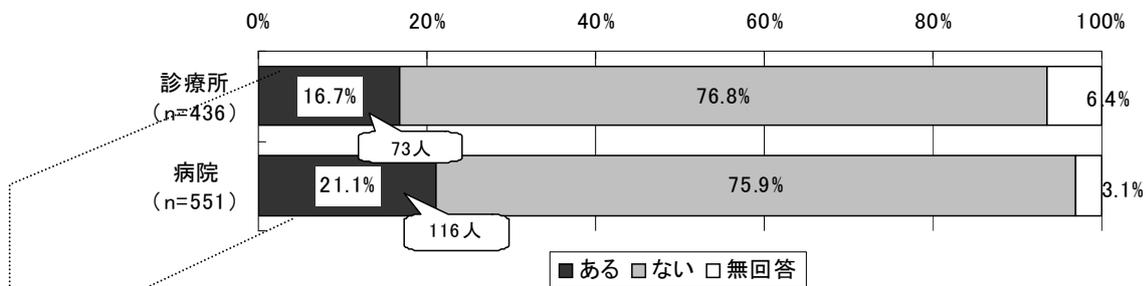


4) 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験

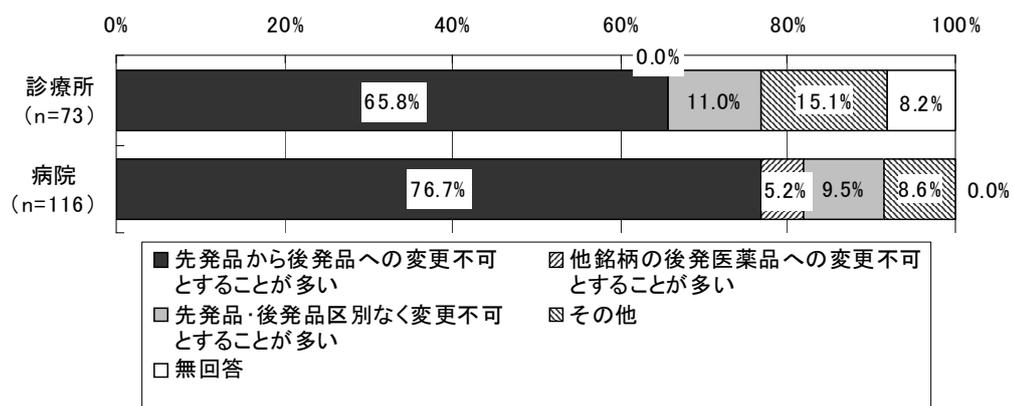
一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所 16.7% (73 人)、病院が 21.1% (116 人) であった。

一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いものをみると、「先発品から後発品への変更不可とすることが多い」という回答が、診療所では 65.8%、病院では 76.7%と最も多かった。次いで「先発品・後発品区別なく変更不可とすることが多い」(診療所 11.0%、病院 9.5%) であった。

図表 112 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行の有無 (医師ベース)



図表 113 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いもの (医師ベース)

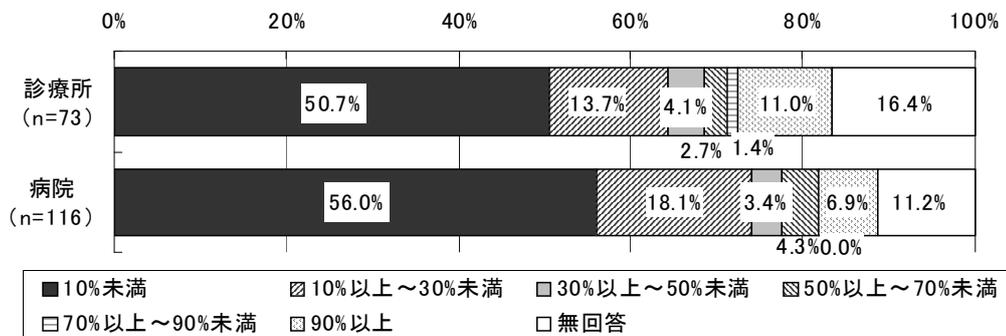


(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「適応症名」(同旨 5 件)、「抗生物質」、「薬物動態に差が見られるもの」、「内服薬を中心に不可としている」、「後発品で効果が低下したため」等が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「病院方針」(同旨 2 件)、「患者本人の希望」、「変更したことにより副作用の出現・効果不十分例であったため」、「処方薬の効果をみて変更不可とすることが多い」、「基本的に降圧剤・糖尿病の内服薬は先発品を使用」等が挙げられた。

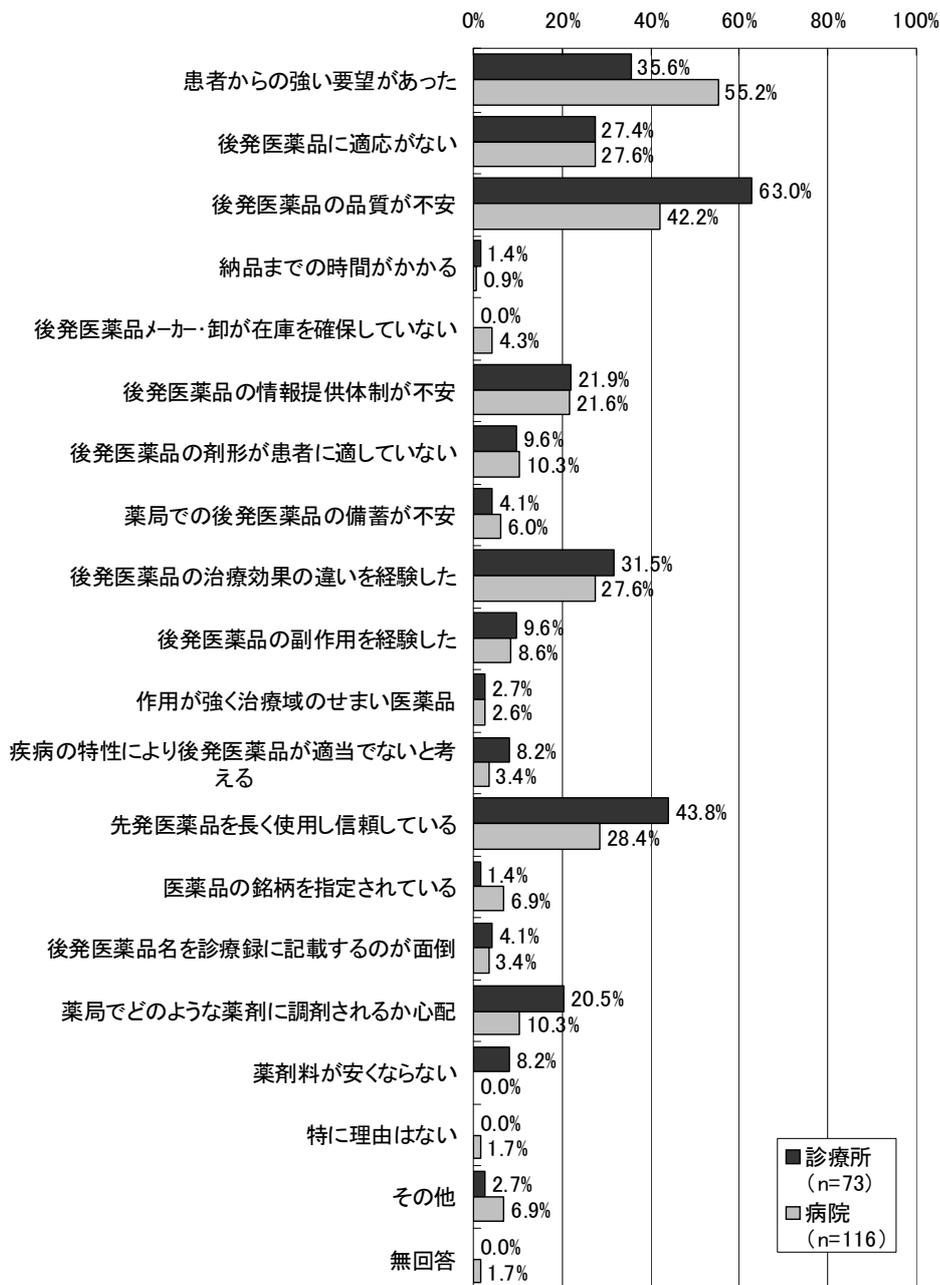
一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、「10%未満」（診療所 50.7%、病院 56.0%）が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（診療所 13.7%、病院 18.1%）であった。

図表 114 一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合（医師ベース）



一部の医薬品について「変更不可」とする理由を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では「後発医薬品の品質が不安」（63.0%）が最も多く、次いで、「先発品を長く使用し信頼している」（43.8%）、「患者からの強い要望があった」（35.6%）となった。病院では「患者からの強い要望があった」（55.2%）が最も多く、次いで、「後発医薬品の品質が不安」（42.2%）、「先発品を長く使用し信頼している」（28.4%）となった。

図表 115 一部の医薬品について「変更不可」とする理由（医師ベース、複数回答）

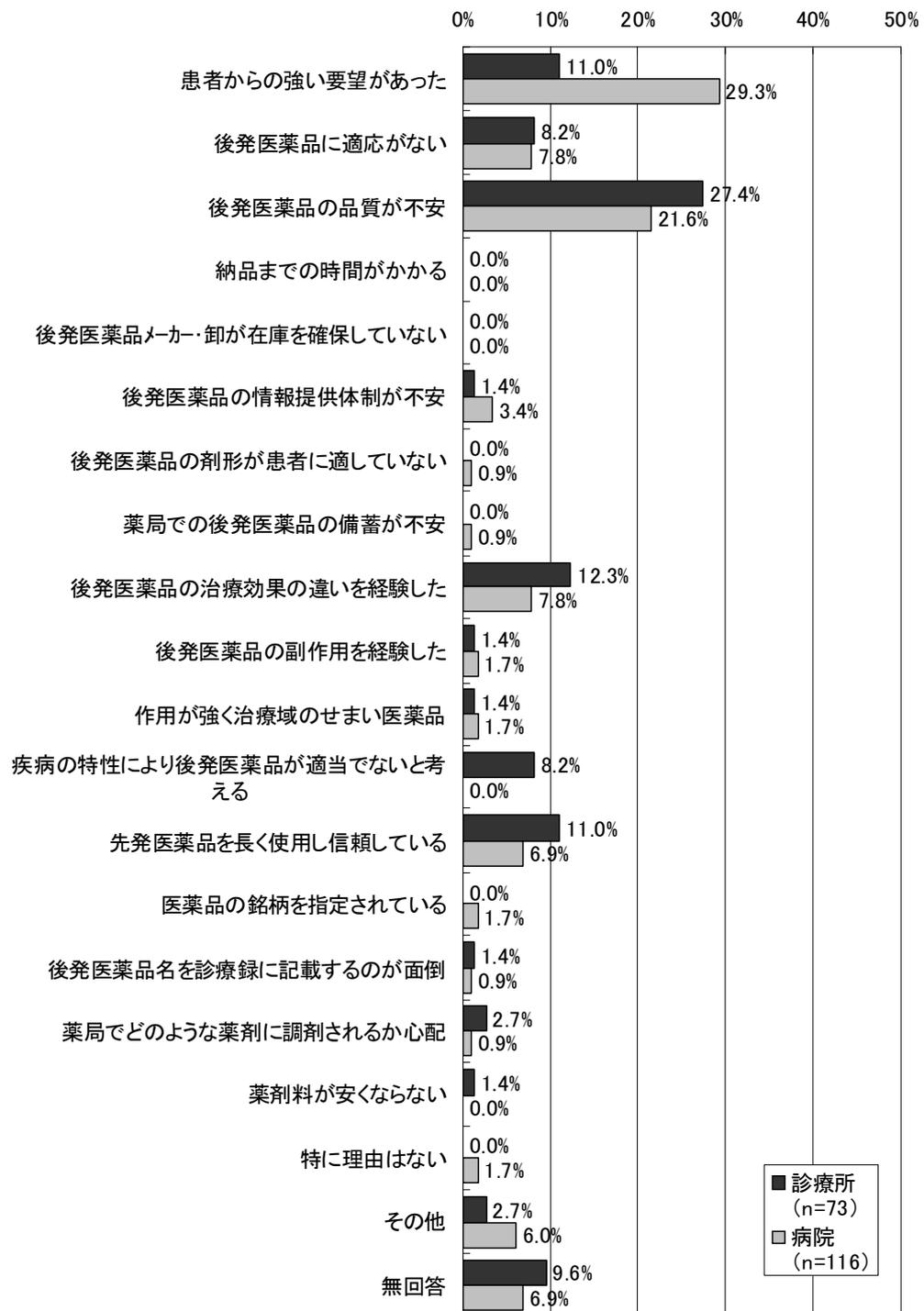


(注)・「疾病の特性により後発医薬品が適当でないと考える」と回答した施設に、どのような疾病等か訪ねたところ、診療所においては、「うつ病、統合失調症、神経症では不安を増すことがある」（同旨2件）、「抗リウマチ剤（生物製剤）」、「緑内障の患者。確実に眼圧下降させたいため」等が、病院においては、「糖尿病（経口血糖降下剤）併用薬が多いと効果に不安がある」、「抗けいれん、血中治療域濃度が狭く吸収等も問題になる」、「重症の疾患（心不全、腎不全など）では確実な効果が求められるため、使用経験の長い、効能の明らかなものを選びたい」等が挙げられた。

- ・診療所においては、「その他」の内容として、「後発品の名前と適応病名を調べるのが面倒」、「国公立病院で採用していないので」、「外用薬の場合、使用感が異なるため患者のクレームが多くなる」、「精神科という性質上、薬剤変更を不安がる患者がいる」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「メーカーの強い要望」、「臨床研究を行う関係上、使用薬剤を1種類に固定する必要があったため」、「後発品は名前が長いから」、「小児に適した薬剤か慎重に判断して薬剤を決定しているため」等が挙げられた。

一部の医薬品について「変更不可」とする最も多い理由を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「後発医薬品の品質が不安」（27.4%）が最も多く、次いで「後発医薬品の治療効果の違いを経験した」（12.3%）となった。病院では、「患者からの強い要望があった」（29.3%）が最も多く、次いで「後発医薬品の品質が不安」（21.6%）となった。

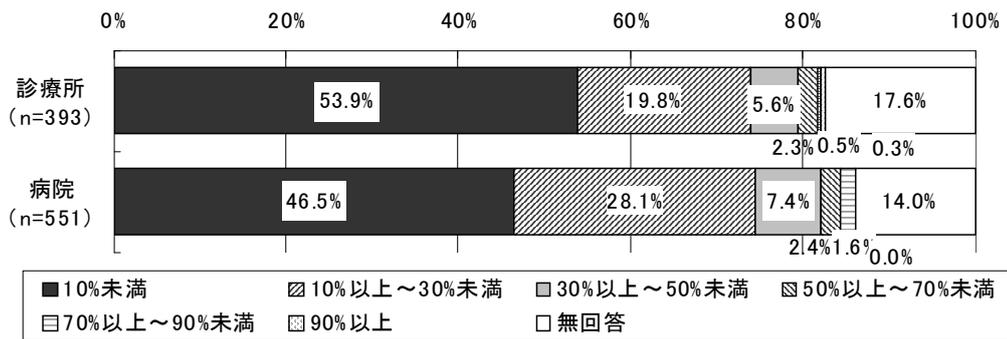
図表 116 一部の医薬品について「変更不可」とする最も多い理由（医師ベース、単数回答）



5) 後発医薬品について関心がある患者の割合

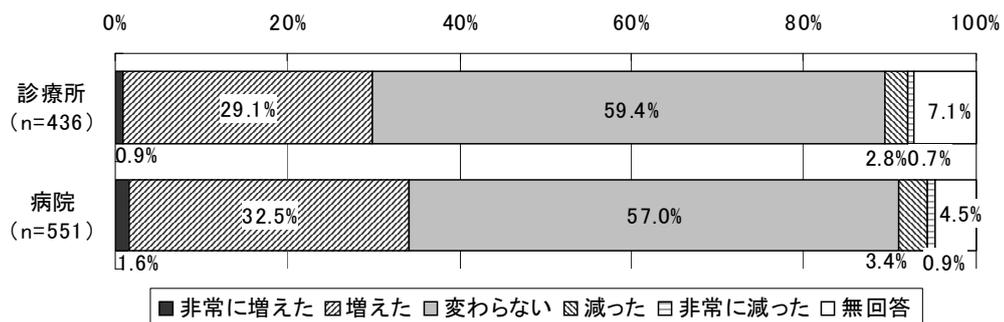
外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ 53.9%、46.5%）の回答が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ 19.8%、28.1%）となった。

図表 117 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合（医師ベース）



1年前と比較して、後発医薬品に関心がある患者数の変化を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「変わらない」（それぞれ 59.4%、57.0%）が最も多かった。次いで「増えた」（それぞれ 29.1%、32.5%）であった。

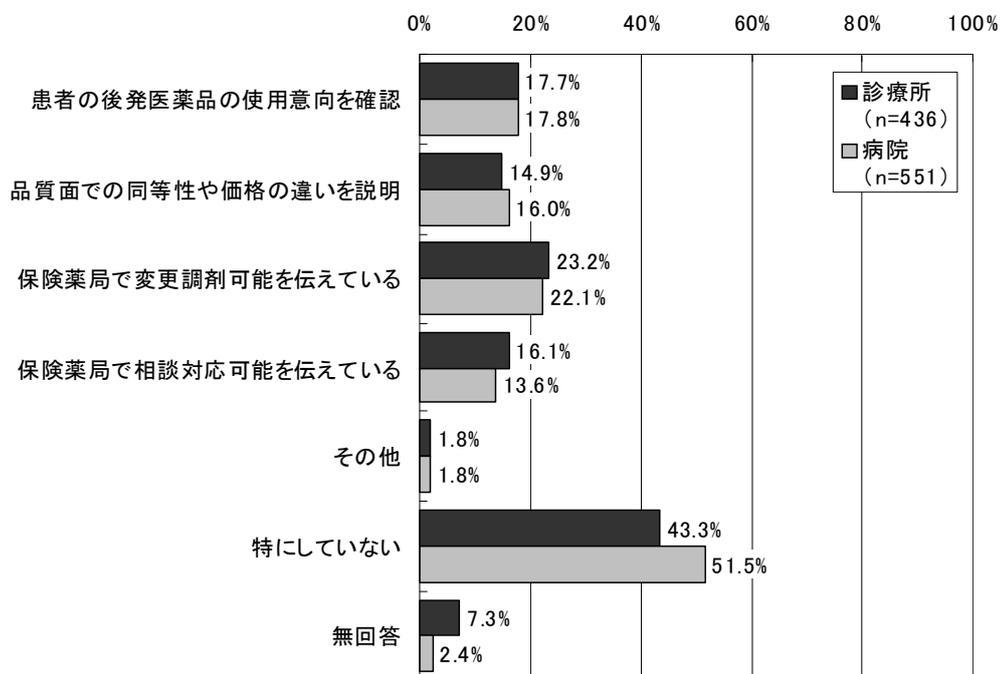
図表 118 後発医薬品について関心がある患者数の変化（1年前と比較して、医師ベース）



6) 投薬または処方せんの交付を行う際に、患者が後発医薬品を選択しやすくするためにやっている対応

投薬または処方せんの交付を行う際に、患者が後発医薬品を選択しやすくするためにやっている対応を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「特にしていない」（診療所 43.3%、病院 51.5%）が最も多かった。次いで「保険薬局で変更調剤可能を伝えている」（診療所 23.2%、病院 22.1%）、「患者の後発医薬品の使用意向を確認」（診療所 17.7%、病院 17.8%）となった。

図表 119 投薬または処方せんの交付を行う際に、患者が後発医薬品を選択しやすくするためにやっている対応（医師ベース）



(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「患者からの希望があれば対応している」（同旨 3 件）、「後発医薬品を主に処方」（同旨 2 件）等が挙げられた。

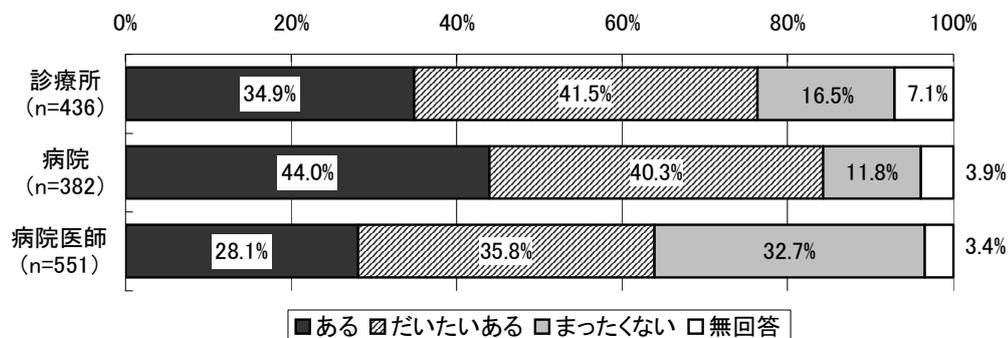
・病院においては、「その他」の内容として、「患者さんに聞かれたときには説明している」（同旨 2 件）、「国民医療の削減に役立つことを説明している」、「信頼のおける内容のものは説明して変更している」、「品質は落ちるが、価格は安いと説明している」、「内服のしやすさ、品質面での非同等性を説明している」等が挙げられた。

⑪保険薬局からの情報提供についての意向

1) 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無

保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無を診療所・病院・病院医師に尋ねたところ、診療所では、「ある」が34.9%、「だいたいある」が41.5%、「まったくない」が16.5%であった。病院では「ある」が44.0%、「だいたいある」が40.3%、「まったくない」が11.8%であった。病院医師では「ある」が28.1%、「だいたいある」が35.8%、「まったくない」が32.7%であった。

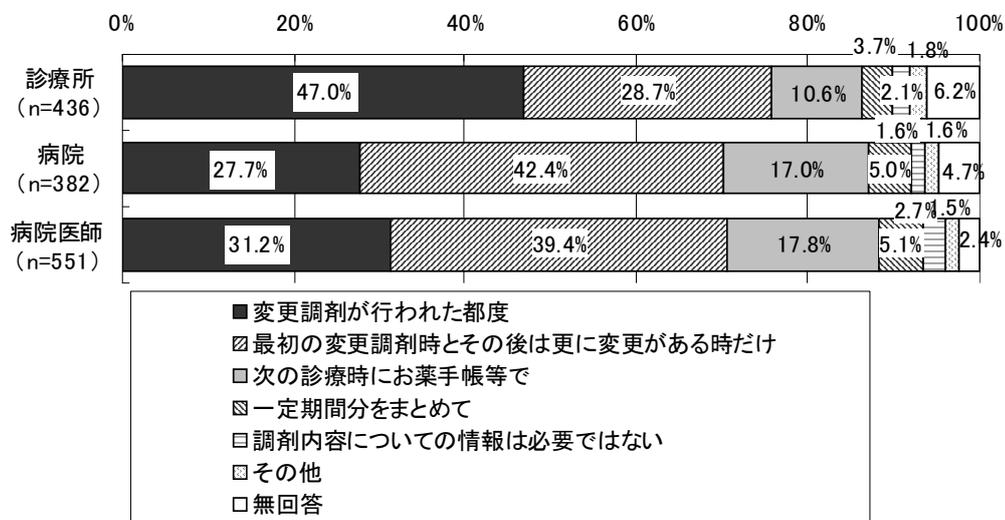
図表 120 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無



2) 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方

保険薬局で後発医薬品に変更した場合、望ましい情報提供のあり方を診療所・病院・病院医師に尋ねたところ、診療所では「変更調剤が行われた都度」（47.0%）が最も多く、次いで「最初の変更調剤時とその後は更に変更がある時だけ」（28.7%）であった。病院では「最初の変更調剤時とその後は更に変更がある時だけ」（42.4%）が最も多く、次いで「変更調剤が行われた都度」（27.7%）であった。病院医師では「最初の変更調剤時とその後は更に変更がある時だけ」（39.4%）が最も多く、次いで「変更調剤が行われた都度」（31.2%）であった。

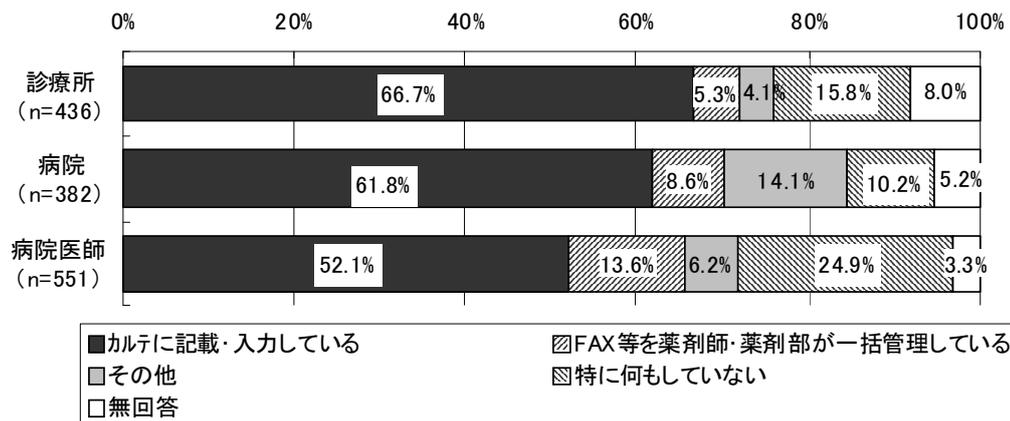
図表 121 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、望ましい情報提供のあり方



- (注)・診療所においては、「その他」の内容として、「変更前に相談することを強く望む」「FAX（書面）による情報」「後発品と先発品がすぐわかるように必ず書くこと」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「お薬手帳に記載」「処方せんの記載に変更が必要な場合に情報提供されればよい」「後発変更の情報提供（電話）は業務に支障をきたすのでなくしてほしい」等が挙げられた。
 - ・病院医師においては、「その他」の内容として、「確認したいときに、すぐにわかればどんな形でもよい」「ジェネリック変更時に患者への不利益に対する製薬会社へのフィードバックが必要」等が挙げられた。

保険薬局からフィードバックされた情報の管理について診療所・病院・病院医師に尋ねたところ、「カルテに記載・入力している」（診療所 66.7%、病院 61.8%、病院医師 52.1%）が最も多かった。次いで「FAX等を薬剤師・薬剤部が一括管理している」（診療所 5.3%、病院 8.6%、病院医師 13.6%）であった。

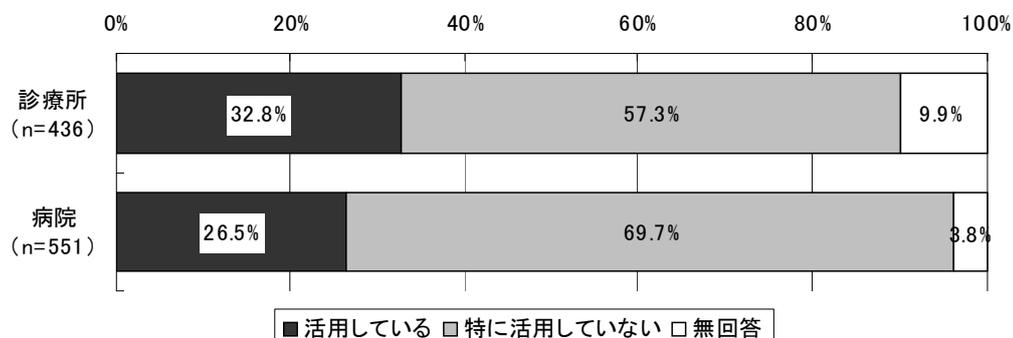
図表 122 保険薬局からフィードバックされた情報の管理



- (注)・診療所における、「その他」の内容として、「フィードバックがない」（同旨 5 件）、「カルテに貼付」（同旨 3 件）等が挙げられた。
 ・病院における、「その他」の内容として、「カルテ内に保存」（同旨 20 件）、「医師に報告している」（同旨 4 件）等が挙げられた。
 ・病院医師における、「その他」の内容として、「フィードバックがない」（同旨 11 件）、「カルテ内に保存」（同旨 9 件）、「薬剤師がカルテに記載」（同旨 2 件）等が挙げられた。

保険薬局からフィードバックされた情報の活用の有無について診療所・病院の医師に尋ねたところ、「特に活用していない」（診療所 57.3%、病院 69.7%）が半数を超え、「活用している」と回答した医師は診療所では 32.8%、病院では 26.5%であった。

図表 123 保険薬局からフィードバックされた情報の活用の有無（医師ベース）



- (注)・「活用している」と回答した施設にどのように活用しているか尋ねたところ、「次回変更調剤」（同旨：診療所 17 件、病院 12 件）「次回の処方参考にしてている」（同旨：診療所 6 件、病院 6 件）、等が挙げられた。
 ・診療所における、「その他」の内容として、「フィードバックがない」（同旨 5 件）、「カルテに貼付」（同旨 3 件）等が挙げられた。

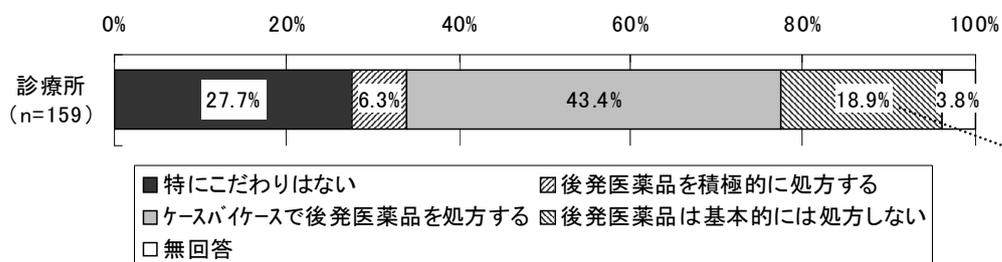
⑫院外処方せんを発行していない診療所における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関する
 考え

1) 院外処方せんを発行していない診療所における後発医薬品の処方に関する考え

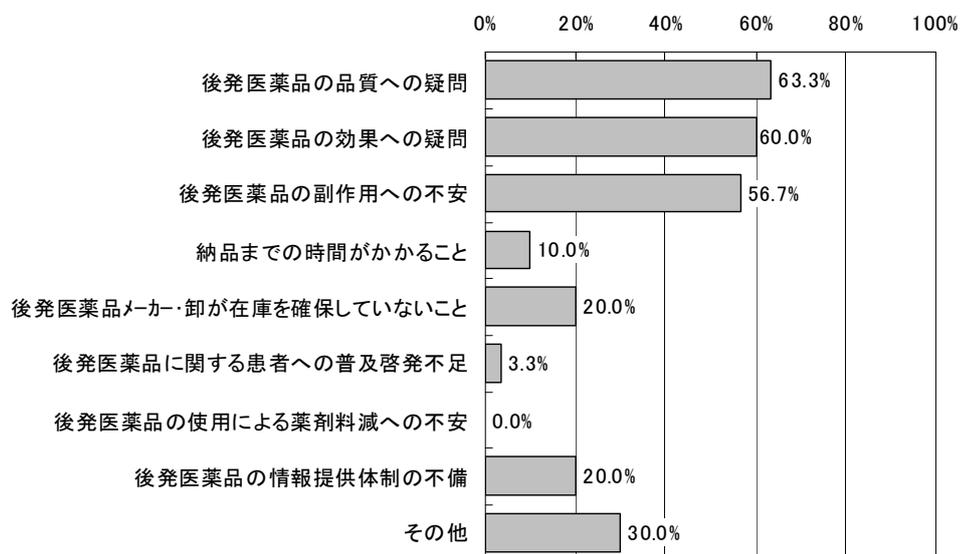
院外処方せんを発行していない診療所における後発医薬品の処方に関する考えについてみると、「ケースバイケースで後発医薬品を処方する」（43.4%）が最も多く、次いで「特にこだわりはない」（27.7%）、「後発医薬品は基本的には処方しない」（18.9%）であった。

また、「後発医薬品は基本的には処方しない」と回答した診療所（30施設）にその理由を尋ねたところ、「後発医薬品の品質への疑問」（63.3%）が最も多く、次いで「後発医薬品の効果への疑問」（60.0%）、「後発医薬品の副作用への不安」（56.7%）と続いた。

図表 124 院外処方せんを発行していない診療所における後発医薬品の処方に関する考え



図表 125 後発医薬品を基本的には処方しない理由
 （院外処方せんを発行していない施設、複数回答、n=30）

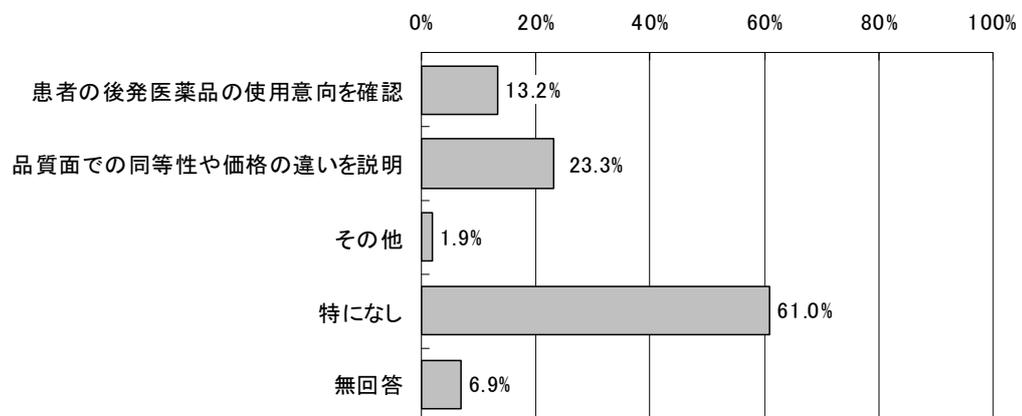


（注）・「後発医薬品の情報提供体制の不備」と回答した施設に必要な情報を尋ねたところ、「先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告」（同旨2件）等が挙げられた。
 ・「その他」の内容として、「後発品も含めての在庫保有が困難なため」「休日救急診療所では数多くの医師の薬剤名認知の問題が重要なので、後発品は基本的に導入されない」「休日救急といった特性から投薬は1日分のみとしているため、特に後発医薬品を採用する考えがない」「国公立病院で採用されていない」等が挙げられた。

2) 院外処方せんを発行していない施設における、患者が後発医薬品を選択しやすくするために 行っている対応

院外処方せんを発行していない施設における、患者が後発医薬品を選択しやすくするために
行っている対応についてみると、「特になし」（61.0%）が最も多かった。次いで「品質面で
の同等性や価格の違いを説明」（23.3%）、「患者の後発医薬品の使用意向を確認」（13.2%）
であった。

図表 126 院外処方せんを発行していない施設における、患者が後発医薬品を
選択しやすくするために
行っている対応（単数回答、n=159）



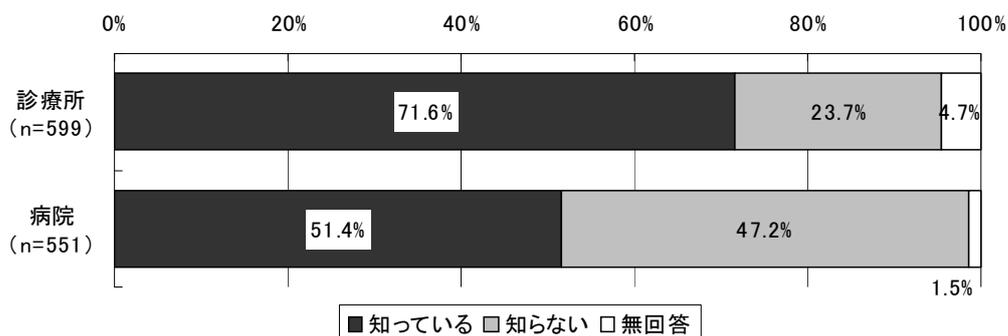
(注)「その他」の内容として、「院内にポスター」、「価格のことを伝える程度」等が挙げられた。

⑬ジェネリック医薬品希望カードの認知度等

1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

医師の「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、診療所では「知っている」が71.6%、「知らない」が23.7%となった。病院では「知っている」が51.4%、「知らない」が47.2%となった。診療所の医師のほうが「知っている」の割合が病院の医師よりも20.2ポイント高い結果となった。

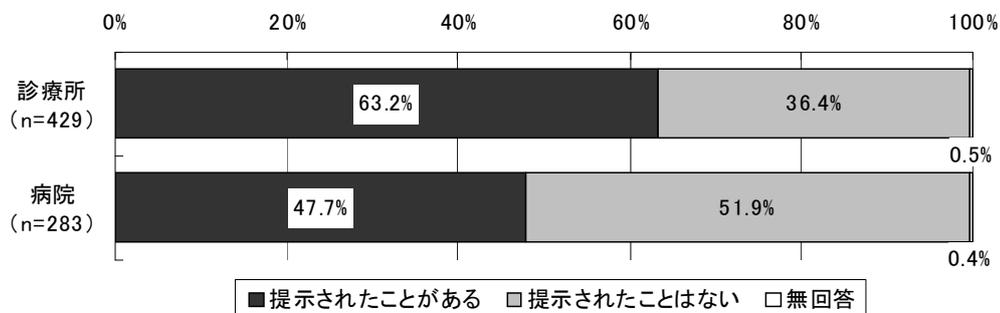
図表 127 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（医師ベース）



2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された経験

「ジェネリック医薬品カード」を提示された経験を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「提示されたことがある」が63.2%、「提示されたことはない」が36.4%となった。病院では、「提示されたことがある」が47.7%、「提示されたことはない」が51.9%となった。診療所の医師のほうが「提示されたことがある」の割合が病院の医師よりも15.5ポイント高い結果となった。

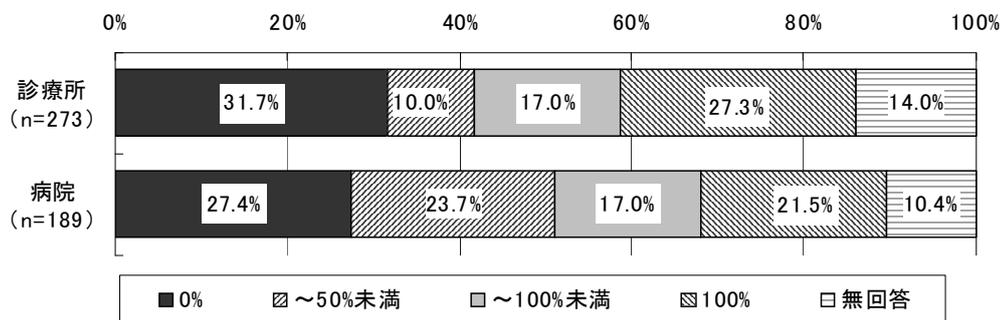
図表 128 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された経験（医師ベース）



3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、後発医薬品の処方または変更不可欄に署名等のない処方せんを発行した割合

「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、後発医薬品の処方または変更不可欄に署名等のない処方せんを発行した割合を尋ねたところ、診療所では「0%」（31.7%）が最も多く、次いで「100%」（27.3%）となった。病院では「0%」（27.4%）が最も多く、次いで「～50%未満」（23.7%）となった。

図表 129 「ジェネリック医薬品希望カード」提示した患者における、後発医薬品の処方または変更不可欄に署名等のない処方せんを発行した割合（医師ベース）

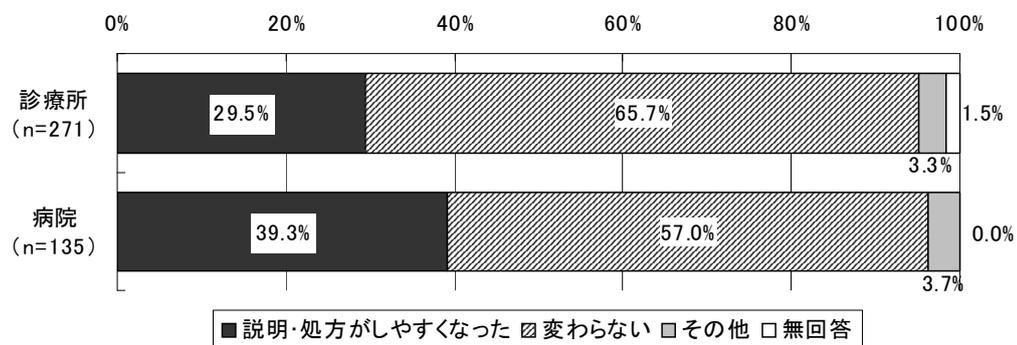


(注) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された経験のある医師を対象。

4) 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明がしやすくなったか

「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明がしやすくなったかを診療所・病院の医師に尋ねたところ、「変わらない」（診療所 65.7%、病院 57.0%）が半数を超え、「説明・処方しやすくなった」と回答した医師は診療所では 29.5%、病院では 39.3%となった。

図表 130 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明がしやすくなったか（医師ベース）

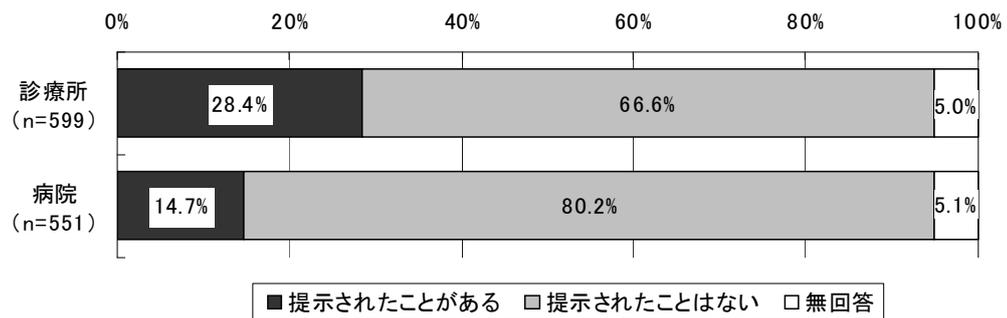


- (注)・診療所においては、「その他」の内容として、「説明が困難になった」（同旨 6 件）「実績が無く不明」（同旨 2 件）「ジェネリック商品に切り替えているのでそのまま変化なし」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「患者さんが理解しないままに提示するのでかえって説明に時間がかかる」「カードの説明自体があまり実態に則していないので改めて説明する」「診察に時間がかかるため、希望の有無は聞くがくわしい説明は薬局でもらいたい」等が挙げられた。

5) 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を提示された経験

「ジェネリック医薬品軽減額通知」を提示された経験の有無を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では「提示されたことがある」が28.4%、「提示されたことはない」が66.6%であった。病院では「提示されたことがある」が14.7%、「提示されたことはない」が80.2%であった。

図表 131 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を提示された経験の有無（医師ベース）

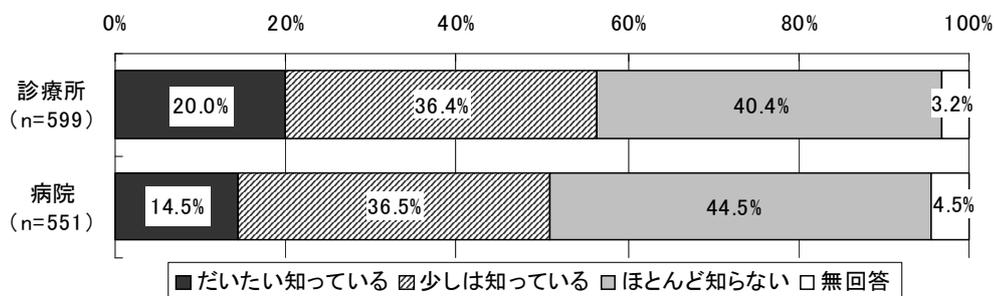


⑭医師における後発医薬品使用に関する意識等

1) 医師における、後発医薬品が薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況

後発医薬品の薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「ほとんど知らない」(それぞれ40.4%、44.5%)が最も多く、次いで「少しは知っている」(それぞれ36.4%、36.5%)、「だいたい知っている」(それぞれ20.0%、14.5%)となった。

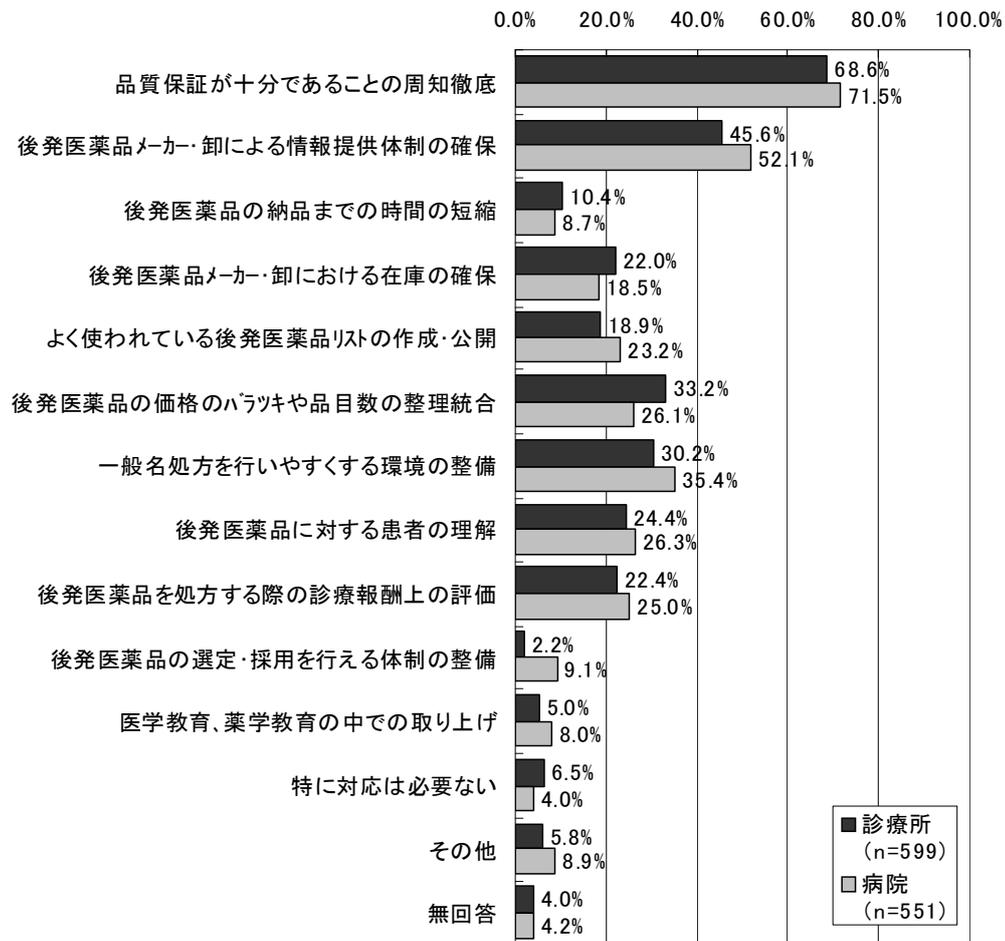
図表 132 医師における、後発医薬品が薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況



2) 後発医薬品の処方を進めるための環境

後発医薬品の処方を進めるための環境について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「品質保証が十分であることの周知徹底」（それぞれ 68.6%、71.5%）が最も多く、次いで「後発医薬品のメーカー・卸による情報提供体制の確保」（それぞれ 45.6%、52.1%）となった。

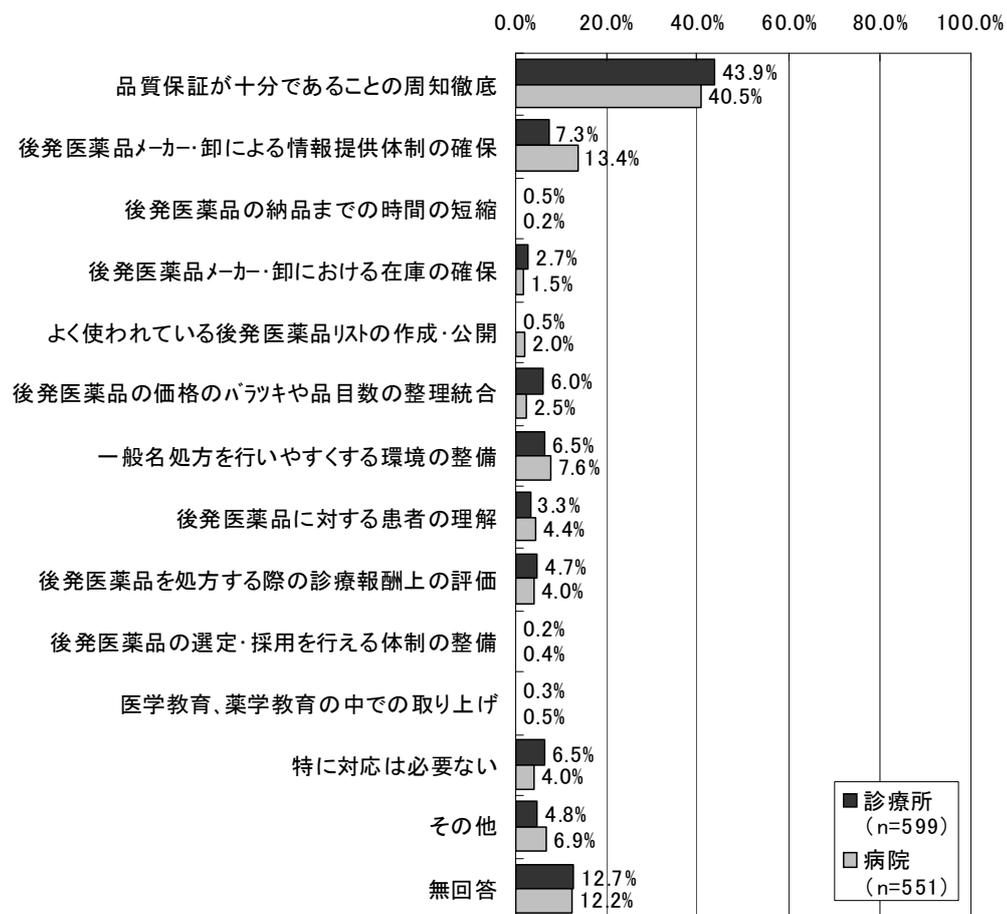
図表 133 どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いか（医師ベース、複数回答）



(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「先発医薬品と後発医薬品の適応の合致」（同旨 3 件）、「副作用出現時に医師の責任にされない」（同旨 2 件）、「小包装であること」（同旨 2 件）、「後発医薬品で生じた可能性のある副作用の公表」等が挙げられた。
 ・病院においては、「その他」の内容として、「臨床治験の徹底」（同旨 6 件）、「副作用時の補償」（同旨 4 件）、「先発品と適応を同じにする」（同旨 3 件）、「薬の一般名での処方」（同旨 3 件）等が挙げられた。

後発医薬品の処方を進めるための環境について、最も重要なものを診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「品質保証が十分であることの周知徹底」（それぞれ43.9%、40.5%）が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」（それぞれ7.3%、13.4%）となった。

図表 134 どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いか（最も重要なもの、医師ベース、単数回答）



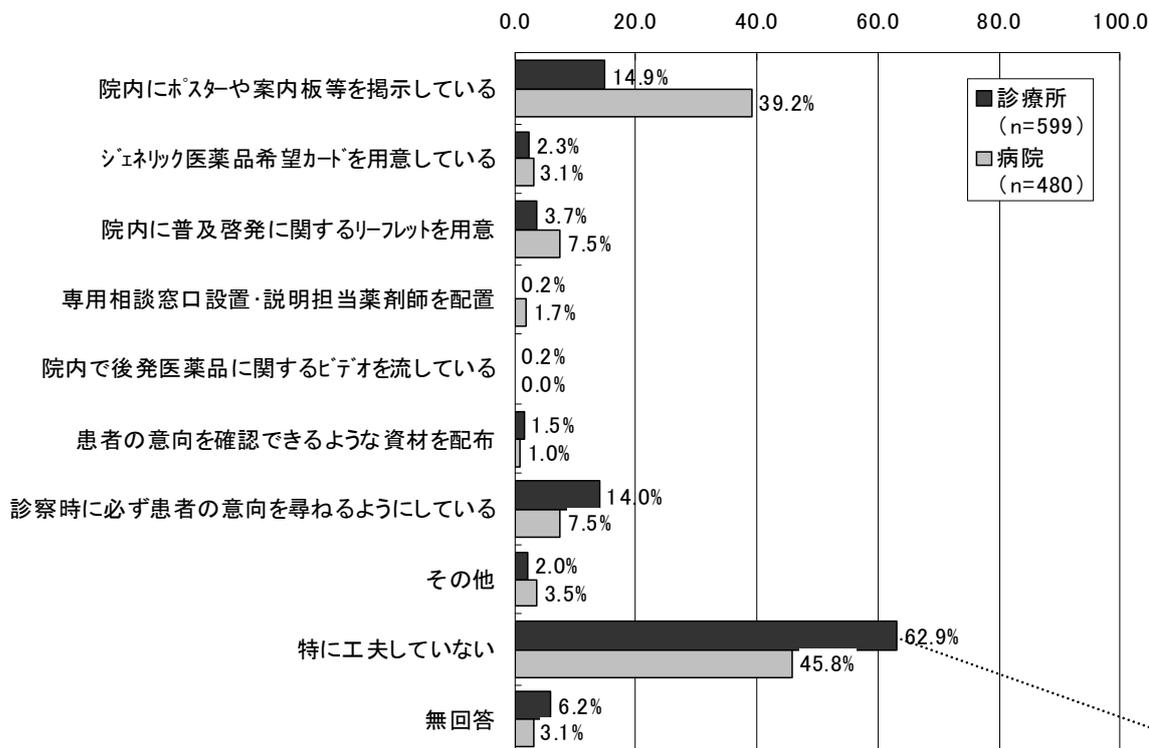
⑮患者が後発医薬品を頼みやすくするための施設としての工夫

1) 患者が後発医薬品を頼みやすくするための施設としての工夫

患者が後発医薬品を頼みやすくするための施設としての工夫をみると、診療所・病院ともに「特に工夫していない」（それぞれ 62.9%、45.8%）が最も多かった。次いで、「院内にポスターや案内板等を掲示している」（それぞれ 14.9%、39.2%）、「診察時に必ず患者の意向を尋ねるようにしている」（それぞれ 14.0%、7.5%）であった。

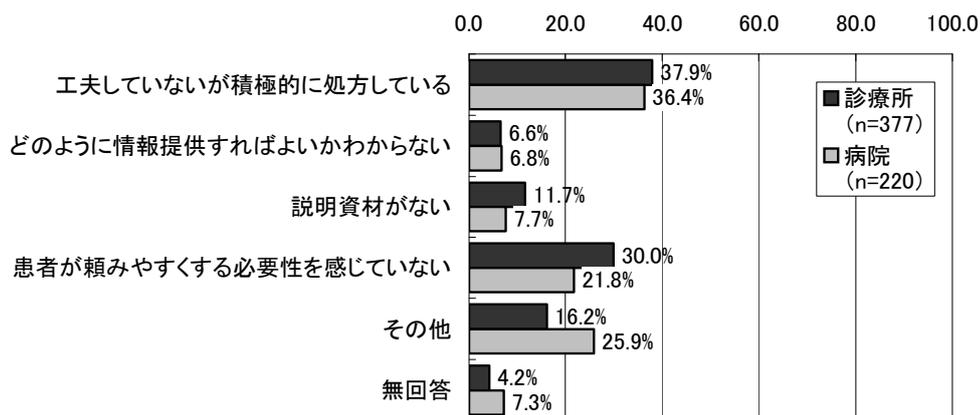
また、「特に工夫していない」と回答した診療所・病院に患者が後発医薬品を頼みやすくするために工夫していない理由について尋ねたところ、「工夫していないが積極的に処方している」（それぞれ 37.9%、36.4%）が最も多く、次いで「患者が頼みやすくする必要性を感じていない」（それぞれ 30.0%、21.8%）となった。

図表 135 患者が後発医薬品を頼みやすくするための施設としての工夫（複数回答）



(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「患者に合わせて尋ねるようにしている」（同旨 3 件）「処方せんに後発品への変更不可署名をしていない」（同旨 2 件）「患者が希望すれば可能な限り対処している」等が挙げられた。
 ・病院においては、「その他」の内容として、「原則後発医薬品への変更可としている」（同旨 5 件）「患者の希望時のみ対応」（同旨 3 件）「HPで啓発している」「初診時に患者の意向を尋ねる」等が挙げられた。

図表 136 患者が後発医薬品を頼みやすくするために工夫していない理由（複数回答）



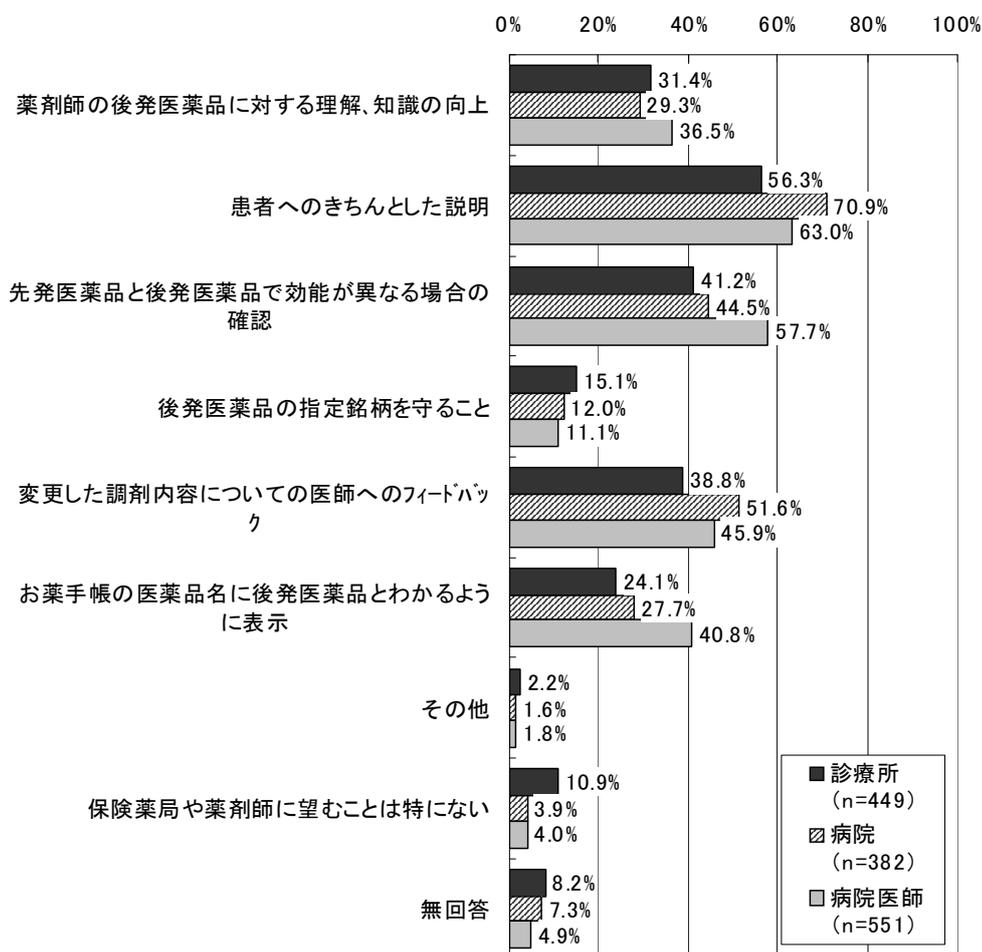
(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「後発品を信用していない」（同旨 12 件）「薬局に任せている」（同旨 7 件）「患者の希望があれば処方」（同旨 6 件）「信頼できる後発品のみ使用」（同旨 3 件）等が挙げられた。
 ・病院においては、「その他」の内容として、「院内処方・投薬のみのため」（同旨 6 件）「調剤薬局に任せている」（同旨 5 件）「採用品目が少ないため」（同旨 4 件）「医師が積極的でない」（同旨 3 件）等が挙げられた。

⑩後発医薬品の使用を進める上で望むこと

1) 後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むこと

後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むことについてみると、診療所・病院・病院医師ともに「患者へのきちんとした説明」（それぞれ 56.3%、70.9%、63.0%）が最も多かった。2 番目以降に多かった項目をみると、診療所では、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（41.2%）、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（38.8%）、「薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上」（31.4%）となった。病院では、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（51.6%）、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（44.5%）、「薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上」（29.3%）となった。病院医師では「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（57.7%）、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（45.9%）、「お薬手帳の医薬品名に後発医薬品とわかるように表示」（40.8%）となった。

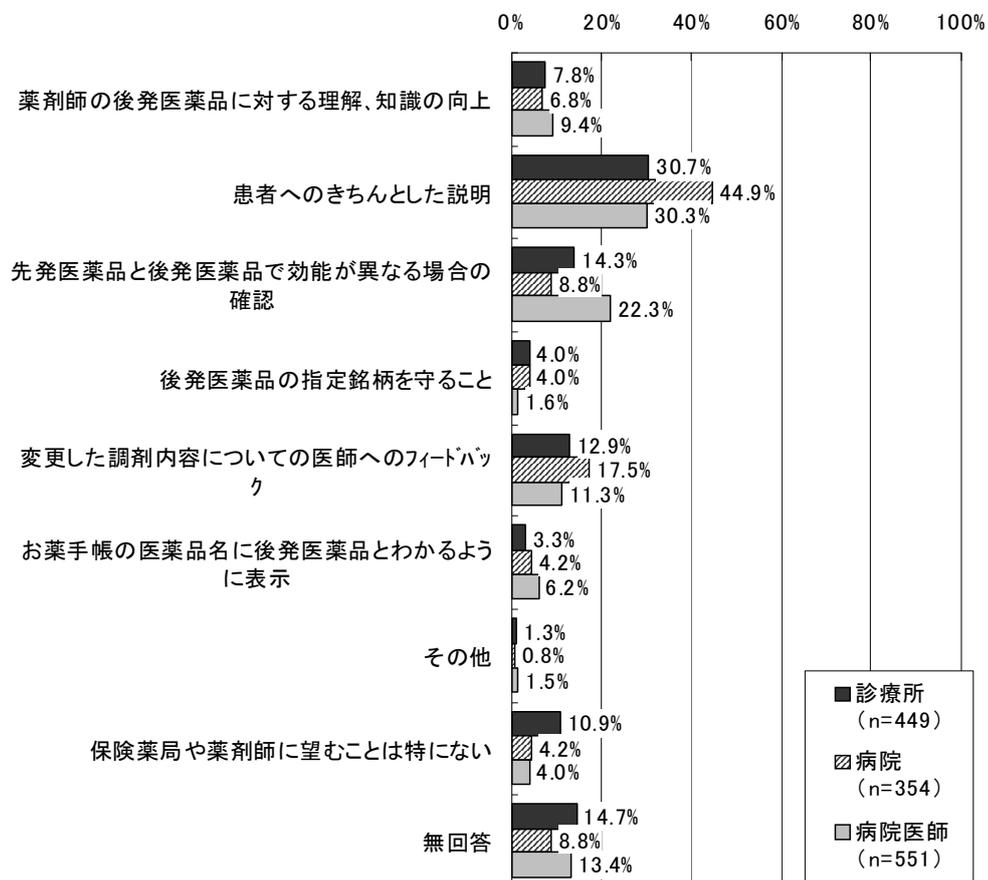
図表 137 後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むこと（複数回答）



- (注)・診療所においては、「その他」の内容として、「ジェネリックに変更したときの供給の安定について」「先発品名がわかるように記録してもらう」「先発品→後発品に変更した際の責任の所在」等が挙げられた。
- ・病院においては、「その他」の内容として、「変更をくり返すことは避けてほしい」「品質を第1に考慮して選定すること」「先発商品名の併記」「自己利益のためにGEに無理に変えてほしくない」等が挙げられた。
 - ・病院医師においては、「その他」の内容として、「先発品の併行表示」（同旨2件）「先発・後発で効能が一致すること」等が挙げられた。

後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に最も望むことを尋ねたところ、診療所・病院・病院医師ともに、「患者へのきちんとした説明」（それぞれ 30.7%、44.9%、30.3%）が最も多かった。2 番目以降に多かった項目をみると、診療所では、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（14.3%）、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（12.9%）となった。病院では、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（17.5%）、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（8.8%）となった。病院医師では、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」（22.3%）、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」（11.3%）となった。

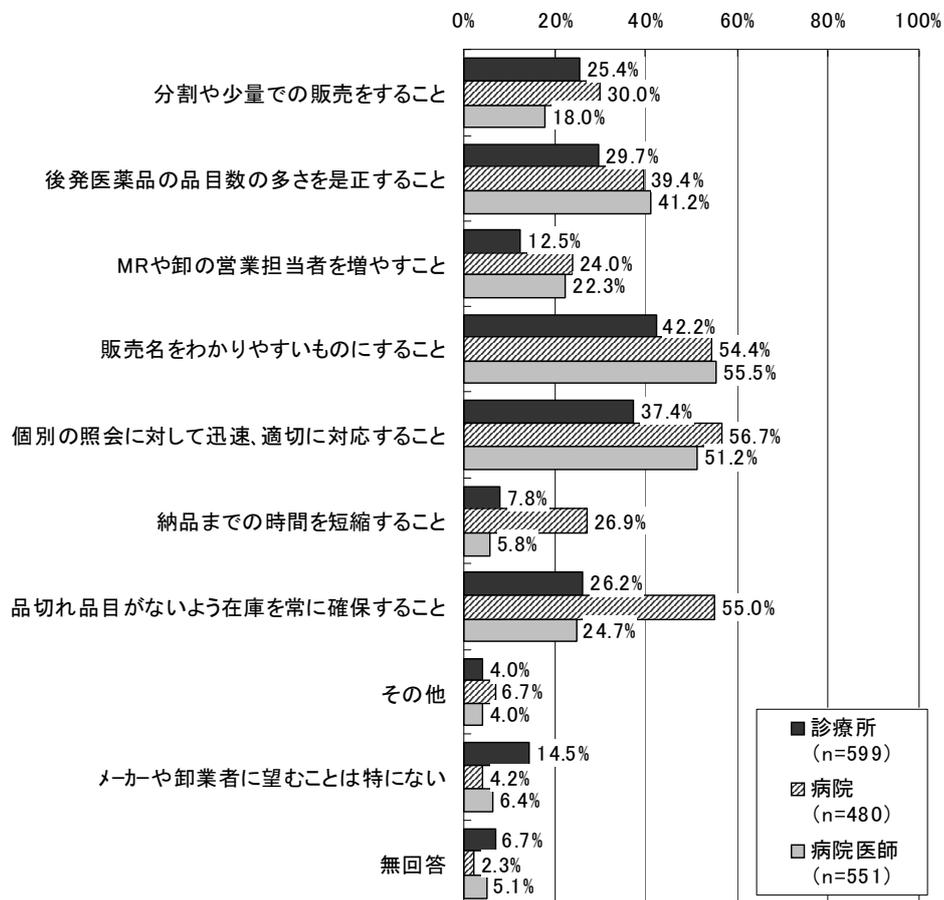
図表 138 後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に最も望むこと（単数回答）



2) 後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むこと

後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むことについてみると、診療所では、「販売名をわかりやすいものにする事」(42.2%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(37.4%)、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(29.7%)、「品切れ品目がないよう在庫を常に確保すること」(26.2%)となった。病院では、「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(56.7%)が最も多く、次いで「品切れ品目がないよう在庫を常に確保すること」(55.0%)、「販売名をわかりやすいものにする事」(54.4%)となった。病院医師では、「販売名をわかりやすいものにする事」(55.5%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(51.2%)、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(41.2%)となった。

図表 139 後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むこと（複数回答）



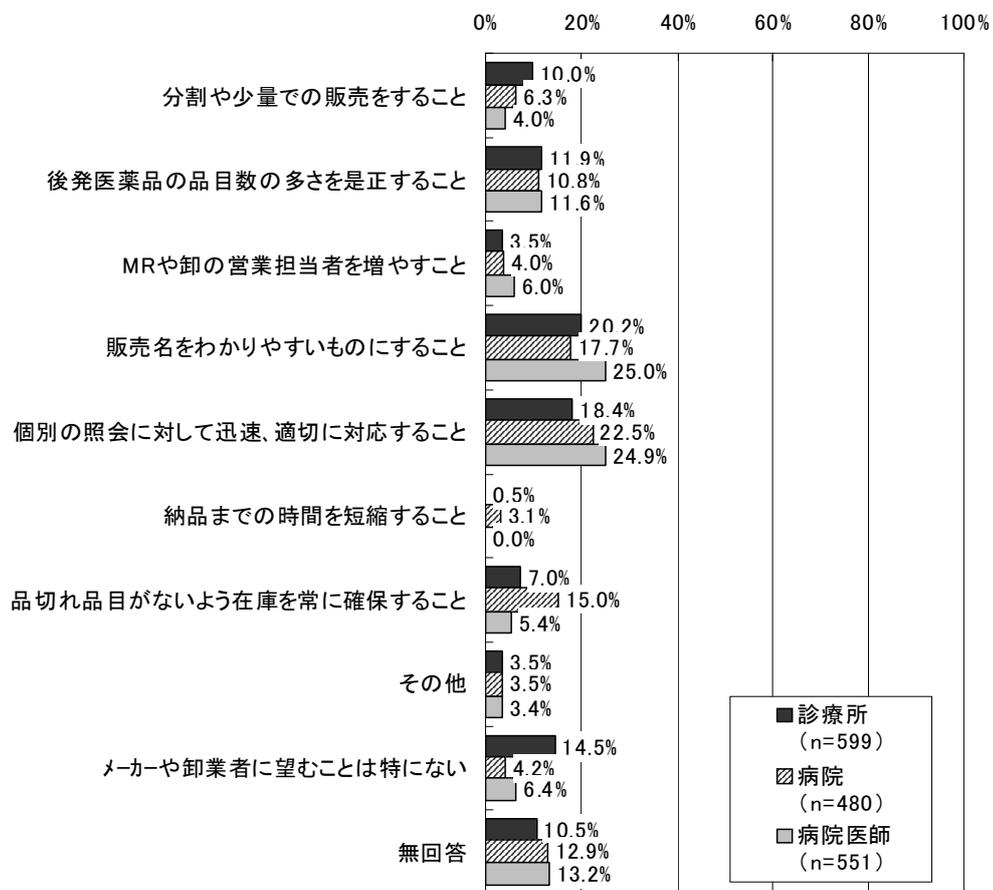
(注)・診療所においては、「その他」の内容として、「製造中止品目をなくすこと」「きちんと臨床試験を実施すること。薬剤情報を積極的に示すこと」「品質の向上」「同一成分が含有されているだけで同一製品ではない事をきちんと説明する」等が挙げられた。

・病院においては、「その他」の内容として、「品切れではなく製造中止になる事を避ける」(同旨 12 件)「治療効果における同等性データの収集と公開」(同旨 4 件)「先発商品名の表記法」(同旨 2 件)等が挙げられた。

・病院医師においては、「その他」の内容として、「品質保証」(同旨 4 件)「情報・文献などの提供」「安全性に対する臨床試験をもっと深く」「主成分の容量が正確であること、添加物の表示」等が挙げられた。

後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に最も望むことを尋ねたところ、診療所では「販売名をわかりやすいものにすること」(20.2%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(18.4%)となった。病院では「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(22.5%)が最も多く、次いで「販売名をわかりやすいものにすること」(17.7%)となった。病院医師では「販売名をわかりやすいものにすること」(25.0%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(24.9%)となった。

図表 140 後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に最も望むこと(単数回答)

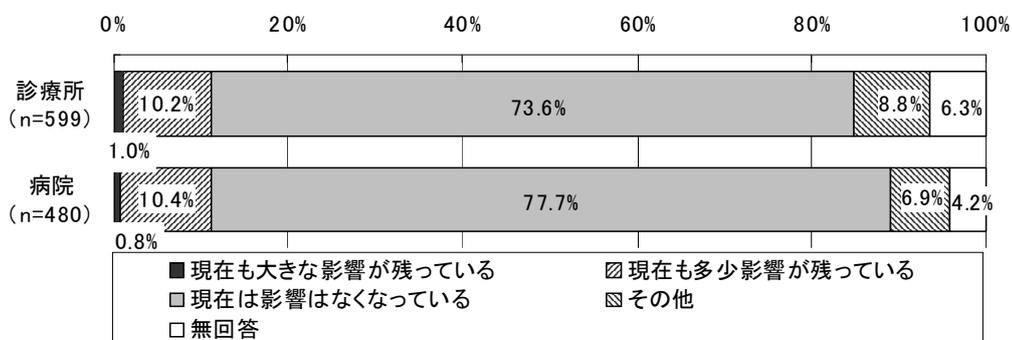


⑰東日本大震災の影響

1) 東日本大震災の影響

東日本大震災により、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択の志向、処方傾向、説明などに影響があるかを診療所・病院に訪ねたところ、「現在は影響はなくなっている」（それぞれ 73.6%、77.7%）が最も多く、次いで「現在も多少影響が残っている」（それぞれ 10.2%、10.4%）、「現在も大きな影響が残っている」（それぞれ 1.0%、0.8%）となった。

図表 141 東日本大震災により、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、説明などに影響があるか



- (注)・平成 23 年 3 月 17 日付け医療課事務連絡により、長期処方の自粛及び分割調剤の考慮について、協力を要請した。なお、7 月 31 日をもって要請を終了する旨、事務連絡を发出したところである。
- ・診療所においては、「その他」の内容として、「全く影響ない」（同旨 18 件）、「処方数が少ないので不明」（同旨 5 件）、「ほとんど影響はなかった」（同旨 3 件）等が挙げられた。
 - ・病院においては、「その他」の内容として、「影響ない」（同旨 17 件）、「後発品に関する影響はなかった」（同旨 4 件）、「後発医薬品を導入していない」（同旨 2 件）等が挙げられた。

⑱診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

本調査では、診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

【後発医薬品の品質等】

- ・ 後発医薬品の効果は先発品と全く同等であるとの確証がない事が心配である(同旨 12 件)。
- ・ 後発医薬品の効果が劣る(同旨 8 件)。
- ・ 後発医薬品の効果にメーカーごとでバラツキがあることは大きな問題。特にてんかんの患者では後発品はかなり使いにくい(同旨 3 件)。
- ・ 後発品に対しては、効能・効果が先発品と同等であることを厚労省が担保、保険収載病名も同一化すべきと考える。その上で、先発品名の処方記載をもって一般名の代替にし、薬剤の選択は薬剤師の責任を持って行う。先発品の薬価を後発品並に下げる＝一般名に対し薬価を改定する(同旨 3 件)。
- ・ 後発医薬品の中でも効果に疑問のある薬剤もあるように思う。品質に関して更に溶出試験など後発品メーカーに課する必要ありと考える(同旨 3 件)。
- ・ 先発品と成分が同じでも製造過程において医薬品のコーティングなどがメーカーにより異なることあり。すべて同一にしてほしい(同旨 3 件)。
- ・ ジェネリックを許可する条件(品質上の)をもっと厳しく、情報も全て開示すべきである。そうすればもう少しジェネリックを使う機会も増えると思う(同旨 2 件)。
- ・ 抗不整脈薬等血中濃度上昇速度に差があると、効果に差が出ている事が、基本データ上には明示されていない等、厚労省指示の能書でも不備があり、これらに対する説明が乏しい。同様のことは他領域剤でもあるのではないか。クリアしてもらいたい(同旨 1 件)。
- ・ 後発医薬品の同等性を第三者機関が評価すること。
- ・ 先発品と後発品は同一という説明ではなく、後発品には品質のバラツキがあるが、許容範囲であるという前提で患者、医療者のコンセンサスを得ることが好ましいと思う。現実に変更後に効果の変化が見られたりすることがある以上(それがプラセボ効果であったにしても)同一品という説明ではジェネリック推進の方針そのものに対する不信感が生じてしまうと考える。
- ・ 先発品に比べて後発品の方が副作用が多いかなという感じはある。
- ・ 副作用に関して先発医薬品を扱う会社と後発医薬品を扱う会社では補償の違い(あるいは対応)を考えてしまう。／等

【先発医薬品との適応症の違い等】

- ・ 先発品の適応症が後発品に抜けていることがあり、レセプト上、医師が保険点数を削られるのは困る(同旨 1 件)。
- ・ 先発品との適応の違い。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品とで適応病名が違うものがあるため、安易に後発医薬品に変更しづらい。／等

【後発医薬品の名称】

- ・ 一般名を使っているため、薬剤名（製品名）が化学物質のような名前のもも多く、記憶しづらく、間違いやすい（同旨 2 件）。
- ・ 他院からの処方せんが後発品だと薬剤名が知らないものも多く、何の薬か調べないとならず、業務負担となる（同旨 1 件）。
- ・ 当院はすべて院外処方後発品への変更可にしているが、後発品のメーカーは指定せず、調剤薬局の選択次第になる。ただほとんどの薬局が変更内容を FAX 等にて連絡してこない。次回受診時、患者からのお薬手帳や薬剤情報で変更内服を確認しても一般名の記載がないとこちらで再び調べるのに手間がかかる。一般名なら一般名で統一してほしいと思う。選択肢を広げて患者と薬剤師で話し合いをし、後発品のメーカーを決めるのはかまわないが、その手間を医師が請け負う分、診療時間や内容に余計な時間がかかる。
- ・ 後発品もメーカー毎に特色があり、使い分けたいと思うが、一般名での統一は逆に使いにくい、処方しにくい。
- ・ {後発品名（先発品名）} の名前を必ずつけてほしいと思う。忙しい外来の中、何を服用しているか、いちいち調べられない。
- ・ あまりにも後発品の数が多く（同様の薬剤なのに種類が多数あり）私ども皮膚科としては薬疹と思われる発疹を診察したとき、どの名の薬が先発の何と同じものか？と患者の手帳を見てわざわざ薬品名を確認しなければならず、診療時間に手が掛かるのをどうにかしてほしい。この名の薬は例えば抗アレルギー剤だとか、抗生剤とだけでも解かるようにしていただける工夫はないものかと疑問に思う。老人などは何の薬か解からず内服している方が多い。
- ・ 薬剤の名が多すぎて誤りやすい。／等

【後発医薬品の供給体制】

- ・ 後発品メーカーは薬価が下がるとやめてしまう。
- ・ 規格単位が多いものが多く、購入しづらい。
- ・ 先発、後発ともに言えることだが、薬の使用期限流通ルートが、患者にわからないように隠蔽されていることが問題。特に後発薬については、メーカーから卸の段階で使用期限に余裕の少ない薬品が多く、薬局でストックしている間に使用期限が切れることは多々あると聞いている。
- ・ 「先発メーカーとの関係で」などの理由で突然製品が製造販売中止になることがある。後発メーカーに対して不信感もある。／等

【後発医薬品の価格等】

- ・ 先発品と後発品が患者に対し、同じように効果があるなら薬価差が存在するのはおかしい。先発品を後発品と同じ薬価にすべきである（同旨 4 件）。
- ・ わが国の薬価が高いこと。特に後発品が先発品の 70%では高すぎる。半額以下に設定すべきと考えている（同旨 3 件）。

- ・先発医薬品メーカーが特許期間終了と同時に価格を下げるべき（同旨2件）。
- ・先発・後発を問わず、①価格（薬価、納入価）、②安定供給、③少包装、④薬剤情報の4点を判断基準としている、品質に関しては後発メーカーのうち、上位メーカーに関しては懸念していない。品質はどちらでもよい。上記①～④のいずれも、後発品は先発品に比べて大きな優位性を感じない。①価格に関して・・・薬価は後発品は先発品の10分の1くらいのインパクトが欲しい。納入価は後発・先発ともに92%くらいであり、変わらない。②安定供給に関して・・・後発品は製造中止になる頻度が先発よりも頻繁。うかつに採用できない。③少包装に関して・・・後発品は上位2～3社しか少包装を販売していない。④薬剤情報に関して・・・問い合わせる度に「後発品（メーカー）ですから」との返答しかなく、欲しい情報は先発メーカーに聞くしかない。上位後発メーカーでも同じ。／等

【後発医薬品に関する情報・情報提供等】

- ・後発品のデータなどは特に提供されることが少ない（同旨2件）。
- ・後発品の臨床データはほとんどみない。厚労省による医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底も、内服後の血中濃度など全く先発品と同じというデータでは全く意味がない。副作用の頻度、臨床効果など、具体的なデータを必要とする（同旨2件）。
- ・先発品と比べて血中濃度の差、効果、副作用の比較したデータをもって販売させるようにしてほしい。MRもこのデータを提出してセールスするようにしてほしい。
- ・後発医薬品が体内動態を含めて、先発品と同等であるデータがほしい。良質なもののみ認可してほしい。
- ・品質、成分の違いがはっきり知りたいと思う。以前は後発品の品質は劣るものと思われていたが、現在は大丈夫か。特に成分量などについて知りたい。
- ・薬剤の吸収から血中濃度の変化等の基礎データがないので使用する気はあまりない。
- ・先発医薬品と同じ成分の後発医薬品を使った場合の効果の比較のデータがほしい。／等

【後発医薬品の採用】

- ・いつも患者に薬の話を詳しくしている。患者によっては後発医薬品のある薬でも先発品を希望される方も結構いる。なので先発品と後発品両方とも用意しており、医療経営上は非常に非効率であるが、患者のためにはそのようにしている（同旨4件）。
- ・先発品から後発品への切替時にデッドストックがかなり出る。
- ・後発医薬品には「バラツキ」があると思われるが、品質的に優れているものを選択している。ジェネリックを患者側からも希望する傾向にあるので、可能範囲で対応している。
- ・薬品の種類によっては数が多すぎて、特定しづらい。当院ではCAMの味がメーカーによって工夫して服薬しやすいものがあることを、院外薬局の薬剤師の意見で「味見会」をして取り入れ、服薬指導で飲めない児童向けに、特定のメーカーのものに変更をもらっている。広く使われているものを使っている。／等

【後発医薬品メーカー数・品目数】

- ・ 数の種類が多い。厚労省は認可しすぎ（同旨 2 件）。
- ・ 「効果のない又は悪い後発医薬品」を減らしていくことが必要と思う（同旨 1 件）。
- ・ MR の知識レベルが不十分（同旨 1 件）。
- ・ 副作用等に対してジェネリックメーカーが保証できるか否か。
- ・ 後発品使用にあたり、1 つの先発品に対し、多数の会社が後発品を製造しているものもあり、後発品の中でも又薬価が 2 通り 3 通りあるものもあり、把握しづらい面がある。後発品メーカーの格付けなども参考に知っておきたい。
- ・ 後発品の品名が多すぎ品質バラツキあり、メーカーに責任能力が乏しく信頼できないため用いる気になれない。「安物」イメージが強ククリニック信頼に関わるため用いない方針。
- ・ 先発品メーカーが後発品を作ればよい。後発品の品質が先発品とは同じとは考えられない。信用できない。／等

【診療報酬上の評価】

- ・ 医師の方もジェネリックの処方率によりインセンティブが必要と思われる（同旨 3 件）。
- ・ 10 年程前までは、後発品使用で十分な薬価差益が確保できたため、積極的に後発品を使用してきたが、度重なる薬価改定で極端な切下げが行われ、ほとんど差益がなくなってきている。中にはメーカー側も収益が上がらないためか、製造中止になる薬品も出ており、ますます後発品使用がやりにくくなっている。調剤薬局は後発品使用で調剤料の上乗せがあるが、院内処方をしている診療所では全くない。何のメリットもない。むしろ最近先発品の方が納入価を下げており、差益の確保がしやすくなっている。厚労省は後発品の使用を拡大したいならば、医療側がメリットを感じるような政策をとり、誘導すべきだと思う。／等

【後発医薬品処方における薬局との関係】

- ・ 医師からは一般名又は先発品名で処方し、薬剤師又は薬局より後発品変更を患者に確認することで良いと思う。
- ・ 院外処方に変更可としているのだから、説明などの細かいことは薬局の方の役目ではないかと思うし、今の薬剤関係の診療報酬配分からいわせてもらうなら薬剤師の義務であろうと思う。
- ・ 後発品は多くのメーカーがあり、薬品名で処方しても薬局に在庫がないので、処方できない。薬局で先発品名の処方を後発品に変更してほしいが、全くしない。
- ・ 後発医薬品に変更した場合、効果が不十分であったり、副作用が出た時の責任が、変更した薬剤師に求められること。現在は処方医に責任がかかってくる。
- ・ 後発品を使えば薬局が潤うだけで必ずしも患者負担は軽減されない。
- ・ 薬局で後発品に変更された場合のカルテへの記入がめんどろ。／等

【患者との関係】

- ・ 患者に対する後発医薬品への切換え説明が業務負担として大きい（同旨 3 件）。
- ・ 患者のブランド意識が高い（同旨 1 件）。
- ・ ブランド品のコピー商品と同様のイメージを持つ患者もいる。サプリメント等でもブランドにこだわる人が多く、日本人にはなじみにくい部分もあると思う。
- ・ 生活保護の患者は基本的にジェネリック以外使用禁にすべきである。
- ・ 患者は昔服用した薬とか現在服用中の薬を変えたくないという考えがある。
- ・ 「後発品が先発品と比較して違う点は？」と聞かれた時に適切な説明ができない。
- ・ 小児の場合は後発品を希望する保護者がいない。／等

【国への要望等】

- ・ 厚労省が同一と認め保証しても同薬を生活保護医療に優先使用する通達も引っ込めるようでは同品質に格差があることを自ら認めていることになる。全く同一ならどんな反対があっても毅然と正しい主張、国民医療を守る姿勢は通してもらわねばならない。3割負担の国民のことを考え一部 10%程後発品を入れているが上記のことがあるので、今後上記の通達が国民医療費の上からも復活しない限り後発品は使わないつもり。
- ・ 後発品があるものは全て使用を義務付けること。
- ・ すべて薬品について後発品を作らせるようにすること。薬事法を改正して。／等

【その他】

- ・ 先発メーカーが苦境に立って新薬の開発力低下、国内市場の減少などで国内先発メーカーが海外メーカーに競争力で弱化してしまうのが心配。日本経済にも影響があるだろう（同旨 7 件）。
- ・ 効能が全く変わらないで安価であれば医療費の抑制及び患者の負担の軽減になるので推進してほしい。
- ・ 後発医薬品メーカーが TV でコマーシャル映像を流す必要はない。本当に良いものであれば宣伝しなくても売れる。コマーシャル費用分売価を下げる方が国民のため。
- ・ コストパフォーマンス的には後発医薬品の適応は十分に考慮すべきこととは思っている。ただ厚労省の調剤薬局に対しての利益誘導的指導には問題がありそうだと思う。
- ・ 今の医療経済上、積極的導入で国民医療費を少しでも少なくする方向は正しいと思う。
- ・ 薬局で廃棄が出ないような工夫をしてほしい。
- ・ 後発医薬品がどのようなものであるかをわかりやすくまとめた小冊子などあればありがたいと思う。
- ・ 調剤報酬が高すぎ。
- ・ 後発品は希望がある場合(会社で後発品使用を義務付けられているなど)に処方している。また国の医療費の軽減のため、生活保護や 1 割負担の患者に対して後発品を処方する場合があるが、特に説明はしていない。後発品を進んで使われるかどうかは、医師や薬剤師がどの程度後発品に対して好意的な見方をしているかによるのではないかと思う。

- ・ 後発医薬品メーカー自身の成長による信用度を得ることがこの問題の真の解決で、行政が関わることはないと思う。／等

⑱病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

本調査では、病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

【後発医薬品の品質等】

- ・ 後発品の品質保証が本当にできているのか心配している（同旨 5 件）。
- ・ 後発医薬品は先発医薬品と比較して効果が劣っている（同旨 5 件）。
- ・ 後発医薬品は先発医薬品と比較して副作用の発現が多いように思う（同旨 1 件）。
- ・ 製剤安定性に問題がありオリジナルと同様な扱い方ができない（一包化ができないケースがある）（同旨 1 件）。
- ・ 処方する医師にとって後発医薬品は臨床試験が実施されていないことから、その効果、副作用出現率等に疑問や不信を持つケースが少なくない。小規模で良いと思うが、米国同様に後発品にも臨床試験を課すべきだと思う（同旨 1 件）。
- ・ 後発医薬品間においても、溶出挙動や血中濃度推移などにおいて異なる製剤が存在すること（同旨 1 件）。
- ・ 薬の効果が症状の緩和や検査値で判断できる薬剤は良いが、そうでない薬剤は不安で使用できない。
- ・ 第三者機関における治験業務体制の確立。
- ・ 同等性試験が 20 人だけで良いというのは甘すぎる。もっと厳しくすべき（効果が異なる場合がある）。
- ・ 精神科病院なので先発品と形、色が変わったりすると、反応して具合が悪くなる場合がある。できるだけ先発品と類似している製品であればと思う。
- ・ 後発品に限らず、医薬品使用期限短縮の動きがある。品質向上の一環とは思いますが、医療費高騰を助長する要因になると考える。
- ・ 使用において注意の必要な薬剤（各種レター、警告のある薬剤等）を後発品として発売する際は、先発品と同じくらいに情報提供を定期的に行える体制をとることができるメーカーのみ許可してほしい。
- ・ 加速試験にとどまらず苛酷試験が必要である。注射薬も生物学的同等性試験を公表すべきである。
- ・ 有効性そのものが先発品と差異がある。主成分が同じでも、その薬剤の賦形剤、添加物、錠剤製造方法等の違いにより、崩壊性や溶解度などが異なってくる。
- ・ 後発医薬品の品質を確認するためにメーカーサイドで薬効の差がないかデータをしっかり取り、厚労省で品質を保証してほしい。
- ・ 後発品の品質、副作用、効果への安全性と責任。
- ・ 抗がん剤後発品は結晶析出したので副作用報告を行った。やはり医師からの不安感が大きい。／等

【先発医薬品との適応症の違い等】

- ・成分が同じで、効果の同等性を厚労省で認めているのに、先発品と後発品の効能、効果の適応症名が異なるのはおかしい（同旨 4 件）。
- ・現在 DPC 準備病院のため、DPC 対象となった時点で、大幅な採用を検討中である。後発品においては適応症の同一性、情報提供の迅速性と適応性が懸念される。／等

【後発医薬品の名称】

- ・ジェネリックの商品名を一般名に統一していただきたい（同旨 5 件）。
- ・薬剤名を一般名にしても医療従事者間でもトラブルが起こる。薬剤名は先発品のみブランド名をつけられ、ジェネリックは「ブランド名の後発品」と名付ければ、名前のトラブルが減少するはず（同旨 2 件）。
- ・先発医薬品名の印象が強く、後発医薬品名の名称がなかなか頭に入らない（多数になると特に）（同旨 2 件）。
- ・後発品の商品名が先発品または一般名からかけはなれている製剤がある（同旨 1 件）。
- ・医師は後発薬の名前を覚えられない。常勤医だけではない。インシデント発生のもと（同旨 1 件）。
- ・ジェネリックが一般名でなければ、看護師も何を使っているのかわからなくなる（同旨 1 件）。
- ・最近では成分名での商品名であるが、先発薬と類似した商品名が多い。
- ・一般名が長すぎて困る。
- ・先発品名称を後発品におりこんだり、シートに名称を表記するなどして、患者に同成分、異種メーカーの後発品が複数種渡った場合に、患者が同成分であるとすぐに気付く工夫が必要。／等

【後発医薬品の供給体制】

- ・せつかく切り替えた後発品が販売中止となるのが年に何回もある。メーカーとしては利益が大事なのはわかるが、更なる選定のしなおいし、切り替えの医師への説明、患者への説明、錠剤分包機カセットの買いなおいしなど、後発品を使用するデメリットがそこに凝縮されている。患者負担の軽減にはなるが、もう少し検討いただきたい（同旨 15 件）。
- ・卸で在庫を持たないジェネリックが多数あり、銘柄を指定すると短時間で納入できないケースがあって困ったことがあった（取り寄せのための時間がかかるとのこと）（同旨 1 件）。
- ・後発品に変更しても納品が遅れたり、製造中止になったり、他のメーカーに変更せざるを得なくなることがある。安定供給できるメーカーのみ製造してほしい。
- ・少量の包装単位を作してほしい。
- ・使用期限をもっと長く。
- ・全規格の製品化。
- ・先発品と同じ規格、剤形を揃える必要はないと思う（売れていない規格はニードが低い）。

それを揃えるのは後発品メーカーも負担。販売中止の原因の一つ）。

- ・ 発注するに当たって、バーコードでの発注ができないメーカーが多い。電話発注をせざるを得ず、煩雑である。
- ・ 直販メーカーも一般のルートから入手できるようにしてほしい。／等

【後発医薬品の価格等】

- ・ 後発品に変更して副作用の生じたケースは複数ある。後発品を増やすよりも、先発品の価格の特許が切れた後は大幅に下げれば後発品は不要である。開発費の回収は完了しているわけであり、何故できないのか疑問に思う（同旨 2 件）。
- ・ 一般名で薬価も同じにしてほしい（同旨 2 件）。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品の薬価差を検討してほしい（同旨 1 件）。
- ・ 後発品の薬価のあまりの安すぎさに不安を感じる。
- ・ 先発メーカーがバックアップする後発品の値段は高いので手が出ない。／等

【後発医薬品に関する情報・情報提供等】

- ・ 先発しか持っていないデータが多いので変更後に調べたいことが出ると困る。後発を使っても、先発に情報を求められるようにしてほしい（同旨 2 件）。
- ・ 後発医薬品メーカーの情報不足（同旨 2 件）。
- ・ MR や営業担当者が少なく、受け持ちエリアが広いため、連絡が取りにくい。調剤時に必要な品質に関する照会や副作用発生時の対応など迅速性に欠けるのが不安である（同旨 1 件）。
- ・ GE メーカーからの副作用情報が少ない。
- ・ 先発メーカーは古い薬剤でも海外での新しい知見が得られたら情報提供が行われる。しかし、後発メーカーでは行われない。
- ・ 薬剤データ等に関する情報提供を先発品とほぼ同程度行って頂きたい。
- ・ 後発医薬品の薬剤情報には何の後発品であるか明記してほしい。
- ・ 発売当初には各担当者より「先発品と同じ効果」との説明を受けるが、データを開示しないメーカーもあり、またデータそのものの信憑性が疑問。
- ・ 先発品メーカーには、医薬品情報の蓄積があり、様々な問い合わせへの対応が可能である。後発品メーカーでは、回答に時間を要したり、的確な回答が得られないことがあった。
- ・ 粉砕や簡易懸濁法に適しているかの情報が欲しい。
- ・ 後発品メーカーのデータの表示、提供方法を一律にしてもらいたい。
- ・ 医薬品メーカーの MR の削減。／等

【後発医薬品の採用】

- ・ 厚労省が認めている医薬品なのに、後発を採用する際（後も）品質、安全性、供給体制のチェックが必要で手間である（同旨 2 件）。
- ・ 時間的に余裕があれば後発品選定や採用を積極的に行える。病院は少ない薬剤師でいろん

なことをしているのです、時間的に無理がある（同旨2件）。

- ・患者の要望に答えるため、同一薬剤で先発と後発の両方を取り揃えるのは、業務上も管理上も負担が多い（同旨1件）。
- ・品質試験のデータなどはなかなか知ることなく、品数も多く、選定に苦労している（同旨1件）。
- ・同成分の銘柄別使用頻度が入手しやすくなると良い。多くの施設で使用されている実績は、銘柄選定のヒントになる。
- ・後発医薬品は数が多く、短い期間で販売が終了されるものもあり、選択が難しい。制度的に困難と思われるが、後発販売を数社に絞ることはできないか。
- ・臨床使用実績と効果があり、先発品と適応症が同じ優れた後発品であれば、抗がん剤等の注射薬についても積極的に後発品に変更していく方針である。
- ・医師によって異なる処方薬剤を統一するためには後発品は不向き。メーカー違いで同じ薬剤を何種類も採用しないといけない事態となる。先発品への統一はできるが、1つの後発品にはなかなか統一できない（後発医薬品の品目の多さが一因）。／等

【後発医薬品メーカー数・品目数】

- ・後発医薬品メーカーが多すぎる（同旨5件）。
- ・ジェネリックの一商品に対する数が多すぎ、選択しにくい（同旨3件）。
- ・メーカー保護をやめる。
- ・持参薬を調べるとき、種類が多く煩雑である。／等

【診療報酬上の評価】

- ・後発医薬品に対しての診療報酬がついたが、後発医薬品メーカーへの指導や、アンケート調査の回答、調剤薬局での変更されたものを電子カルテへの入力、採用変更に伴う電子カルテのマスタ変更（整備）など、手間に見合う評価がない（同旨3件）。
- ・後発品の購入額でのメリットもなければ、経営的にも変えるメリットは少ない上、在庫管理も大変である（同旨2件）。
- ・後発医薬品使用体制加算のハードルを下げ、加算点数をアップする（採用品目数（％）DPCの患者にも広げる）（同旨1件）。
- ・後発品を採用することで、経営上もデメリットにならないようにしてほしい（同旨1件）。
- ・GEを採用するより、先発品のほうが差益が出るという現実（同旨1件）。
- ・DPC対象病院のため、積極的に後発医薬品に切り替えているが、採用品目割合、使用割合等で診療報酬上のメリットを付加してくれればもっと採用品目が増えると考えられる。
- ・DPCの機能評価係数に後発品導入率を加えれば、使用割合を増加させるインセンティブになる。
- ・特に私立病院では後発品の使用に対する診療報酬上の評価を上げるとすぐに動く。現在の（包括病棟が多い当院では特に）30点/人では全く経営的インパクトは与えられなかった。包括病棟にも確実に適用を広げることが望まれる。

- ・医療従事者はもとより、患者、一般市民へのジェネリックの情報が経済性のみ偏重している。ジェネリック医薬品の生物学的な同等性が臨床効果の同等性を担保しているのか、類似名称や類似形態による取り誤り防止対策などの安全、安心にジェネリック医薬品を使用できる環境づくりにも対応している医療機関に評価が必要である。／等

【後発医薬品に対する医師の理解等】

- ・後発医薬品に対する医師の理解（同旨3件）。
- ・アクションプログラムなどの進捗は遅いが、後発品への理解は特に医師において広がっていると思う。さらに充実させるには、薬剤師が病院の中でなく、国策として後発品選定の権限が与えられること（まだ医師、メーカーへの遠慮がある）（同旨1件）。
- ・指示を受けたり、最終的に施行する看護師や、指示を出す医師側にも後発品のアピールが必要なのではないかと思う（病院の場合）。
- ・後発医薬品の使用については医師の判断に任されているため、医師の意識改革が大きく左右すると思われる。
- ・薬局と先発メーカーとの関係。
- ・医師によって考え方に差があること。
- ・医師の後発品に対する信頼はほとんどない（データが不足、MRが足りない）。／等

【後発医薬品処方における薬局との関係】

- ・院外処方せんを一般名記載にしてほしい。保険薬局では先発品を処方すると変更されないし、後発を銘柄指定すると、そのメーカーのものだけを調剤している。ならば一般名処方になれば、先発・後発の選択を患者とともに選択しなくてはならない薬局の負担は増えるが、そのための手当てがついている（同旨2件）。
- ・一般名処方の一般化と実調剤された製剤の情報の速やかなフィードバックができるシステムの構築。
- ・調剤薬局にて変更が生じた場合、製剤の外見等の情報提供がなく、また容易に外見（写真等）を調べる手段がないこと。医師、患者間での問診や服薬の確認に問題が生じる。
- ・先発薬・後発薬と価格（薬価）差がないのに加算が付くため、調剤薬局は変更して後発にする（同旨1件）。
- ・近隣の調剤薬局がジェネリックを自社販売しているため、ジェネリック変更可にするとすべて自社の製品に変えることが多々見られる。／等

【患者との関係】

- ・院内処方の場合すべての患者に薬の変更の説明が大変である（同旨3件）。
- ・まだまだ患者本人が後発品に対しての信頼度が低いため長く服用している薬を変更されたくないとの思いがある（同旨2件）。
- ・調剤薬局での患者指導。患者が手元に先発と後発を重複して持っており、同じものとして認識していない場合がある。患者が薬の名前を覚えられなくなった。

- ・小児医療に特化した病院では患者のメリットが少なく、後発医薬品の使用を推進させることは難しい（保険上患者負担が発生しない）。
- ・後発品といえ、厚生労働省が同等性を認めた医薬品であるから保険診療に使用する分には問題があると考えていない。逆に先発品を絶対使用しなければならない意思があるのなら自己負担でやればよいと思っている。
- ・後発医薬品という言葉はかなり浸透してきているように思われる。そのため医療側が情報をしっかり持つ必要性が増大し、説明の負担も大きい。
- ・院外処方の場合、先発品から後発品、後発品相互の変更以外に、患者が希望する場合、後発品から先発品への変更もできるようにしてほしい。
- ・本来は先発品と後発品の違いを説明して患者に選択されるべきである。処方せんに医師の印鑑を押す、押さないなんてナンセンスである。医師が処方した薬品は患者との了解で出しているのだから、処方通りの薬を院外薬局（外来）は出すべきだと思う。
- ・自己負担のない患者の方が後発品の使用に積極的であるべきだと思う。自己負担のない患者（公的などで負担分をカバーしている患者）こそ後発品を使用すべきであることを広く知ってもらうことが必要ではないか。
- ・テレビや新聞のコマーシャルのおかげで患者の後発医薬品への正しい理解が全く進んでいない。利点ばかりでなく、問題点を含め、正しい情報が患者に伝わるように指導してほしい。／等

【国への要望等】

- ・後発品の品質保証が十分であると信じて使用促進している。それを一社でも裏切らないでほしい。また、そのことを国民に伝えるのは医療機関であるという認識をなくし、国をあげて行うべき。
- ・今後先発品を使い続ける医療機関や、希望する患者については、応分の負担が生じるような診療報酬体系を考慮してほしい。
- ・品質や副作用時の賠償に対しての補償の充実及び国民への周知を期待する。
- ・メーカー（先発）、問屋が厚労省の指示の下、積極的に取り組むことが必要。医療費抑制はジェネリックの推進のみでなく、医療全体で考えてほしい。／等

【その他】

- ・先発医薬品から後発医薬品への切替により、錠剤の形・大きさが変わり、自動分包機のカセットが合わなくなり、新たに作り直さなければならないことがある（同旨1件）。
- ・先発医薬品の特許期間の短縮。使いたいと思う先発医薬品にまだ後発品が発売されていないことへの不満。具体的にはARBにもっと後発品が出てほしい。／等

⑳病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

本調査では、病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

【後発医薬品の品質等】

- ・ 後発医薬品が先発と全く同等の品質を保っているか疑問に思うことがある（同旨 6 件）。
- ・ 後発医薬品は主成分が同じでも治療効果に関して治験が省略されているため、信頼できない（同旨 6 件）。
- ・ ジェネリック医薬品の品質について国は保証してほしい（同旨 4 件）。
- ・ 先発品と同等、あるいはそれ以上の薬効と品質管理がされていること（同旨 3 件）。
- ・ 有効成分は同一にしても、吸収に違いがあり効果が出ないなどの可能性がある。こうしたことに対する説明が不十分（同旨 2 件）。
- ・ 後発医薬品メーカーによってよく効くものと全く効かないものに分かれている（同旨 1 件）。
- ・ 製法特許、製造特許も切れた薬品で、先発品と同じ製造法によるものであれば、概ね同等と考えられるが、現実にはそうではないものがほとんどである。吸収速度により効果に影響を受ける薬剤は基本的に使用し難い（同旨 1 件）。
- ・ 小児科においてはその効果も大切だが、味の飲み易さ、使用感が処方決定において占める割合が大きく、ジェネリックメーカーはその点に企業努力をして頂きたい。
- ・ 副作用調査は全薬必要である。結果公開・周知。
- ・ 外用薬の多くは別物だと考えている。
- ・ 小児への有効性・安定性の確認。
- ・ 後発医薬品の品質は先発のものとは同一ではないことを常に考慮しなければならない。
- ・ 安くなるのはいいが、添加物などを統一すべき。
- ・ 輸入のジェネリック薬については品質に大きな不安あり。使用はしたくない。輸入薬については認可の時でなく定期的に(抜きうちで…)品質の保持がされているか、確認が必要。
- ・ 厚生労働省によるジェネリック品の効果・安全性試験・品質管理に対する承認基準はもっと厳密になって良いはず。
- ・ 後発医薬品の品質保証をどのようにしているのか、具体的に周知してほしい。／等

【後発医薬品の名称等】

- ・ 覚えなくてはならない薬の名前が膨大となっている。一般名（メーカー名）に名称を変えることはできないか。似た名前の薬が増えると処方ミスにもつながる（同旨 6 件）。
- ・ 後発品の名前を覚え切れない。少なくとも薬品名を連想させる名前にしてほしい（同旨 5 件）。
- ・ 多忙な臨床を行う上で、多くの後発医薬品があると患者がどういった薬を服用しているか調べるのに相当な時間がかかり問題である。一般名を併記する等で把握を容易にする工夫が必要と考える（同旨 1 件）。

- ・ 先発品と商品名が異なり（かけはなれて）、何の薬かわかりにくい。一緒に先発品の商品名があればまちがいが少なくてすむ。
- ・ 先発品も特許が切れたら薬品名を一つにする。／等

【後発医薬品の適応】

- ・ ジェネリックと先発医薬品とで適応が異なるのは困る（同旨 5 件）。

【後発医薬品の価格等】

- ・ 後発医薬品の薬価が高いと思われる（同旨 2 件）。
- ・ 後発品であっても先発品の 7 割程度の薬価であるなど高価格のものもある。安い物では 1 割程度の薬価の後発品もあり、価格の決定方法がよくわからない（同旨 1 件）。
- ・ 新薬の開発のためには金がかかるので、その薬価が高くなることはある程度やむを得ないと考える。ただ特許期間中に投資分は十分回収できるだろうから、特許が切れた時点で薬価を引き下げればいいのか（同旨 1 件）。／等

【後発医薬品・後発医薬品メーカーの数等】

- ・ 品目数が多くなっている。他院で処方された薬を調べる時間が長くなり、診療時間に影響することが多い（同旨 2 件）。
- ・ ジェネリック医薬品の数を制限すること（同旨 1 件）。
- ・ 医薬品費を抑制することが目的なら後発品薬剤数を現在の 3 分の 1 ぐらいにすべき。
- ・ 1 つの薬剤で剤形がいろいろあり、更にその後発品がいろいろあれば調剤薬局の管理する品数は数倍になる。この点は先発メーカーももっと考えないと薬局もたまらないのではないか。
- ・ 昨年、キノロン系抗菌剤の主要薬品 A に 38 社より後発医薬品が発売された。このような乱発は抗菌剤の耐性菌を増加させる可能性が高く、許されるものではない。抗菌剤は先発品メーカーを中心に、少数のレベルの高い製薬会社に限って販売させるべきである。

【後発医薬品の供給体制等】

- ・ 後発医薬品は採算がとれないとすぐに販売中止になる（同旨 3 件）。
- ・ 品切れが多い。納期が遅い（同旨 1 件）。
- ・ 信頼できる後発医薬品を安定的に供給すること。
- ・ 後発品を出したら 10 年間は最低品切れにしない。もしなつた時はペナルティーを出し会社のすべての製品を出荷停止にさせる。
- ・ 薬剤の型が同じようなものが多い。
- ・ 流通に途切れがないことへの信用が最も大切と思う。

【後発医薬品メーカーの情報提供体制等】

- ・ 後発医薬品の薬としてのデータの提供が少ない。もう少し積極的に情報を教えてほしい

(同旨 7 件)。

- ・ 品質・効果などに問題があった場合の迅速な情報提供 (同旨 6 件)。
- ・ 後発医薬品の宣伝ばかりが先行し、その品質や作用の相異、副作用情報など、業者に聞いても十分な説明がなされたことは一度もない (同旨 2 件)。
- ・ 薬剤の品質の管理をしっかりとしてほしい。データが出ている治療効果は先発品のものなので、後発品でのデータがいると思う (同旨 1 件)。
- ・ 薬品の成分は同じでも吸収の違いなどがある場合には十分な説明が必要。
- ・ 添付文書にバルクの生産国など詳細な情報も加えてほしい。
- ・ 先発品との効果の違いに対する臨床データを蓄積し、後発品ごとの性質を明らかにすべき。特に向精神薬について、差が大きい品目が多いように思う。
- ・ 後発医薬品における基剤、添加物などの公表。
- ・ 先発品と後発品の比較において、本当に規格が同じなのか薬効に差がないのか、データを示してもらいたい。
- ・ 変更後に副作用が出た場合のデータの収集などについて、全国的にやってほしい。／等

【後発医薬品使用に関する業務負担等】

- ・ 紹介患者の持参薬を調べるときに煩雑すぎる (同旨 3 件)。
- ・ 患者に対する後発医薬品についての説明が業務負担として大きい (同旨 2 件)。
- ・ できるだけ業務負担が少ないようにして頂きたい (同旨 1 件)。
- ・ 限られた診療時間で病態の説明や治療の説明で手一杯なのに、さらに後発医薬品の説明をする時間がとれない。患者の希望でどちらでも選べる形がよい。
- ・ オーダリングへの変更入力等、業務量増大。
- ・ 薬局でジェネリックに変更になると、病院ではカルテに変更になった記載を義務づけられている。カルテ出し・記載に要する時間など、ジェネリックにすることにより、仕事の効率が著しく低下する。／等

【後発医薬品処方における薬局との関係等】

- ・ 後発医薬品の備蓄 (在庫) がないと患者に申し訳ないので後発品も銘柄を指定してしまっている。
- ・ 後発医薬品へ変更されたことを患者が知らないことが多くなった。変更する場合、説明が必要と思われる。
- ・ 同一薬効成分であっても OD 錠であれば味や匂いなどの違いがあるため、指定銘柄変更はしてほしくない。
- ・ 病院と調剤薬局の情報交換を密にすべき。
- ・ 当院薬事委員会が、採用認可していない後発品を当院関連薬局で希望されると、薬剤師が混乱する。
- ・ 薬局で勝手に後発品に変更された情報が伝わらず、診療上非常に困ることがある。
- ・ 適応については、院外処方薬局に必ずしも正確に伝わらないことへの不安がある。現在は

病院内で後発品の採用を承認されたものだけを院外処方せんで、主治医が薬剤名を指定している。薬局で自由に変更されないため変更不可の欄にサインをしている。

- ・ 保険薬局の説明の質の向上。
- ・ 薬局にて、ジェネリックへの変更を勧める際に医師処方以外の（漢方等）市販薬購入を勧められ、内服するケースも多く、容認できない。／等

【先発医薬品メーカーへの配慮等】

- ・ 海外での新薬の認可時期と本邦の時期に大きなタイムラグがありすぎる。この問題を解決せず先発医薬品メーカーを配慮しない行政には納得できない（同旨1件）。
- ・ 製薬企業の競争力が落ち、新薬（特に患者数が少ない疾患）の開発に影響が出ることを懸念している（同旨1件）。
- ・ もう少し、先発メーカーに配慮してもいいのではないかと思う。先発メーカーが新薬を創薬する気力がなくなる。例えば、後発品に、ほんのわずかパテント料が含まれ、先発メーカーに渡るようにしたらどうか。／等

【患者との関係等】

- ・ 後発医薬品は、価格的に、患者のメリットがあると思う。。
- ・ 従来、先発品より後発に変更する時、患者への説明が難しい。
- ・ 患者の理解の程度が問題。処方した内容を後発品に変更された後、効果がないと言われると困る。またその類のクレームなど。
- ・ 患者もテレビやマスコミの情報で単に薬代が安くなるといった、メリットばかりを鵜呑みにして希望するが、処方する医師側は、長年使い慣れた薬品で安心して治療したい気持ちはある。デメリットも考えた上での選択を患者もしていくべきである。
- ・ 患者にきちんと教育するシステムを構築する方が先だと思う。
- ・ 当院においては、薬剤師により個々に説明が充分に行われているため、患者は納得して安心して服用されている。
- ・ 患者に対する説明が大変。
- ・ 最近患者からのアプローチがあまりない。純正品と効果がちがうようなことがあり、信頼度が薄れているようだ。
- ・ あくまで患者の自由選択によるべきだが日本では浸透されにくい。／等

【国への要望等】

- ・ 後発医薬品における厚生労働省の審査基準の透明化。
- ・ 先発医薬品との違い、品質、作用の較差などをしっかり情報を伝える手段をしっかりとほしい。医療が国の管理の下にある以上、先発（製剤メーカー、研究・開発）と後発側とが国の発展を見据えた政策の上で、バランスよく成長してほしいと考えている。戦略のない後発医薬品の推奨は、やがて品質の不安定な海外製の薬剤を日々用いることになると思われる。生命に関わる薬物を扱うのであるから、十分制御された製薬会社のみを指定して、

価格をコントロールするなど必要なのではないかと。

- ・ 行政からの後発医薬品使用促進のアナウンスをもっと積極的にしてほしい。国の政策の一つとしての位置づけていると理解している。
- ・ 副作用時若しくは、出荷基準を満たさずに出荷した薬品で被害（健康に）が出た場合等、どの程度、補償されるのかを国民一般向けに周知してほしい。
- ・ 厚労省による、ジェネリックの品質保証が現在充分とはいえないように思う。もし充分であれば、医師、薬剤師に周知徹底をお願いしたい。
- ・ 安全性の確立と医療機関へのメリット（業務負担が増える）を出してほしい。／等

【その他】

- ・ 医師の先発品に対するこだわりが大きいことが問題（同旨1件）。
- ・ 後発医薬品は使用しない（同旨1件）。
- ・ あくまで後発医薬品の使用は、個々の医師の判断に任せられるべきであり、政策的、医療経済的に一律に使用促進を進めるのは望ましくない。
- ・ 当法人は薬事委員会や薬剤師の情報収集、医師への情報提供が適切十分でありストレスを感じたことはない。院内・院外を問わず、医師業務への援助が重要と思われる。
- ・ 先発品と明らかに効果、副作用の発現が異なる場合の責任は誰がとるのか。
- ・ 薬剤師が薬を自由に変更できることに対する責任の明確化（処方を変更した薬剤師に責任が生じること）。
- ・ 薬剤は実際に経験してみないと信用できない。院内処方（入院時処方）での経験が重要と考える。
- ・ 保険者から被保険者に送付された「ジェネリック医薬品軽減額通知」を提示する被保険者は、自分がジェネリックを処方されていても提示してくることが多い。すなわち、保険者が、この通知を送付した理由は、私たちが先発品のみ処方しているからと認識しているからと思われる。ジェネリックを処方している旨を説明すると「何だ」との反応。私たちが変更した時の説明、薬剤師の説明が反映されないのであれば、お薬手帳の医薬品名に後発品とわかる表示は徹底するべきだと思う。
- ・ 先発品も作っているメーカーの出す後発医薬品に関してはあまり不安に考えていない。
- ・ 後発医薬品などがテレビで大きく宣伝をするのは不公平である。
- ・ 積極的にTVでCMも放送されており、「値段が安い」という点だけが1人歩きしている感もあるように思われる。
- ・ 大学病院であり積極的にジェネリックを処方する必要は感じない。営業的な面は医師（大学の場合）が考えることではないと思う。
- ・ 全く同一という表現は不適切。正確に伝えるべき。
- ・ 薬剤費が安くなるというだけの、安易な「ジェネリック」推進はやめて欲しい。後発品を促進する場合、「安い」という利点だけでなく、短所・欠点についても同時に知らしめるべきである。／等

(4) 患者調査の結果概要

【調査対象等】

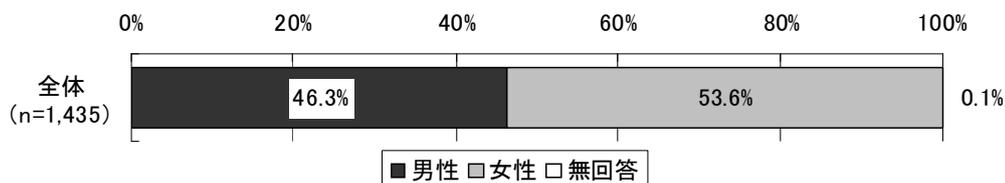
調査対象：「保険薬局調査」の対象施設に調査日に処方せんを持って来局した患者。
ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした（4名の内訳は、65歳以上の男性・女性各1名、65歳未満の男性・女性各1名）。
回答数：1,435人
回答者：患者本人または家族
調査方法：調査対象薬局を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収

①回答者の属性

1) 性別

回答者の性別についてみると、「男性」が46.3%、「女性」が53.6%であった。

図表 142 性別

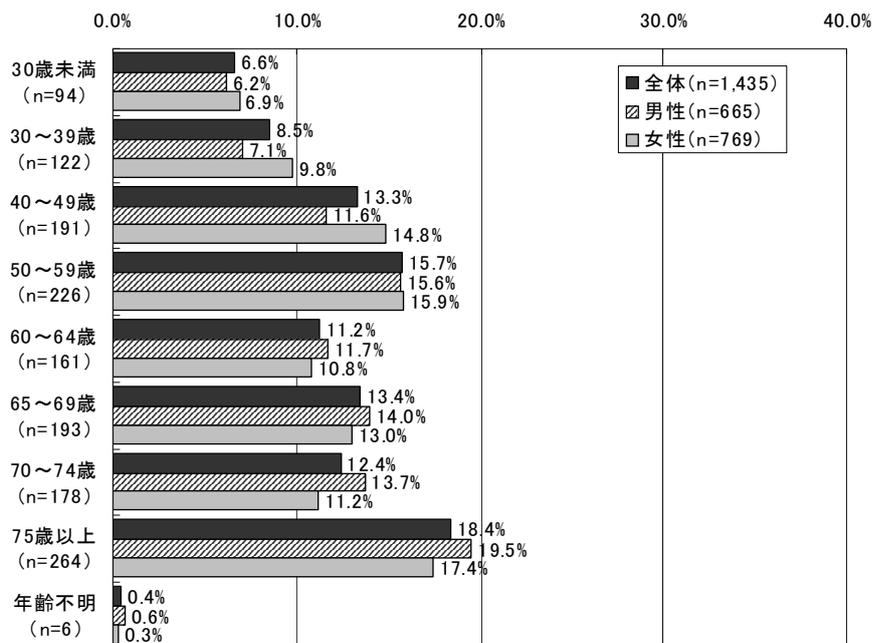


2) 年齢

回答者の年齢についてみると、全体では「75歳以上」（18.4%）が最も多く、次いで「50～59歳」（15.7%）、「65～69歳」（13.4%）となった。

平均の年齢は 58.8 歳（標準偏差 17.2、中央値 62.0）であった。

図表 143 男女別 年齢分布



図表 144 平均年齢

(単位：歳)

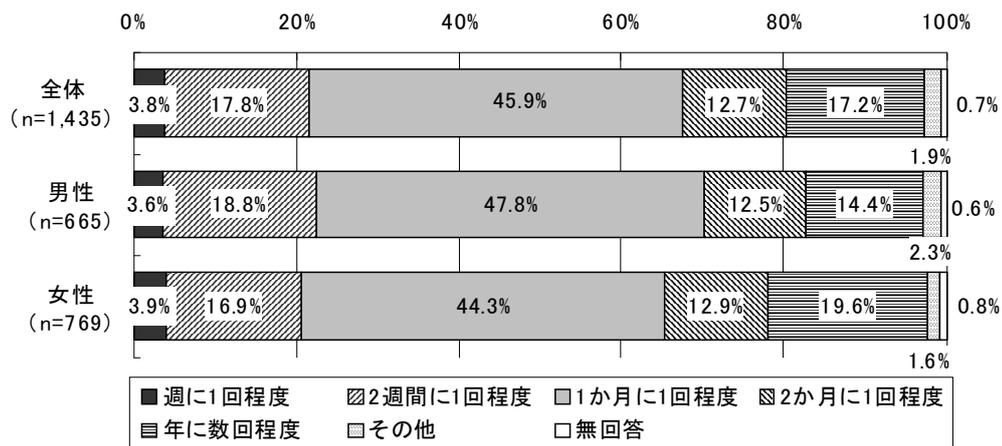
	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=1,429)	58.8	17.2	62.0
男性 (n=661)	60.0	16.9	64.0
女性 (n=767)	57.6	17.5	61.0

(注) 「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

3) 薬局への来局頻度

薬局への来局頻度についてみると、全体では「1か月に1回程度」（45.9%）が最も多く、次いで「2週間に1回程度」（17.8%）、「年に数回程度」（17.2%）、「2か月に1回程度」（12.7%）であった。

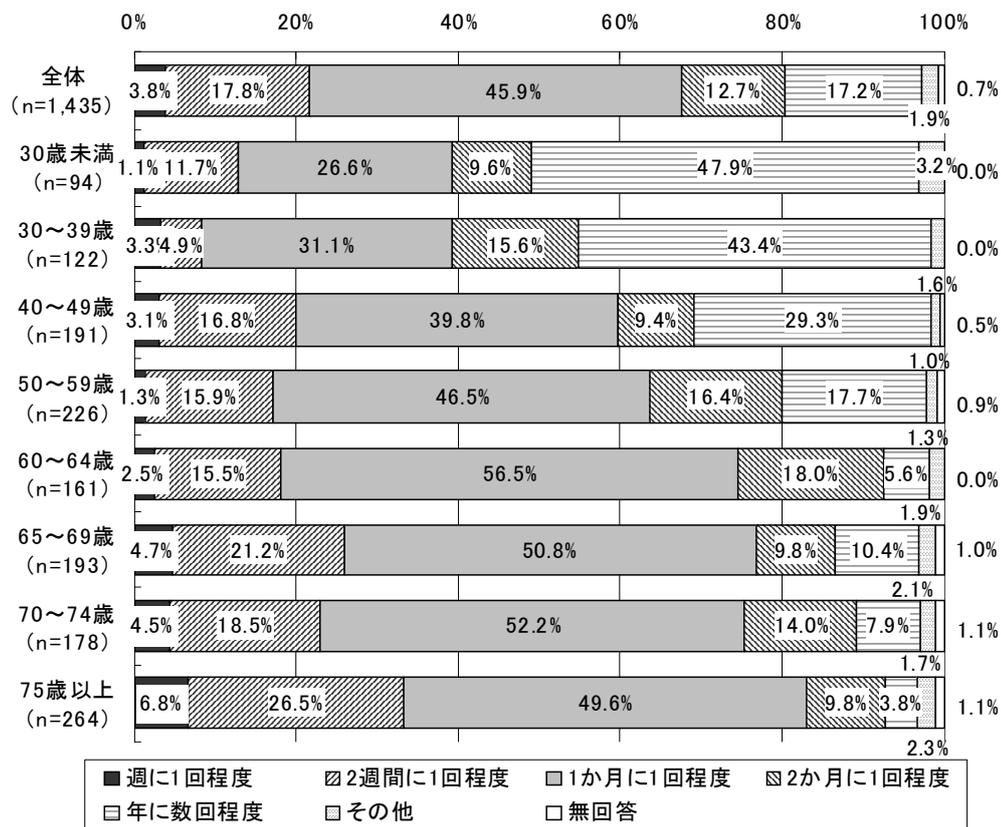
図表 145 薬局への来局頻度（男女別）



(注)・「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。
 ・「その他」の回答として、「3か月に1回」等が挙げられた。

年齢階級別に、薬局への来局頻度をみると、40歳以上ではいずれの年齢階級においても「1か月に1回程度」が最も多かった。また、75歳以上では「2週間に1回程度」（26.5%）が全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となり、「週に1回程度」、「2週間に1回程度」および「1か月に1回程度」を合わせた割合は82.9%であった。

図表 146 薬局への来局頻度（年齢階級別）

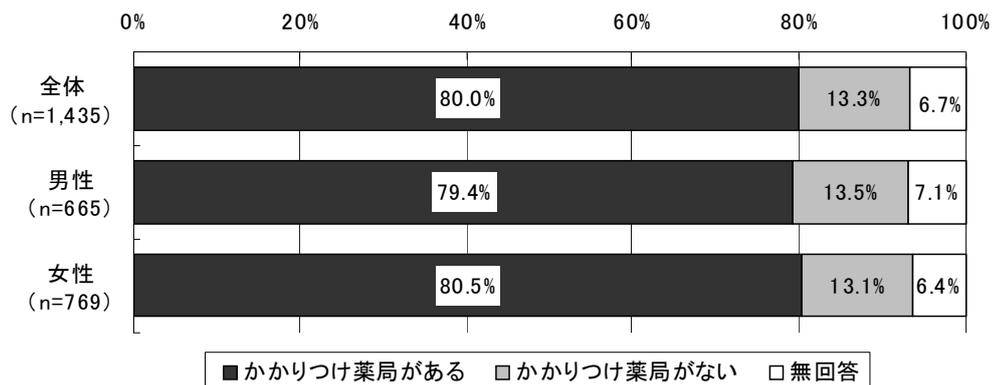


(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

4) かかりつけの薬局の有無

かかりつけ薬局の有無についてみると、全体では、「かかりつけ薬局がある」が80.0%、「かかりつけ薬局がない」が13.3%となった。また、男女別にみても、男女ともに「かかりつけ薬局がある」という回答が8割近くとなった。

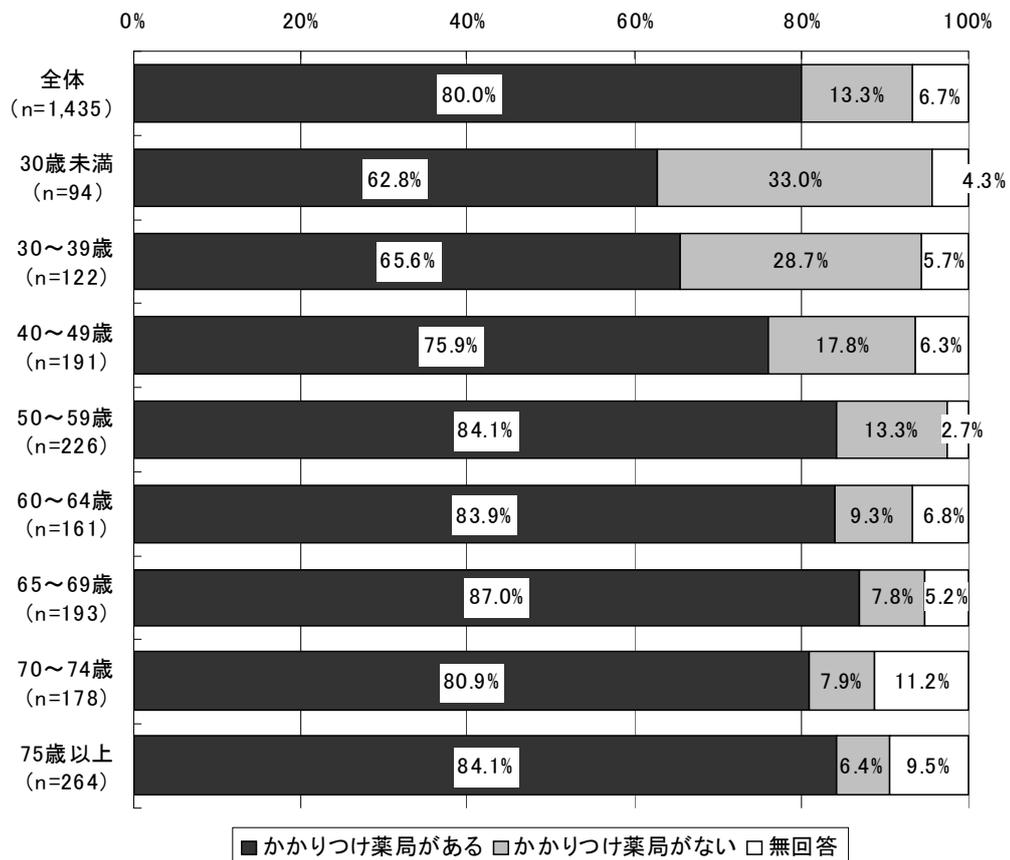
図表 147 かかりつけの薬局の有無（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

年齢階級別に、かかりつけ薬局の有無をみると、「かかりつけ薬局がある」という回答は各年齢階級において6割を超えた。40歳以上の各年齢階級においては「かかりつけ薬局がある」という回答が7割を超えている。

図表 148 かかりつけの薬局の有無（年齢階級別）

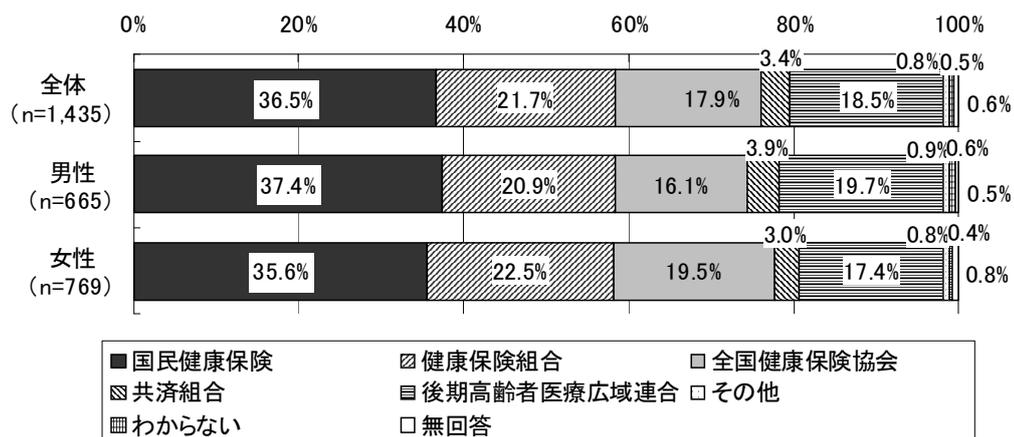


(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

5) 公的医療保険の種類

公的医療保険の種類をみると、全体では、「国民健康保険」(36.5%)が最も多く、次いで「健康保険組合」(21.7%)、「後期高齢者医療広域連合」(18.5%)、「全国健康保険協会」(17.9%)、「共済組合」(3.4%)となった。

図表 149 公的医療保険の種類(男女別)



(注)・「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

・「その他」の回答として、「生活保護」等が挙げられた。

年齢階級別に、公的医療保険の種類をみると、30歳未満では「全国健康保険協会」、30歳以上59歳未満では「健康保険組合」、60歳以上74歳未満では「国民健康保険」が最も多い結果となった。なお、75歳以上ではすべて「後期高齢者医療広域連合」であった。

図表 150 公的医療保険の種類（年齢階級別）

（単位：上段「人」／下段「%」）

	総数	国民健康保険	健康保険組合	全国健康保険協会	共済組合	後期高齢者医療広域連合	その他	わからない	無回答
全体	1,435 100.0	524 36.5	312 21.7	257 17.9	49 3.4	265 18.5	12 0.8	7 0.5	9 0.6
30歳未満	94 100.0	16 17.0	35 37.2	37 39.4	4 4.3	0 0.0	0 0.0	1 1.1	1 1.1
30～39歳	122 100.0	21 17.2	50 41.0	47 38.5	4 3.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
40～49歳	191 100.0	42 22.0	74 38.7	61 31.9	8 4.2	0 0.0	2 1.0	2 1.0	2 1.0
50～59歳	226 100.0	66 29.2	82 36.3	50 22.1	19 8.4	0 0.0	3 1.3	1 0.4	5 2.2
60～64歳	161 100.0	83 51.6	39 24.2	26 16.1	10 6.2	0 0.0	3 1.9	0 0.0	0 0.0
65～69歳	193 100.0	142 73.6	22 11.4	22 11.4	4 2.1	0 0.0	2 1.0	1 0.5	0 0.0
70～74歳	178 100.0	149 83.7	10 5.6	14 7.9	0 0.0	0 0.0	2 1.1	2 1.1	1 0.6
75歳以上	264 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	264 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

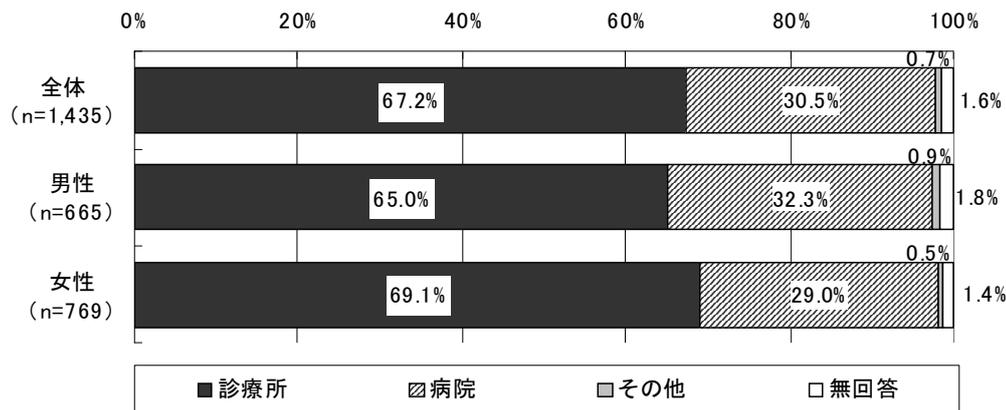
（注）「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

②調査日における受診・調剤状況等

1) 受診した医療機関の種類

受診した医療機関の種類についてみると、全体では「診療所」が67.2%、「病院」が30.5%であった。男女別にはあまり大きな差はみられなかった。

図表 151 受診した医療機関の種類

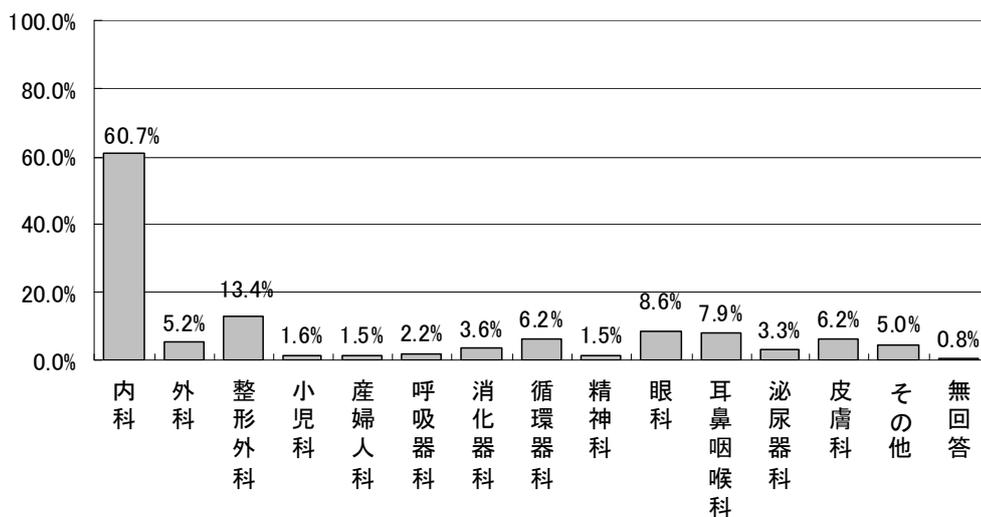


(注)「その他」の回答として、「歯科医院」が挙げられた。

2) 受診した診療科

受診した診療科についてみると、「内科」(60.7%)が最も多く、次いで「整形外科」(13.4%)、「眼科」(8.6%)、「耳鼻咽喉科」(7.9%)、「循環器科」「皮膚科」(ともに6.2%)であった。

図表 152 受診した診療科 (複数回答、n=1,435)



(注)「その他」の回答として、「歯科」「脳外科」「脳神経外科」「神経内科」「肛門科」等が挙げられた。

3) 薬局窓口での自己負担額

薬局窓口での自己負担額についてみると、全体で平均 2,144.1 円（標準偏差 2,732.0、中央値 1,360）であった。また男女別にみると、男性は平均 2,461.8 円（標準偏差 3,371.1、中央値 1,450）であり、女性の平均 1,873.1 円（標準偏差 1,992.0、中央値 1,320）より高い結果となった。

また、年齢階級別にみると、「60～64 歳」が平均 3,757.8 円（標準偏差 4,459.2、中央値 2,385）で最も高かった。

図表 153 薬局窓口での自己負担額（男女別）

（単位：円）

	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=1,379)	2,144.1	2,732.0	1,360
男性 (n=637)	2,461.8	3,371.1	1,450
女性 (n=741)	1,873.1	1,992.0	1,320

- (注) ・「全体」には、「性別」について無回答の 1 人が含まれる。
 ・自己負担額について記入のあったものを集計対象とした。

図表 154 薬局窓口での自己負担額（年齢階級別）

（単位：円）

	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=1,379)	2,144.1	2,732.0	1,360
30 歳未満 (n=93)	1,134.6	1,128.6	900
30～39 歳 (n=118)	1,518.1	1,376.9	1,300
40～49 歳 (n=187)	2,107.4	2,181.4	1,380
50～59 歳 (n=218)	2,593.6	2,657.3	1,810
60～64 歳 (n=156)	3,757.8	4,459.2	2,385
65～69 歳 (n=185)	2,558.5	3,037.6	1,780
70～74 歳 (n=172)	1,488.3	1,469.0	1,045
75 歳以上 (n=246)	1,601.6	2,557.3	975

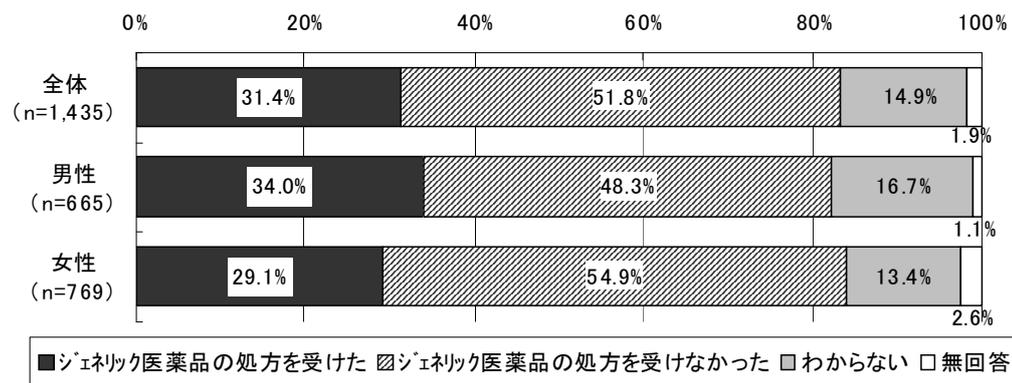
- (注) 「全体」には、「年齢」について無回答の 4 人が含まれる。

4) ジェネリック医薬品の処方の有無

ジェネリック医薬品の処方の有無についてみると、「ジェネリック医薬品の処方を受けた」が31.4%、「ジェネリック医薬品の処方を受けなかった」(51.8%)で「受けなかった」が20.4ポイント高い結果となった。

男女別にみると、「を受けた」という回答は、男性(34.0%)、女性(29.1%)で男性のほうが4.9ポイント高い結果となった。

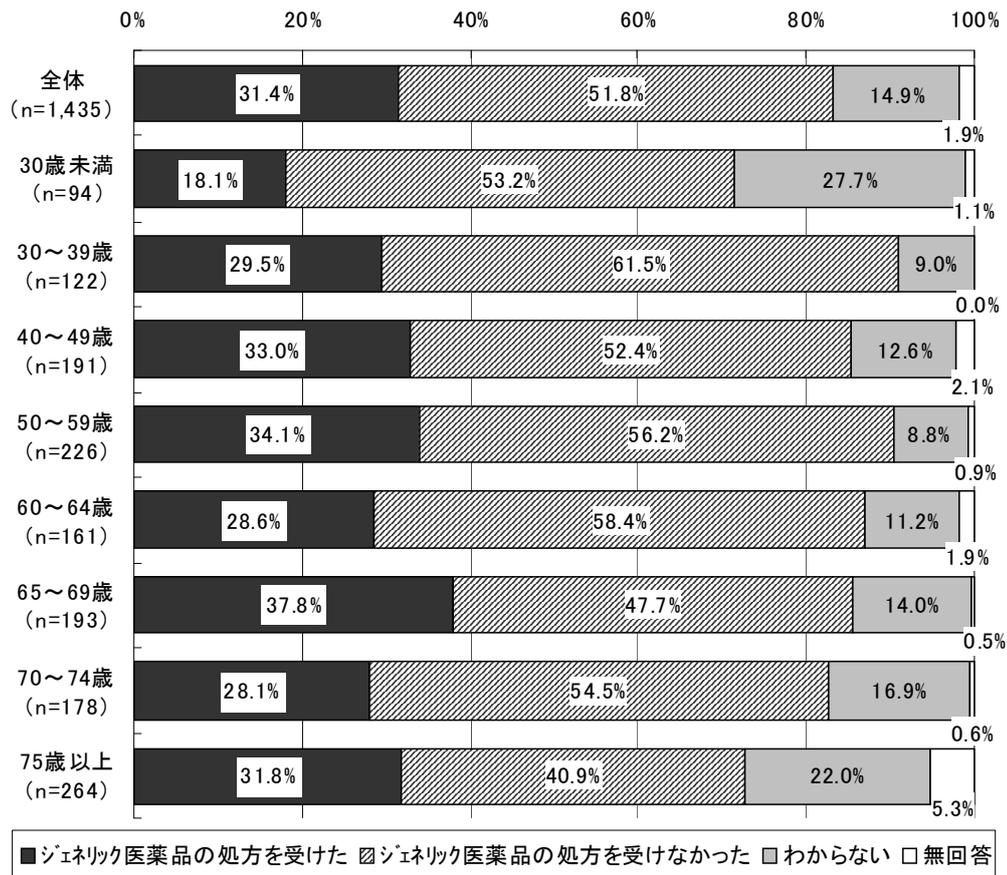
図表 155 ジェネリック医薬品の処方の有無(男女別)



(注)「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

年齢階級別に、ジェネリック医薬品の処方の有無をみると、30～39歳では、「ジェネリック医薬品の処方を受けなかった」という回答が6割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。また、30歳未満と75歳以上で「わからない」という回答が2割を超えた。

図表 156 ジェネリック医薬品の処方の有無（年齢階級別）



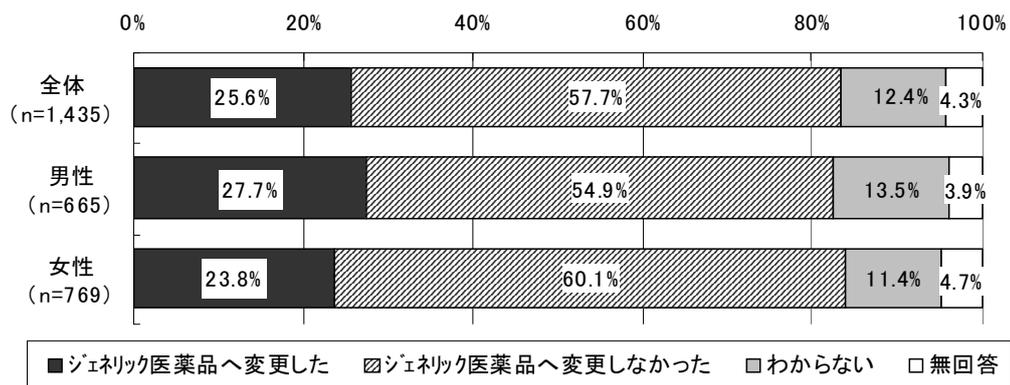
(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

5) 薬局でのジェネリック医薬品への変更の有無

ジェネリック医薬品の処方の有無についてみると、「ジェネリック医薬品へ変更した」が25.6%、「ジェネリック医薬品へ変更しなかった」が57.7%であった。

男女別にみると、男性（27.7%）は女性（23.8%）と比較して「変更した」という回答が3.9ポイント高い結果となった。

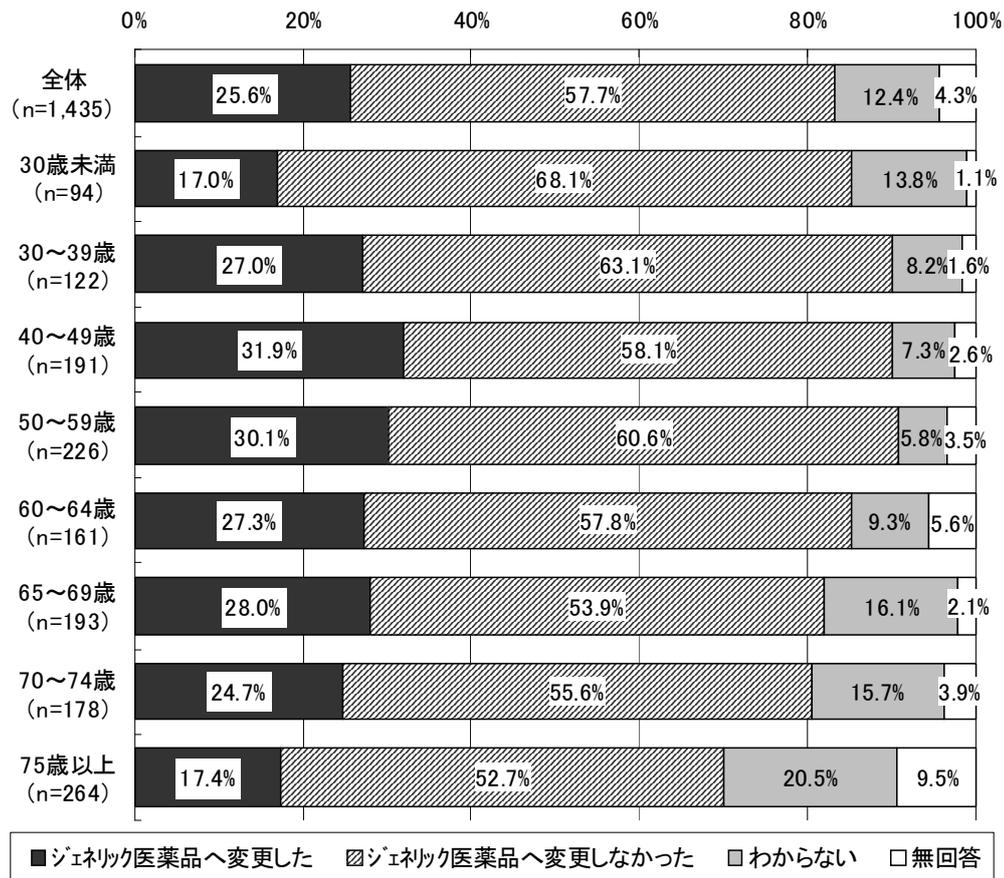
図表 157 薬局でのジェネリック医薬品への変更の有無（男女別）



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

年齢階級別に、薬局でのジェネリック医薬品への変更の有無をみると、「40～49歳」「50～59歳」では、「ジェネリック医薬品へ変更した」が3割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方、「30歳未満」「30～39歳」「50～59歳」では「ジェネリック医薬品へ変更しなかった」という回答が6割以上となった。

図表 158 薬局でのジェネリック医薬品への変更の有無（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

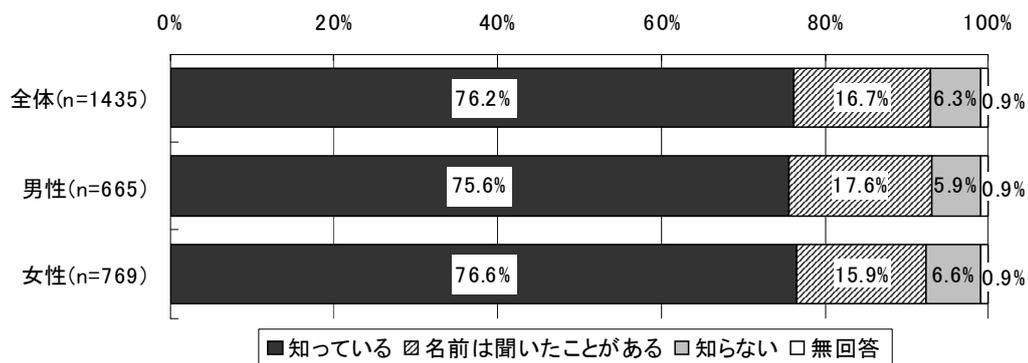
③後発医薬品の使用状況

1) 後発医薬品の認知度

後発医薬品の認知状況についてみると、全体では「知っている」が76.2%、「名前は聞いたことがある」が16.7%、「知らない」が6.3%であった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

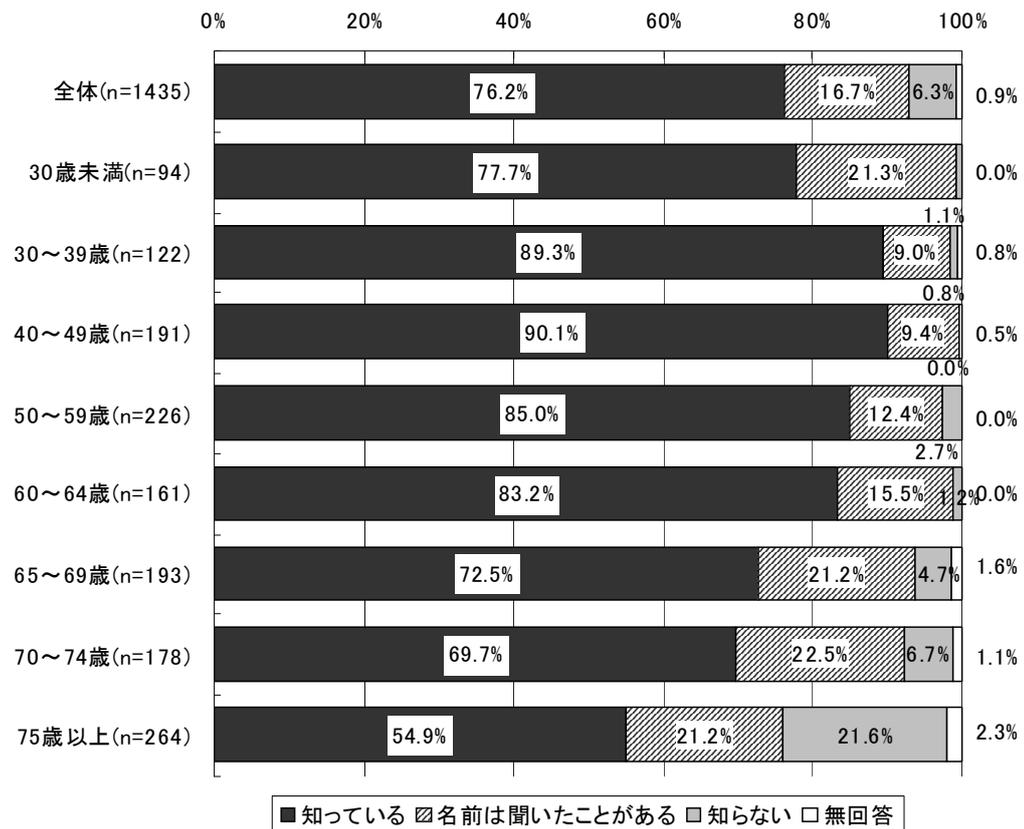
図表 159 後発医薬品の認知状況（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

後発医薬品の認知状況について年齢階級別にみると、30歳～60歳代前半では「知っている」と回答した割合が80%を超えた。一方、年齢が高くなるにしたがって認知度が低くなる傾向がみられた。

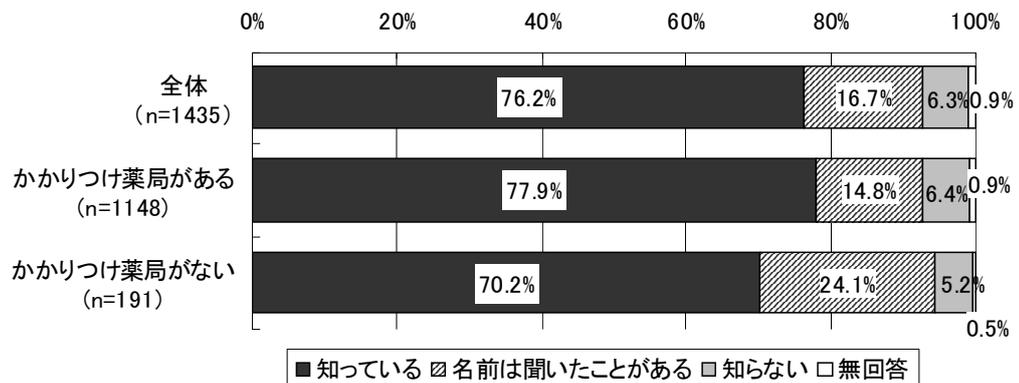
図表 160 後発医薬品の認知状況（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

かかりつけ薬局の有無別に、後発医薬品の認知状況をみると、後発医薬品を「知っている」という回答は、「かかりつけ薬局がある」患者では77.9%、「かかりつけ薬局がない」患者では70.2%となり、7.7ポイントの差があった。

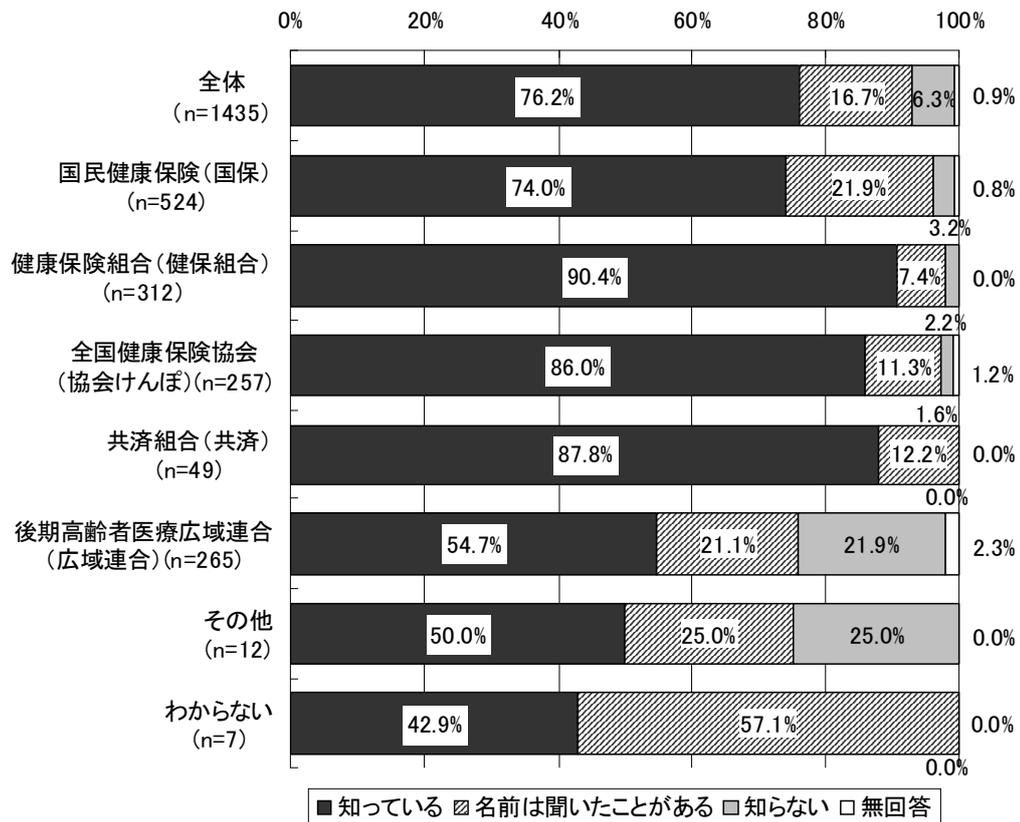
図表 161 後発医薬品の認知状況（かかりつけの薬局の有無別）



(注) 「全体」には、「かかりつけ薬局の有無」について無回答の96人が含まれる。

公的医療保険の種類別に、後発医薬品の認知状況をみると、「健康保険組合（健保組合）」「全国健康保険協会（協会けんぽ）」「共済組合（共済）」では、後発医薬品を「知っている」と回答した割合が80%台後半を占めており、他の医療保険に比べ高い結果となった。

図表 162 後発医薬品の認知状況（公的医療保険の種類別）



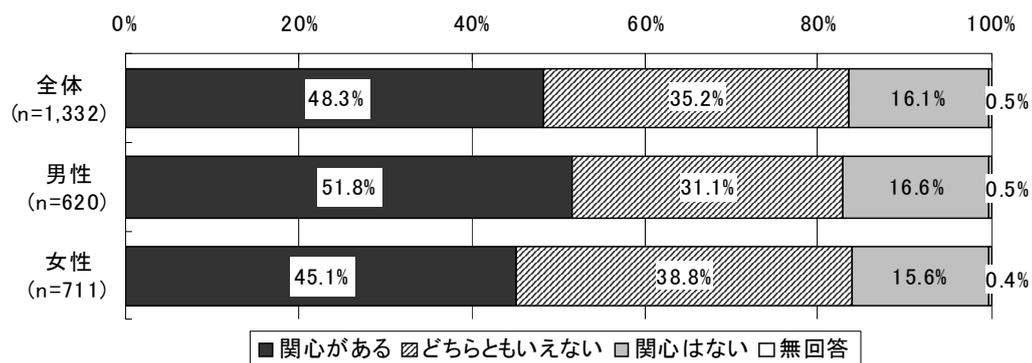
(注)「全体」には、「公的医療保険の種類」について無回答の9人が含まれる。

2) 後発医薬品に対する関心

後発医薬品を知っている人に対して、後発医薬品に対する関心を尋ねたところ、全体では「関心がある」が48.3%、「どちらともいえない」が35.2%、「関心はない」が16.1%であった。

男女別にみると、男性では「関心がある」が51.8%となり、女性（45.1%）より6.7ポイント高い結果となった。

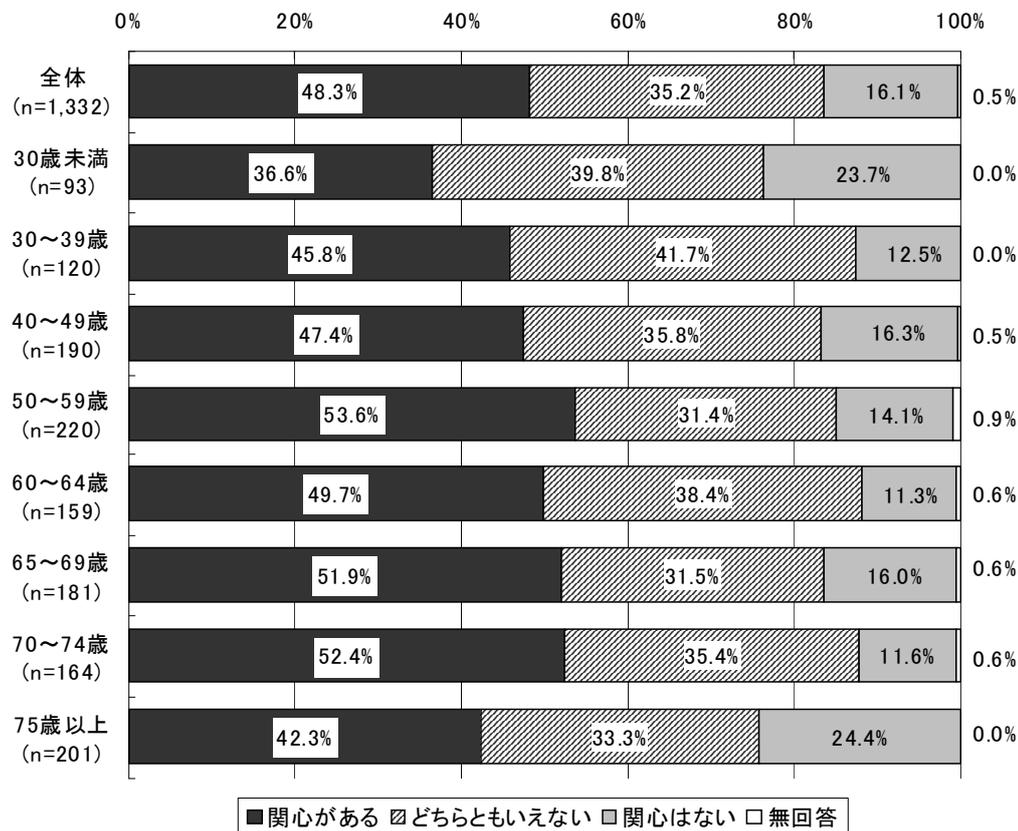
図表 163 後発医薬品に対する関心（後発医薬品を知っている人、男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の1人が含まれる。

年齢階級別に後発医薬品に対する関心をみると、「関心がある」という回答が30歳以上では4割を超えたが、30歳未満では36.6%と全体と比較して相対的に低い結果となった。

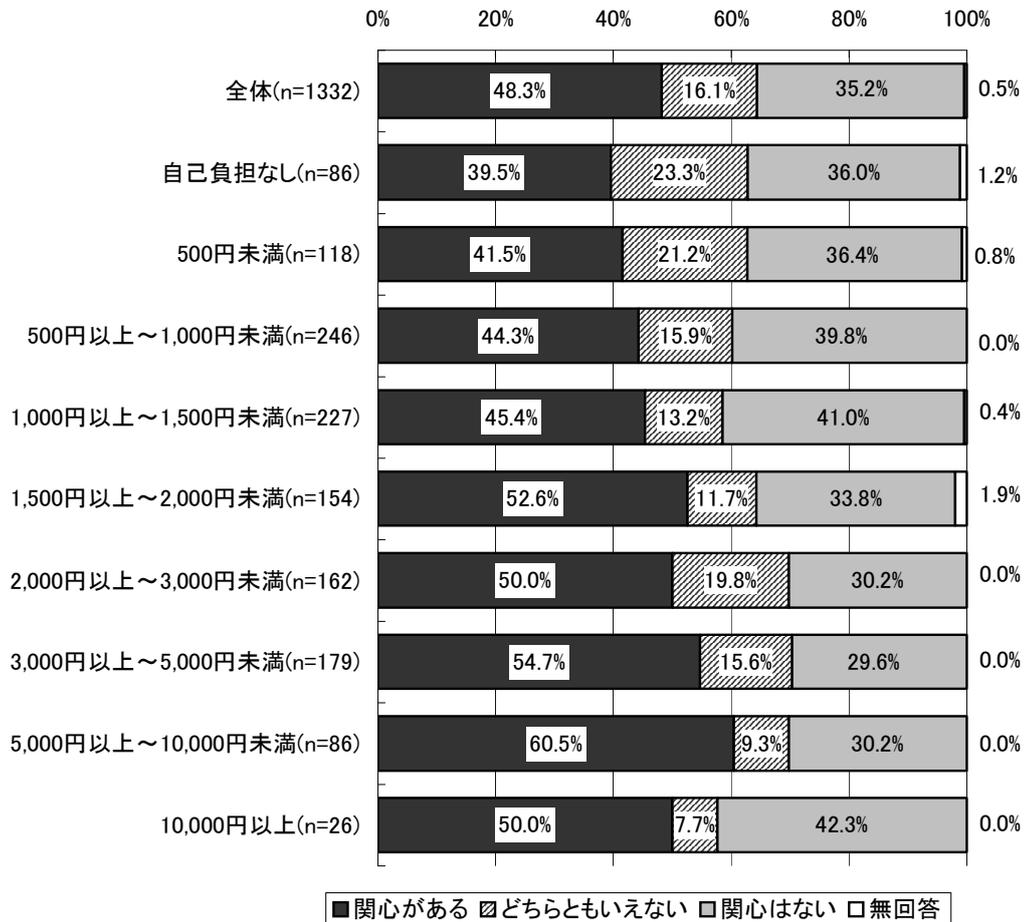
図表 164 後発医薬品に対する関心（後発医薬品を知っている人、年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の6人が含まれる。

薬局窓口での自己負担額別に、後発医薬品に対する関心をみると、薬局窓口での自己負担額が1500円以上では「関心がある」が5割を超える結果となった。また「自己負担なし」の患者では「関心がある」が39.5%と全体と比較して相対的に低い結果となった。

図表 165 後発医薬品に対する関心（薬局窓口での自己負担額別）

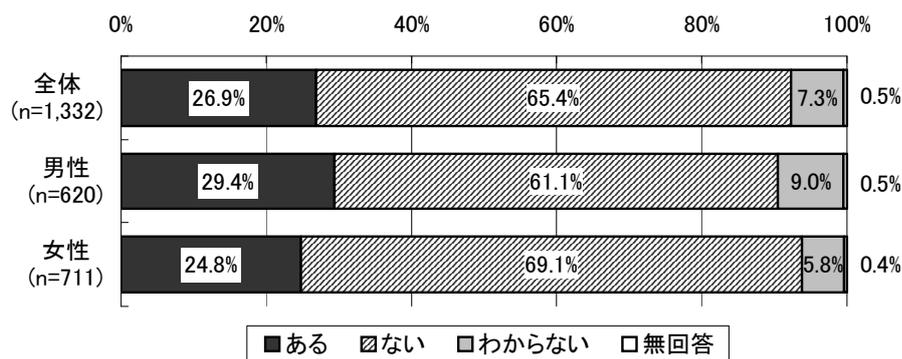


3) 医師からの後発医薬品についての説明の有無

後発医薬品を知っている人に対して医師からの後発医薬品についての説明の有無を尋ねたところ、「ある」が26.9%、「ない」が65.4%であった。

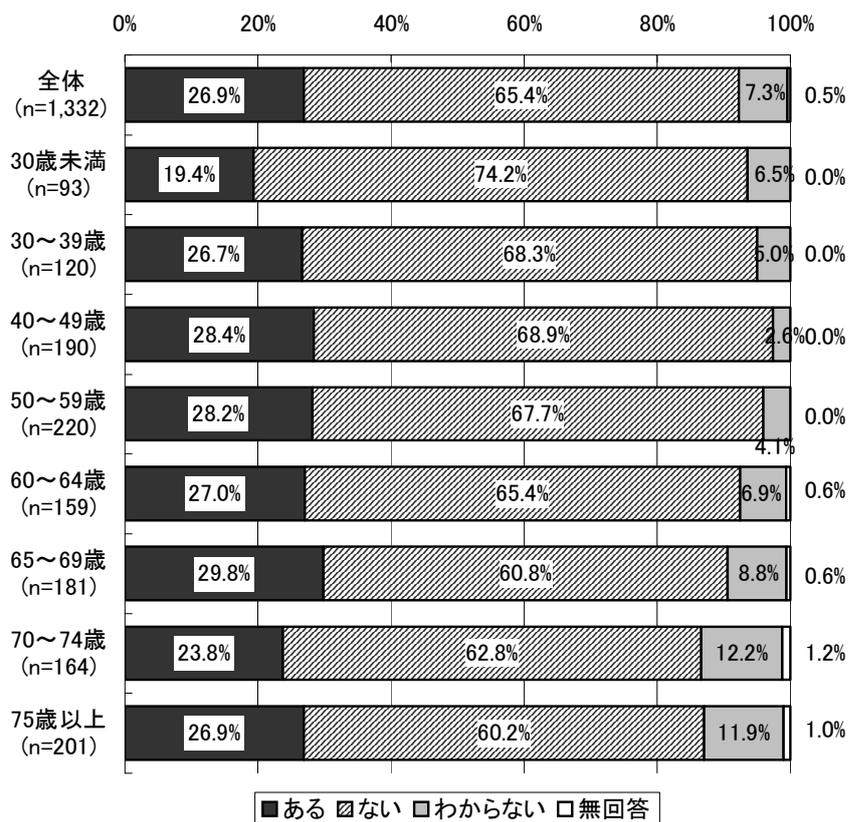
男女別にみると、男性では「ある」が29.4%となり女性の24.8%より4.6ポイント高い結果となった。

図表 166 医師からの後発医薬品についての説明の有無
(後発医薬品を知っている人、男女別)



後発医薬品を知っている人について、年齢階級別に医師からの後発医薬品についての説明の有無をみると、30歳未満では「ある」と回答した割合が19.4%と全体と比べると相対的に低かった。

図表 167 医師からの後発医薬品についての説明の有無
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)

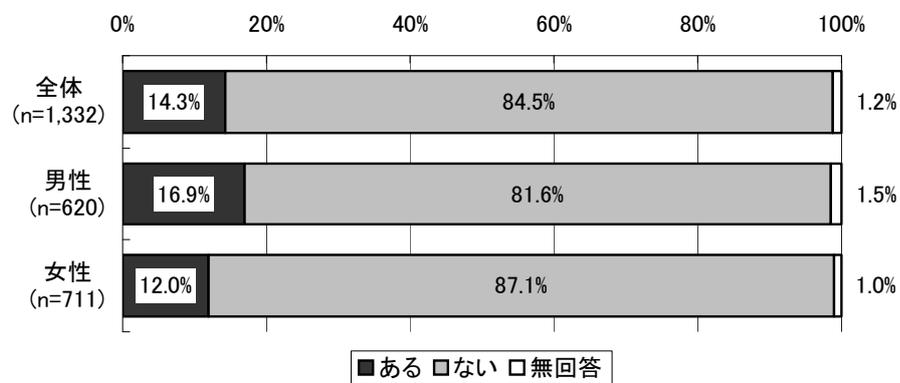


4) 医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無等

後発医薬品を使っている人に対して、医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無を尋ねたところ、全体では後発医薬品の処方をお願いしたことが「ある」が14.3%、「ない」が84.5%であった。

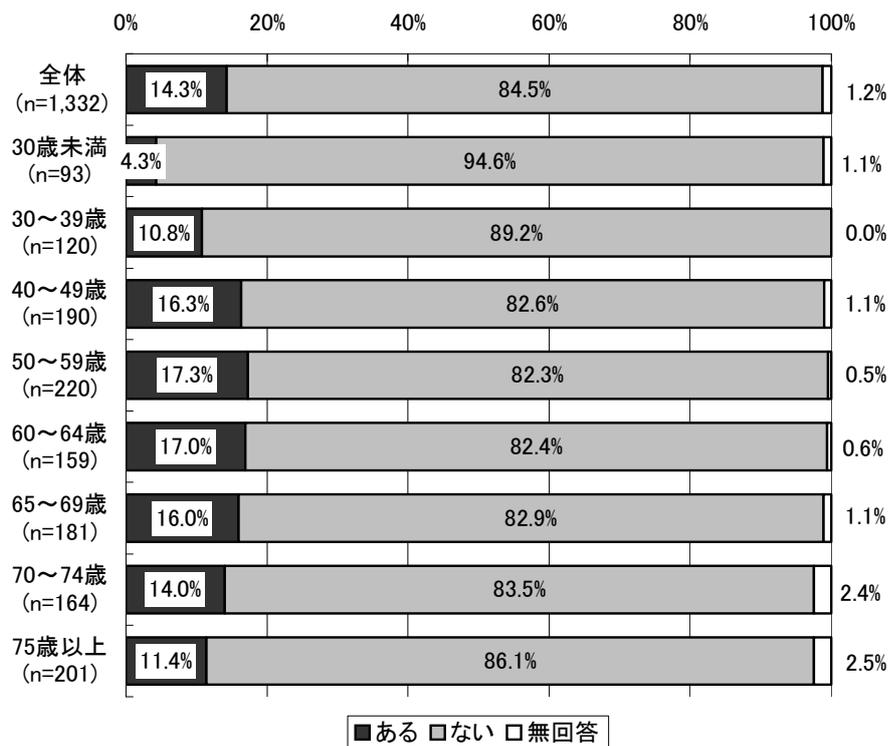
男女別にみると、男性ではお願いしたことが「ある」が16.9%となり、女性の12.0%より4.9ポイント高い結果となった。

図表 168 医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無
(後発医薬品を知っている人、男女別)



年齢階級別に医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無をみると、30歳未満で「ある」と回答した人が4.3%と全体と比較して相対的に低い結果となった。

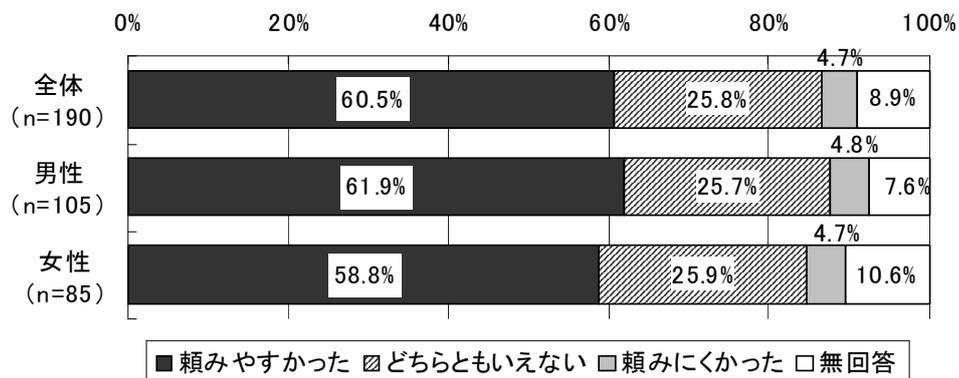
図表 169 医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)



処方をお願いした経験のある人に対して、医師に後発医薬品の処方を頼みやすかったかを尋ねたところ、「頼みやすかった」が60.5%、「どちらともいえない」が25.8%、「頼みにくかった」が4.7%となった。

男女別にみると、男性は女性に比べて「頼みやすかった」（男性61.9%、女性58.8%）が3.1ポイント高かった。

図表 170 医師に後発医薬品の処方を頼みやすかったか
（処方をお願いした経験のある人、男女別）

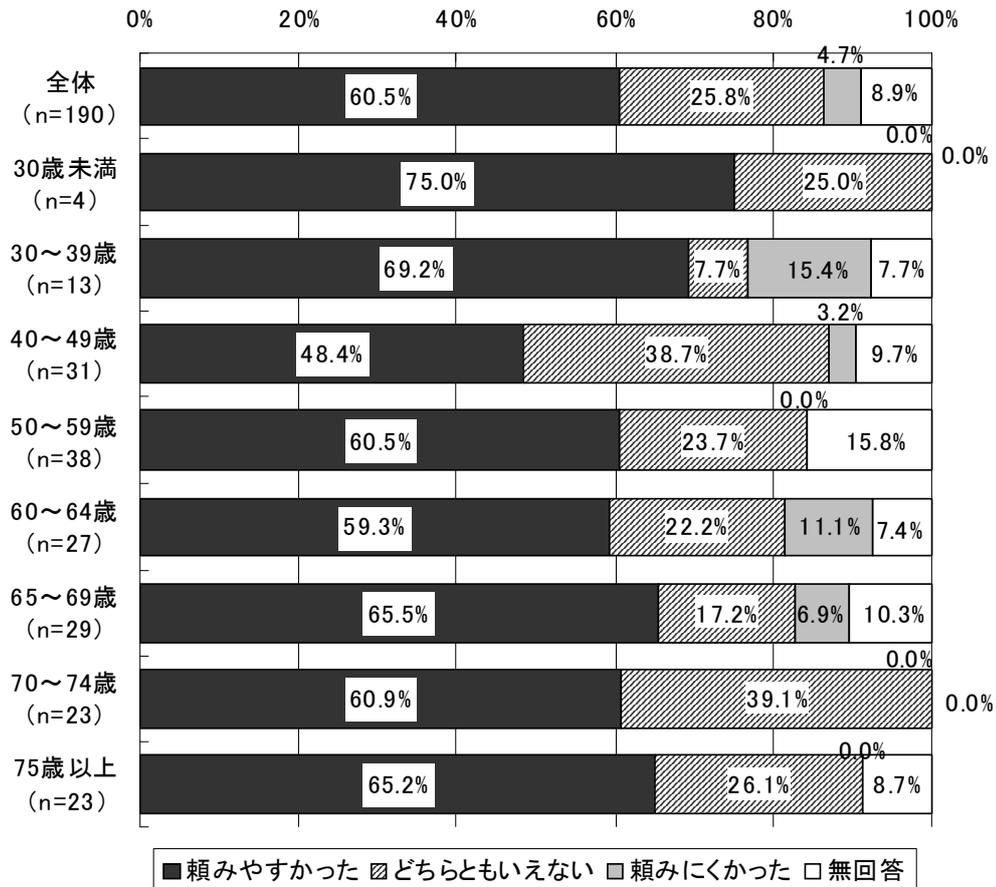


【頼みにくかった理由】（自由記述式）

- ・ 主治医が言いにくい感じなので。
- ・ 偉そう。
- ・ ジェネリック以外の薬が当たり前のように言われた。
- ・ 渋い顔をされ、今までの方が効果はあると言われた。
- ・ 処方に文句をつけているような気分になる。
- ・ 支払金に関係あるので言いにくい。

医師に後発医薬品の処方を頼みやすかったかについて年齢階級別にみると、「頼みやすかった」が40～49歳で48.4%と全体と比較して相対的に低かったが、他の年齢階級ではおよそ6割を超える結果となった。

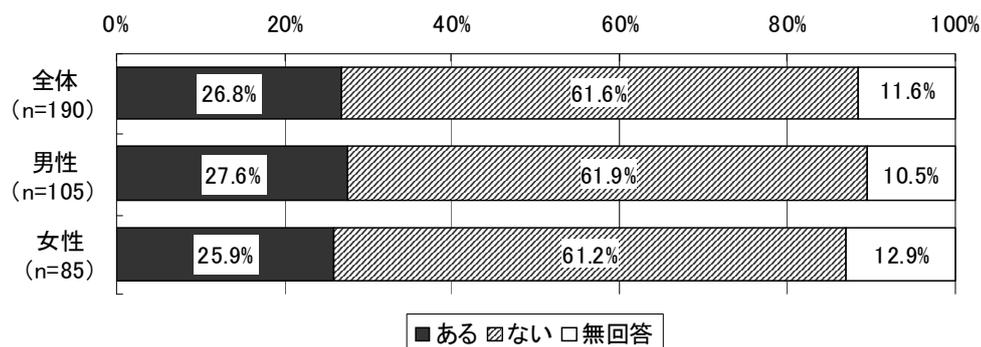
図表 171 医師に後発医薬品の処方を頼みやすかったか
(処方をお願いした経験のある人、年齢階級別)



処方をお願いした経験のある人に対して、医師をお願いをしたが、後発医薬品を処方してもらえなかった経験の有無を尋ねたところ、全体では、処方してもらえなかったことが「ある」が26.8%、「ない」が61.6%であった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 172 医師をお願いをしたが、後発医薬品を処方してもらえなかった経験の有無
(処方をお願いした経験のある人、男女別)

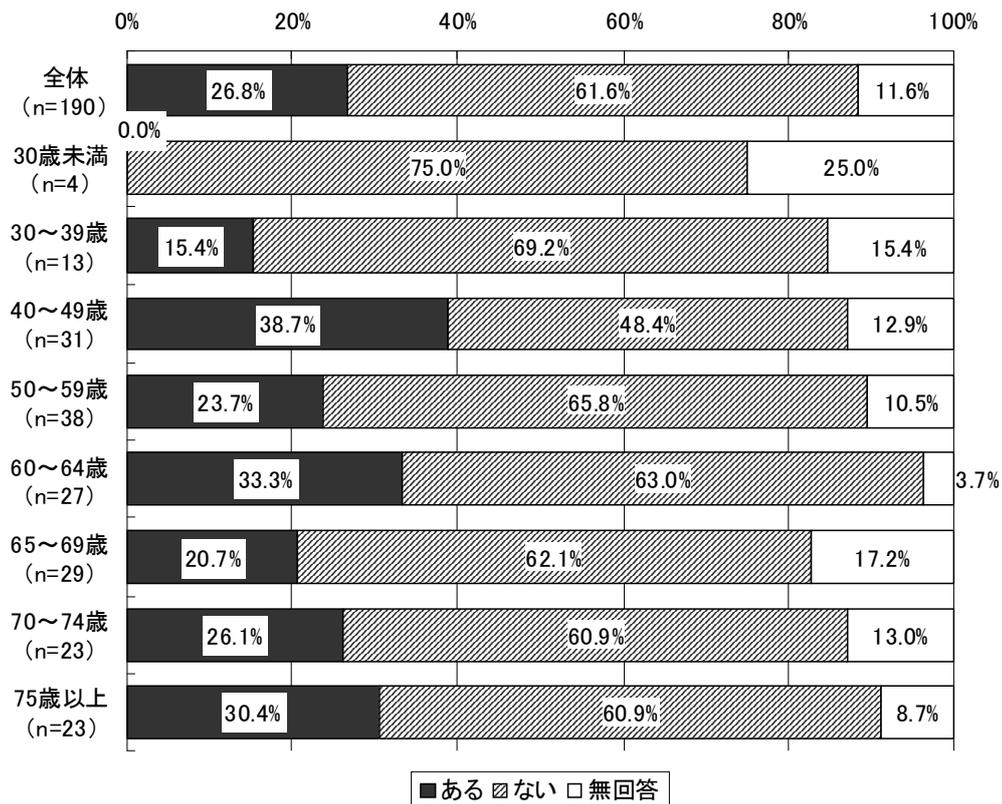


【後発医薬品を処方してもらえなかった際の医師からの説明】(自由記述式)

- ・ ジェネリック医薬品が販売されていない (同旨 12 件)。
- ・ 当院では扱っていない (同旨 2 件)。
- ・ 本当に安全かわからない／責任持てない (同旨 2 件)。
- ・ 効果の違いがある (同旨 2 件)。
- ・ 同等品がない (同旨 1 件)。
- ・ 薬局と相談して変更してください (同旨 1 件)。
- ・ 様子を見て慎重に／安全だと判断するまで先発で (同旨 1 件)。
- ・ 薬局と相談してくださいといわれたが、変更不可の署名があった。
- ・ 口頭では良いと言われたが、処方せんに変更なし。
- ・ コピー品だと聞いた。
- ・ ジェネリック薬品の名前がわからない。
- ・ 眼科で少々難しい症状を抱えているので薬の変更はできないと説明があった。
- ・ システムについての説明。

医師にお願いをしたが、後発医薬品を処方してもらえなかった経験の有無を年齢階級別にみると、40～49歳、60～64歳、75歳以上で「ある」と回答した割合が3割を超え、全体的と比べて相対的に高い結果となった。

図表 173 医師にお願いをしたが、後発医薬品を処方してもらえなかった経験の有無
(処方をお願いした経験のある人、年齢階級別)

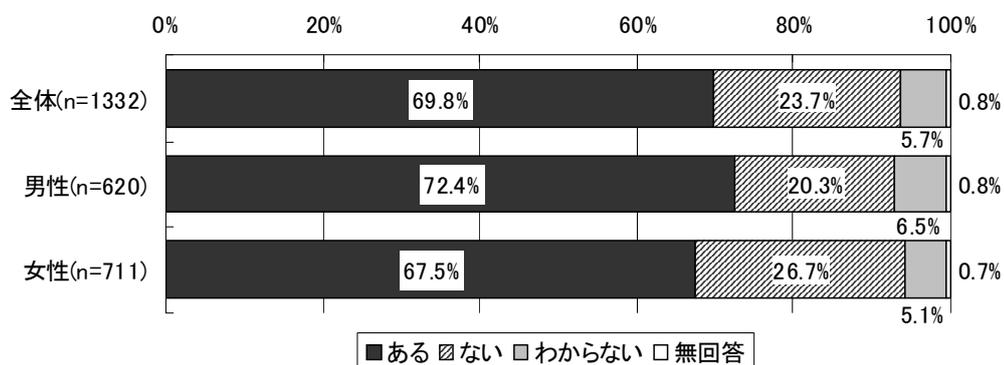


5) 薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無

後発医薬品を知っている人に対して、薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無を尋ねたところ、全体では、薬剤師からの後発医薬品についての説明が「ある」が69.8%、「ない」が23.7%であった。

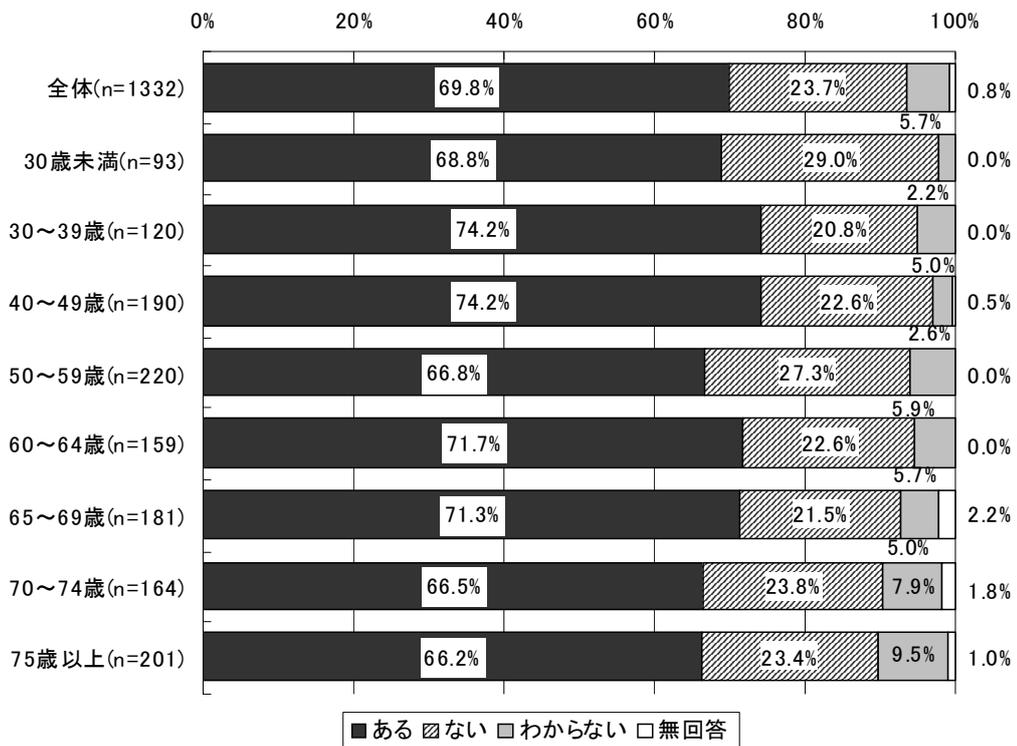
男女別にみると、男性では「ある」が72.4%、女性（67.5%）より4.9ポイント高い結果となった。

図表 174 薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無
(後発医薬品を知っている人、男女別)



年齢階級別に薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無をみると、30～39歳、40～49歳では「ある」という回答が74.2%となり、全ての年齢階級の中で最も高い結果となった。

図表 175 薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)

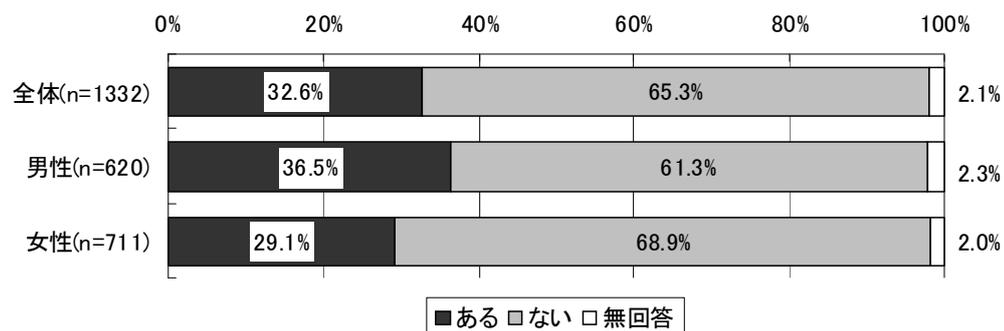


6) 薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無等

後発医薬品を知っている人に対して、薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無を尋ねたところ、全体では、後発医薬品の調剤をお願いしたことが「ある」が32.6%、「ない」が65.3%であった。

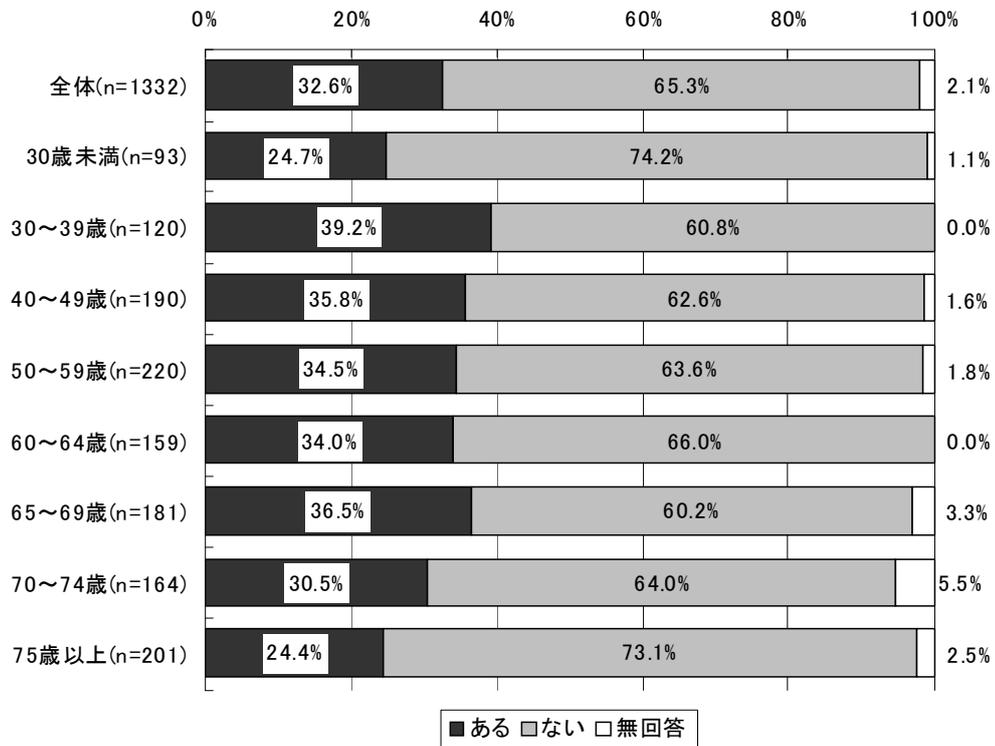
男女別にみると、男性では「ある」が36.5%となり、女性（29.1%）より7.4ポイント高い結果となった。

図表 176 薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無
(後発医薬品を知っている人、男女別)



年齢階級別に薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無をみると、30歳未満、75歳以上では「ある」が3割に届かなかったが、他の年齢階級では3割を超えた。

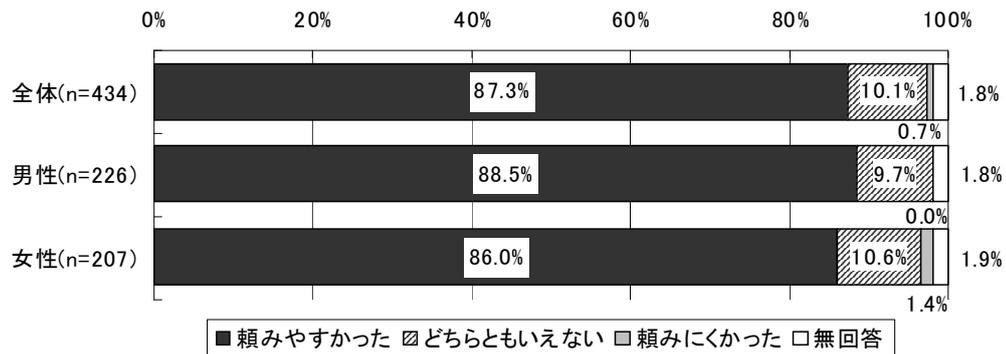
図表 177 薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)



調剤をお願いした経験のある人について、薬剤師に後発医薬品の調剤を頼みやすかったかを尋ねたところ、「頼みやすかった」が87.3%、「どちらともいえない」が10.1%、「頼みにくかった」が0.7%となった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 178 薬剤師に後発医薬品の調剤を頼みやすかったか
(調剤をお願いした経験のある人、男女別)

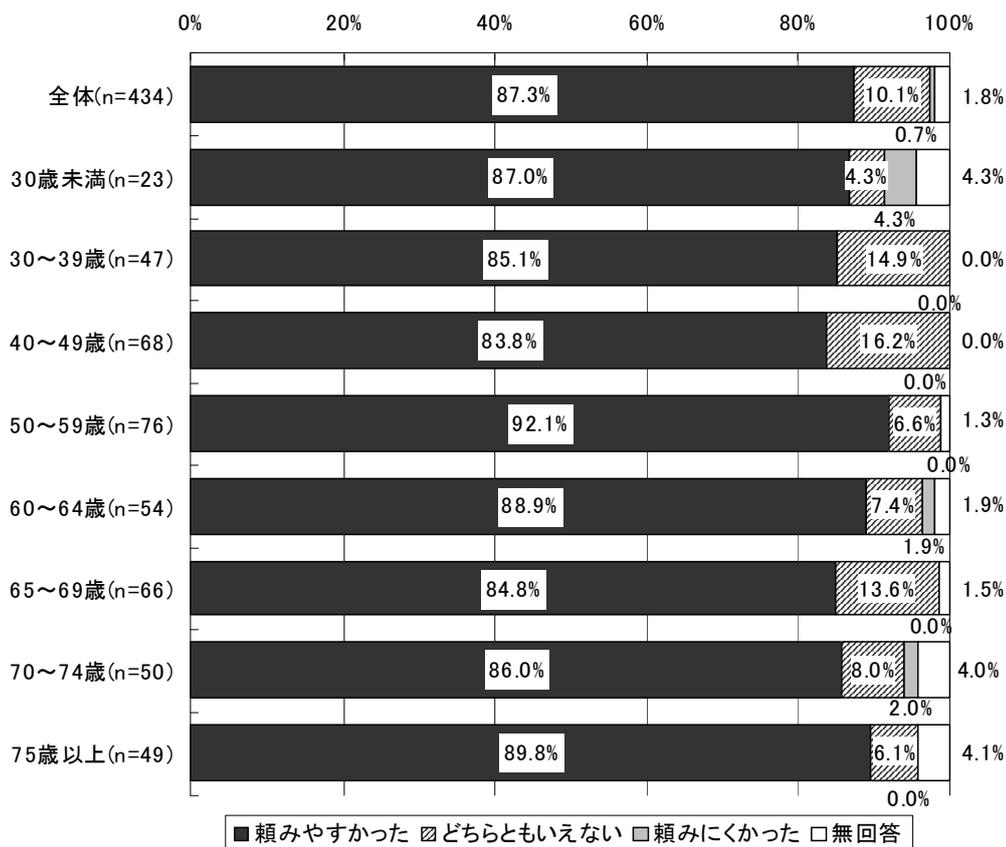


【頼みにくかった理由】(自由記述式)

- ・ 薬局側があまり積極的でない感じがした。
- ・ 会計後だったため。
- ・ ジェネリック医薬品は医師も責任が持てないと・・・。

薬剤師に後発医薬品の調剤を頼みやすかったかについて年齢階級別にみると、50～59歳で「頼みやすかった」が92.1%と全体と比較して相対的に高い結果となったが、全ての年齢階級で「頼みやすかった」という回答が8割を超えた。

図表 179 薬剤師に後発医薬品の調剤を頼みやすかったか
(調剤をお願いした経験のある人、年齢階級別)

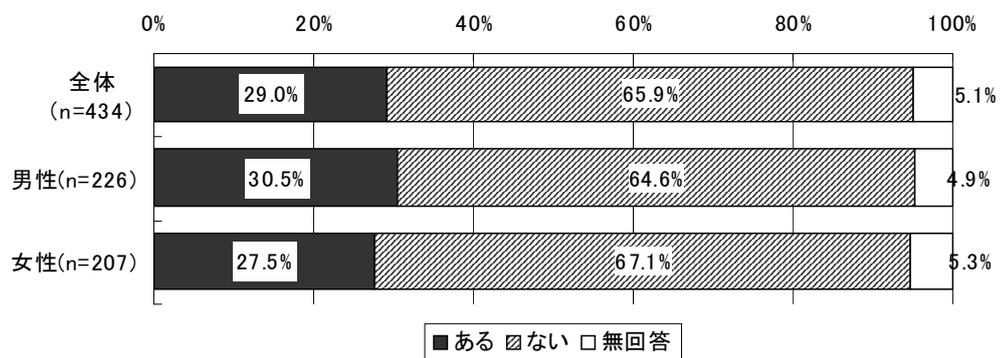


7) 薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無等

薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験のある人に対して、薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無を尋ねたところ、変更してもらえなかった経験が「ある」は29.0%、「ない」は65.9%となった。

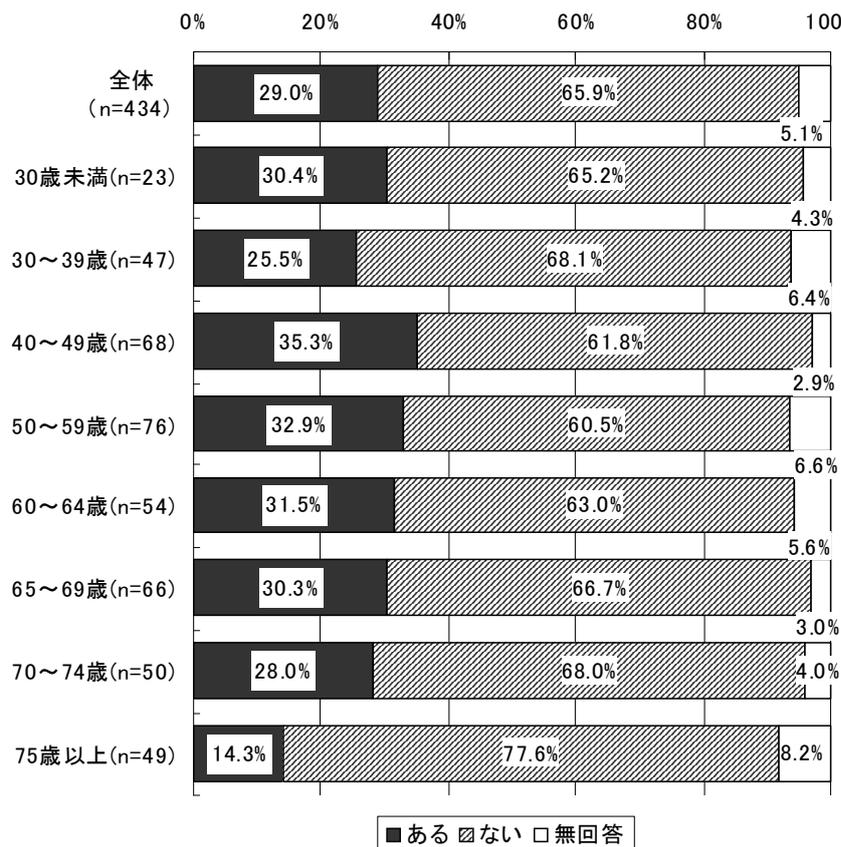
男女による大きな差異は見られなかった。

図表 180 薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無
(薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験のある人、男女別)



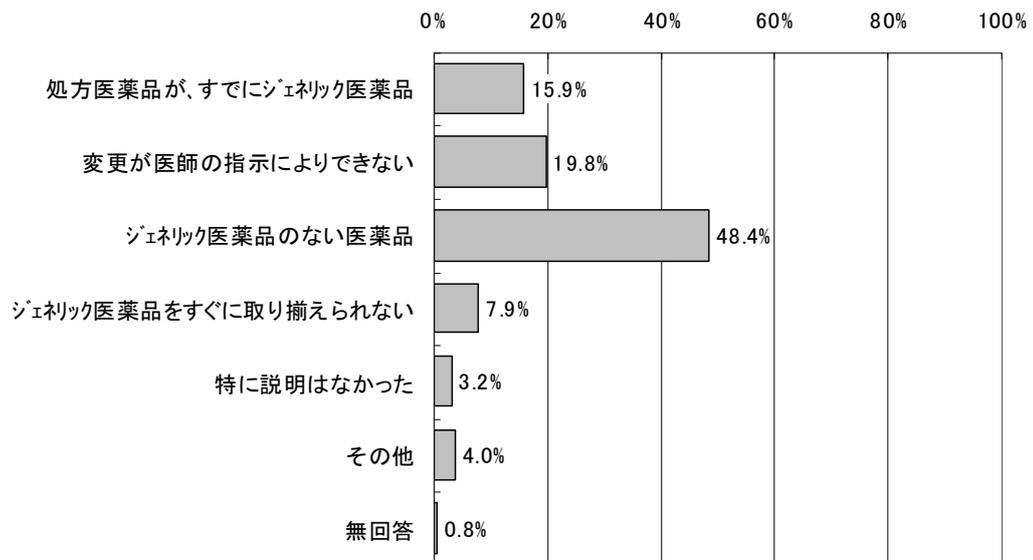
薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無について年齢階級別にみると、30～39歳、70～74歳、75歳以上の各年齢階級以外の年齢階級では変更してもらえなかった経験が「ある」と回答した割合が3割を超えた。

図表 181 薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無
(薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験のある人、年齢階級別)



薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験のある人に対して、後発医薬品に変更してもらえなかった際の薬局からの説明内容を尋ねたところ、「ジェネリック医薬品のない医薬品」（48.4%）が最も多く、次いで「変更が医師の指示によりできない」（19.8%）であった。

図表 182 後発医薬品に変更してもらえなかった際の薬局からの説明内容
 （薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験のある人、単数回答、n=126）



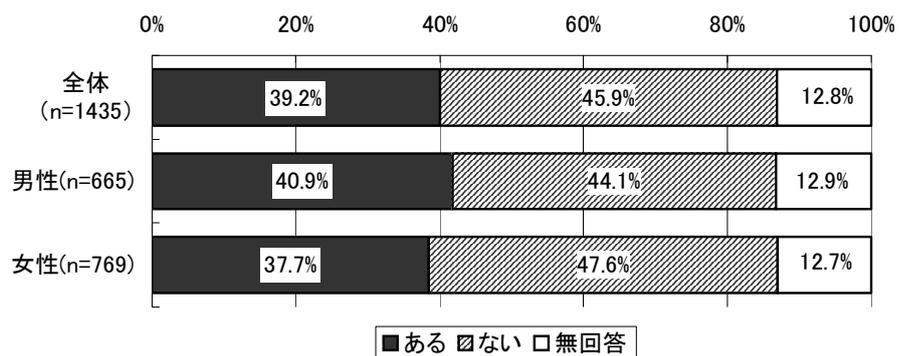
（注）「その他」の回答として、「先発品とジェネリックとの値段の差がないから」、「少し高くても先発医薬品のほうがよいから」等が挙げられた。

8) 先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無

後発医薬品を知っている人について、先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無をみると、提示された経験が「ある」が39.2%、「ない」が45.9%であった。

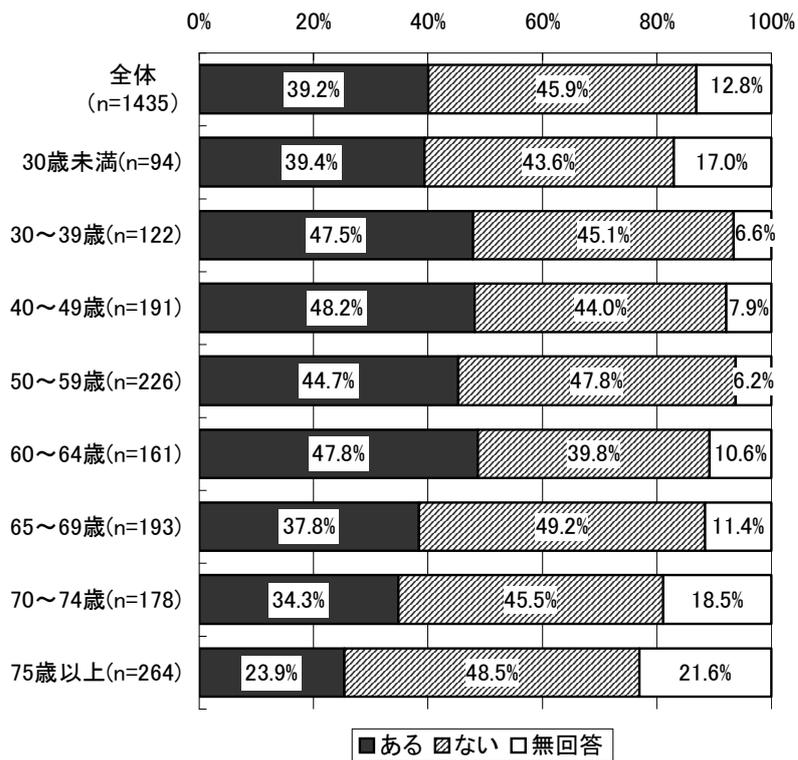
男女別にみると、男性では「ある」が40.9%となり、女性（37.7%）よりも3.2ポイント高かった。

図表 183 先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無
(後発医薬品を知っている人、男女別)



年齢階級別に先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無をみると、30～39歳、40～49歳、60～64歳では「ある」と回答した割合が5割近くとなったが、75歳以上では23.9%と全体や他の年齢階級と比較して低い結果となった。

図表 184 先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)

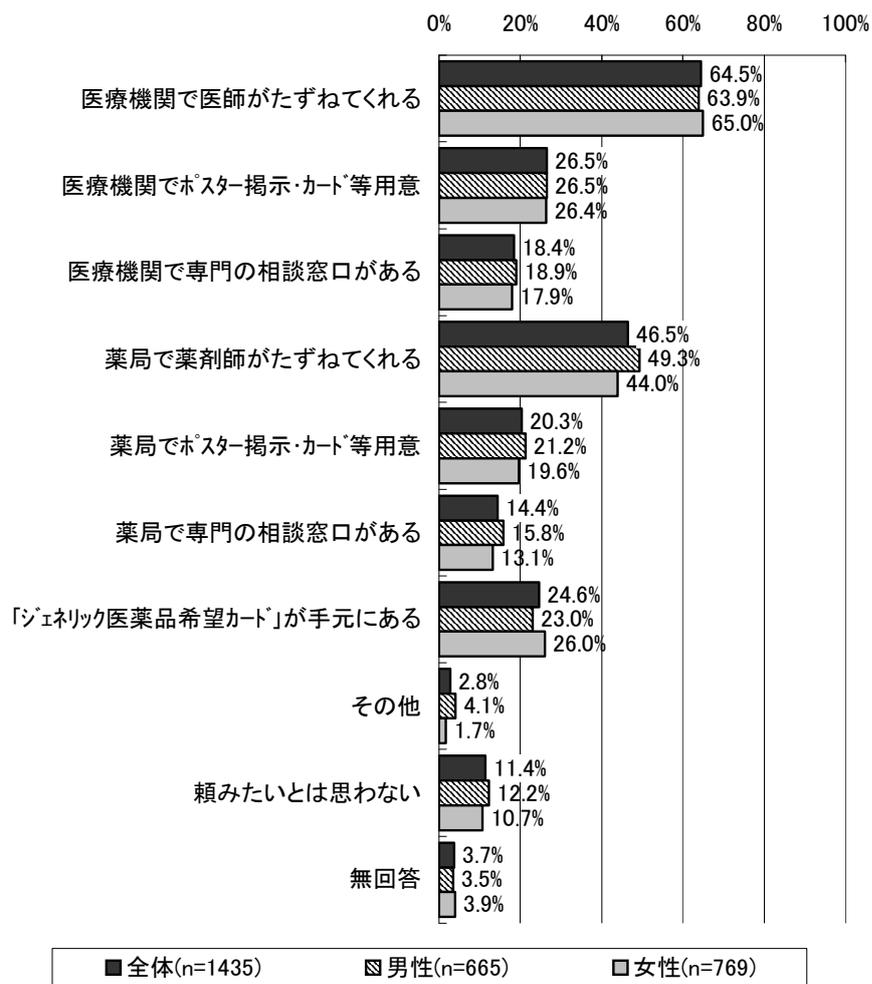


9) 後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策

後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策についてみると、「医療機関で医師がたずねてくれる」(64.5%)が最も多く、次いで「薬局で薬剤師がたずねてくれる」(46.5%)、「医療機関でポスター掲示・カード等用意」(26.5%)であった。

男女による大きな差異はみられなかった。

図表 185 後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策（複数回答、男女別）



(注) 「その他」の回答として、「もっと医師が積極的にジェネリックの処方をするべき」(同旨7件)、「誰にも問いかけをする義務があるよう制度化する」(同旨3件)、「薬価を比べて開示する」(同旨3件)、「ジェネリックが何なのかもっと一般的になるよう宣伝すればわかりやすい」、「(薬が新しく、もしくは変更時)処方せん又は別紙を添付して、今回処方された薬にはジェネリック医薬品が存在していることを明記し、選択できることを記載する。」等が挙げられた。

【頼みたいと思わない理由】（自由記述式）

- ・ 後発医薬品は不安／効果がない（同旨 31 件）。
- ・ 医師の処方どおりがよい（同旨 21 件）。
- ・ 先発医薬品のほうが安心（同旨 18 件）。
- ・ 今までの薬を変えるのが嫌だ（同旨 9 件）。
- ・ 後発医薬品に変えたら調子が悪くなった（同旨 7 件）。
- ・ 面倒（同旨 5 件）。
- ・ どちらでもよい／興味がない（同旨 3 件）。
- ・ 思ったほど安くないから（同旨 3 件）。
- ・ 自己負担がないから（同旨 3 件）。　／等

年齢階級別に後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策についてみると、すべての年齢階級で「医療機関で医師がたずねてくれる」が最も高い結果となった。50～59歳では他の年齢階級と比較して「医療機関でポスター掲示・カード等用意」、「薬局でポスター掲示・カード等用意」や「『ジェネリック医薬品希望カード』が手元にある」の割合が相対的に高い結果となった。

図表 186 後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策（複数回答、年齢階級別）

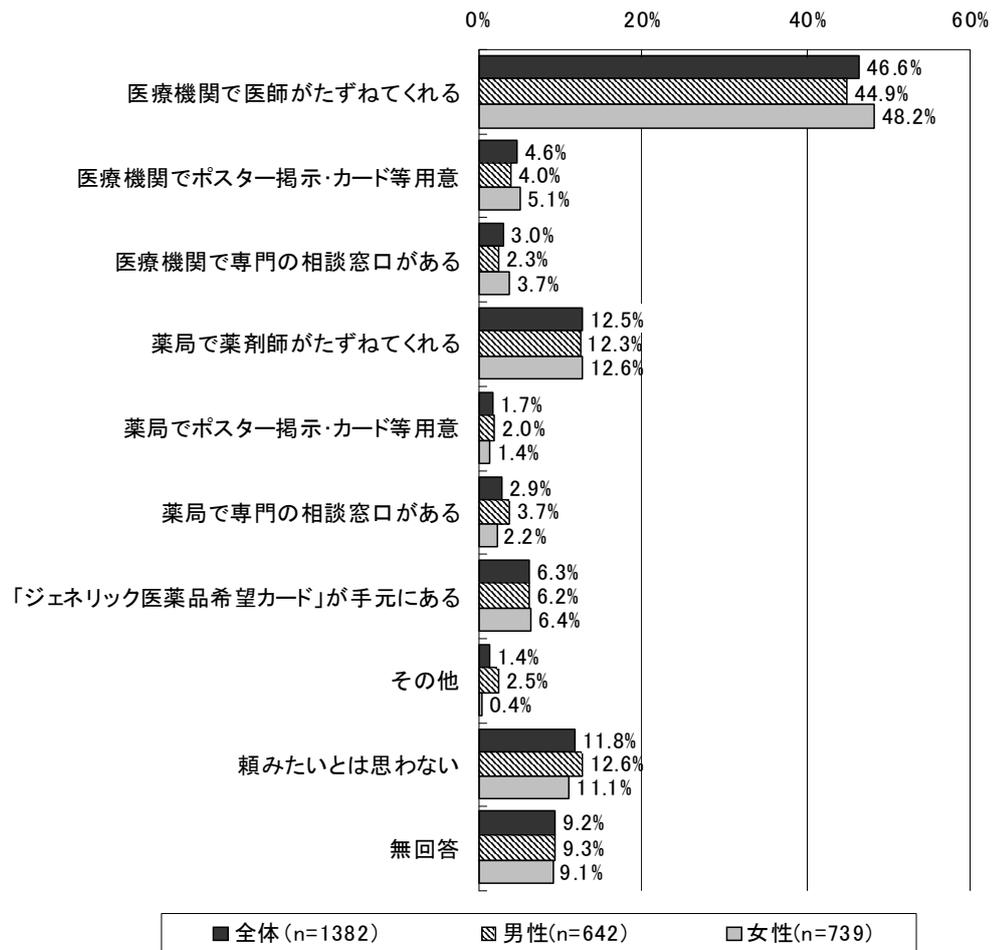
（単位：上段「人」／下段「%」）

	総数	医療機関で医師がたずねてくれる	医療機関でポスター掲示・カード等用意	医療機関で専門の相談窓口がある	薬局で薬剤師がたずねてくれる	薬局でポスター掲示・カード等用意	薬局で専門の相談窓口がある	「ジェネリック医薬品希望カード」が手元にある	その他	頼みたいとは思わない	無回答
全体	1,435 100.0	925 64.5	380 26.5	264 18.4	667 46.5	292 20.3	206 14.4	353 24.6	40 2.8	163 11.4	53 3.7
30歳未満	94 100.0	68 72.3	24 25.5	15 16.0	44 46.8	16 17.0	11 11.7	31 33.0	2 2.1	9 9.6	1 1.1
30～39歳	122 100.0	78 63.9	30 24.6	25 20.5	55 45.1	27 22.1	12 9.8	34 27.9	7 5.7	13 10.7	1 0.8
40～49歳	191 100.0	128 67.0	56 29.3	40 20.9	90 47.1	38 19.9	31 16.2	61 31.9	7 3.7	22 11.5	2 1.0
50～59歳	226 100.0	144 63.7	75 33.2	45 19.9	100 44.2	54 23.9	33 14.6	65 28.8	9 4.0	22 9.7	2 0.9
60～64歳	161 100.0	106 65.8	42 26.1	32 19.9	83 51.6	37 23.0	25 15.5	39 24.2	4 2.5	14 8.7	2 1.2
65～69歳	193 100.0	126 65.3	52 26.9	37 19.2	91 47.2	42 21.8	32 16.6	48 24.9	2 1.0	25 13.0	7 3.6
70～74歳	178 100.0	119 66.9	51 28.7	29 16.3	96 53.9	39 21.9	30 16.9	36 20.2	7 3.9	14 7.9	8 4.5
75歳以上	264 100.0	151 57.2	50 18.9	40 15.2	106 40.2	39 14.8	32 12.1	39 14.8	2 0.8	44 16.7	29 11.0

後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために最も重要と思うことを尋ねたところ、「医療機関で医師がたずねてくれる」が46.6%と最も多かった。

男女による大きな差異はみられなかった。

図表 187 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために最も重要と思うこと
(単数回答、男女別)



年齢階級別に後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために最も重要と思うことをみると、すべての年齢階級で「医療機関で医師がたずねてくれる」が最も高い結果となった。

図表 188 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために最も重要と思うこと
(単数回答、年齢階級別)

(単位：上段「人」／下段「%」)

	総数	医療機関で医師がたずねてくれる	医療機関でポスター掲示・カード等用意	医療機関で専門の相談窓口がある	薬局で薬剤師がたずねてくれる	薬局でポスター掲示・カード等用意	薬局で専門の相談窓口がある	「ジェネリック医薬品希望カード」が手元にある	その他	頼みたいとは思わない	無回答
全体	1,382 100.0	644 46.6	64 4.6	42 3.0	173 12.5	23 1.7	40 2.9	87 6.3	19 1.4	163 11.8	127 9.2
30歳未満	93 100.0	48 51.6	5 5.4	0 0.0	10 10.8	1 1.1	2 2.2	8 8.6	2 2.2	9 9.7	8 8.6
30～39歳	121 100.0	53 43.8	8 6.6	3 2.5	15 12.4	0 0.0	3 2.5	14 11.6	5 4.1	13 10.7	7 5.8
40～49歳	189 100.0	89 47.1	6 3.2	7 3.7	26 13.8	2 1.1	7 3.7	13 6.9	4 2.1	22 11.6	13 6.9
50～59歳	224 100.0	102 45.5	16 7.1	12 5.4	23 10.3	7 3.1	6 2.7	15 6.7	4 1.8	22 9.8	17 7.6
60～64歳	159 100.0	74 46.5	8 5.0	8 5.0	18 11.3	6 3.8	4 2.5	12 7.5	1 0.6	14 8.8	14 8.8
65～69歳	186 100.0	91 48.9	5 2.7	6 3.2	23 12.4	1 0.5	7 3.8	11 5.9	0 0.0	25 13.4	17 9.1
70～74歳	170 100.0	76 44.7	7 4.1	2 1.2	31 18.2	3 1.8	5 2.9	6 3.5	1 0.6	14 8.2	25 14.7
75歳以上	235 100.0	106 45.1	9 3.8	4 1.7	27 11.5	3 1.3	6 2.6	8 3.4	2 0.9	44 18.7	26 11.1

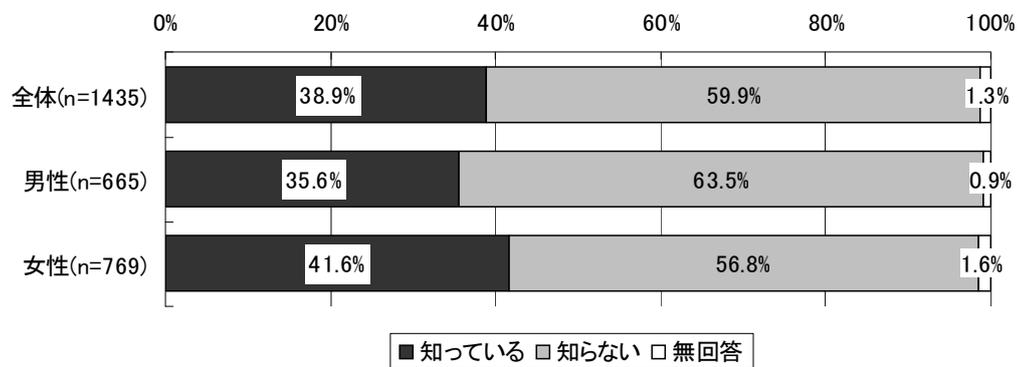
④ジェネリック医薬品カードの認知度等

1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度についてみると、「知っている」が38.9%、「知らない」が59.9%となった。

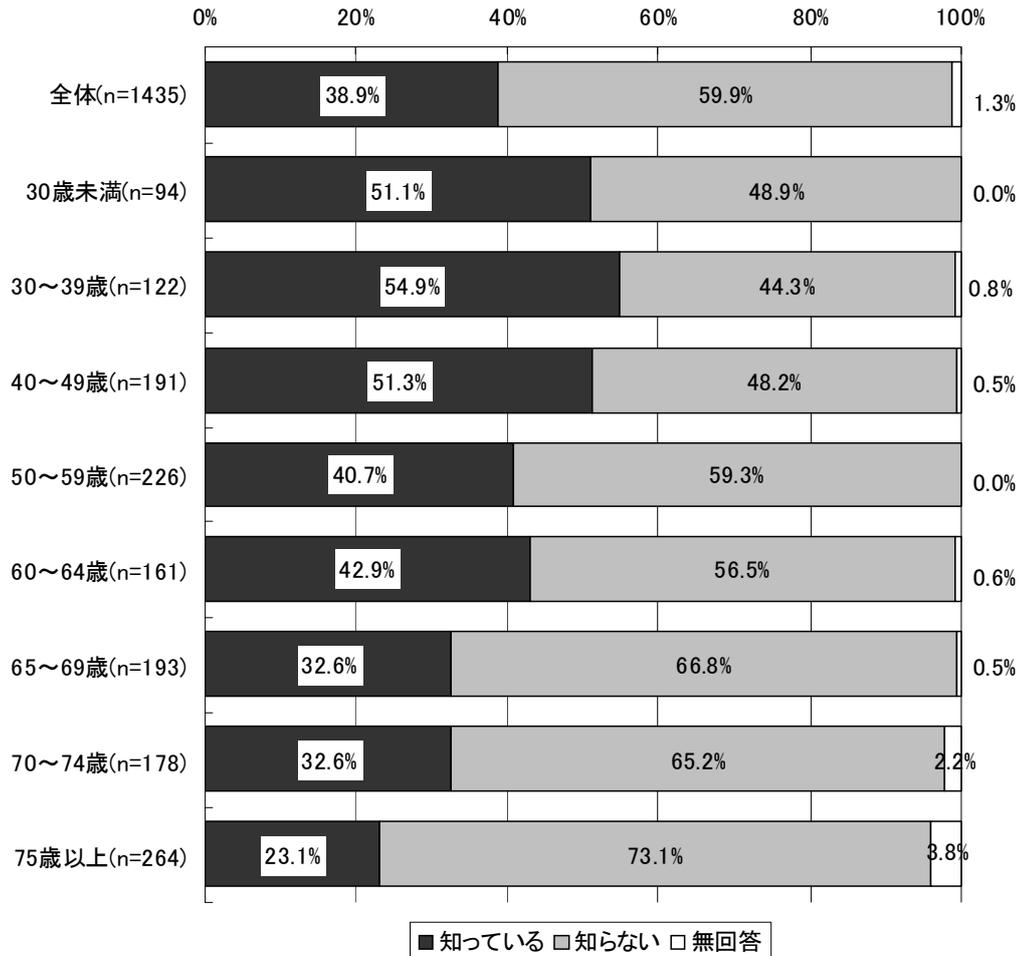
男女別にみると、女性では「知っている」が41.6%となり、男性（35.6%）と比べると6.0ポイント高かった。

図表 189 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（男女別）



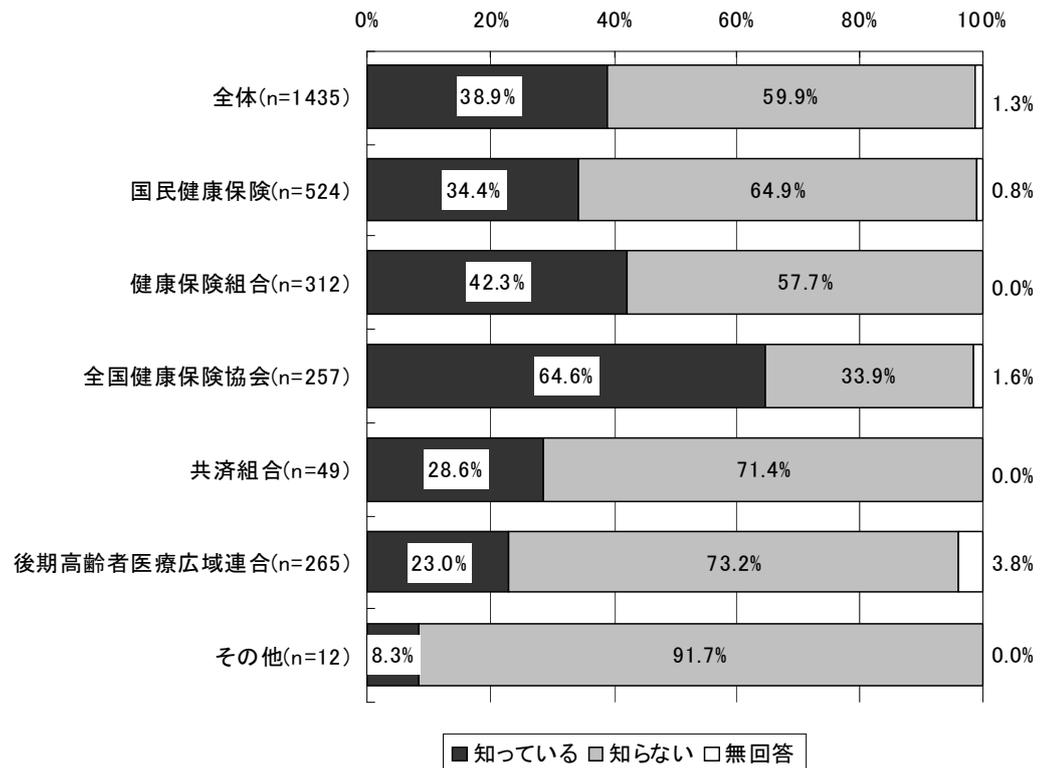
年齢階級別に「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度についてみると、50歳未満では「知っている」の回答割合が5割以上となっており、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高かった。一方、65歳以上では「知らない」の回答割合が6割を超え、全体と比較して相対的に高かった。

図表 190 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（年齢階級別）



公的医療保険の種類別に「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、「知っている」は「全国健康保険協会」（64.6%）が最も高く、次いで「健康保険組合」（42.3%）であった。一方、「共済組合」「後期高齢者医療広域連合」では、「知らない」が7割以上となった。

図表 191 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（公的医療保険の種類別）

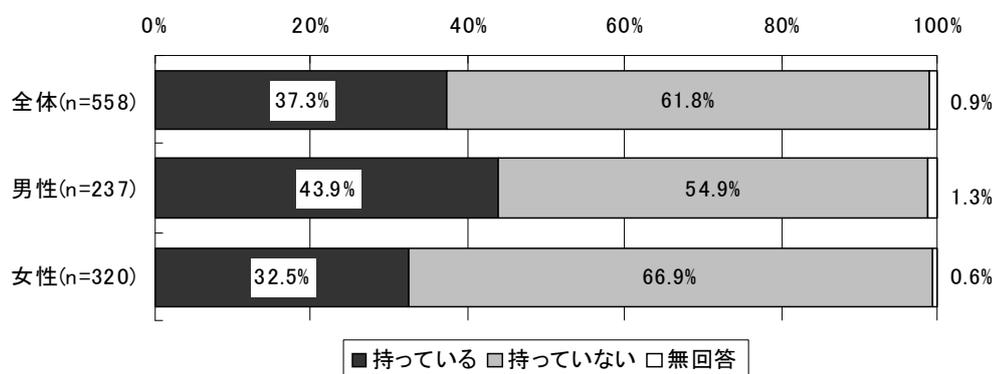


2) 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況

「ジェネリック医薬品希望カード」を「知っている」と回答した人に対して「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況を尋ねたところ、「持っている」が37.3%、「持っていない」が61.8%となった。

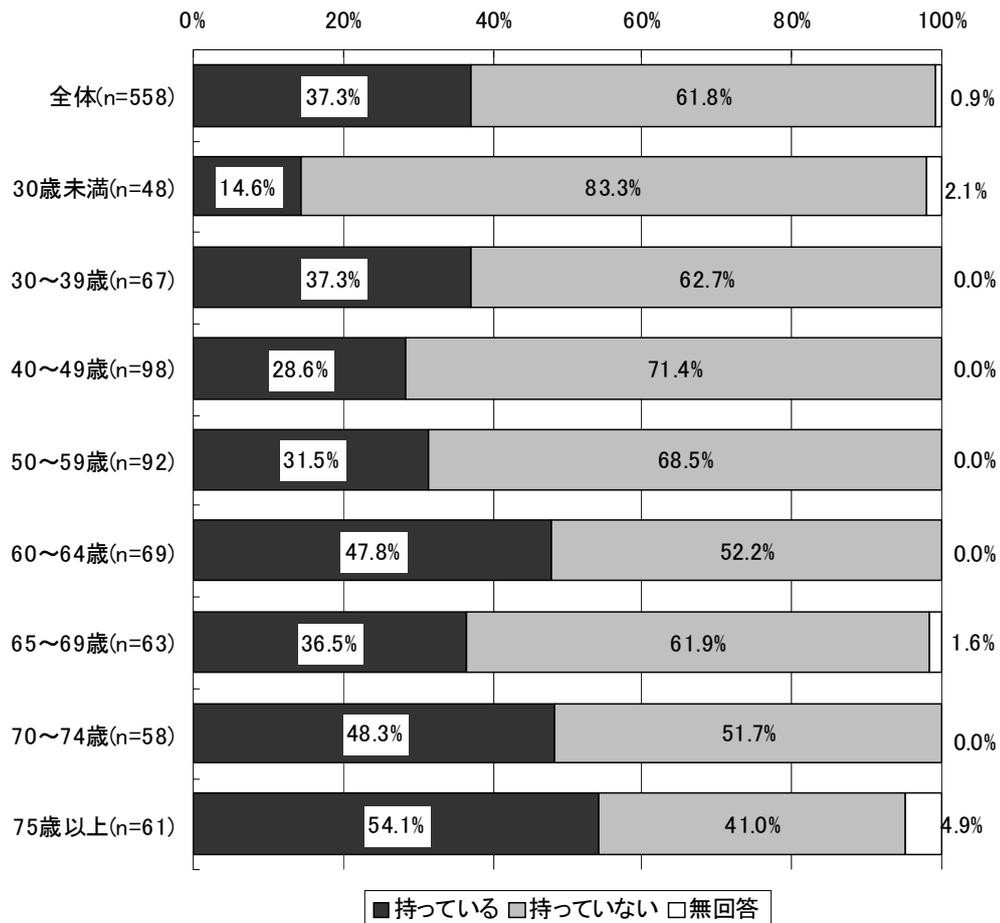
男女別にみると、男性では「持っている」が43.9%となり、女性（32.5%）と比べると11.4ポイント高かった。

図表 192 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況
（「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人、男女別）



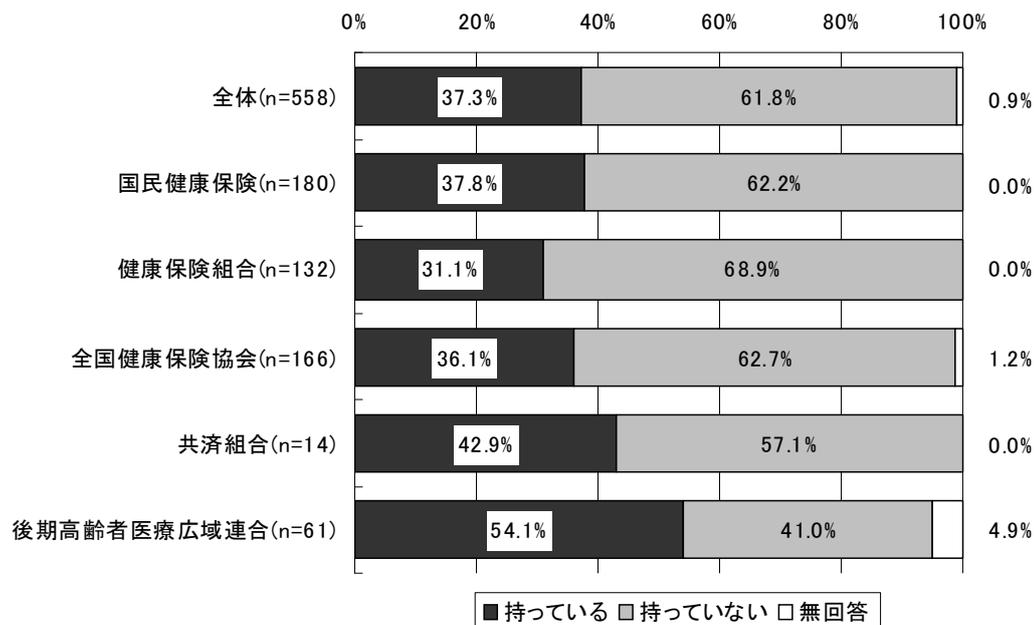
年齢階級別に「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況をみると、75歳以上で「持っている」と回答した割合が5割を超え、全体と比べて相対的に高い結果となった。一方、30歳未満では、「持っている」が14.6%と全体や他の年齢階級に比較して非常に低い結果となった。

図表 193 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況
 (「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人、年齢階級別)



公的医療保険の種類別に「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況をみると、「後期高齢者医療広域連合」では「持っている」という回答が5割を超え、全体と比べても相対的に高かった。

図表 194 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況
(「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人、公的医療保険の種類別)

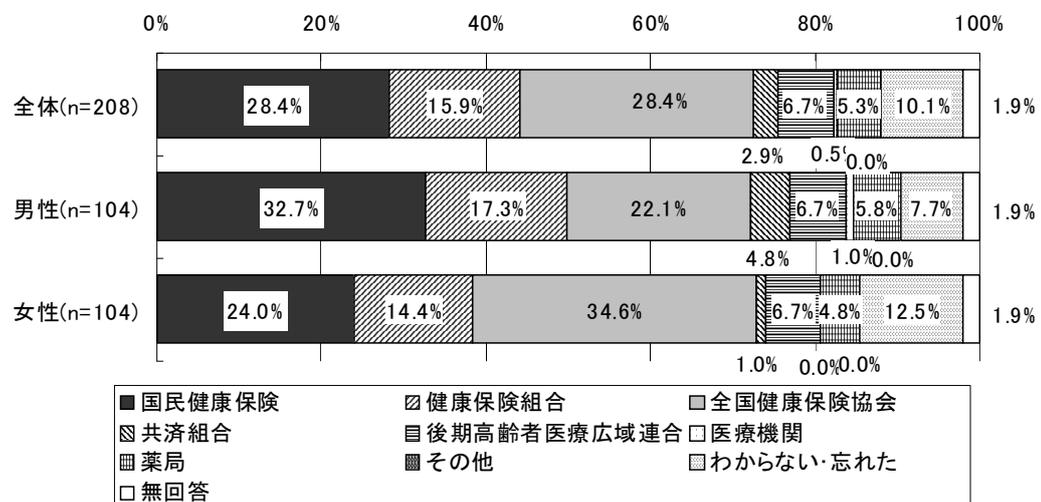


3) 「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人について「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元をみると、全体では、「全国健康保険協会」、「国民健康保険」がともに28.4%と最も多く、次いで「健康保険組合」（15.9%）となった。

男女別にみると、男性では「国民健康保険」（32.7%）が最も多く、次いで「全国健康保険協会」（22.1%）、「健康保険組合」（17.3%）となった。女性では「全国健康保険協会」（34.6%）が最も多く、次いで「国民健康保険」（24.0%）、「健康保険組合」（14.4%）となった。

図表 195 「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元
 （「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人、男女別）

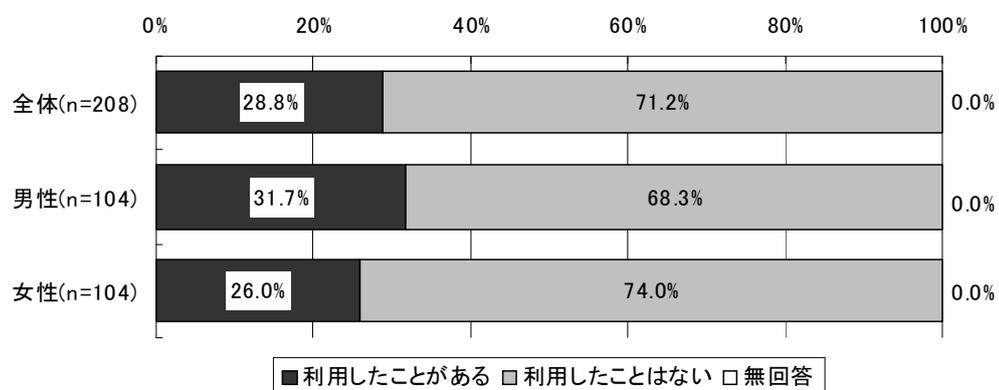


4) 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用経験の有無

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の利用経験の有無を尋ねたところ、「利用したことがある」が28.8%、「利用したことはない」が71.2%となった。

男女別にみると、男性では「利用したことがある」が31.7%となり、女性（26.0%）と比べると5.7ポイント高かった。

図表 196 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用経験の有無
（「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人、男女別）

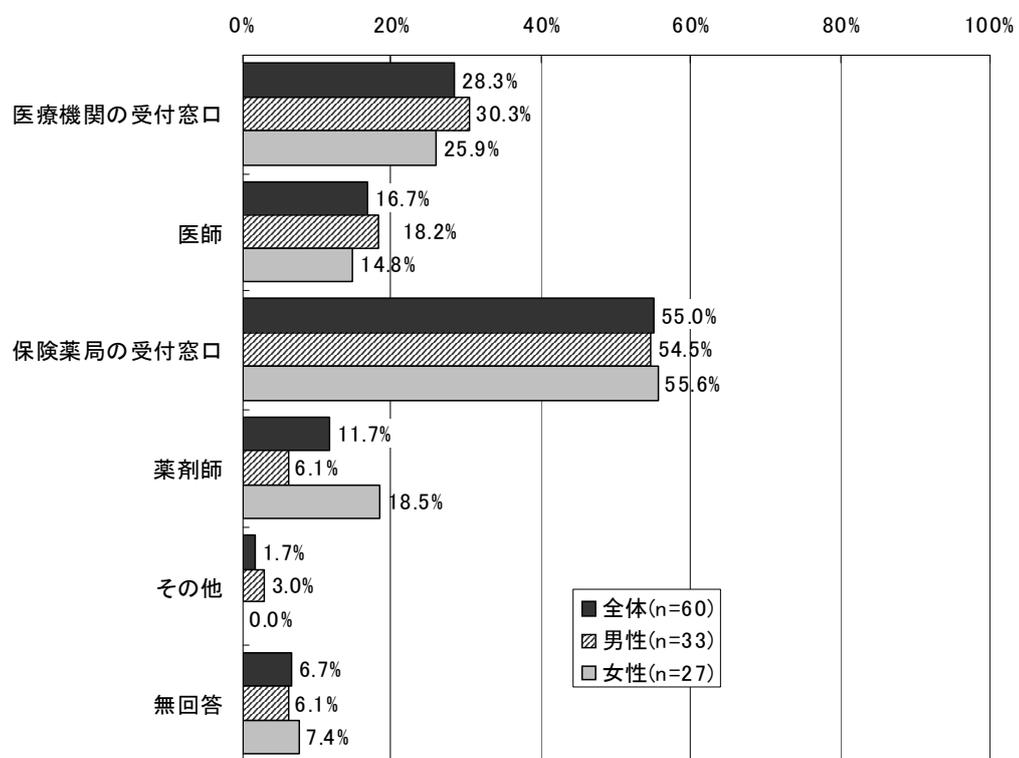


5) 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示先

「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の提示先をみると、全体では、「保険薬局の受付窓口」（55.0%）が最も多く、次いで「医療機関の受付窓口」（28.3%）、「医師」（16.7%）、「薬剤師」（11.7%）となった。

男女別にみると、女性では「薬剤師」と回答した割合が18.5%となり、男性（6.1%）と比べて12.4ポイント高い結果となった。

図表 197 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示先
 （「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人、男女別、複数回答）



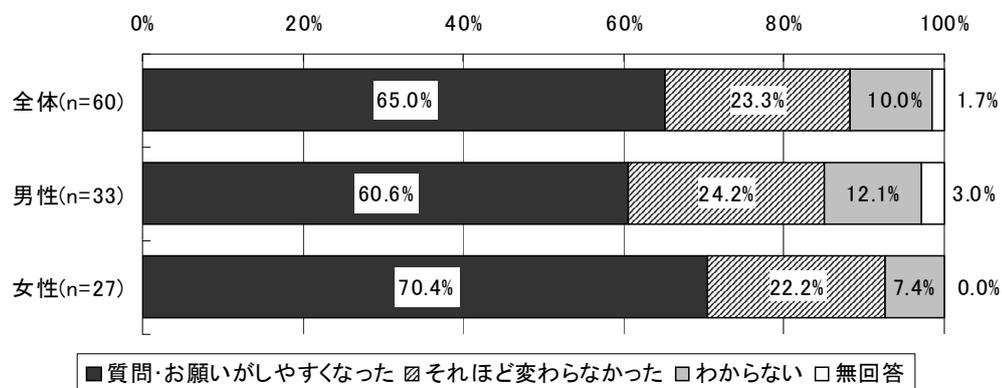
(注) 「その他」の回答として、「お薬手帳のビニールのケースと一緒に入れている。保険証も一緒に入っている」のでいつも持ち歩いている」が挙げられた。

6) 「ジェネリック医薬品希望カード」による医師や薬剤師への依頼のしやすさ

「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」によって医師や薬剤師に後発医薬品について質問やお願いがしやすくなったかどうかを尋ねたところ、「質問・お願いがしやすくなった」が 65.0%、「それほど変わらなかった」が 23.3%。「わからない」が 10.0%となった。

男女別にみると、女性では、「質問・お願いがしやすくなった」が 70.4%となり、男性 (60.6%) よりも 9.8 ポイント高かった。

図表 198 「ジェネリック医薬品希望カード」による医師や薬剤師への依頼のしやすさ
(「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人、男女別)

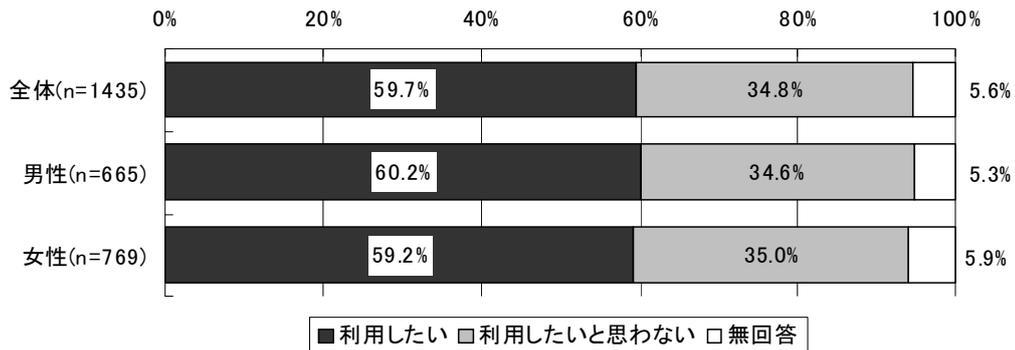


7) 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向

「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向を尋ねたところ、「利用したい」が59.7%、「利用したいと思わない」が34.8%となった。

男女による大きな差異はみられなかった。

図表 199 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向（男女別）

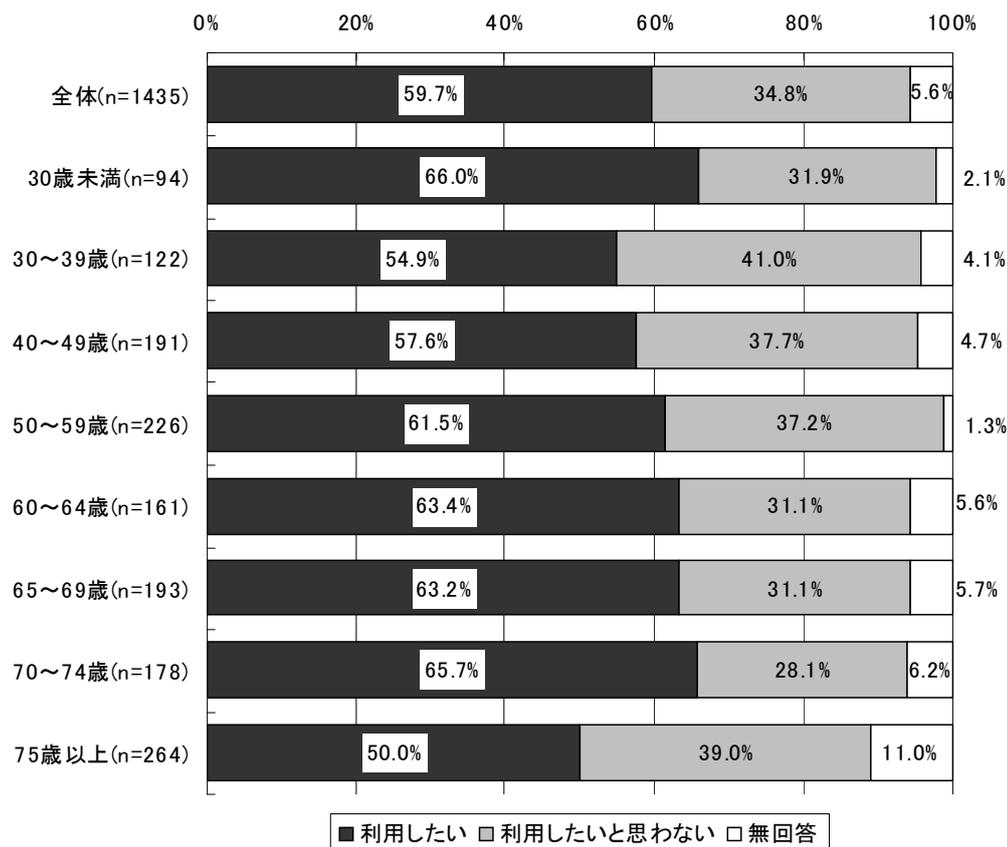


【利用したいと思わない理由】（自由記述式、多いもの）

- ・ ジェネリックに変えようと思わないから（同旨 74 件）
- ・ 口頭で言えるから（同旨 51 件）。
- ・ 医師に任せているから（同旨 42 件）。
- ・ 面倒だから（同旨 40 件）。
- ・ 薬剤師に任せている／薬剤師が説明してくれるから（同旨 18 件）。
- ・ 今までの薬を変えるのが嫌だから（同旨 14 件）。
- ・ カードがいっぱいになるのが嫌だから（同旨 11 件）。
- ・ 自己負担がないから（同旨 8 件）。
- ・ どちらでもよい／興味がない（同旨 3 件）。
- ・ 思ったほど安くないから（同旨 3 件）。 / 等

年齢階級別に「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向を尋ねたところ、30歳未満、50～74歳で「利用したい」と回答した割合が6割を超え、全体と比較して高い結果となった。一方、30～39歳、75歳以上で「利用したいと思わない」と回答した割合が4割近くとなり、他の年齢階級と比べて相対的に高い結果となった。

図表 200 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向（年齢階級別）

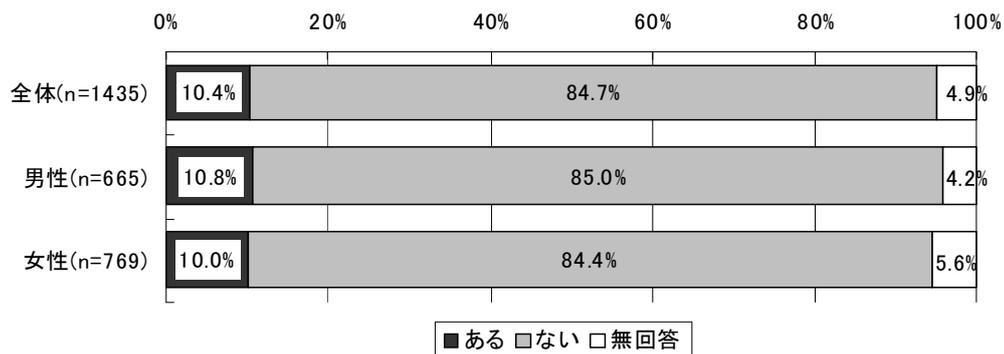


8) 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り経験

「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受け取り経験についてみると、「ある」が10.4%、「ない」が84.7%となった。

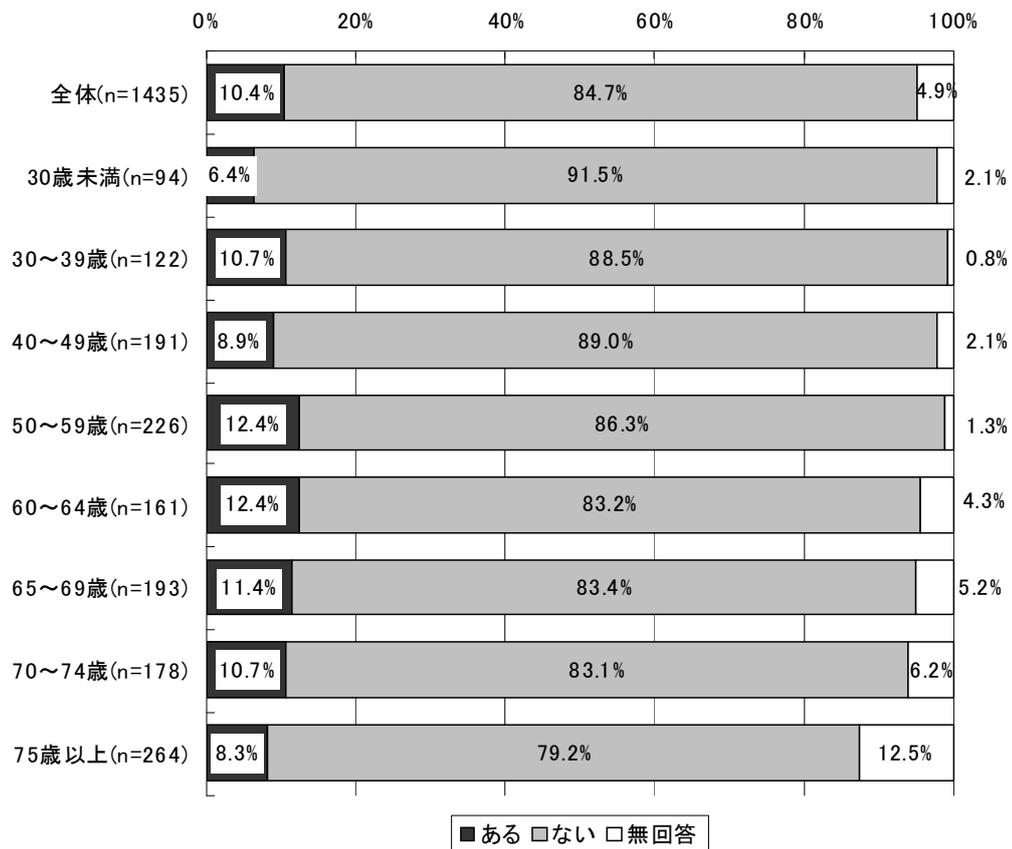
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 201 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り経験（男女別）



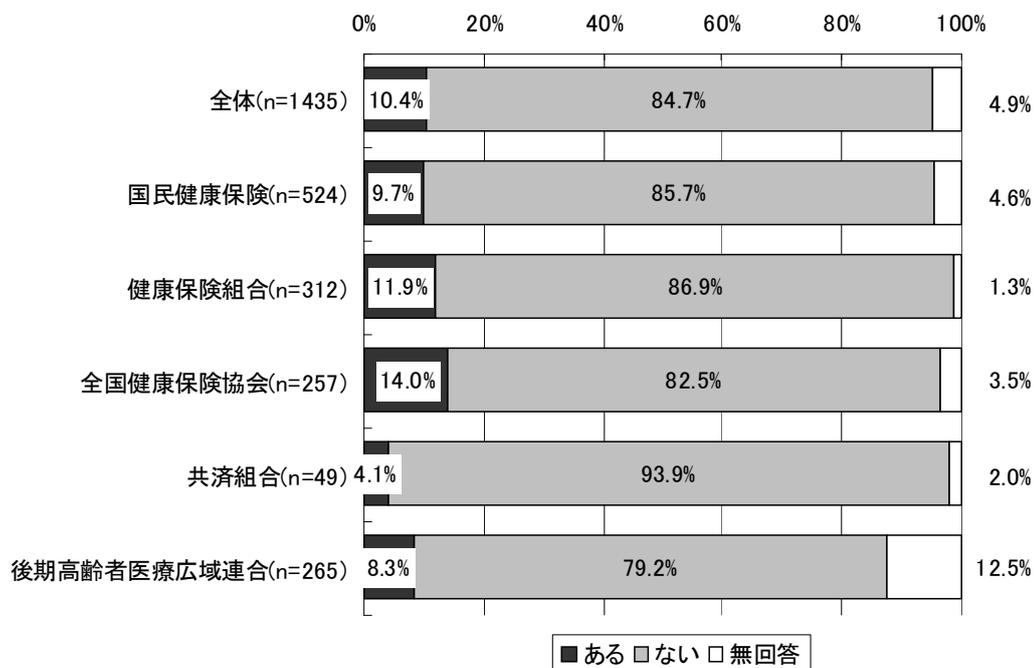
年齢階級別に「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受け取り経験についてみると、30歳未満で「ある」と回答した割合が6.4%と全体や他の年齢階級と比較して、相対的に低い結果となった。

図表 202 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受け取り経験（年齢階級別）



公的医療保険の種類別に、「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受け取り経験をみると、「全国健康保険協会」、「健康保険組合」では「ある」という回答が1割を超え、全体と比べても相対的に高かった。

図表 203 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り経験（公的医療保険の種類別）

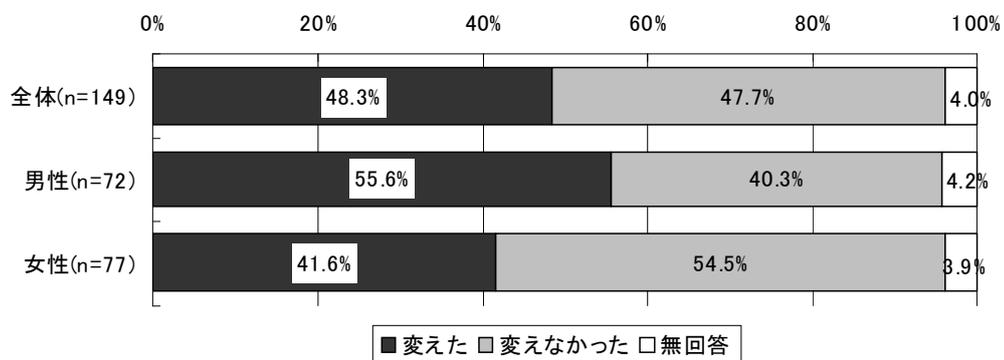


9) 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したか

「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取った人に対して、「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したいかを尋ねたところ、「変えた」が48.3%、「変えなかった」が47.7%となった。

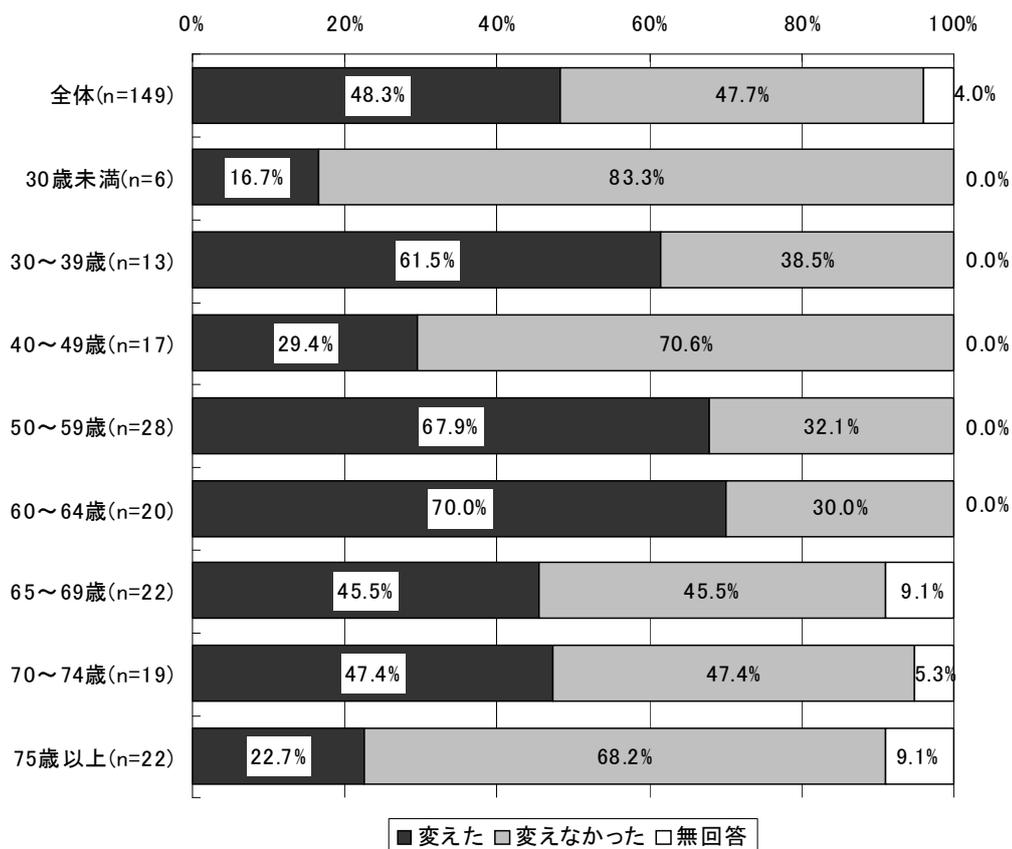
男女別にみると、男性では「変えた」が55.6%となり、女性（41.6%）よりも14.0ポイント高かった。

図表 204 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したか
（「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取った人、男女別）



「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したかについて年齢階級別にみると、30～39歳、50～59歳、60～64歳では「変えた」という回答が6割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方、30歳未満では「変えた」という回答が16.7%と他の年齢階級と比べて最も低い結果となった。

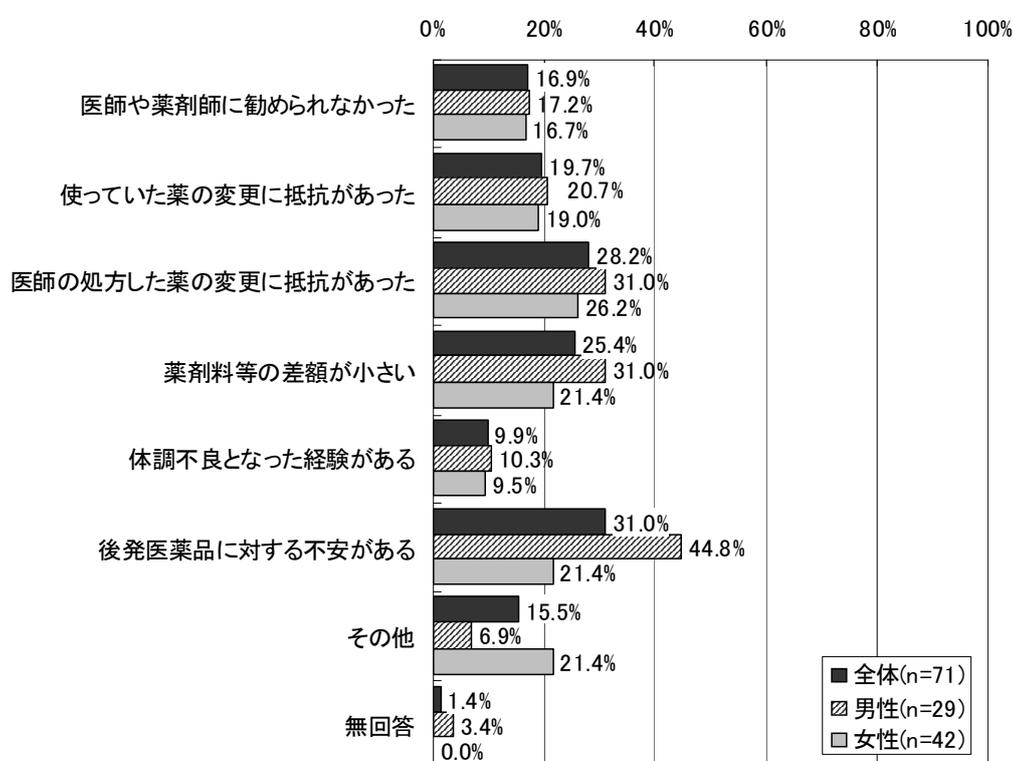
図表 205 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したか
 (「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取った人、年齢階級別)



「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取ったが後発医薬品に変更しなかった人について、後発医薬品に変更しなかった理由を尋ねたところ、全体では、「後発医薬品に対する不安がある」（31.0%）が最も多く、次いで「医師の処方した薬の変更に抵抗があった」（28.2%）、「薬剤料等の差額が小さい」（25.4%）、「使っていた薬の変更に抵抗があった」（19.7%）となった。

男女別にみると、男性では「後発医薬品に対する不安がある」が44.8%となり、女性（21.4%）よりも23.4ポイント高い結果となった。

図表 206 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取ったが後発医薬品に変更しなかった理由（「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取ったが変更しなかった人、男女別、複数回答）



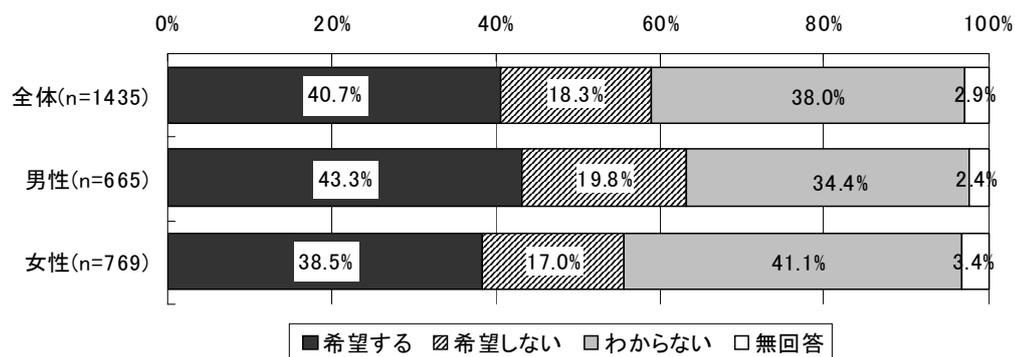
(注) 「その他」の回答として、「変更不可の処方せんだったから」（同旨2件）、「処方された薬にジェネリック医薬品がなかった」、「薬剤にアレルギーがあるため、処方薬を変更したくないから」等が挙げられた。

10) 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望

「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望についてみると、「希望する」が40.7%、「希望しない」が18.3%、「わからない」が38.0%となった。

男女別にみると、男性では「希望する」が43.3%となり、女性（38.5%）よりも4.8ポイント高かった。

図表 207 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望（男女別）

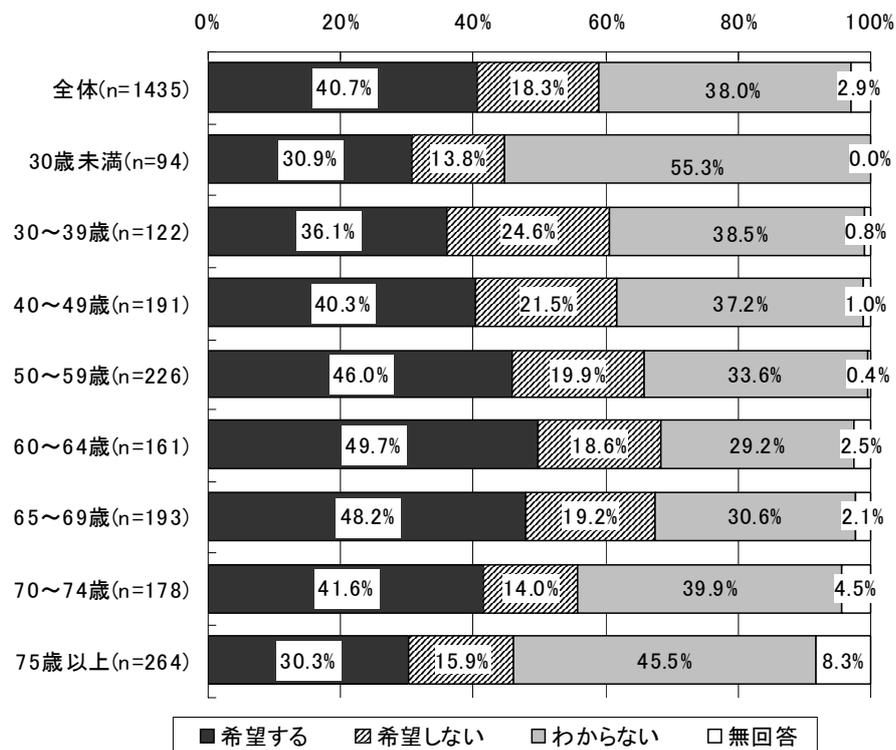


【受取りを希望しない理由】（自由記述式、多いもの）

- ・ ジェネリックに変えようと思わないから（同旨 36 件）。
- ・ コストがかかる／無駄だから（同旨 22 件）。
- ・ 薬局で教えてくれるから（同旨 18 件）。
- ・ 必要でないから（同旨 16 件）。
- ・ 面倒だから（同旨 5 件）。／等

年齢階級別に「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望をみると、40歳以上74歳以下では「希望する」という回答が4割を超えた。一方、「30歳未満」（30.9%）、「75歳以上」（30.3%）では、「希望する」の回答割合は全体と比べて相対的に低い結果となった。

図表 208 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望（年齢階級別）



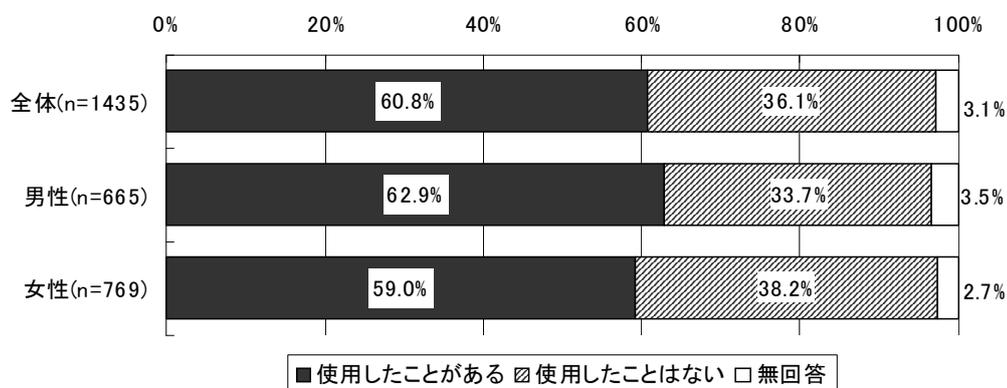
⑤後発医薬品の使用経験等

1) 後発医薬品の使用経験の有無

後発医薬品の使用経験の有無についてみると、後発医薬品の使用経験が「ある」という回答が60.8%、「ない」が36.1%であった。

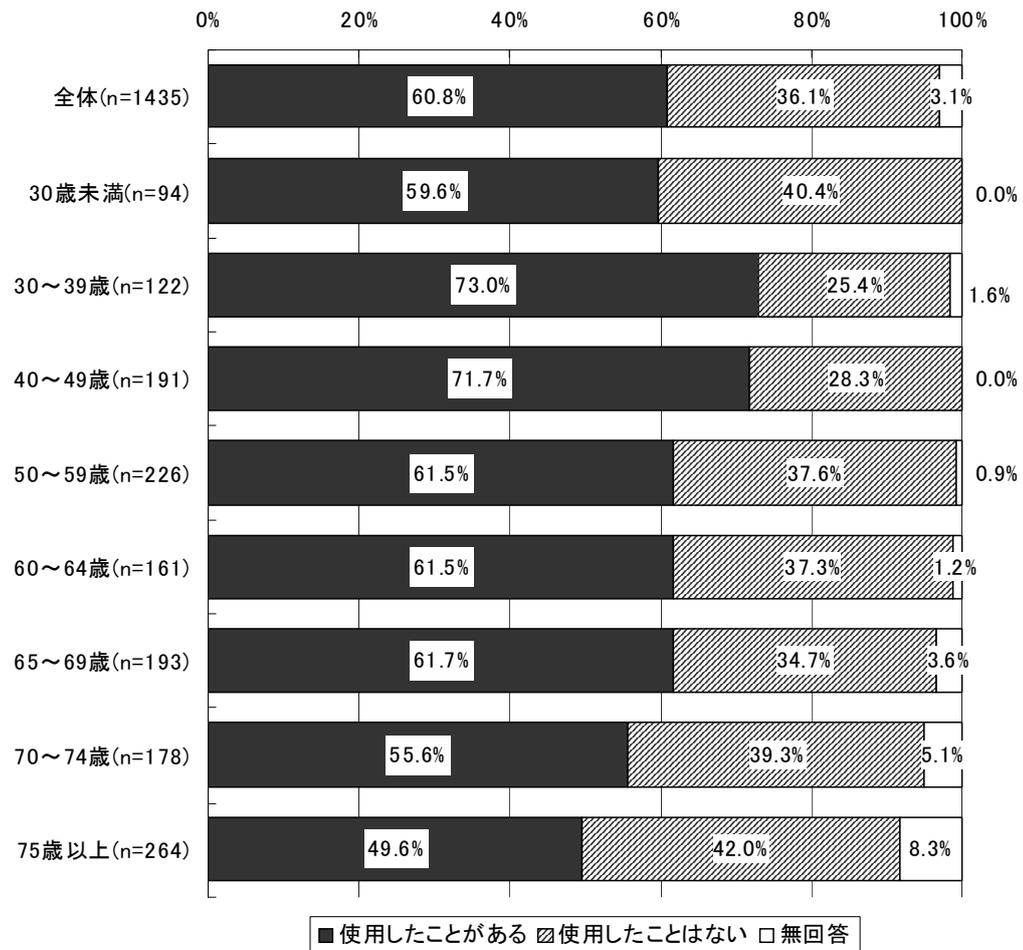
男女別にみると、男性（62.9%）は女性（59.0%）と比較して、「ある」という回答が3.9ポイント高い結果となった。

図表 209 後発医薬品の使用経験の有無（男女別）



年齢階級別に、後発医薬品の使用経験の有無をみると、70歳未満では「使用したことがある」という回答がおよそ6割以上となり、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方で、75歳以上では「使用したことがある」が5割に届かず、すべての年齢階級の中で最も低い結果となった。

図表 210 後発医薬品の使用経験の有無（年齢階級別）

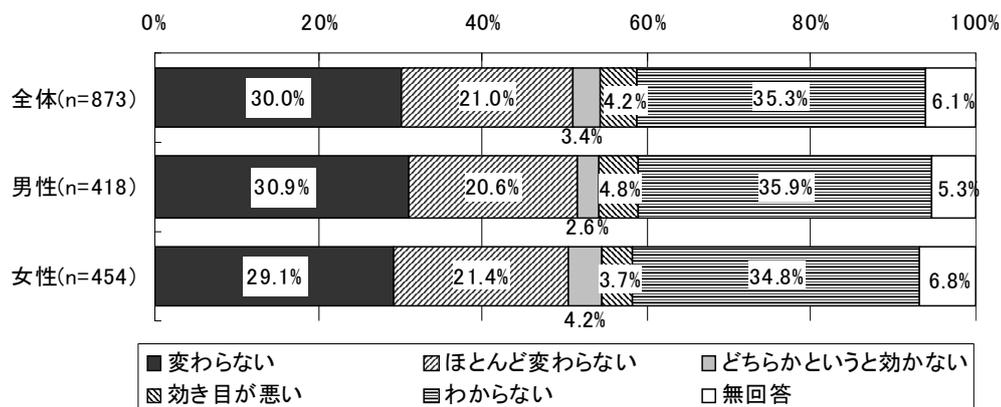


2) 先発医薬品と比較した後発医薬品の効果

後発医薬品を使用した経験のある人に対して、先発医薬品と比較した後発医薬品の効果を尋ねたところ、「変わらない」が30.0%、「ほとんど変わらない」が21.0%であり、両者を合わせると51.0%となった。

男女による大きな差異はみられなかった。

図表 211 先発医薬品と比較した後発医薬品の効果
(後発医薬品を使用した経験のある人、男女別)

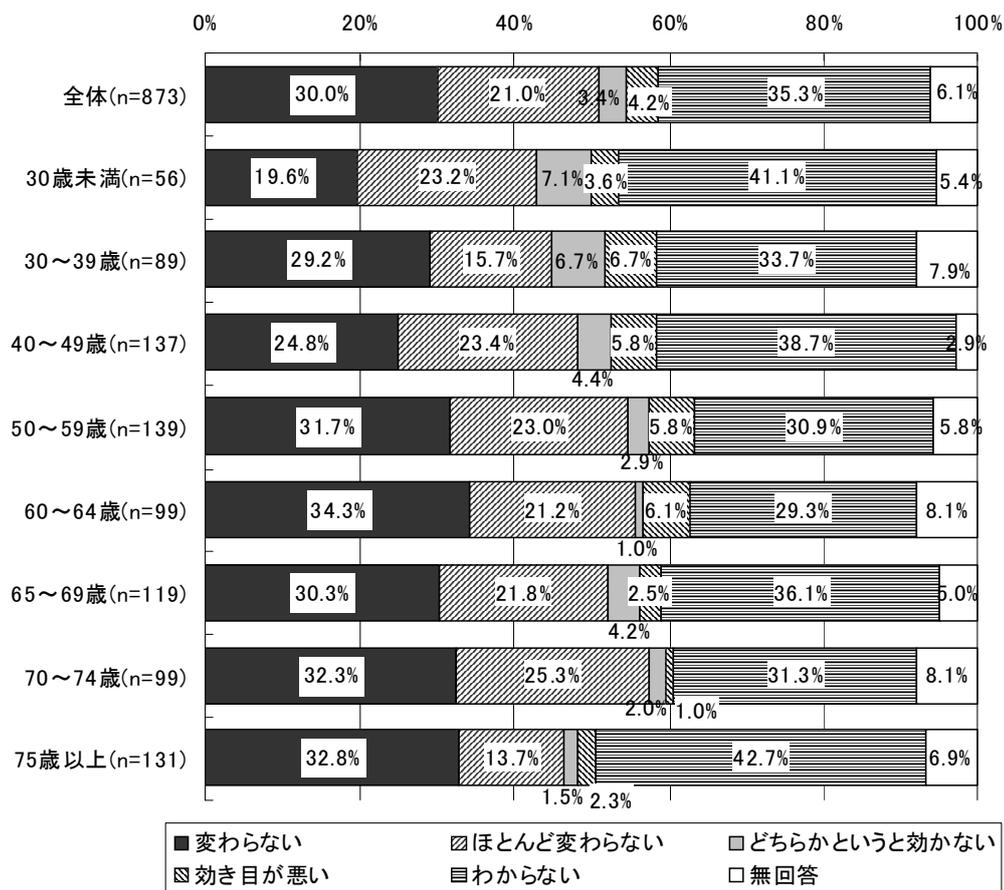


【効かなかった経験の具体的内容】(自由記述式、多いもの)

- ・ 鎮痛剤 A の後発医薬品 (16 件)。
- ・ 頭痛薬／鎮痛剤／痛み止め (5 件)。
- ・ 睡眠薬 (2 件)。
- ・ 抗生物質 (2 件)。 / 等

年齢階級別に先発医薬品と比較した後発医薬品の効果についてみると、50歳以上75歳未満で「変わらない」「ほとんど変わらない」を合計した割合が5割を超えた。

図表 212 先発医薬品と比較した後発医薬品の効果
(後発医薬品を使用した経験のある人、年齢階級別)

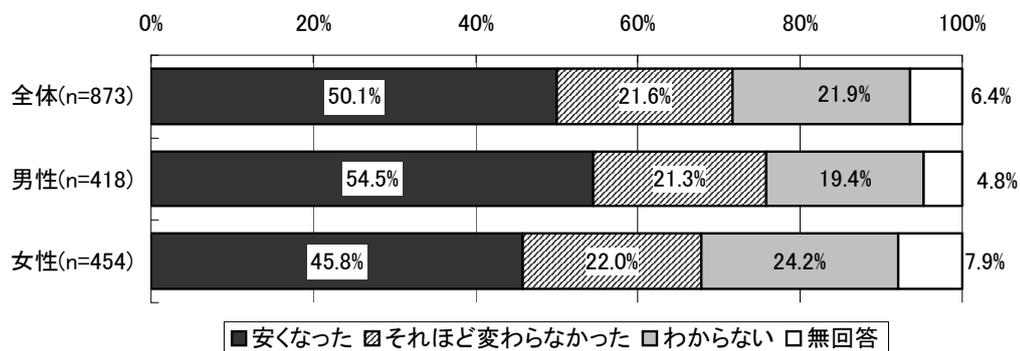


3) 窓口での薬代の負担感

後発医薬品の使用経験のある人に対して、医療機関や薬局窓口での薬代の負担感について尋ねたところ、「安くなった」が50.1%、「それほど変わらなかった」が21.6%、「わからない」が21.9%であった。

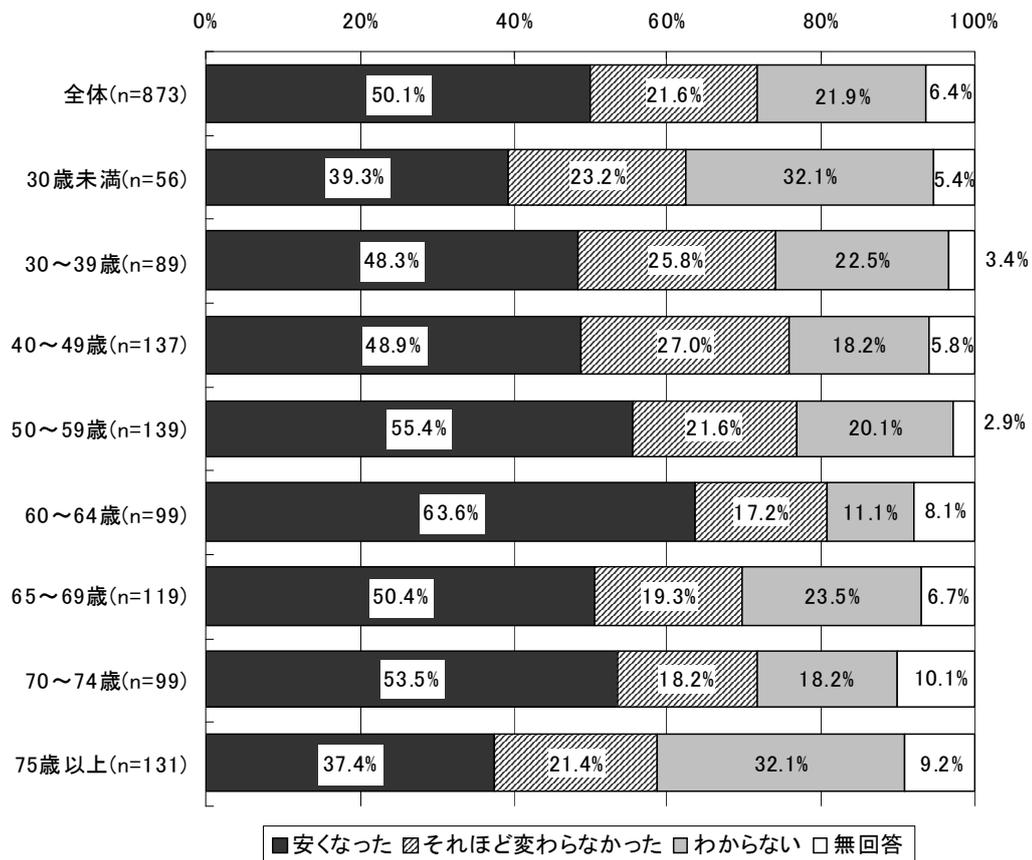
男女別にみると、男性では「安くなった」が54.5%となり、女性（45.8%）よりも8.7ポイント高い結果となった。

図表 213 窓口での薬代の負担感（後発医薬品の使用経験のある人、男女別）



年齢階級別に窓口での薬代の負担感をみると、50歳以上75歳未満の各年齢階級では「安くなった」という回答が5割を超えた。一方、30歳未満、75歳以上では「わからない」が32.1%と全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。

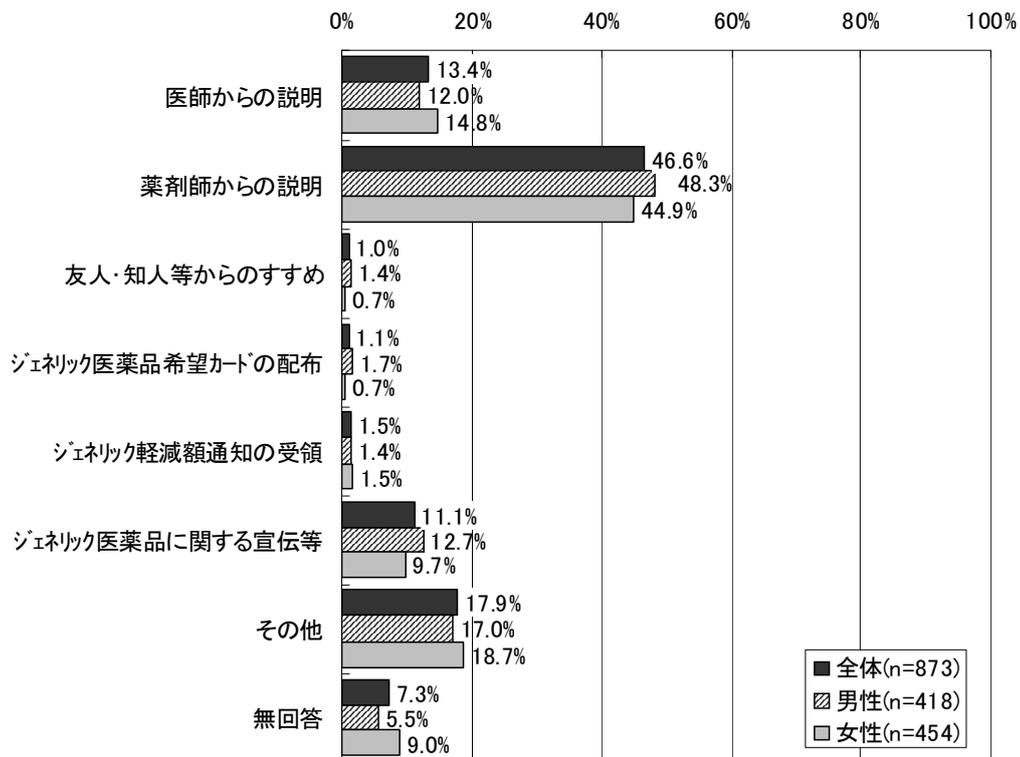
図表 214 窓口での薬代の負担感（後発医薬品の使用経験のある人、年齢階級別）



4) 後発医薬品に切り替えようと思ったきっかけ

後発医薬品の使用経験のある人に対して、後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけを尋ねたところ、「薬剤師からの説明」(46.6%)が最も多く、次いで「その他」(17.9%)、「医師からの説明」(13.4%)、「ジェネリック医薬品に関する宣伝等」(11.1%)となった。男女による大きな差異はみられなかった。

図表 215 後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけ
(後発医薬品の使用経験のある人、男女別、単数回答)



(注)「その他」の回答として、「医師がジェネリック医薬品を処方した」(同旨 79 件)、「薬剤師の説明とテレビの宣伝」(同旨 8 件)、「医師と薬剤師の説明」(同旨 4 件)、「薬剤師の説明、友人・知人等からのすすめ」(同旨 3 件)等が挙げられた。

年齢階級別に後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけをみると、すべての年齢階級で「薬剤師からの説明」が最も高い結果となった。

図表 216 後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけ
(後発医薬品の使用経験のある人、年齢階級別、単数回答)

	総数	医師からの説明	薬剤師からの説明	すすめ 友人・知人等からの	希望カードの配布	ジェネリック医薬品	通知の受領	ジェネリック軽減額 に関する宣伝等	ジェネリック医薬品に	その他	無回答
全体	873 100.0	117 13.4	407 46.6	9 1.0	10 1.1	13 1.5	97 11.1	156 17.9	64 7.3		
30歳未満	56 100.0	3 5.4	25 44.6	1 1.8	0 0.0	1 1.8	7 12.5	14 25.0	5 8.9		
30～39歳	89 100.0	10 11.2	47 52.8	0 0.0	1 1.1	1 1.1	14 15.7	13 14.6	3 3.4		
40～49歳	137 100.0	18 13.1	74 54.0	0 0.0	2 1.5	1 0.7	14 10.2	20 14.6	8 5.8		
50～59歳	139 100.0	24 17.3	56 40.3	3 2.2	0 0.0	3 2.2	22 15.8	23 16.5	8 5.8		
60～64歳	99 100.0	11 11.1	47 47.5	2 2.0	2 2.0	1 1.0	13 13.1	19 19.2	4 4.0		
65～69歳	119 100.0	20 16.8	48 40.3	0 0.0	2 1.7	5 4.2	12 10.1	27 22.7	5 4.2		
70～74歳	99 100.0	10 10.1	51 51.5	1 1.0	2 2.0	1 1.0	9 9.1	13 13.1	12 12.1		
75歳以上	131 100.0	20 15.3	58 44.3	1 0.8	1 0.8	0 0.0	6 4.6	26 19.8	19 14.5		

ジェネリック医薬品に関する宣伝等の内訳のなかで、後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけをみると、男女、全ての年齢階級において、「テレビ」と回答する割合が最も高かった。

図表 217 後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけ
(ジェネリック医薬品に関する宣伝等の内訳)

	総数	テレビ	新聞	インターネット	無回答
全体	97 100.0	73 75.3	15 15.5	1 1.0	14 14.4
男性	53 100.0	39 73.6	5 9.4	1 1.9	10 18.9
女性	44 100.0	34 77.3	10 22.7	0 0.0	4 9.1
30歳未満	7 100.0	6 85.7	1 14.3	0 0.0	0 0.0
30～39歳	14 100.0	11 78.6	4 28.6	0 0.0	1 7.1
40～49歳	14 100.0	8 57.1	3 21.4	0 0.0	5 35.7
50～59歳	22 100.0	18 81.8	3 13.6	0 0.0	3 13.6
60～64歳	13 100.0	10 76.9	1 7.7	1 7.7	1 7.7
65～69歳	12 100.0	10 83.3	1 8.3	0 0.0	1 8.3
70～74歳	9 100.0	7 77.8	1 11.1	0 0.0	1 11.1
75歳以上	6 100.0	3 50.0	1 16.7	0 0.0	2 33.3

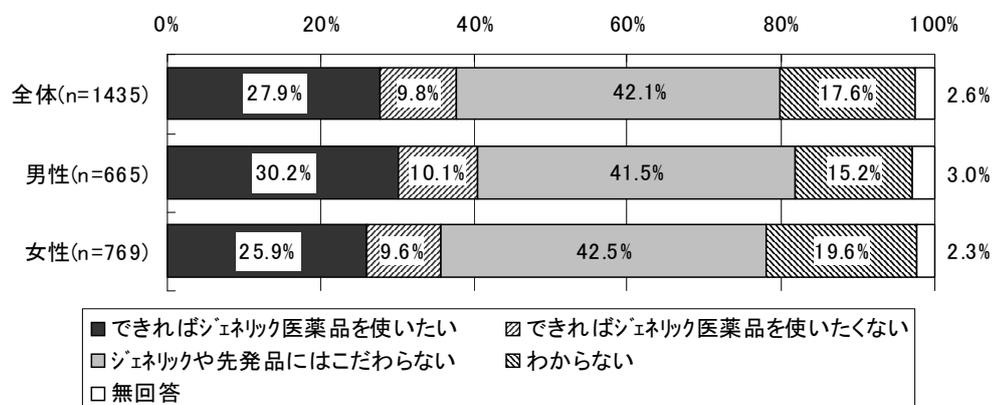
⑥後発医薬品の使用に関する考え等

1) 後発医薬品の使用に関する考え等

今後の後発医薬品の使用に関する考えなどについてみると、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 27.9%である一方、「できればジェネリック医薬品を使いたくない」が 9.8%あった。最も回答が多かったのは「ジェネリックや先発品にはこだわらない」で 42.1%であった。

男女別にみると、男性では「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 30.2%となり、女性（25.9%）と比較して、4.3 ポイント高い結果となった。

図表 218 後発医薬品の使用に関する考え等（男女別）

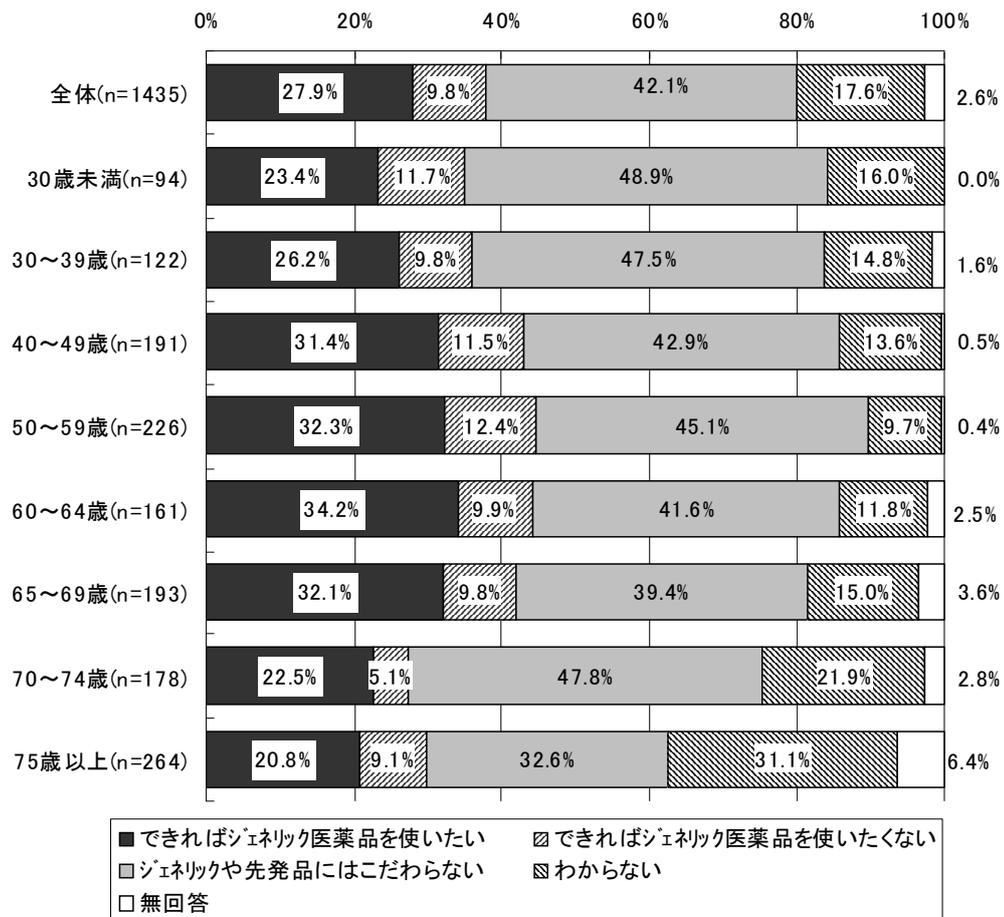


【できればジェネリック医薬品を使いたくない理由】（自由記述式、多いもの）

- ・ ジェネリック医薬品・メーカーに対する不安／信頼できない（同旨 21 件）。
- ・ 先発医薬品のほうがよい／安心できる（同旨 20 件）。
- ・ 効き目・効果に不安（同旨 14 件）。
- ・ 今までどおりがよい／薬を変えたくない（同旨 10 件）。
- ・ 品質に不安／先発品と同等でない（同旨 10 件）。
- ・ 効き目・効果が悪い（同旨 9 件）。
- ・ 医師の指示通りにしたい（同旨 8 件）。 / 等

年齢階級別に、後発医薬品の使用に関する考え方をみると、全ての年齢階級で「ジェネリックや先発医薬品にはこだわらない」という回答が最も多かった。40歳以上70歳未満では、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。

図表 219 後発医薬品の使用に関する考え等（年齢階級別）

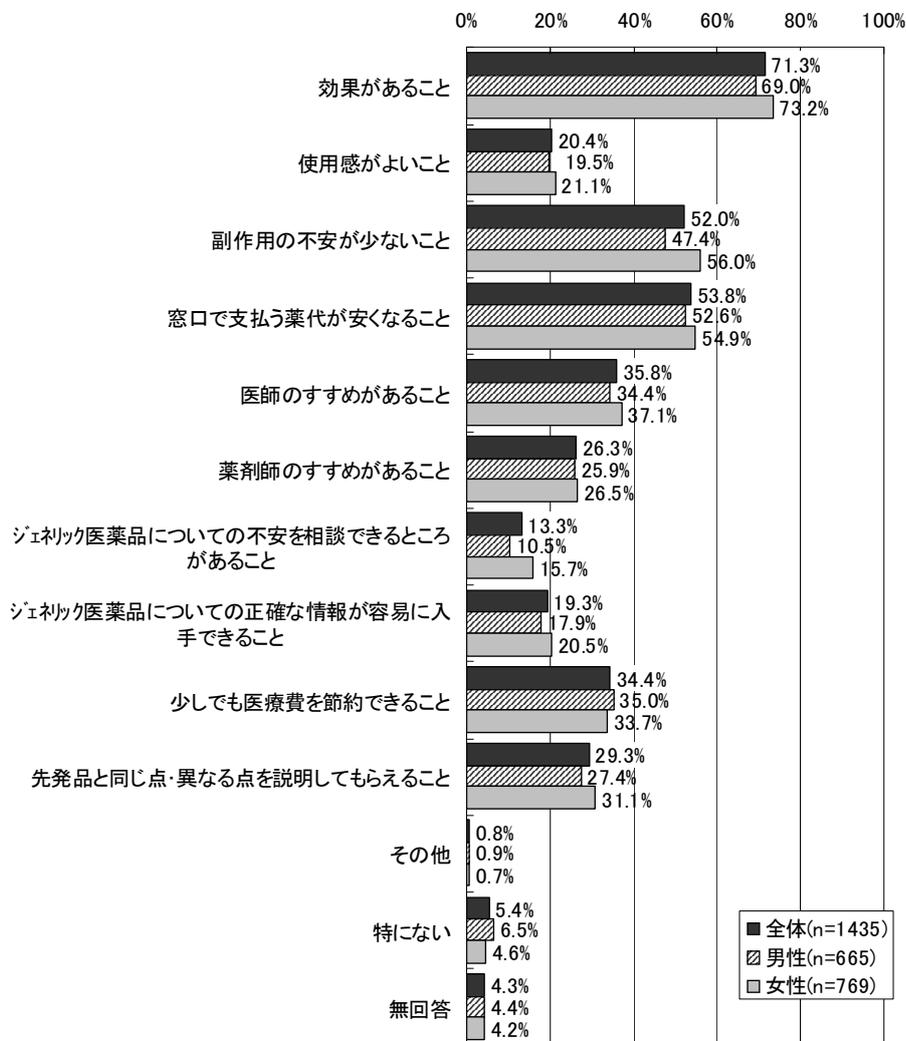


2) 後発医薬品を使用するにあたって重要なこと

後発医薬品を使用するにあたって重要なことを尋ねたところ、「効果があること」(71.3%)が最も多く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」(53.8%)、「副作用の不安が少ないこと」(52.0%)、「医師のすすめがあること」(35.8%)、「少しでも医療費を節約できること」(34.4%)となった。

男女別にみると、男女とも「効果があること」(男性 69.0%、女性 73.2%)が最も多かった。次いで男性では「窓口で支払う薬代が安くなること」(52.6%)、「副作用の不安が少ないこと」(47.4%)となった。女性では、「副作用の不安が少ないこと」(56.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(54.9%)となった。

図表 220 後発医薬品を使用するにあたって重要なこと (男女別、複数回答)



(注)・「その他」の回答として、「信頼できるメーカーから発売されること」、「副作用が生じた時に、責任を取る主体が明確なこと」等が挙げられた。

年齢階級別に、後発医薬品を使用するにあたって重要なことをみると、いずれの年齢階級においても「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」、「窓口で支払う薬代が安くなること」、「医師のすすめがあること」が上位を占めた。30歳以上50歳未満の各年齢階級では「効果があること」が8割を超える高い結果となった。

図表 221 後発医薬品を使用するにあたって重要なこと（年齢階級別、複数回答）

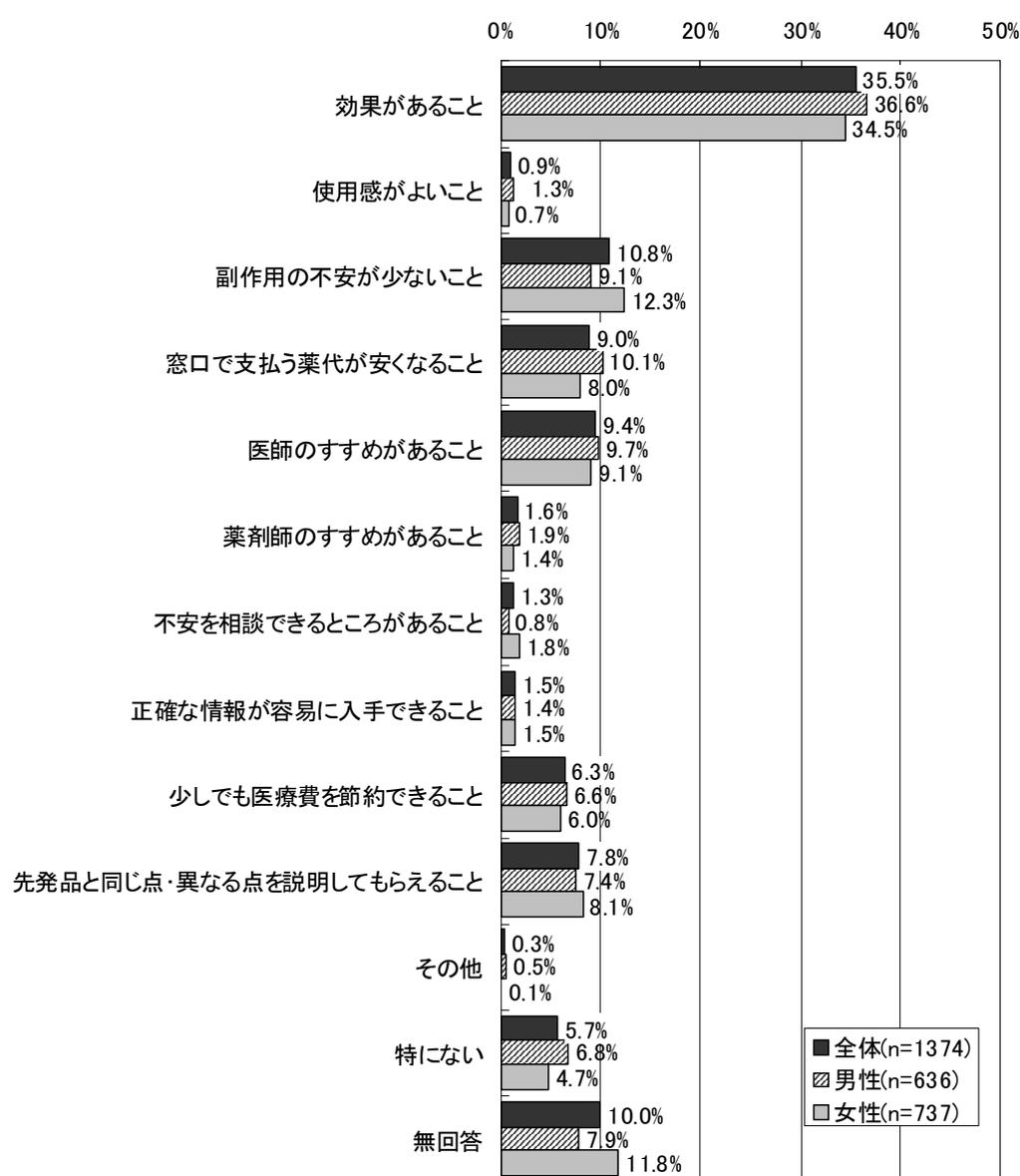
（上段：人、下段％）

	総数	効果があること	使用感がよいこと	副作用の不安が少ないこと	窓口で支払う薬代が安くなること	医師のすすめがあること	薬剤師のすすめがあること	ジェネリック医薬品についての不安を相談できるところがあること	ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること	少しでも医療費を節約できること	先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえなこと	その他	とくにない	無回答
全体	1435 100.0	1023 71.3	293 20.4	746 52.0	772 53.8	514 35.8	377 26.3	191 13.3	277 19.3	493 34.4	421 29.3	11 0.8	78 5.4	61 4.3
30歳未満	94 100.0	67 71.3	25 26.6	55 58.5	49 52.1	29 30.9	21 22.3	13 13.8	17 18.1	28 29.8	24 25.5	1 1.1	8 8.5	0 0.0
30～39歳	122 100.0	105 86.1	36 29.5	69 56.6	76 62.3	40 32.8	33 27.0	16 13.1	24 19.7	43 35.2	38 31.1	1 0.8	3 2.5	1 0.8
40～49歳	191 100.0	154 80.6	45 23.6	111 58.1	123 64.4	60 31.4	50 26.2	29 15.2	43 22.5	74 38.7	62 32.5	0 0.0	9 4.7	0 0.0
50～59歳	226 100.0	177 78.3	47 20.8	129 57.1	140 61.9	84 37.2	59 26.1	31 13.7	48 21.2	82 36.3	74 32.7	2 0.9	9 4.0	2 0.9
60～64歳	161 100.0	115 71.4	25 15.5	88 54.7	83 51.6	54 33.5	37 23.0	15 9.3	32 19.9	57 35.4	49 30.4	3 1.9	7 4.3	5 3.1
65～69歳	193 100.0	125 64.8	37 19.2	90 46.6	104 53.9	73 37.8	48 24.9	25 13.0	33 17.1	70 36.3	53 27.5	1 0.5	10 5.2	11 5.7
70～74歳	178 100.0	121 68.0	36 20.2	89 50.0	98 55.1	80 44.9	63 35.4	30 16.9	38 21.3	73 41.0	66 37.1	2 1.1	8 4.5	8 4.5
75歳以上	264 100.0	155 58.7	41 15.5	112 42.4	94 35.6	92 34.8	64 24.2	32 12.1	41 15.5	63 23.9	53 20.1	1 0.4	24 9.1	33 12.5

後発医薬品を使用するにあたって最も重要なことについて尋ねたところ、「効果があること」(35.5%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(10.8%)、「医師のすすめがあること」(9.4%)となった。

男女別にみると、男女ともに「効果があること」(それぞれ36.6%、34.5%)が最も多い回答であった。次いで男性では「窓口で支払う薬代が安くなること」(10.1%)、「医師のすすめがあること」(9.7%)となった。女性では「副作用の不安が少ないこと」(12.3%)、「医師のすすめがあること」(9.1%)となった。

図表 222 後発医薬品を使用するにあたって最も重要なこと (男女別、単数回答)



年齢階級別に、後発医薬品を使用するにあたって最も重要なことについてみると、いずれの年齢階級においても「効果があること」が最も多かった。次いで30歳以上65歳未満では「副作用の不安が少ないこと」が高く、65歳以上では「医師のすすめがあること」が多かった。

図表 223 後発医薬品を使用するにあたって最も重要なこと（年齢階級別、単数回答）

（上段：人、下段％）

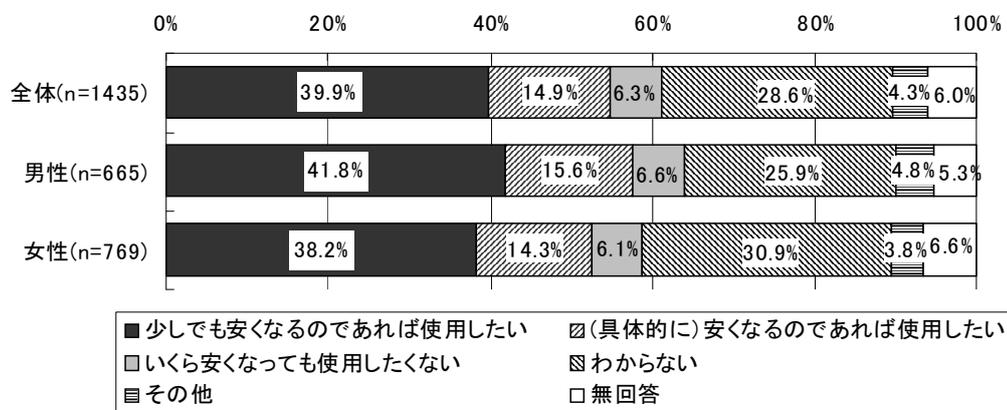
	総数	効果があること	使用感がよいこと	副作用の不安が少ないこと	窓口で支払う薬代が安くなること	医師のすすめがあること	薬剤師のすすめがあること	ジェネリック医薬品についての不安を相談できることがあること	ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること	少しでも医療費を節約できること	先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえらること	その他	とくにない	無回答
全体	1374 100.0	488 35.5	13 0.9	149 10.8	123 9.0	129 9.4	22 1.6	18 1.3	20 1.5	86 6.3	107 7.8	4 0.3	78 5.7	137 10.0
30歳未満	94 100.0	30 31.9	3 3.2	12 12.8	10 10.6	10 10.6	2 2.1	3 3.2	0 0.0	3 3.2	5 5.3	0 0.0	8 8.5	8 8.5
30～39歳	121 100.0	45 37.2	2 1.7	16 13.2	14 11.6	7 5.8	3 2.5	2 1.7	1 0.8	4 3.3	9 7.4	1 0.8	3 2.5	14 11.6
40～49歳	191 100.0	70 36.6	2 1.0	22 11.5	19 9.9	10 5.2	4 2.1	2 1.0	3 1.6	13 6.8	16 8.4	0 0.0	9 4.7	21 11.0
50～59歳	224 100.0	95 42.4	1 0.4	19 8.5	20 8.9	13 5.8	3 1.3	1 0.4	5 2.2	18 8.0	19 8.5	0 0.0	9 4.0	21 9.4
60～64歳	156 100.0	56 35.9	1 0.6	19 12.2	18 11.5	12 7.7	1 0.6	1 0.6	3 1.9	9 5.8	15 9.6	2 1.3	7 4.5	12 7.7
65～69歳	182 100.0	54 29.7	0 0.0	16 8.8	20 11.0	26 14.3	2 1.1	3 1.6	3 1.6	16 8.8	15 8.2	0 0.0	10 5.5	17 9.3
70～74歳	170 100.0	56 32.9	2 1.2	15 8.8	13 7.6	24 14.1	2 1.2	1 0.6	2 1.2	10 5.9	17 10.0	0 0.0	8 4.7	20 11.8
75歳以上	231 100.0	79 34.2	2 0.9	29 12.6	8 3.5	27 11.7	5 2.2	5 2.2	3 1.3	13 5.6	11 4.8	1 0.4	24 10.4	24 10.4

3) 後発医薬品の使用意向

後発医薬品の使用意向についてみると、「少しでも安くなるのであれば使用したい」「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」を合計した割合が5割を超え、「いくら安くなっても使用したくない」が6.3%、「分からない」が28.6%となった。

男女別にみると、男性では「少しでも安くなるのであれば使用したい」「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」を合計した割合が57.4%となり、女性(52.5%)と比較して、4.9ポイント高い結果となった。

図表 224 後発医薬品の使用意向 (男女別)

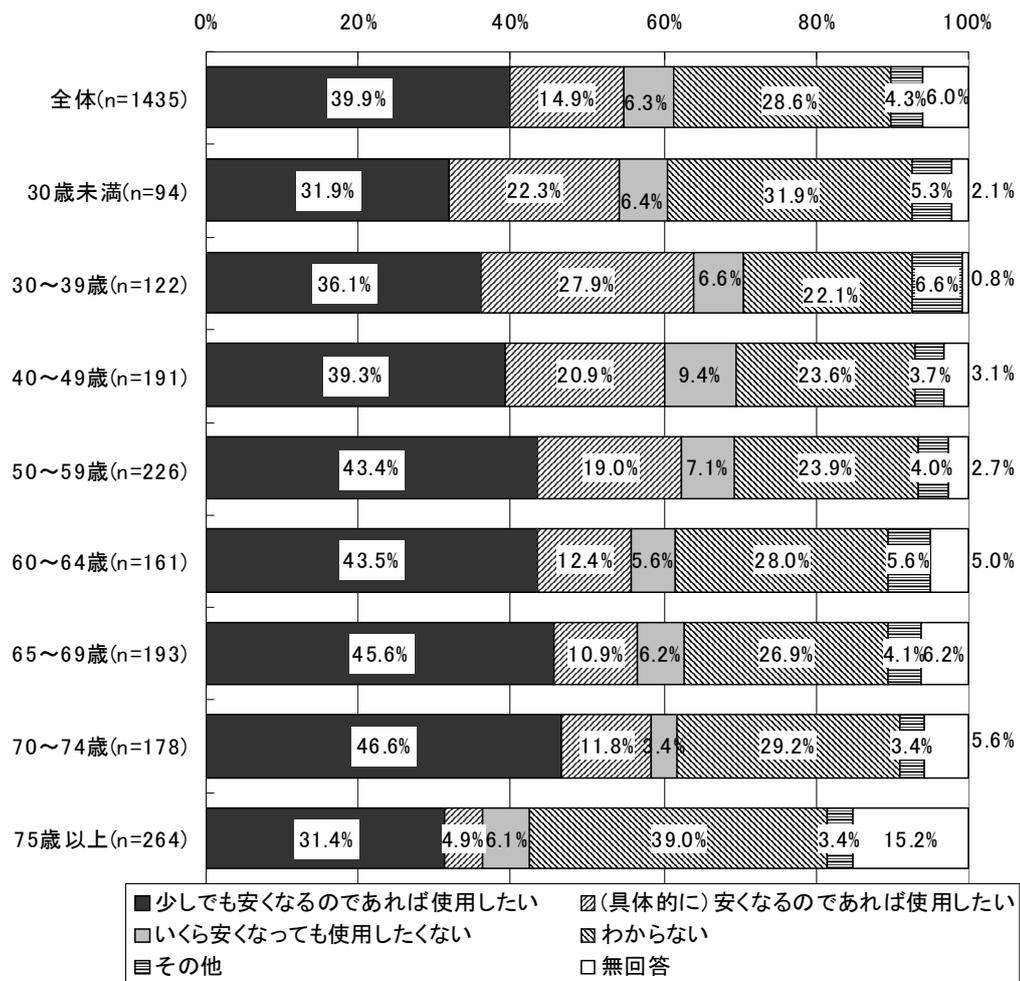


(注)・「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」は、調査票では選択肢「() 円くらい安くなるのであれば使用したい」。

・「その他」の回答として、「金額ではなく安全性を重視する」、「負担金がそもそも少ない」、「医師が処方したものを服用する」等が挙げられた。

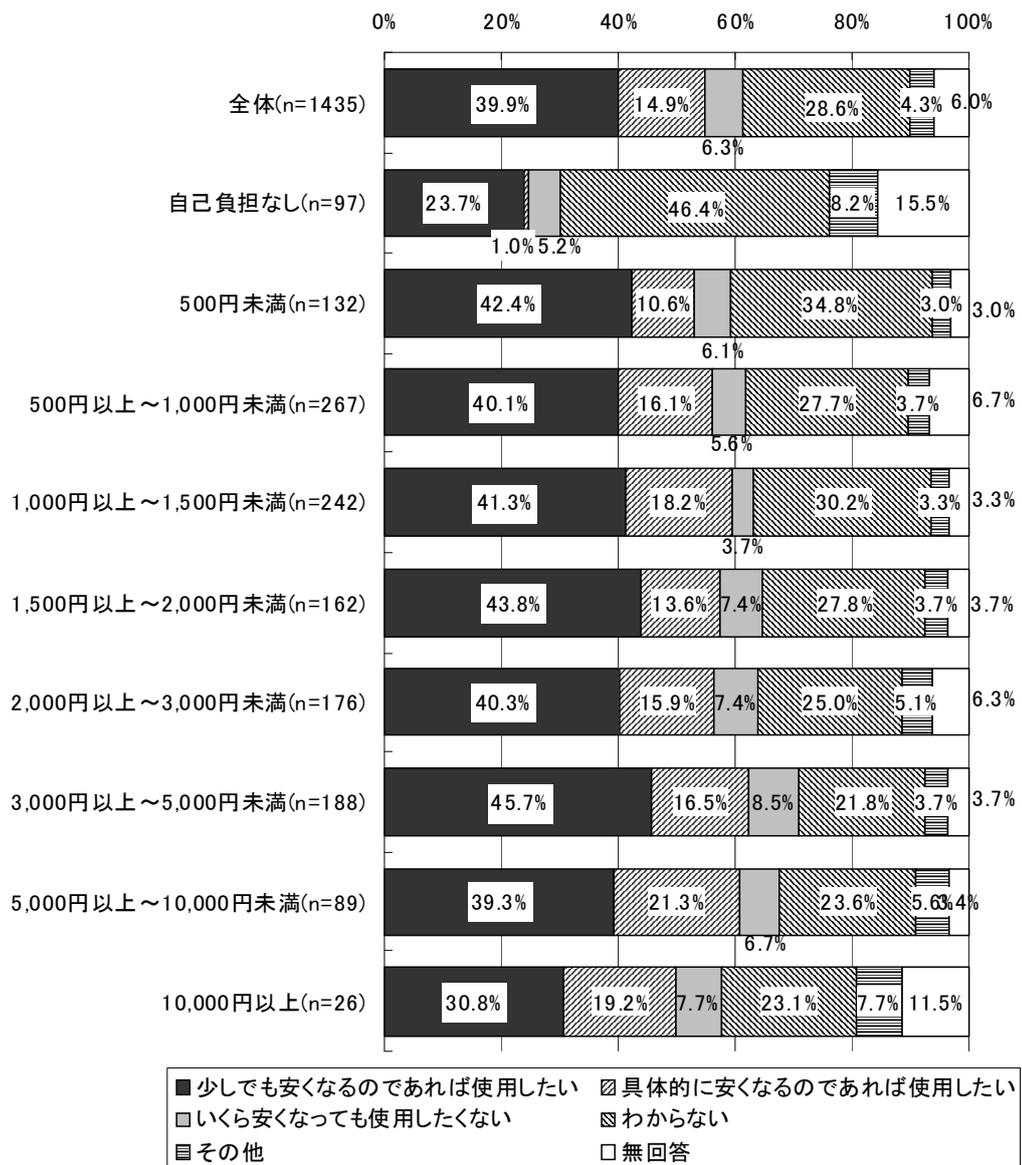
年齢階級別の後発医薬品の使用意向をみると、75歳未満では「少しでも安くなるのであれば使用したい」「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」を合計の割合は5割を超えた。一方、75歳以上では4割に届かず、「分からない」の割合が4割近くとなった。

図表 225 後発医薬品の使用意向（年齢階級別）



本日の窓口負担額別に、後発医薬品の使用意向をみると、窓口負担額が高くなるほど「少しでも安くなるのであれば使用したい」、「（具体的に）安くなるのであれば使用したい」を合計した割合が高くなる傾向がみられた。一方、「自己負担なし」では5割近くが「わからない」と回答した。

図表 226 後発医薬品の使用意向（本日の窓口負担額別）



「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人について、後発医薬品を使用したいと思う軽減額を尋ねたところ、全体では平均1,027.2円(標準偏差2,925.8、中央値500)であった。

また、男女別では、男性が平均1,243.5円(標準偏差4,073.8、中央値500)となり、女性の平均817.0円(標準偏差866.8、中央値500)より426.5円高かった。

図表 227 後発医薬品を使用したいと思う軽減額
 「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人、男女別
 (単位:円)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
全体	205	1,027.2	2,925.8	500
男性	101	1,243.5	4,073.8	500
女性	104	817.0	866.8	500

(注) 調査票で「()円くらい安くなるのであれば使用したい」という回答について、金額の記入があったものを集計対象とした。

「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人について、年齢階級別に後発医薬品を使用したいと思う軽減額をみると、65歳未満では年齢が高くなるほど軽減額が高くなる傾向が見られた。

図表 228 後発医薬品を使用したいと思う軽減額
 「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人、年齢階級別
 (単位:円)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
全体	205	1,027.2	2,925.8	500
30歳未満	20	563.0	403.4	500
30～39歳	32	620.8	486.0	500
40～49歳	38	735.1	855.3	500
50～59歳	42	1,106.2	1,165.3	547
60～64歳	20	3,155.7	8,944.8	750
65～69歳	19	667.4	496.2	500
70～74歳	21	929.3	957.8	500
75歳以上	12	770.8	498.5	700

(注) 調査票で「()円くらい安くなるのであれば使用したい」という回答について、金額の記入があったものを集計対象とした。

「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人について、本日の窓口負担額別に、後発医薬品を使用したいと思う軽減額をみると、3,000円以上の自己負担額において「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と思う軽減額が1,000円を超えた。

図表 229 後発医薬品を使用したいと思う軽減額
 (「(具体的に)安くなるのであれば使用したい」と回答した人、本日の窓口負担額別)
 (単位:円)

本日の自己負担額	件数 (件)	軽減額		
		平均値	標準偏差	中央値
全体	205	1,027.2	2,925.8	500
~500円未満	11	132.0	61.6	100
500円以上~1000円未満	41	375.2	137.1	400
1000円以上~1500円未満	44	498.6	199.2	500
1500円以上~2000円未満	22	691.3	268.1	697
2000円以上~3000円未満	27	713.7	317.3	500
3000円以上~5000円未満	31	1,078.7	520.4	1,000
5000円以上~10000円未満	19	2,228.9	1,226.1	2,000
10000円以上	5	3,674.0	2,951.5	4,000

(注) 調査票で「()円くらい安くなるのであれば使用したい」という回答について、金額の記入があったものを集計対象とした。

⑦後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等

本調査では、後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等を自由記述形式で患者に記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

【後発医薬品を使用したい】

- ・ 効果があって安いのであれば当然その方が良いと思っている（同旨 9 件）。
- ・ 健康保険制度を続けていくためにも皆が利用すべきである。保険料が上がらないようにするためにも必要である（同旨 5 件）。
- ・ 年齢を重ねていくにつれ、薬を使用することも増えていくので、少しでも安くなり、安全なものであれば、どんどん使用していきたい（同旨 4 件）。
- ・ 薬の品質や安全性があり、価格も安くなるジェネリック医薬品をもっと普及していただきたいと思う（同旨 2 件）。
- ・ 薬局でジェネリック医薬品に変えてから、薬代が安くなって良かった。血圧の薬を使用するようになった頃は薬代が高かった。もっと安くなるようにしてもらおうと助かる（同旨 1 件）。
- ・ ある程度の安全性がわかっている薬であれば、積極的にジェネリックを使用したいと思う（同旨 1 件）。
- ・ 薬は毎日飲むと意外とお金がかかる。低所得者で医療費が多いととても大変である。若い人がみな健康であるとは限らない。少しは安い方が若い人たちも助かるのではないか。
- ・ 大変良い制度だと思う。日本人は幸せだと思う。保険があり、薬代の軽減を図る努力をしてくれるから。
- ・ 以前からジェネリック医薬品に興味はあるが、通院してはいるものの身近な存在に感じない。薬を飲み続けなくてはいけない病気のため、効き目があり、少しでも安くなるなら使用したいと思っている。もう少し身近に気軽に感じられたらと思う。
- ・ 今後ますます医療費がかかるのでジェネリック医薬品を使用したいが、病気の内容で使用できない部分があるので悩んでいる。
- ・ 現在服用している薬にアレルギー反応や副作用が出た場合、ジェネリック薬に変更できることが可能なので、金額の問題以外にも大変ありがたい。／等

【後発医薬品を使用したくない】

- ・ 個人的にジェネリック医薬品を試したいと思うが、医師があまり勧めないので、ジェネリックに対して不安がある（同旨 2 件）。
- ・ 特に金銭的に困っていないのでジェネリック医薬品には興味ない。
- ・ できるだけ使いたくない。
- ・ 慢性疾患で長期で服用する薬はジェネリック医薬品に変えることに抵抗がある。
- ・ ただただ副作用のない薬を使用したい。できれば飲みたくない。
- ・ ジェネリック医薬品を使用してから、不具合が生じた場合に、すぐに使用（服用）を簡単に中止できるのかどうか。医師または薬剤師に申し出るのかそういう対処の仕方などが不

安材料。

- ・ 医薬品のメーカー指定まで患者からできるわけではないと思うので、どこの医薬品でも品質の保証がないと信用できなくて使用するのがこわいという気持ちもある。
- ・ 中国製のジェネリックなど使いたくない。本来の溶ける所で溶けず、便にそのまま出てきたという話も聞いている。不信感がいっぱいである。
- ・ 今まで日本では厚生省さえも信用できなかったのに、ジェネリック医薬品についての情報も信用できないので使いたくない。／等

【後発医薬品を使用した感想】

- ・ 現在ジェネリックを使用しているが、効果は先発品と変わらないので、これからも多くの人がジェネリックを使用してほしいと思う。
- ・ もう少ししっかり使用感も重視するべきだと思う。点眼薬等、年齢が高くなって指の力がなくなっている時にしっかり押さえないと使えないのは、毎日使う者にとっては苦痛で、使わなくなる時もある。もちろん錠剤でもなかなか出せない等同じ。ジェネリックに多いように思う。
- ・ 私は安定剤と痛み止め他を処方してもらっているが、以前より効き目が悪くなったように思う。時間が短くなったように思う。何回も目を覚まし、痛みと効きが悪いように思う。
- ・ 私自身は今月初めて内服を始めるので効果はわからないが、知人よりやはり効果が違うと聞いたことがある。私もジェネリックと聞くと効果が少ないのではと思ってしまうので、知らないで内服したほうが良いと思う。／等

【後発医薬品使用の条件】

- ・ 医師の薦めのあること（同旨 25 件）。
- ・ 効果があること（同旨 17 件）。
- ・ 安心して使える薬であること（同旨 14 件）。
- ・ 副作用がないことが必要（同旨 11 件）。
- ・ 医療費が安くなること（同旨 6 件）。
- ・ 先発医薬品と変わらないこと（同旨 4 件）。
- ・ ジェネリックに変更しやすいように処方せんの薬を成分名で記載するといいかもしれない（同旨 2 件）。
- ・ ジェネリック医薬品の価格がもっと安くなること（同旨 2 件）。
- ・ 医師がジェネリックを処方すること（同旨 2 件）。
- ・ 漠然とジェネリックに変えますかと言われても決められない。例えば薬代が 3 割以上安くなるなどの時だけ変更できるようなカードがあればよいと思う。
- ・ 同じ効果と言われているものでも、名前がいっぱいあって一般人にはわからない。ジェネリック医薬品も統一した方が良いのではないか。
- ・ ジェネリック医薬品に関して、医師から説明があれば薬局で勧められた時に不安が少ないと思う。

- ・ ジェネリックの話を持ち出すと面倒がられるので、できれば専門の窓口か何かで第三者をはさんで交渉できたら気が楽である。
- ・ 使用可能な医薬品の情報が手に入れば積極的に使いたい。
- ・ 万一何かあった時の補償。／等

【医療機関・医師に対する要望等】

- ・ 医療機関が積極的にジェネリックを処方・使用してほしい（同旨 7 件）。
- ・ 医師がジェネリックについてもっときちんと説明してほしい（同旨 7 件）。
- ・ ジェネリック医薬品に変更することを医師があまり望んでいないように思われる（同旨 2 件）。
- ・ ジェネリック医薬品なのに変更不可があり、薬局で取り寄せに数日かかった。他のジェネリックでよかったのに、その薬局の薬剤師も困っていたが、在庫次第自宅まで届けてくれた。ありがたいことだ。ジェネリック医薬品に変更不可はありえない（同旨 2 件）。
- ・ 医療費の軽減のためにももっと医療機関が取り組んでほしいと思う。患者はなかなか言い出せない場合が多い（同旨 1 件）。
- ・ 医師の処方に任せたい（同旨 1 件）。
- ・ 最初から変更不可に署名、押印してある処方せんがほとんど。病院の方針で変更不可の所が多く、こちらがジェネリックに変更してほしいと言っても無理だと言われる（同旨 1 件）。
- ・ 患者と医師がきちんと向き合って後発品か先発品か選択したい。メリットとリスクをきちんと説明してほしい。すべて納得して変えるなら問題はないと思うが、勝手に判断されるのはとても嫌だ（同旨 1 件）。
- ・ 現在別の医療機関に変更して自己負担額がかなり安くなったが、以前の医療機関では月額 40,000 円から 50,000 円で「後発医薬品が出ているので変更して頂けますか」と医師にお願いしても、全く聞き入れられることはなかった。現在は、薬代だけで月額 10,000 円前後になっているが、体調が悪化していない。何が何でも先発医薬品にこだわる医師へのインフォメーションと教育をお願いしたい（同旨 1 件）。
- ・ ジェネリック医薬品に変更する時に、医師に確認しないとできないと言われ、確認してもらってジェネリック医薬品をもらったが、確認に時間がかかった。もう少しスムーズにならないか。
- ・ ジェネリック変更不可の印がある処方せんももらった時（なぜジェネリックでダメなのか、ジェネリックの中にもよいものがあるのではないかと考えているので）、その理由を説明してほしい。／等

【薬局・薬剤師に対する要望等】

- ・ 先発医薬品とジェネリック医薬品とを比べて、効果や副作用などについて、同じ点、異なる点などを詳しく説明してほしい（同旨 5 件）。
- ・ 薬局でジェネリック医薬品を希望すると、薬局での待ち時間が長くなる。もっと簡単な手

続で時間がかからなくなれば、頼む人が増えると思う（同旨3件）。

- ・ 薬剤師が数ある中で選択するのが難しい、何を基準に選んだのか知りたい（同旨1件）。
- ・ 調剤薬局によって、ジェネリック医薬品がある薬であるにもかかわらず、全く患者に意向を問わない薬局がある。国がなるべくジェネリックを薬局に勧めるように少しでも促してほしい。患者の窓口負担をなるべく少なくなるよう気遣ってくれる薬局に処方せんを持っていきたい。そういう気遣いがない薬局にはあまり行きたくない（同旨1件）。
- ・ 在庫がないことが多く、取り寄せになる場合、薬の受け取るのが遅くなったり、薬局の人に負担もかけるので悪いなと思うことがある（同旨1件）。
- ・ 薬剤師に後発医薬品の情報を提供してもらい、様々なメーカーの後発医薬品の中から選択したい。
- ・ 薬剤師が自己の判断でジェネリックを患者に薦めてくれて、安全性の説明の上、すばやく処方してくれるのであれば、ジェネリックを使いたいと思う。
- ・ 風邪薬4日分で10円安いくらいなら変更しないでほしい。薬局によってはいくら変わるかの説明なく、安くなるからと変更させたがる。正直迷惑。
- ・ 循環器科で4年前からずっと毎日薬を飲んでいる。ほんの最近になって（1年前くらいから）薬局で「ジェネリックにしましょうか」と薬剤師に言っていただき、同じ効果があれば助かる。主治医からはジェネリックの話は全くなかったので調剤薬局で声をかけていただけるとうれしい。
- ・ 薬局によって同じ先発品でも後発品の品揃えが違う。これを改めてもらいたい。患者は薬がころころ変わることによって不安がある。／等

【医師と薬剤師に対する要望等】

- ・ 医師、薬剤師がもっと積極的に説明することが必要（同旨9件）。
- ・ 患者に判断を求めるのではなく、専門家の先生や薬剤師の方で病状によって、先発医薬品、後発医薬品を決めてもらいたい（同旨2件）。
- ・ 健康保険財政改善のために必要なことだとの趣旨を、医師、薬剤師の説明の折に伝えると効果があると思う（同旨1件）。
- ・ 医師や薬剤師がどの程度正しく説明してくれるかも心配。適当に良い部分だけを説明されても……。悪い所もしっかり説明してもらって患者側にジェネリックに対して興味をもたせるようわかりやすい説明をしてほしい。
- ・ 医師や薬剤師にジェネリック変更後、体調に変わりがないかという問いを、変更後の通院、受診時や来局時に2度（2か月）はしていただきたい。患者から伝えるというより、専門的分野から質問する形式でお願いしたい。
- ・ 効能の差についての説明は必ずしてほしい。
- ・ 病院で嫌な顔をされるとよく聞く。
- ・ 薬局と病院で先発と後発の薬の金額を提示してくれるとよい。／等

【後発医薬品メーカー・卸に対する要望・不安等】

- ・ 同じ薬に先発・後発でありながらも多くの薬がありすぎると思う。医師が処方するにあたり、治療に集中していただくため、また薬剤師が単純なケアレスミスを起こさないようにするためにも、シンプルにするべきだと思う（同旨4件）。
- ・ 全ての医薬品に後発医薬品ができるように医薬品会社は努力してもらいたい（同旨2件）。
- ・ 供給は安定化してほしい（同旨1件）。
- ・ 新薬が高いのでもっと早くジェネリックが市場に出ることを希望する。
- ・ パテント切れとともに多くのGE製品が多く会社から出されるが、かつての”ゼロ”品のように、すぐに販売から手を引くことのないよう（安易な販売がないよう）にすべきである。販売は自由であろうが、安定、永続的に続けるために、販売銘柄数（販売品目数）を一定以下に制限することも必要かもしれない。GEが10も20もある必要はない。
- ・ 薬のヒートがジェネリック医薬品に変える前のものと似た感じにした方が、薬を飲む時に安心すると思う。違う感じだと何の薬だったのか忘れてしまいそうになる。
- ・ 包装が悪くいかにも安物。信頼できるのか。／等

【後発医薬品に関する情報提供等】

- ・ どの薬がジェネリックかわかるように印をつけてほしい／処方せん・明細書に記載してほしい（同旨7件）。
- ・ 先発とジェネリックとの効果、価格、副作用などのリスクの差をまとめた表を公開してほしい／説明してほしい（同旨6件）。
- ・ ジェネリック品の効果、副作用等が信頼できる情報がほしい（同旨4件）。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品はどれくらい利用されているか人数等を示しているもの、色々な情報があればいいと思う（同旨1件）。
- ・ ジェネリックと先発薬の成分表などを毎回もらいたい。
- ・ ジェネリックにすると味や形、においが変わるものがあるので、先に提示してほしい（胃腸が弱いので錠剤がカプセルに・・・とか、味が変わると飲みにくくなり不安）。
- ・ これまでもジェネリック薬に関しては十分に説明を受けている。これからも情報収集し、今後使用が可能か検討を続けたいと思っているので、情報提供を続けていただきたい。
- ・ 万一の事故の際の責任は、従来の薬と全く同一かどうかの説明が欲しい。
- ・ 今後高額な薬を長期に服用しなければいけない時は安全性、有効性を保ちながら、費用が減額されるようなジェネリックを使うことがあるかもしれない。その際、正確な情報が手に入ることが必要と思っている。処方医の意向もあることだが、薬局等で気楽に相談できたり、ネットで調べたりが誰でも簡単にできるとよい。／等

【後発医薬品に関する周知等】

- ・ 「ジェネリック」を誰にでもわかりやすく説明してほしいと希望している（同旨5件）。
- ・ すべての薬に対してジェネリックがあるのかがわからないので、公表してほしい（ネットや病院や薬局でわかるように）（同旨4件）。

- ・ジェネリック医薬品に関して、価格が安くなることばかり言われているが、価格以外の利点についてもあれば教えてほしい（同旨2件）。
- ・同じ効果で同じ副作用であれば安価な方がよいが、ジェネリックは安価なところのみPRして効果・副作用の違いまで周知していないように感じる（同旨1件）。
- ・安くないケースがあることもTVなどでははっきり伝えてほしい（同旨1件）。
- ・薬に限らず安い物より高い物が良い物、安心できる物、という概念があるためか、「安くなるから変更しますか」と言われると、何となく抵抗感がある。
- ・基本的に効果は全く同じと思っている。その事をもっとPRすべきではないか。
- ・様々なジェネリックメーカーがあるが、メーカーによって薬代が違ったりすることもあるので、どのメーカーの薬が良いのかの判断の仕方を教えてほしい。
- ・ジェネリックの言葉がなじみにくく、その上、説明される場所が少ないため、もう少しうまく普及させてほしい。
- ・ジェネリックという名前が覚えにくい。
- ・ただ安いというだけでなく、ジェネリックを使用することで、国、健康保険組合の負担が軽減されるということも強調すべきではないか。
- ・提示カードをもらったことがない。どこでカードはもらえるのか。毎回、何となく言い出しにくかった。
- ・ジェネリックに関する知識が自分になく、またどこでジェネリックにしてとお願いすればジェネリックの薬にしてもらえるのかわからない。もっと情報が欲しい。
- ・領収証にジェネリックの説明が書いてあるとよい。／等

【その他】

- ・医療費削減のために薬品代を安くするなら、先発品の値段を安くすればいいだけだと思う（同旨4件）。
- ・先発で有る無しにかかわらず安心・安全な物を提供してもらいたい（同旨3件）。
- ・国の医療費を抑えたい気持ちはわからなくもないが、何でもかんでもジェネリックという流れはやめてもらいたい（同旨3件）。
- ・医療費が無料の人は平気で先発品を使っていて、3割負担の人は節約してジェネリックを使うのはどういうことかと思う。せめて1割や5%でも負担してもらったらいいのに。生活保護の人が先発品を余らせて捨てているのを見ると、ジェネリックの薬を先生に調節しながら出してもらおう自分たちは情けない（同旨2件）。
- ・1つの医薬品に対して値段の違うジェネリック医薬品がたくさんあるのはおかしいと思う。ジェネリック医薬品の値段は統一しなければいけないと思う（同旨2件）。
- ・薬代が安くなることよりも、薬の効き目や副作用が少ないなど薬としての総合評価が先発品より高いかどうかを重要視している（同旨1件）。
- ・全てをジェネリックに変更するのではなく、先発品でも気に入っているものもあるので、混合で使用する選択肢もほしいと思う（同旨1件）。
- ・本当に同等ならば先発医薬品とジェネリック医薬品と分ける必要ないと思う（同旨1件）。

- 今後医療費の増加を抑制する上からもジェネリック医薬品の適正な普及が必要と思うので、医療機関、薬店、国が一体となって普及に努めるべきと思う。
- 以前、新聞に、日本のジェネリックと欧米のジェネリックは違うと出ている。これを読むと厚生省の言うことは信用できない。
- 今はほとんど子どもの薬なので薬代の自己負担は 0 円なのでジェネリックがどういいのはよくわからない。でも薬剤師はジェネリックを勧めてくる。それは国が負担する額が少なくなるからなのか。たいていの医師がジェネリックを使用しているのか。医師はジェネリックをどう思っているのか。
- 外資ではなく、なるべく日本のものを使うように勧めてほしい。日本を活気づけたい。
- ジェネリックにこだわらない。
- ジェネリックにしても値段が変わらない時もあるのはなぜか。
- 市町村単位で現在医療費の状況を人々に告知すべきと思う。
- ジェネリック医薬品を使用しているが、ジェネリック医薬品カードを紛失してしまった。再度カード発行を要望。
- もっとわかりやすい制度にすると良い。薬局によって基本が違ったりするなら、それをもっと表に出して高い薬局や、安い薬局をわかりやすくしてほしい。／等

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下の通りである。

(1) 保険薬局調査

- ・ 薬局の組織形態は、「法人」が 87.0%、「個人」が 12.9%であった（図表 2）。法人の種類は、「株式会社」が法人薬局の 50.2%、「有限会社」が 47.0%であった（図表 3）。
- ・ 「調剤基本料（40 点）」が 96.8%、「調剤基本料（24 点）」が 1.5%であった（図表 6）。また、「基準調剤加算 1（10 点）」が 48.7%、「基準調剤加算 2（30 点）」が 11.8%、「算定していない」が 37.7%であった（図表 9）。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の算定状況については「算定していない」が 42.4%であった。また、「後発医薬品調剤体制加算 1（6 点）」が 16.8%、「後発医薬品調剤体制加算 2（13 点）」が 16.2%、「後発医薬品調剤体制加算 3（17 点）」が 24.0%であった（図表 10）。
- ・ 処方せんの応需状況としては、「近隣にある特定の診療所の処方せん」が 48.6%、「様々な保険医療機関の処方せん」が 24.0%、「近隣にある特定の病院の処方せん」が 19.5%、「同じ医療モール内の保険医療機関の処方せん」が 3.1%であった（図表 11）。
- ・ 後発医薬品調剤率（数量ベース）の平均値・中央値については、平成 22 年の 1 月から 4 月にかけては毎月 1 ポイント程度の伸びであったが、平成 23 年については、いずれの月も平均値で 24.0%前後、中央値で 23.0%前後となっており、大きな伸びはみられない（図表 12）。
- ・ 平成 23 年 6 月に薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関数の、1 薬局当たりの平均は 34.16 件であった。このうち「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数は平均 4.89 件であり、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 14.3%であった（図表 14）。
- ・ 特定の保険医療機関に係る処方せんの割合（最も多いもの）が「70%超」と回答した薬局は 65.7%であった（図表 16）。
- ・ 平成 23 年 8 月 18 日～8 月 24 日の 1 週間の取り扱い処方せんにおける、「『後発医薬品への変更不可』欄に処方医の署名等がない処方せん」において、1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せん」の割合は 32.3%であった（前回調査は 29.9%）。また、「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が 69.0%（前回調査は 67.0%）、「署名あり」が 31.0%（前回調査は 33.0%）であり、「後発医薬品を銘柄指定している処方せん」が 10.9%（前回調査は 14.1%）であった（図表 18）。
- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（125,526 枚）のうち、「1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せん」は 46.8%（前回調査は 44.7%）、「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せん」は 8.3%（前回調査は 8.6%）、「1 品目でも、後発医薬品を他の銘柄の後発医薬品に変更した処方せん」は 0.8%（前回調査は 0.7%）、「1 品目でも、含量違いの後発医薬品に変更した処方せん」は 0.1%（前回調査は 0.1%）、「1 品目でも、類似した別剤形の後発医薬品に変更した処方せん」は 0.2%（前回調査は 0.1%）であった。一方、「1 品目も後発医薬品を調剤しなかった処方せん」は 53.2%（前回調査は 55.3%）であり、「いずれの先発医薬品にも後発医薬品が薬価収載されてい

かったため変更できなかった処方せん」は 11.8%（前回調査は 10.4%）、「患者が希望しなかったため、1 品目も後発医薬品に変更できなかった処方せん」が 20.9%（前回調査は 25.6%）、「外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった処方せん」が 2.8%（前回調査は 1.2%）であった（図表 19）。

- ・ 後発医薬品の調剤に関する考え方について、「後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」が 38.6%（前回調査は 34.7%）、「薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」が 29.4%（前回調査は 35.6%）、「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」が 25.2%（前回調査は 24.0%）であった（図表 27）。
- ・ 「薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる」と回答した薬局に対して、後発医薬品を積極的には調剤していない理由を尋ねたところ、「在庫管理の負担が大きい」(44.1%)が最も多く、次いで「後発医薬品の効果に疑問がある」(33.2%)、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」(30.6%)、「後発医薬品の品質に疑問がある」(28.4%)、「納品までの時間がかかる」(26.2%)と続いた。また、「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」と回答した薬局に対しても同様にその理由を尋ねたところ、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」と「在庫管理の負担が大きい」が 48.5%で最も多く、次いで「後発医薬品の説明に時間がかかる」(25.0%)、「後発医薬品の品質に疑問がある」(24.5%)、「後発医薬品の効果に疑問がある」(21.9%)、「納品までの時間がかかる」(21.9%)と続いた（図表 28）。
- ・ 後発医薬品への変更が可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」が 26.3%で最も多く、次いで「10%～30%未満」が 21.1%であった（図表 32）。
- ・ 後発医薬品についての説明をしなかった理由は、「今回は 2 回目以降の調剤であり、初回の受付時に十分な説明を行ったから」(58.3%)が最も多く、次いで「薬剤料などの差額が小さいなど、患者にとって経済的なメリットがなかったから」(54.2%)、「説明しようとしたが、患者が急いでおり、説明不要と言われたから」(38.9%)、「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」(32.2%)と続いた。また、説明をしなかった「最大の理由」も「今回は 2 回目以降の調剤であり、初回の受付時に十分な説明を行ったから」(35.9%)が最も多かった（図表 33）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合は、「50%～70%未満」(22.1%)が最も多かった。5 割以上と回答した薬局がおおよそ 4 割を占めた（図表 34）。患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由としては、「医師の処方した薬を変えることに抵抗があった」(30.2%)が最も多かった（図表 35）。
- ・ 後発医薬品へ変更したが、その後、患者の希望により後発医薬品から先発医薬品に戻した患者の人数は、「0 人」という薬局が 61.8%で最も多く、次いで「1 人」が 16.8%であった（図表 36）。先発医薬品に戻した理由としては、「後発医薬品の使用感が合わなかったため」(13.2%)、「後発医薬品により体調不良となった」(8.1%)、「後発医薬品の効果に疑問があ

った」(7.6%)であった(図表 37)。

- ・後発医薬品への変更を希望したが、後発医薬品に1品目も変更できなかった患者の人数は、「0人」という薬局が53.6%で最も多く、次いで「1~2人」が15.0%、「3~4人」が5.7%であった(図表 38)。
- ・後発医薬品の備蓄がなかったため直ちに取り揃えることができなかった患者に対する主な対応については、「そのようなケースはなかった」が36.9%で最も多く、次いで「後発医薬品への変更は行わなかった」が28.3%、「直ちに手配し、後から患者宅等に届けた」が10.9%、「直ちに手配し、再度来局してもらった」が8.9%と続いた(図表 39)。
- ・後発医薬品の在庫がない、あるいは不働在庫となりそうな場合の在庫調整の方法については、「近隣の薬局に電話やメール等により連絡をとる」が41.8%で最も多かった。その他、「備蓄情報共有化のためのシステム等に参加」が11.7%、「近くの備蓄センターを利用している」が8.1%であった。また、「在庫調整をしていない」が18.4%であった(図表 40)。
- ・含量違いや類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行えるようになったことの影響については、「在庫がなく、後発医薬品に変更不可というケースが減った」が43.3%、「後発医薬品の調剤量が増えた」が23.3%、「医薬品の廃棄額が減った」が9.3%、「信頼できる後発医薬品を調剤できるようになった」が8.6%と続いた。一方で、含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品への「変更調剤を行ったことはない」という回答が36.8%であった(図表 42)。その理由としては、「処方銘柄の在庫があり、変更調剤の必要性がないため」が7割を超えた(図表 43)。
- ・処方せん受付時に、患者への「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」を「実施している」薬局が43.6%、「実施していない」薬局が54.9%であった(図表 44)。「実施していない」薬局では、「説明、確認とも薬の取り揃え後に実施」が34.4%、「説明は薬の取り替え前に実施」が45.0%、「確認は薬の取り揃え前に実施」が9.8%であった(図表 45)。
- ・患者に後発医薬品についての説明を行う際の価格比較表等の提示状況については、「患者から質問を受けた場合のみ示している」が30.6%で最も多く、次いで「説明を行う際には必ず示している」が27.9%、「説明を行う際にはほとんどの場合に示している」が25.1%であった(図表 46)。
- ・後発医薬品への変更調剤について医療機関(医師)に情報提供を行うタイミングについては、「都度行うが前回と同じ場合には連絡しない」が42.2%で最も多く、次いで「変更調剤をした都度」が32.5%であった(図表 47)。
- ・変更調剤の際、先発医薬品と後発医薬品の効能の違いがある場合の対応としては、「後発医薬品へ変更しない」が38.9%で最も多く、「必要に応じて疑義照会している」が30.2%、「すべて疑義照会している」が15.8%であった(図表 48)。
- ・「お薬手帳」や「薬剤情報提供文書」への医薬品名の記載方法については、「先発医薬品か後発医薬品かの違いがわかるように記載」が31.1%、「一般名・成分名で記載している」が3.3%、「先発医薬品と後発医薬品との違いは特に表示していない」が60.5%であった(図表 49)。

- ・後発医薬品の採用基準としては、「後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること」(58.9%)が最も多く、次いで「近隣保険医療機関で採用されている銘柄であること」(58.5%)、「信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品である」(49.4%)、「メーカーが品質の情報開示をしている」(44.9%)、「納品までの時間が短いこと」(44.1%)、「後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一」(42.0%)と続いた(図表 50)。
- ・平成 23 年 6 月における備蓄医薬品の品目数については、医薬品の全品目の対前年増加率(5.7%)と比較して、後発医薬品の増加率(15.0%)は大きくなっているが、依然として全医薬品に対する後発医薬品の割合は 18.1%と低い(図表 51)。
- ・在庫金額については、医薬品の全品目の対前年増加率が 8.7%であるのに対し、後発医薬品の増加率は 19.6%と大きくなっている。一方、廃棄額については、医薬品の全品目の対前年増加率が 8.2%であるのに対し、後発医薬品の増加率は 37.3%と大きく伸びている(図表 52)。
- ・「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度は、「知っている」が 96.8%であり、「知らない」が 2.7%となった(図表 53)。
- ・「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提出された経験については、「提示されたことがある」が 81.1%、「提示されたことはない」が 18.9%であった(図表 54)。提示した患者のうち、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合をみると、「80%超～」が 26.2%ある一方で、「0%超～20%以下」が 19.8%であった(図表 55)。
- ・「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての「説明・変更がしやすくなった」という薬局が 66.0%、「変わらない」が 29.8%であった(図表 56)。
- ・保険者(健康保険組合、市町村国民健康保険など)が被保険者に送付した「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示された経験については、「提示されたことがある」が 54.5%、「提示されたことはない」が 44.2%であった(図表 57)。
- ・患者が後発医薬品を頼みやすくするための工夫としては、「薬局内にポスターや案内板等を掲示している」(86.2%)が最も多く、次いで「薬局内に普及啓発に関するリーフレットを用意している」(47.0%)、「ジェネリック医薬品希望カードを用意している」(14.3%)、「患者の意向を確認できるような資材を配布」(12.7%)となった。一方、「特に工夫していない」という薬局が 7.8%あった(図表 58)。
- ・処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件としては、「一般名処方が普及すること」が 46.4%と最も多く、次いで「後発医薬品に対する患者の理解」(43.2%)、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」(43.1%)、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」(41.4%)、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」(39.3%)であった(図表 59)。
- ・後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこととしては、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」(67.9%)が最も多く、次いで「患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと」(54.5%)、「一般名処方とすること」(38.7%)であった(図表 60)。

- ・後発医薬品の使用を進める上で後発医薬品メーカーや卸業者に望むこととしては、「患者1人分での量など、分割や少量での販売をすること」(63.4%)が最も多く、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(58.0%)、「品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること」(50.1%)であった(図表 61)。
- ・東日本大震災の影響として、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、変更調剤、説明において影響があるかを尋ねたところ、「現在は影響はなくなっている」が75.3%、「現在も多少影響が残っている」が19.7%、「現在も大きな影響が残っている」が1.7%となった(図表 62)。
- ・調査票の「様式 2」に記載のあった処方せん 10,756 枚の薬剤料の状況についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は平均 970.7 点であった。一方、実際に調剤した薬剤料は平均 734.3 点で、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 75.6% (前回調査は 80.1%) であった(図表 63)。
- ・患者一部負担金割合別に薬剤料の変化をみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に対する、実際に調剤した薬剤料の割合は、0 割負担(自己負担なし)で78.0%、1 割負担で75.2%、3 割負担で75.9%となった(図表 64)。

(2) 診療所・病院・医師調査

- ・オーダーリングシステムの導入状況について、「後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している」は診療所が15.5%、病院が21.0%、「オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない」は診療所が3.7%、病院が19.8%であった。一方、「オーダーリングシステムは導入していない」は診療所が69.8%、病院が54.8%であった(図表 73)。
- ・院内処方が100%という回答は、診療所が25.3%、病院が21.5%であった(図表 74)。
- ・医薬品の全備蓄品目に占める後発医薬品の割合については、無床診療所(院外処方率50%未満)で20.9%、無床診療所(院外処方率50%以上)で20.0%、有床診療所で21.2%、DPC対象病院(特定機能病院)で9.3%、DPC対象病院(特定機能病院以外)で12.0%、DPC準備病院で9.5%、それ以外の病院で14.9%となった。また、調剤用医薬品廃棄額における後発医薬品の占める割合については、DPC対象病院(特定機能病院)で1.4%、DPC対象病院(特定機能病院以外)で4.6%、DPC準備病院で3.0%、それ以外の病院で9.5%となった(図表 80、81)。
- ・後発医薬品の備蓄状況は、診療所では「1~50品目未満」が47.7%で最も多かった。また、「0品目」が34.4%であった。病院では、「100~200品目未満」が40.7%で最も多く、次いで「50~100品目未満」が28.4%、「1~50品目未満」が22.2%であった(図表 82)。
- ・後発医薬品備蓄品目数の今後の予定については、診療所では「現状維持の予定」が62.6%と最も多く、「増やす予定」が25.9%、「減らす予定」が0.8%であった。一方、病院では「増やす予定」が61.0%と最も多く、「現状維持の予定」が35.4%、「減らす予定」が0.2%であった(図表 83)。
- ・1年前と比較した後発医薬品の供給体制についてみると、診療所・病院ともに「変化はな

い」(それぞれ 69.3%、71.9%) が最も多かった。また「改善した」は診療所が 18.5%、病院が 24.4%であり、「悪化した」は少なかった(それぞれ 1.3%、1.3%) (図表 84)。

- ・ 診療所・病院で後発医薬品の採用・選定の際に行ったことについてみると、診療所では「特になし」(47.4%) が最も多かった。次いで「後発医薬品の価格調査」(29.4%)、「後発医薬品の採用を決定する体制整備」(16.9%) であった。病院では「後発医薬品の価格調査」(62.3%) が最も多く、次いで「医師に対する採用予定の後発医薬品の品質などについての説明」(31.0%)、「後発医薬品の採用を決定する体制整備」(30.8%)、「後発医薬品採用基準の作成」(25.4%) であった (図表 85)。
- ・ 後発医薬品に関する情報の収集源としては、診療所・病院ともに「後発医薬品メーカーの MR などからの情報提供」(それぞれ 55.4%、82.5%) が最も多く、次いで「取引のある卸の MS 等からの情報提供」(それぞれ 50.3%、66.7%) であった。病院では「後発医薬品メーカーや関連団体のホームページ」が 31.7%で 3 番目に多かったが、診療所では 6.0%に留まった (図表 86)。
- ・ 病院では、薬剤部門が収集した後発医薬品の情報について、「収集した情報を評価し、検討に反映させている」が 62.5%で最も多かったが、一方で、「特に情報収集は行っていない」が 26.0%あった (図表 87)。
- ・ 後発医薬品を採用する際に重視することとしては、診療所・病院ともに「治療効果の同等性」(それぞれ 71.3%、73.1%) が最も多く、次いで「適応症の同一性」(それぞれ 48.1%、67.9%) となった。3 位以降については、診療所では「患者負担軽減」(44.7%)、「副作用のリスクの小ささ」(42.6%)、病院では「信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品」(65.0%)、「経営的視点からの影響」(64.2%) であった (図表 88)。
- ・ 後発医薬品を導入する際に苦労したこととしては、診療所では多い順に「患者への説明」(25.5%)、「後発医薬品に関する情報の入手」(19.2%)、病院では「後発医薬品メーカーの選定」(44.6%) が最も多く、次いで「医師の理解を得ること」(43.3%)、「切り替える先発医薬品の選定」(32.1%) であった。診療所では「特に苦労はなかった」が 30.1%で最も多くなっていることに留意する必要がある (図表 89)。
- ・ 院外処方せんを発行している医療機関の、後発医薬品リストの近隣薬局・地域薬剤師会等への提供状況をみると、診療所では 19.6%、病院では 43.4%が提供していると回答している (図表 90)。
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況として、「後発医薬品があるものは積極的に使用」が有床診療所では 24.1%、病院では 40.8%、「後発医薬品のあるものの一部を使用」が有床診療所では 39.7%、病院では 44.2%となった。一方、「後発医薬品をほとんど使用していない」が有床診療所では 19.0%、病院では 10.2%であった。診療所の 63.8%、病院の 85.0%が「積極的に使用」あるいは「一部を使用」としている (前回調査ではそれぞれ 54.5%、81.3%) (図表 91)。
- ・ 入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由としては、診療所では、「後発医薬品の治療効果に疑問」、「処方銘柄を長く使用しており信頼している」(ともに 29.4%) が最も多く、次いで「後発医薬品に適応がない」、「後発医薬品の副作用が心配」(ともに 17.6%)

となった。病院では、「処方銘柄を長く使用しており信頼している」(29.9%)が最も多く、次いで「施設として使用医薬品の銘柄を指定している」(28.4%)、「後発医薬品の治療効果に疑問」(27.2%)「後発医薬品に適応がない」(22.6%)、「後発医薬品の副作用が心配」(18.4%)となった(図表 92)。

- ・ 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「経験はない」(それぞれ 65.5%、82.7%)が大半を占めた(図表 93)。一方で、「経験がある」と回答した病院における、問題の内容についてみると、「後発医薬品メーカー・卸における在庫の問題」(「経験がある」と回答した病院の 32.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品の使用感の問題」(同 28.8%)、「後発医薬品の効果の問題」(同 26.0%)であった(図表 94)。
- ・ 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に後発医薬品の使用を進めてもよいかを尋ねたところ、診療所・病院ともに「品質保証が十分であることの周知徹底」(それぞれ 50.0%、62.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」(それぞれ 41.4%、57.3%)であった。3 番目以降は、診療所では「一般名処方を行いやすくする環境の整備」、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(ともに 22.4%)、病院では「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」(41.7%)、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(39.2%)であった(図表 95)。
- ・ 診療所 599 施設における院外処方せんの発行状況は、院外処方せんを「発行している」が 72.8%であった(図表 97)。
- ・ 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」が 55.0% (前回調査は 49.7%)で最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用する」が 17.9% (前回調査は 19.3%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 14.0% (前回調査は 9.2%)であった(図表 99)。
- ・ 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」が 72.0% (前回調査は 66.9%)で最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用する」が 16.2% (前回調査は 20.3%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 5.2% (前回調査は 2.5%)であった(図表 100)。
- ・ 病院で平成 23 年 6 月 1 か月間に発行した院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんまたは「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合は、「90%以上」が 38.0%で最も多く、次いで「10%未満」が 22.5%であった(図表 102)。
- ・ 後発医薬品使用体制加算の状況については、病院全体の 16.9% (前回調査は 20.6%)が「算定している」と回答している(図表 103)。加算算定病院における、後発医薬品使用体制加算の算定回数は、特定機能病院では平均 19.3 回、DPC 対象病院(特定機能病院を除く)では平均 18.0 回、DPC 準備病院では平均 172.0 回、DPC 対応していない病院では平均 48.8 回であった(図表 105)。
- ・ 外来診療における後発医薬品の処方に関する考えについては、診療所の医師の 15.1%、病院の医師の 9.6%が「後発医薬品は基本的に処方しない」と回答している(図表 106)。その理由は、「後発医薬品の品質への疑問」(診療所 71.2%、病院 73.6%)、「後発医薬品の効

果への疑問」(同 54.5%、60.4%)、「後発医薬品の副作用への不安」(同 51.5%、39.6%)、「後発医薬品の情報提供体制の不備」(同 34.8%、28.3%)であった(図表 107)。

- ・ 1年前と比較した、外来診療における後発医薬品の処方の変化について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では「多くなった」が35.8%(前回調査は51.4%)、「変わらない」が62.2%(前回調査は46.4%)であり、病院では「多くなった」が43.0%(前回調査は51.6%)、「変わらない」が55.0%(前回調査は46.5%)であった(図表 108)。
- ・ 平成23年4月以降に「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無については、診療所の医師の63.3%、病院の医師の70.1%が「ない」と回答している(前回調査はそれぞれ67.2%、65.5%)(図表 109)。
- ・ 一方、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験が「ある」医師は、診療所の医師が31.7%、病院の医師が28.5%であり(前回調査はそれぞれ31.0%、33.5%)、署名した理由は、「後発医薬品の品質が不安」(診療所34.1%、病院38.2%)、「患者からの強い要望」(同25.4%、36.9%)、「先発医薬品を長く使用し信頼している」(同16.7%、18.5%)等となっている(図表 111)。
- ・ 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無について、「ある」と回答した医師は、診療所では16.7%、病院では21.1%(前回調査はそれぞれ21.9%、23.4%)であった(図表 112)。その内容として最も多いケースは、診療所・病院ともに「先発品から後発品への変更不可とすることが多い」(それぞれ65.8%、76.7%)であった。次いで、「先発品・後発品区別なく変更不可とすることが多い」(同11.0%、9.5%)であった(図表 113)。
- ・ 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せんの枚数の割合としては、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ50.7%、56.0%)が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(同13.7%、18.1%)であった(図表 114)。
- ・ 一部の医薬品について「変更不可」とする理由としては、診療所では「後発医薬品の品質が不安」(63.0%)が最も多く、次いで、「先発医薬品を長く使用し信頼している」(43.8%)、「患者からの強い要望があった」(35.6%)となった。病院では「患者からの強い要望があった」(55.2%)が最も多く、次いで、「後発医薬品の品質が不安」(42.2%)、「先発医薬品を長く使用し信頼している」(28.4%)となった(図表 115)。
- ・ 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある(医師に質問する、使用を希望する)患者の割合は、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ53.9%、46.5%)が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(それぞれ19.8%、28.1%)となった(図表 117)。
- ・ 1年前と比較して、後発医薬品に関心がある患者数の変化を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「変わらない」(それぞれ59.4%、57.0%)が最も多かった。次いで「増えた」(それぞれ29.1%、32.5%)であった(図表 118)。
- ・ 投薬または処方せんの交付を行う際に、患者が後発医薬品を選択しやすくするために行っている対応としては、診療所・病院ともに「特にしていない」(それぞれ43.3%、51.5%)が最も多かった。次いで「保険薬局で変更調剤可能を伝えている」(同23.2%、22.1%)、「患者の後発医薬品の使用意向を確認」(同17.7%、17.8%)となった(図表 119)。

- ・ 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無については、診療所では「ある」が 34.9%、「だいたいある」が 41.5%、「まったくない」が 16.5%であった。病院では「ある」が 44.0%、「だいたいある」が 40.3%、「まったくない」が 11.8%であった。病院医師では「ある」が 28.1%、「だいたいある」が 35.8%、「まったくない」が 32.7%であった。病院医師で「ある」の割合が低かった（図表 120）。
- ・ 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、望ましい情報提供のあり方としては、診療所では「変更調剤が行われた都度」が 47.0%となっており、病院（27.7%）と比べて 19.3 ポイント高い結果となった。病院では「最初の変更調剤時とその後は更に変更がある時だけ」が 42.4%で最も多く、次いで「変更調剤が行われた都度」（27.7%）であった。病院医師では「最初の変更調剤時とその後は更に変更がある時だけ」が 39.4%で最も多く、次いで「変更調剤が行われた都度」（31.2%）であった（図表 121）。
- ・ 保険薬局からフィードバックされた情報の管理については、「カルテに記載・入力している」（診療所 66.7%、病院 61.8%、病院医師 52.1%）が最も多かった。次いで「FAX 等を薬剤師・薬剤部が一括管理している」（診療所 5.3%、病院 8.6%、病院医師 13.6%）であった（図表 122）。
- ・ 保険薬局からフィードバックされた情報の活用の有無については、「特に活用していない」（診療所 57.3%、病院 69.7%）が半数を超え、「活用している」と回答した医師は診療所では 32.8%、病院では 26.5%に留まった（図表 123）。
- ・ 院外処方せんを発行していない診療所における後発医薬品の処方に関する考えとしては、「ケースバイケースで後発医薬品を処方する」が 43.4%で最も多く、次いで「特にこだわりはない」（27.7%）となった。一方、「後発医薬品は基本的には処方しない」は 18.9%であったが、その理由としては、「後発医薬品の品質への疑問」（63.3%）が最も多く、次いで「後発医薬品の効果への疑問」（60.0%）、「後発医薬品の副作用への不安」（56.7%）と続いた（図表 124、125）。
- ・ 院外処方せんを発行していない施設における、患者が後発医薬品を選択しやすくするために行っている対応としては、「特になし」が 61.0%で最も多く、次いで「品質面での同等性や価格の違いを説明」（23.3%）、「患者の後発医薬品の使用意向を確認」（13.2%）であった（図表 126）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、診療所では「知っている」が 71.6%、「知らない」が 23.7%であり、病院では「知っている」が 51.4%、「知らない」が 47.2%となった。診療所の医師のほうが「知っている」の割合が病院の医師よりも 20.2 ポイント高い結果となった（図表 127）。
- ・ 「ジェネリック医薬品カード」を提示された経験については、診療所では「提示されたことがある」が 63.2%、「提示されたことはない」が 36.4%となった。病院では、「提示されたことがある」が 47.7%、「提示されたことはない」が 51.9%となった。診療所の医師のほうが「提示されたことがある」の割合が病院の医師よりも 15.5 ポイント高い結果となった（図表 128）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者のうち、後発医薬品の処方または変更

不可欄に署名等のない処方せんを発行した割合は、診療所では「0%」が 31.7%ある一方、「100%」も 27.3%あった。病院では「0%」が 27.4%で最も多く、次いで「～50%未満」(23.7%)となった(図表 129)。

- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明がしやすくなったかを尋ねたところ、「説明・処方がしやすくなった」と回答した医師は診療所では 29.5%、病院では 39.3%となった(図表 130)。
- ・ 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を提示された経験の有無については、診療所では「提示されたことがある」が 28.4%、「提示されたことはない」が 66.6%であった。病院では「提示されたことがある」が 14.7%、「提示されたことはない」が 80.2%であった(図表 131)。
- ・ 後発医薬品の薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況については、診療所・病院医師ともに「ほとんど知らない」(それぞれ 40.4%、44.5%)が最も多く、次いで「少しは知っている」(それぞれ 36.4%、36.5%)、「だいたい知っている」(それぞれ 20.0%、14.5%)となった(図表 132)。
- ・ どのような対応がなされれば医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いかという問いに対しては、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」(それぞれ 68.6%、71.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品のメーカー・卸による情報提供体制の確保」(それぞれ 45.6%、52.1%)となった(図表 133)。
- ・ 患者が後発医薬品を頼みやすくするような施設の工夫については、診療所・病院の医師ともに「特に工夫していない」(それぞれ 62.9%、45.8%)が最も多かった。次いで、「院内にポスターや案内板等を掲示している」(それぞれ 14.9%、39.2%)、「診察時に必ず患者の意向を尋ねるようにしている」(それぞれ 14.0%、7.5%)であった(図表 135)。また、「特に工夫していない」と回答した診療所・病院にその理由を尋ねたところ、「工夫していないが積極的に処方している」(それぞれ 37.9%、36.4%)が最も多く、次いで「患者が頼みやすくする必要性を感じていない」(それぞれ 30.0%、21.8%)となった(図表 136)。
- ・ 後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むことについては、診療所・病院・病院医師ともに「患者へのきちんとした説明」(それぞれ 56.3%、70.9%、63.0%)が最も多かった。2 番目以降に多かった項目としては、診療所では「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」(41.2%)、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」(38.8%)、「薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上」(31.4%)であり、病院では「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」(51.6%)、「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」(44.5%)、「薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上」(29.3%)となった。また、病院医師では「先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認」(57.7%)、「変更した調剤内容についての医師へのフィードバック」(45.9%)、「お薬手帳の医薬品名に後発医薬品とわかるように表示」(40.8%)となった(図表 137)。
- ・ 後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むことについては、診療所では「販売名をわかりやすいものにする」(42.2%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(37.4%)、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(29.7%)、「品切れ品目がないよう在庫を常に確保すること」(26.2%)となった。病院では、「個別

の照会に対して迅速、適切に対応すること」(56.7%)が最も多く、次いで「品切れ品目がないよう在庫を常に確保すること」(55.0%)、「販売名をわかりやすいものにする」(54.4%)となった。病院医師では、「販売名をわかりやすいものにする」(55.5%)が最も多く、次いで「個別の照会に対して迅速、適切に対応すること」(51.2%)、「後発医薬品の品目数の多さを是正すること」(41.2%)となった(図表 139)。

- ・ 東日本大震災により、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択の志向、処方傾向、説明などに影響があるかを診療所・病院に尋ねたところ、「現在は影響はなくなっている」(それぞれ 73.6%、77.7%)が最も多く、次いで「現在も多少影響が残っている」(それぞれ 10.2%、10.4%)、「現在も大きな影響が残っている」(それぞれ 1.0%、0.8%)となった(図表 141)。

(3) 患者調査

- ・ 回答者の性別は「男性」が 46.3%、「女性」が 53.6%であった(図表 142)。また、平均年齢は 58.8 歳(中央値 62.0)であった(図表 144)。
- ・ 薬局への来局頻度は、「1 か月に 1 回程度」が 45.9%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」が 17.8%、「年に数回程度」が 17.2%、「2 か月に 1 回程度」が 12.7%であった(図表 145)。
- ・ かかりつけ薬局の有無は、「かかりつけ薬局がある」が 80.0%、「かかりつけ薬局がない」が 13.3%であった(図表 147)。
- ・ 公的医療保険の種類は、「国民健康保険」が 36.5%で最も多く、次いで「健康保険組合」が 21.7%、「後期高齢者医療広域連合」が 18.5%、「全国健康保険協会」が 17.9%、「共済組合」が 3.4%であった(図表 149)。
- ・ 調査日に受診した診療科は、「内科」が 60.7%で最も多く、次いで「整形外科」(13.4%)、「眼科」(8.6%)、「耳鼻咽喉科」(7.9%)、「循環器科」「皮膚科」(ともに 6.2%)であった(図表 152)。
- ・ 調査日における薬局窓口での自己負担額は平均 2,144.1 円(中央値 1,360)であった(図表 153)。
- ・ 調査日におけるジェネリック医薬品の処方の有無については、「ジェネリック医薬品の処方を受けた」が 31.4%、「ジェネリック医薬品の処方を受けなかった」が 51.8%であった(図表 155)。
- ・ 調査日におけるジェネリック医薬品への変更の有無については、「ジェネリック医薬品へ変更した」が 25.6%、「ジェネリック医薬品へ変更しなかった」が 57.7%であった(図表 157)。
- ・ 後発医薬品の認知状況については、「知っている」が 76.2%、「名前は聞いたことがある」が 16.7%、「知らない」が 6.3%であった(図表 159)。年齢が高くなるにしたがって認知度が低くなる傾向がみられた(図表 160)。
- ・ 後発医薬品を知っている人における後発医薬品に対する関心については、「関心がある」が 48.3%、「どちらともいえない」が 35.2%、「関心はない」が 16.1%であった(図表 163)。薬局窓口での自己負担額別にみると、自己負担額が 1500 円以上では「関心がある」が 5 割

を超える結果となった。また「自己負担なし」の患者では「関心がある」が 39.5%と全体と比較して相対的に低い結果となった（図表 165）。

- ・後発医薬品を知っている人に対して医師からの後発医薬品についての説明の有無を尋ねたところ、「ある」が 26.9%、「ない」が 65.4%であった（図表 166）。
- ・後発医薬品を使っている人に対して、医師に後発医薬品の処方をお願いした経験の有無を尋ねたところ、「ある」が 14.3%、「ない」が 84.5%であった（図表 168）。また、処方をお願いした経験のある人に対して頼みやすかったかを尋ねたところ、「頼みやすかった」が 60.5%、「どちらともいえない」が 25.8%、「頼みにくかった」が 4.7%となった（図表 170）。さらに、医師にお願いをしたが、後発医薬品を処方してもらえなかった経験の有無を尋ねたところ、処方してもらえなかったことが「ある」が 26.8%、「ない」が 61.6%であった（図表 172）。
- ・後発医薬品を知っている人に対して、薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無を尋ねたところ、「ある」が 69.8%、「ない」が 23.7%であった（図表 174）。
- ・後発医薬品を知っている人に対して、薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験の有無を尋ねたところ、「ある」が 32.6%、「ない」が 65.3%であった（図表 176）。また、調剤をお願いした経験のある人に対して、薬剤師に後発医薬品の調剤を頼みやすかったかを尋ねたところ、「頼みやすかった」が 87.3%、「どちらともいえない」が 10.1%、「頼みにくかった」が 0.7%となった（図表 178）。さらに、薬剤師にお願いしたが後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無を尋ねたところ、変更してもらえなかった経験が「ある」は 29.0%、「ない」は 65.9%となった（図表 180）。変更してもらえなかった際の薬局からの説明内容としては、「ジェネリック医薬品のない医薬品」（48.4%）が最も多く、次いで「変更が医師の指示によりできない」（19.8%）であった（図表 182）。
- ・先発医薬品との価格を比較した表等を提示された経験の有無については、提示された経験が「ある」が 39.2%、「ない」が 45.9%であった（図表 183）。年齢階級別にみると、30～39 歳、40～49 歳、60～64 歳では「ある」と回答した割合が 5 割近くとなったが、75 歳以上では 23.9%と他の年齢階級と比較して低い結果となった（図表 184）。
- ・後発医薬品の処方や調剤が頼みやすくなるための方策としては、「医療機関で医師がたずねてくれる」（64.5%）が最も多く、次いで「薬局で薬剤師がたずねてくれる」（46.5%）、「医療機関でポスター掲示・カード等用意」（26.5%）であった（図表 185）。
- ・後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために最も重要と思うことを尋ねたところ、「医療機関で医師がたずねてくれる」が 46.6%と最も多かった（図表 187）。
- ・「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度については、「知っている」が 38.9%、「知らない」が 59.9%となった（図表 189）。年齢階級別にみると、50 歳未満では「知っている」の回答割合が 5 割以上となっており、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高かった。一方、65 歳以上では「知らない」の回答割合が 6 割を超え、全体と比較して相対的に高かった（図表 190）。公的医療保険の種類別に「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、「知っている」は「全国健康保険協会」（64.6%）が最も高く、次いで「健康保険組合」（42.3%）であった。一方、「共済組合」「後期高齢者医療広域連合」では、「知らな

い」が7割以上となった（図表 191）。

- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を「知っている」と回答した人に対して「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況を尋ねたところ、「持っている」が37.3%、「持っていない」が61.8%となった。男女別にみると、男性では「持っている」が43.9%となり、女性（32.5%）と比べると11.4ポイント高かった（図表 192）。年齢階級別にみると、75歳以上で「持っている」と回答した割合が5割を超え、全体と比べて相対的に高い結果となった。一方、30歳未満では、「持っている」が14.6%と全体や他の年齢階級に比較して非常に低い結果となった（図表 193）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人における「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元をみると、「全国健康保険協会」、「国民健康保険」がともに28.4%と最も多く、次いで「健康保険組合」（15.9%）となった（図表 195）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の利用経験の有無を尋ねたところ、「利用したことがある」が28.8%、「利用したことはない」が71.2%となった（図表 196）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の提示先をみると、全体では、「保険薬局の受付窓口」（55.0%）が最も多く、次いで「医療機関の受付窓口」（28.3%）、「医師」（16.7%）、「薬剤師」（11.7%）となった（図表 197）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用した経験のある人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」によって医師や薬剤師に後発医薬品について質問やお願いがしやすくなったかを尋ねたところ、「質問・お願いがしやすくなった」が65.0%、「それほど変わらなかった」が23.3%。「わからない」が10.0%となった。男女別にみると、女性では、「質問・お願いがしやすくなった」が70.4%となり、男性（60.6%）よりも9.8ポイント高かった（図表 198）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向を尋ねたところ、「利用したい」が59.7%、「利用したいと思わない」が34.8%となった（図表 199）。
- ・ 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受け取り経験についてみると、「ある」が10.4%、「ない」が84.7%となった（図表 201）。
- ・ 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取った人に対して、「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したかを尋ねたところ、「変えた」が48.3%、「変えなかった」が47.7%となった。男女別にみると、男性では「変えた」が55.6%となり、女性（41.6%）よりも14.0ポイント高かった（図表 204）。年齢階級別にみると、30～39歳、50～59歳、60～64歳では「変えた」という回答が6割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方、30歳未満では「変えた」という回答が16.7%と他の年齢階級と比べて最も低い結果となった（図表 205）。
- ・ 「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取ったが後発医薬品に変更しなかった人に対して、後発医薬品に変更しなかった理由を尋ねたところ、「後発医薬品に対する不安がある」（31.0%）が最も多く、次いで「医師の処方した薬の変更に抵抗があった」（28.2%）、「薬

剤料の差額が小さい」(25.4%)、「使っていた薬の変更には抵抗があった」(19.7%)となった。男女別にみると、男性では「後発医薬品に対する不安がある」が44.8%となり、女性(21.4%)よりも23.4ポイント高い結果となった(図表206)。

- ・「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り希望についてみると、「希望する」が40.7%、「希望しない」が18.3%、「わからない」が38.0%となった(図表207)。年齢階級別にみると、40歳以上74歳以下では「希望する」という回答が4割を超えた。一方、「30歳未満」(30.9%)、「75歳以上」(30.3%)では、「希望する」は全体と比べて相対的に低い結果となった(図表208)。
- ・後発医薬品の使用経験の有無についてみると、後発医薬品の使用経験が「ある」が60.8%、「ない」が36.1%であった(図表209)。年齢階級別にみると、70歳未満では「使用したことがある」が6割以上となり、他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方で、75歳以上では「使用したことがある」が5割に届かず、すべての年齢階級の中で最も低い結果となった(図表210)。
- ・後発医薬品を使用した経験のある人に対して、先発医薬品と比較した後発医薬品の効果を尋ねたところ、「変わらない」が30.0%、「ほとんど変わらない」が21.0%であり、両者を合わせると51.0%となった(図表211)。
- ・後発医薬品の使用経験のある人に対して、医療機関や薬局窓口での薬代の負担感について尋ねたところ、「安くなった」が50.1%、「それほど変わらなかった」が21.6%、「わからない」が21.9%であった。男女別にみると、男性では「安くなった」が54.5%となり、女性(45.8%)よりも8.7ポイント高い結果となった(図表213)。年齢階級別にみると、50歳以上75歳未満の各年齢階級では「安くなった」という回答が5割を超えた。一方、30歳未満、75歳以上では「わからない」が32.1%と全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった(図表214)。
- ・後発医薬品の使用経験のある人に対して、後発医薬品に切り替えようと思った最大のきっかけを尋ねたところ、「薬剤師からの説明」(46.6%)が最も多く、「医師からの説明」(13.4%)、「ジェネリック医薬品に関する宣伝等」(11.1%)となった(図表215)。年齢階級別にみると、すべての年齢階級で「薬剤師からの説明」が最も高い結果となった(図表216)。
- ・今後の後発医薬品の使用に関する考えについては、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が27.9%である一方、「できればジェネリック医薬品を使いたくない」が9.8%あった。最も回答が多かったのは「ジェネリックや先発品にはこだわらない」で42.1%であった(図表218)。
- ・後発医薬品を使用するにあたって重要なことを尋ねたところ、「効果があること」(71.3%)が最も多く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」(53.8%)、「副作用の不安が少ないこと」(52.0%)、「医師のすすめがあること」(35.8%)、「少しでも医療費を節約できること」(34.4%)となった(図表220)。
- ・後発医薬品を使用するにあたって最も重要なことについて尋ねたところ、「効果があること」(35.5%)が最も多く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(10.8%)、「医師のすすめがあること」(9.4%)となった(図表222)。

- 男女別にみると、男女ともに「効果があること」（それぞれ 36.6%、34.5%）が最も多い回答であった。次いで男性では「窓口で支払う薬代が安くなること」（10.1%）、「医師のすすめがあること」（9.7%）となった。女性では「副作用の不安が少ないこと」（12.3%）、「医師のすすめがあること」（9.1%）となった（図表 222）。
- 後発医薬品の使用意向についてみると、「少しでも安くなるのであれば使用したい」「（具体的に）安くなるのであれば使用したい」をあわせると 5 割を超え、「いくら安くなっても使用したくない」が 6.3%、「分からない」が 28.6%となった（図表 224）。
- 調査日の窓口負担額別に、後発医薬品の使用意向をみると、窓口負担額が高くなるほど「少しでも安くなるのであれば使用したい」、「具体的に安くなるのであれば使用したい」を合計した割合が高くなる傾向がみられた。一方、「自己負担なし」では 5 割近くが「わからない」と回答した（図表 226）。
- 「（具体的に）安くなるのであれば使用したい」と回答した人に対して、後発医薬品を使用したいと思う軽減額を尋ねたところ、平均 1,027.2 円（中央値 500）であった（図表 227）。年齢階級別にみると、65 歳未満では年齢が高くなるほど軽減額が高くなる傾向が見られた（図表 228）。また、調査日の自己負担額別にみると、3,000 円以上の自己負担額において「（具体的に）安くなるのであれば使用したい」と思う軽減額が 1,000 円を超えた（図表 229）。

⑥貴薬局の処方せんの応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※〇は1つだけ	1. 主に近隣にある特定の病院の処方せんに応需している薬局 2. 主に近隣にある特定の診療所の処方せんに応需している薬局 3. 主に同じ医療モール内の保険医療機関の処方せんに応需している薬局 4. 様々な保険医療機関からの処方せんに応需している薬局 5. その他（具体的に)				
⑦後発医薬品調剤率 <数量ベース> (平成 22 年及び平成 23 年の各 1 月～6 月) ※小数点以下第 1 位まで ※1 か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量÷1 か月間に調剤した全調剤について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量×100					
1)平成 22 年					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %
2)平成 23 年					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 23 年 6 月 1 日～6 月 30 日の 1 か月間)についてお伺いします。

①上記期間中に受け付けた処方せんの発行医療機関数と処方せん枚数を()内にご記入ください。					
医療機関種別	1)処方せん発行医療機関数	2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある機関数			5)処方せん枚数の合計
		3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数	4) 2)のうち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数		
病院	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
一般診療所	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
歯科診療所	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
合計	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
② 上記①の医療機関のうち、上記期間中で最も取り扱い処方せん枚数の多い医療機関に係る処方せん枚数					() 枚
③ 上記期間中の営業日数は何日ですか(半日の開局は、0.5 日として計算してください)。 ※小数点以下第 1 位まで					(.) 日

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

平成 23 年 8 月 18 日(木)～8 月 24 日(水)の取り扱い処方せん枚数について、()内に枚数をご記入ください。	
① すべての取り扱い処方せん ※②と⑬の合計数になります。ご確認ください。	() 枚 ←
② ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に <u>処方医の署名等がない</u> 処方せん	() 枚 ←
③ ②のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	() 枚
④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん	() 枚
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料(10点)を算定した処方せん	() 枚
⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算(5点)を算定した処方せん	() 枚
⑦ ③のうち、1品目でも、後発医薬品を他の銘柄の後発医薬品に変更した処方せん	() 枚
⑧ ③のうち、1品目でも、含量違いの後発医薬品に変更した処方せん	() 枚
⑨ ③のうち、1品目でも、類似した別剤形の後発医薬品に変更した処方せん	() 枚
⑩ ②のうち、いずれの先発医薬品にも後発医薬品が薬価収載されておらず、後発医薬品に変更できなかった処方せん	() 枚
⑪ ②のうち、患者が希望しなかったため、1品目も後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に確認済みの場合を含む)	() 枚
⑫ ②のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった処方せん(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形となります)	() 枚
⑬ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に <u>処方医の署名等がある</u> 処方せん	() 枚 ←
⑭ ⑬のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	() 枚

※②+⑬=①となりますのでご確認ください

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。

(1) 後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

- 1. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
- 2. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
- 3. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない
- 4. その他（具体的に _____ ）

→ 4-(1)-1 後発医薬品を積極的には調剤していない理由として、あてはまるものに○をつけてください。

※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質に疑問がある
- 2. 後発医薬品の効果に疑問がある
- 3. 後発医薬品の副作用に不安がある
- 4. 納品までの時間がかかる
- 5. 後発医薬品メーカー・卸が在庫を確保していない
- 6. 後発医薬品の情報提供体制に不備がある
- 7. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足している
- 8. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的
- 9. 後発医薬品の説明に時間がかかる
- 10. 後発医薬品の使用増に伴う薬剤料の減少に不安がある
- 11. 在庫管理の負担が大きい
- 12. 後発医薬品への変更希望を確認する前に、薬を取り揃えてしまっている
- 13. その他（具体的に _____ ）

【選択肢 1～6 を選ばれた方】

→ 4-(1)-1-1 根拠となった経験の内容や時期、問題点を具体的にお書きください。

【選択肢 11 を選ばれた方】

→ 4-(1)-1-2 解決するために必要と考えることがございましたら、具体的にお書きください。

↓
【4-(1)-1 にお答えいただいたすべての方にお伺いします】

→ 4-(1)-2 上記の選択肢 1～13 のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。

(2) 後発医薬品への変更が可能な処方せんで、かつ、変更可能な先発医薬品が処方された患者のうち、後発医薬品についての説明※1を行った患者は、平成 23 年 4 月以降、現在までにどの程度いましたか。

約 () %

※1 「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること(例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など)の説明に加え、患者の処方せんににおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指します。

(3) 上記(2)で、後発医薬品についての説明※1を行わなかった患者がいた場合、その理由は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

- 1. 簡潔な説明で十分だと思ったから
- 2. 今回は2回目以降の調剤であり、初回の受付時に十分な説明を行ったから
- 3. 待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから
- 4. 説明をしようとしたが、患者が急いでおり、説明不要と言われたから
- 5. 患者が後発医薬品について十分理解していたから
- 6. 薬剤料の差額が小さいなど、患者にとって後発医薬品に変更する経済的なメリットがなかったから
- 7. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品について説明する業務手順になっていないから
- 8. システム上、薬剤料の差額がすぐに計算できないので、患者の質問にその場で答えることができないから
- 9. 後発医薬品の備蓄品目数が少ないから
- 10. その他（具体的に _____ ）

(14) 処方せんを受け付けた時に、患者に対して、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っていますか。 ※〇は1つだけ

1. はい
2. いいえ → (14)-1 説明や確認を行っているのはいつですか。 ※〇は1つだけ

1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの**後**に行っている
2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの**前**に行っている
3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの**前**に行っている
4. その他（具体的に)

(15) 患者に、「後発医薬品についての説明」を行う際に、先発医薬品の価格と比較した表(価格比較表)等を示していますか。 ※〇は1つだけ

1. 説明を行う際には必ず価格比較表を示している
2. 説明を行う際に、ほとんどの場合、価格比較表を示している
3. 患者から質問を受けた場合のみ、価格比較表を示している
4. 価格比較表を示すことはない
5. その他（具体的に)

(16) 後発医薬品への変更調剤について医療機関(医師)にどのタイミングで情報提供をすることが多いですか。 ※〇は1つだけ

1. 変更調剤をした都度
2. 原則、変更調剤をした都度行うが、前回と同じ内容の変更調剤であった場合には連絡しない
3. 一定期間に行った変更調剤をまとめて
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に
5. その他（具体的に)

(17) 変更調剤の際、先発医薬品と後発医薬品の効能の違いがある場合はどのような対応をしていますか。 ※〇は1つだけ

1. すべて疑義照会している
2. 必要に応じて疑義照会している
3. 後発医薬品へ変更しない
4. 処方せんに変更不可の指示がない限り、変更可として取り扱っている
5. その他（具体的に)

(18) 貴薬局では、「お薬手帳」や「薬剤情報提供文書」の医薬品名についてどのような記載をしていますか。 ※〇は1つだけ

1. 先発医薬品であるか、後発医薬品であるか、違いがわかるように記載している
2. 一般名・成分名で記載している
3. 先発医薬品と後発医薬品との違いは特に表示していない
4. その他（具体的に)

<p>(19) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品の納品までの時間の短縮 4. 後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保 5. 地域の医療機関や保険薬局でよく使われている後発医薬品リストの作成・公開 6. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 7. 一般名処方が普及すること 8. 後発医薬品に対する患者の理解 9. 後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価 10. 調剤室での薬の取り揃えの前に患者に後発医薬品について説明する等、薬局における調剤手順の見直し 11. 医学教育、薬学教育の中での取り上げ 12. 特に対応は必要ない 13. その他（具体的に</p>	
<p>(19)-1 上記(19)の選択肢 1～13のうち、最もあてはまる番号を <u>1つだけ</u> お書きください。</p>	

5. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

<p>(1) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※○は1つだけ</p>	
1. 知っている	2. 知らない→質問(5)へ
<p>(2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ</p>	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない→質問(5)へ
<p>(3) 平成 23 年 4 月以降、「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者のうち、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った割合は、患者ベースでどのくらいですか。</p>	
<p>約 () %</p>	
<p>(4) 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明や変更調剤がしやすくなりましたか。 ※○は1つだけ</p>	
1. 説明・変更がしやすくなった	2. 変わらない
<p>3. その他（具体的に</p>	
<p>(5) 保険者（健康保険組合、市町村国民健康保険など）が被保険者に送付した「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ</p>	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない
<p>(6) 貴薬局では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 薬局内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 処方せん受付時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. その他（具体的に</p>	
<p>8. 特に工夫していない</p>	

6. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

<p>(1) 貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 患者への積極的な働きかけ 2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感 3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと 4. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと 5. 一般名処方とすること 6. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）への情報提供を不要とすること 7. 疑義照会への誠実な対応 8. 後発医薬品に対する理解 9. その他（具体的に _____） 10. 医師に望むことは特にない→質問(2)へ</p>	
<p>(1)-1 上記(1)の選択肢1～9のうち、最もあてはまる番号を<u>1つだけ</u>お書きください。</p>	<p>_____</p>
<p>(2) 貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 患者1人分での量など、分割や少量での販売をすること 2. 後発医薬品の品目数の多さを是正すること 3. MRや卸の営業担当者を増やすこと 4. 後発医薬品の販売名に一般的名称を使うなど、わかりやすいものにすること 5. D I 業務（副作用や調剤時に必要な品質に関する個別の照会等）に、迅速かつ適切な対応をすること 6. 納品までの時間を短縮すること 7. 品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること 8. その他（具体的に _____） 9. メーカーや卸業者に望むことは特にない→質問(3)へ</p>	
<p>(2)-1 上記(2)の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を<u>1つだけ</u>お書きください。</p>	<p>_____</p>
<p>(3) 平成23年3月11日の東日本大震災によって医薬品の供給に関して多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴局では、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、変更調剤、説明などに影響がありますか。 ※○は1つだけ</p>	
<p>1. 現在も、後発医薬品の使用に関して大きな影響が残っている 2. 現在も、後発医薬品の使用に関して多少影響が残っている 3. 現在は、後発医薬品の使用に関して影響はなくなっている 4. その他（具体的に _____）</p>	
<p>(4) 上記(1)(2)以外に、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、ご要望等がございましたら、お書きください。</p>	
<p>_____</p>	
<p>(裏面につづく)</p>	

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。
※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成23年6月末現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 小児科
	5. 産婦人科	6. 呼吸器科	7. 消化器科	8. 循環器科
	9. 精神科	10. 眼科	11. 耳鼻咽喉科	12. 泌尿器科
	13. 皮膚科	14. その他(具体的に)	

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①医療機関名	()
②所在地	() 都・道・府・県
③開設者	1. 個人 2. 法人 3. その他
④種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床
⑤主たる診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. 皮膚科 14. その他(具体的に
⑥オーダーリングシステム ※○は1つだけ	1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない
⑦院内・院外処方の割合	院内処方 () % + 院外処方 () % = 100% ※処方せん枚数ベース
⑧医師数(常勤のみ)	() 人
⑨薬剤師数(常勤のみ)	() 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。

2. 貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

①医薬品備蓄品目数	約 () 品目
②上記①のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目
③調剤用医薬品費(購入額)	約 () 円 ※平成23年6月1か月間または直近1か月分
④上記③のうち後発医薬品費(購入額)	約 () 円 ※平成23年6月1か月間または直近1か月分
⑤調剤用医薬品廃棄額	約 () 円 ※平成23年6月1か月間または直近1か月分
⑥上記⑤のうち後発医薬品廃棄額	約 () 円 ※平成23年6月1か月間または直近1か月分

<p>⑬後発医薬品導入・切替の際に苦労したこと ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. 後発医薬品を導入していない 1. 後発医薬品チェックリストの作成 2. 後発医薬品メーカーの選定 3. 後発医薬品に関する情報の入手 4. 切り替える先発医薬品の選定 5. 先発医薬品メーカーとの関係 6. 患者への説明 7. その他（具体的に) 8. 特に苦労はなかった
<p>⑭貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。 ※○は1つだけ 【院内投薬のみの場合はご回答いただく必要ありません】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 近隣薬局と地域の薬剤師会に提供している 2. 地域の薬剤師会に提供している 3. 近隣の薬局に提供している 4. 提供していない 5. その他（具体的に)
<p>⑮貴施設では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 院内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 院内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 診察時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. 診察時に、必ず、患者の意向を尋ねるようにしている 8. その他（具体的に) 9. 特に工夫していない <ul style="list-style-type: none"> ▶ ⑮-1 「特に工夫していない」理由は何ですか。 <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 工夫していないが、後発医薬品を積極的に処方している 2. どのように情報提供すればよいかわからない 3. 説明資材がない 4. 患者が頼みやすくする必要性を感じていない 5. その他（具体的に) </div>
<p>⑯後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○ 【院内投薬のみの場合はご回答いただく必要ありません】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上 2. 患者へのきちんとした説明 3. 先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認 4. 後発医薬品の指定銘柄を守ること 5. 変更した調剤内容についての処方した医師へのフィードバック 6. お薬手帳の医薬品名に後発医薬品とわかるように表示すること 7. その他（具体的に) 8. 保険薬局や薬剤師に望むことは特にない
<p>⑰上記⑯の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

<p>③今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射および外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品の納品までの時間の短縮 4. 後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保 5. 地域の医療機関や保険薬局でよく使われている後発医薬品リストの作成・公開 6. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 7. 一般名処方を行いやすくする環境の整備 8. 後発医薬品に対する患者の理解 9. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 10. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 11. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 12. 医学教育、薬学教育の中での取り上げ 13. 特に対応は必要ない 14. その他（具体的に
<p>④上記③の選択肢1～14のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

4. <全施設の方にお伺いします>

貴施設における院外処方せん発行状況等についてお伺いします。

<p>①貴施設では、平成23年4月以降、院外処方せんを発行していますか。 ※○は1つだけ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 発行している→質問②へ 2. 発行していない
<p>院外処方せんを発行していない場合は、8ページの「6. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします」の質問①へお進みください。</p>	

②外来診療の状況についてお伺いします。	
<p>1) 1か月間の外来診療実日数（平成23年6月1か月間） ※半日診療は「0.5日」としてください。小数点以下第1位まで</p>	() 日
<p>2) 1か月間の外来延べ患者数（平成23年6月1か月間）</p>	() 人
<p>③外来における院外処方せん発行枚数（平成23年6月1か月間）</p>	() 枚

5. <院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします>

外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えをお伺いします。

<p>①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 特にこだわりはない▶ 6ページの質問②へ 2. 後発医薬品を積極的に処方*する▶ 6ページの質問②へ 3. ケースバイケースで後発医薬品を処方する▶ 6ページの質問②へ 4. 後発医薬品は基本的には処方しない▶ 6ページの質問①-1の後、質問②へ <p>*後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。</p>	

⑩ 保険薬局からフィードバックされた情報はどのように管理していますか ※○は1つだけ	
1. カルテに記載・入力している	
2. FAXなどを薬剤師・薬剤部が一括管理している（カルテには記載・入力していない）	
3. その他（具体的に	）
4. 特に何もしていない	
⑪ 保険薬局からフィードバックされた情報は活用していますか。 ※○は1つだけ	
1. 活用している（具体的に	）
2. 特に活用していない	
⑫ 投薬又は処方せんの交付を行う際、患者が後発医薬品を選択しやすくするためにどのような対応をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者に後発医薬品の使用意向を確認している	
2. 患者に対して先発医薬品と後発医薬品の品質面での同等性や価格の違いなどを説明している	
3. 患者に保険薬局で変更調剤が可能であることを伝えている	
4. 患者に保険薬局で後発医薬品の使用に関する相談の対応が可能である旨を伝えている	
5. その他（具体的に	）
6. 特にしていない	

……………▶ 9ページの「7. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、患者からの意思表示の状況等についてお伺いします」の質問①へお進みください。

6. <院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ										
1. 特にこだわりはない ……………▶ 9ページの質問②へ										
2. 後発医薬品を積極的に処方する ……………▶ 9ページの質問②へ										
3. ケースバイケースで後発医薬品を処方する ……………▶ 9ページの質問②へ										
4. 後発医薬品は基本的には処方しない ……………▶ 質問①-1の後、9ページの質問②へ										
①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○。 また、「8. 後発医薬品の情報提供体制の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）内に記入してください。										
1. 後発医薬品の品質への疑問	2. 後発医薬品の効果への疑問									
3. 後発医薬品の副作用への不安	4. 納品までの時間がかかること									
5. 後発医薬品メーカー・卸が在庫を確保していないこと										
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足										
7. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安										
8. 後発医薬品の情報提供体制の不備										
→①-1-1 どのような情報が必要ですか。										
<table border="0"> <tr> <td rowspan="2">9. その他</td> <td rowspan="2"> <table border="0"> <tr> <td> <table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table> </td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		9. その他	<table border="0"> <tr> <td> <table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table> </td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table>	例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告	}	具体的に	}		
9. その他	<table border="0"> <tr> <td> <table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table> </td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table>	例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告		}		具体的に	}
		<table border="0"> <tr> <td>例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>具体的に</td> </tr> </table>	例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告	}	具体的に	}				
例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告	}									
具体的に										

②投薬を行う際、患者が後発医薬品を選択しやすくするためにどのような対応をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 患者に後発医薬品の使用意向を確認している 2. 患者に対して先発医薬品と後発医薬品の品質面での同等性や価格の違いなどを説明している 3. その他（具体的に 4. 特にしていない

7. <全施設の方にお伺いします>

「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※○は1つだけ
1. 知っている 2. 知らない→質問⑤へ
②「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ
1. 提示されたことがある 2. 提示されたことはない→質問⑤へ
③平成23年4月以降、「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者のうち、後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した患者の割合をご記入ください。
約（ ）%
④「ジェネリック医薬品希望カード」の提示により、後発医薬品についての説明や処方がしやすくなりましたか。 ※○は1つだけ
1. 説明・処方がしやすくなった 2. 変わらない 3. その他（具体的に
⑤保険者（健康保険組合、市町村国民健康保険など）が被保険者に送付した「ジェネリック医薬品軽減額通知」などを患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ
1. 提示されたことがある 2. 提示されたことはない

8. <全施設の方にお伺いします>

後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ
1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない
②平成23年3月11日の東日本大震災によって医薬品の供給に関して多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴院では、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、説明などに影響がありますか。 ※○は1つだけ
1. 現在も、後発医薬品の使用に関して大きな影響が残っている 2. 現在も、後発医薬品の使用に関して多少影響が残っている 3. 現在は、後発医薬品の使用に関して影響はなくなっている 4. その他（具体的に

<p>③今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品の納品までの時間の短縮 4. 後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保 5. 地域の医療機関や保険薬局でよく使われている後発医薬品のリストの作成・公開 6. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 7. 一般名処方を行いやすくする環境の整備 8. 後発医薬品に対する患者の理解 9. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 10. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 11. 医学教育、薬学教育の中での取り上げ 12. 特に対応は必要ない 13. その他（具体的に _____) 	
<p>④上記③の選択肢1～13のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。</p>	

9. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。（例：患者に対する後発医薬品についての説明が業務負担として大きいこと など）

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※この「病院票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。※特に断りのない場合は、平成23年6月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人
②標榜している診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. 皮膚科 14. その他(具体的に)
③病院種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院 2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院 4. 臨床研修指定病院
④DPC対応 ※○は1つだけ	1. DPC対象病院 2. DPC準備病院 3. 対応していない
⑤オーダーリングシステム ※○は1つだけ	1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない
⑥院内・院外処方の割合	院内処方 () % + 院外処方 () % = 100% ※処方せん枚数ベース
⑦特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2. 亜急性期入院医療管理料 3. 救命救急入院料 4. 特定集中治療室管理料 5. 小児入院医療管理料 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料(精神科救急入院料等) 7. いずれも算定していない
⑧許可病床数	1) 一般病床 () 床 2) 療養病床 () 床 3) 精神病床 () 床 4) 結核病床 () 床 5) 感染症病床 () 床 6) 全体 () 床

⑨後発医薬品使用体制加算の状況	1. 算定している → 施設基準届出時期：平成（ ）年（ ）月 → 算定回数：（ ）回 ※平成23年6月1か月間 2. 算定していない		
⑩医師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで	（ . ）人	⑪薬剤師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで	（ . ）人
⑫1か月間の外来延べ患者数 （平成23年6月1か月間）	（ ）人		
⑬1か月間の外来診療実日数 （平成23年6月1か月間）	（ . ）日 ※半日診療の場合は「0.5日」として計算してください。 ※小数点以下第1位まで		

2. 貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

①医薬品備蓄品目数	約（ ）品目
②上記①のうち後発医薬品の備蓄品目数	約（ ）品目
③調剤用医薬品費（購入額）	約（ ）円 ※平成23年6月1か月間
④上記③のうち後発医薬品費（購入額）	約（ ）円 ※平成23年6月1か月間
⑤調剤用医薬品廃棄額	約（ ）円 ※平成23年6月1か月間
⑥上記⑤のうち後発医薬品廃棄額	約（ ）円 ※平成23年6月1か月間
⑦後発医薬品の備蓄品目数について今後どのようにお考えですか。※〇は1つ	1. 増やす予定 2. 現状維持の予定 3. 減らす予定
⑧後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どう思いますか。※〇は1つ	1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した
⑨後発医薬品の採用・選定の際に行ったこと ※あてはまる番号すべてに〇	1. 院内に診療部門や薬剤部門などからなる後発医薬品採用のための委員会の設置・開催 2. 後発医薬品採用基準の作成 3. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムの導入 4. 後発医薬品の価格調査 5. 医師に対する採用予定の後発医薬品の品質などについての説明 6. 薬剤師の増員 7. 地域薬剤師会・近隣薬局等への後発医薬品採用リストの提供 8. その他（具体的に ） 9. 特に行っていない
⑩後発医薬品に関する情報の収集源 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 後発医薬品メーカーのMR等からの情報提供 2. 取引のある卸のMS等からの情報提供 3. 後発医薬品メーカーや関連団体のホームページ 4. 学会（学会が発行する学術雑誌・ホームページも含む） 5. 学術雑誌等（学会が発行するものを除く） 6. オレンジブック 7. 他医療機関との情報交換 8. 医師会との情報交換 9. 薬剤師会・近隣薬局との情報交換 10. 患者からの意見 11. その他（具体的に ） 12. 特に行っていない

<p>⑪薬剤部門が収集した後発医薬品情報の使い方 ※○は1つだけ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 収集した情報を評価し、その結果を薬事委員会などの検討に反映させている 2. 収集した情報は特に評価せずに薬事委員会に提出している 3. 特に情報収集は行っていない
<p>⑫後発医薬品の採用をする際に重視すること ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療効果の同等性 2. 適応症の同一性 3. 副作用のリスクの小ささ 4. 経営的視点からの影響 5. 先発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること 6. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること 7. 地域の医療機関や保険薬局でよく使われている後発医薬品であること 8. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること 9. 医療事故防止（表示、容器、品名、色調、剤形など） 10. 患者負担軽減 11. 納品までの時間が短いこと 12. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること 13. 必要な規格の整備 14. 院外処方の際の保険薬局での対応の可否 15. その他（具体的に) 16. 特になし→質問⑬へ
<p>⑫-1 上記⑫の選択肢1～15のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	
<p>⑬後発医薬品導入・切替の際に苦労したこと ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. 後発医薬品を導入していない 1. 医師の理解を得ること 2. 後発医薬品チェックリストの作成 3. 後発医薬品メーカーの選定 4. 後発医薬品に関する情報の入手 5. 切り替える先発医薬品の選定 6. 先発医薬品メーカーとの関係 7. 患者への説明 8. その他（具体的に) 9. 特に苦労はなかった
<p>⑭貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。※○は1つだけ 【院内投薬のみの場合はご回答いただく必要ありません】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 近隣薬局と地域の薬剤師会に提供している 2. 地域の薬剤師会に提供している 3. 近隣の薬局に提供している 4. 提供していない 5. その他（具体的に)
<p>⑮貴施設では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 院内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 院内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 診察時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している <p>(→次ページに続きます)</p>

	<p>7. 診察時に、必ず、患者の意向を尋ねるようにしている</p> <p>8. その他（具体的に)</p> <p>9. 特に工夫していない</p> <p>→⑮-1「特に工夫していない」理由は何ですか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <p>6. 工夫していないが、後発医薬品を積極的に処方している</p> <p>7. どのように情報提供すればよいかわからない</p> <p>8. 説明資材がない</p> <p>9. 患者が頼みやすくする必要を感じていない</p> <p>10. その他（具体的に)</p> </div>
<p>⑯後発医薬品の使用を進める上で保険薬局や薬剤師に望むことはありますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p> <p>【院内投薬のみの場合はご回答いただく必要ありません】</p>	<p>1. 薬剤師の後発医薬品に対する理解、知識の向上</p> <p>2. 患者へのきちんとした説明</p> <p>3. 先発医薬品と後発医薬品で効能が異なる場合の確認</p> <p>4. 後発医薬品の指定銘柄を守ること</p> <p>5. 変更した調剤内容についての処方した医師へのフィードバック</p> <p>6. お薬手帳の医薬品名に後発医薬品とわかるように表示すること</p> <p>7. その他（具体的に)</p> <p>8. 保険薬局や薬剤師に望むことは特にない</p>
<p>⑰上記⑯の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	
<p>⑱後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むことはありますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<p>1. 患者1人分での販売など、分割や少量での販売をすること</p> <p>2. 後発医薬品の品目数の多さを是正すること</p> <p>3. MRや卸の営業担当者を増やすこと</p> <p>4. 後発医薬品の販売名に一般的名称を使うなど、わかりやすいものにする</p> <p>5. 副作用や調剤時に必要な品質に関する個別の照会に対して、迅速かつ適切に対応すること</p> <p>6. 納品までの時間を短縮すること</p> <p>7. 品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること</p> <p>8. その他（具体的に)</p> <p>9. メーカーや卸業者に望むことは特にない</p>
<p>⑲上記⑱の選択肢1～9のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	
<p>⑳平成23年3月11日の東日本大震災によって医薬品の供給に関して多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴院では、現在においても、後発医薬品の使用に関して、患者の選択志向、処方傾向、説明などに現在も影響がありますか。</p> <p>※○は1つだけ</p>	<p>1. 現在も、後発医薬品の使用に関して大きな影響が残っている</p> <p>2. 現在も、後発医薬品の使用に関して多少影響が残っている</p> <p>3. 現在は、後発医薬品の使用に関して影響はなくなっている</p> <p>4. その他（具体的に)</p>

<p>③今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射および外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品の納品までの時間の短縮 4. 後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保 5. 地域の医療機関や保険薬局でよく使われている後発医薬品リストの作成・公開 6. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 7. 一般名処方を行いやすくする環境の整備 8. 後発医薬品に対する患者の理解 9. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 10. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 11. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 12. 医学教育、薬学教育の中での取り上げ 13. 特に対応は必要ない 14. その他（具体的に)
<p>④上記③の選択肢1～14のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。（例：患者に対する後発医薬品についての説明が業務負担として大きいこと など）

「病院票」の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「医師票」は、貴施設において、院外処方せんを発行している外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成23年6月末現在の状況についてご記入ください。

1. あなたご自身についてお伺いします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. 皮膚科 14. その他(具体的に)		
④ 管理職等 ※○は1つだけ	1. 管理職(院長、副院長、各診療科の科長職以上) 2. 管理職ではない		
⑤ (ご自身の) 1日当たり平均外来診察患者数	() 人程度 ※平成23年6月1か月間		

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えについてお伺いします。

① 後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. 特にこだわりはない▶ 2ページの質問②へ 2. 後発医薬品を積極的に処方*する▶ 2ページの質問②へ 3. ケースバイケースで後発医薬品を処方する▶ 2ページの質問②へ 4. 後発医薬品は基本的には処方しない▶ 問①-1の後、2ページの質問②へ *後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。	
<上記質問①で「4.」と回答された方にお伺いします>	
▶ ①-1 「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○。また、「7. 後発医薬品の情報提供体制の不備」を選択された場合、必要な情報を()内に記入してください。	
1. 後発医薬品の品質への疑問 3. 後発医薬品の副作用への不安 5. 後発医薬品メーカー・卸が在庫を確保していないこと 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足 7. 後発医薬品の情報提供体制の不備 →①-1-1 どのような情報が必要ですか。	2. 後発医薬品の効果への疑問 4. 納品までの時間がかかること 8. その他(具体的に { 例: 先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告 })
.....▶ 2ページの質問②へお進みください	

4. 後発医薬品の指定銘柄を守ること 5. 変更した調剤内容についての処方した医師へのフィードバック 6. お薬手帳の医薬品名に後発医薬品とわかるように表示すること 7. その他（具体的に 8. 保険薬局や薬剤師に望むことは特にな)	
③-1 上記③の選択肢1～8のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。	
④ 後発医薬品の使用を進める上でメーカーや卸業者に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者1人分での販売など、分割や少量での販売をすること 2. 後発医薬品の品目数の多さを是正すること 3. MRや卸の営業担当者を増やすこと 4. 後発医薬品の販売名に一般的名称を使うなど、わかりやすいものにすること 5. 副作用や処方時に必要な品質に関する個別の照会に対して、迅速かつ適切に対応すること 6. 納品までの時間を短縮すること 7. 品切れ品目がないよう、在庫を常に確保すること 8. その他（具体的に 9. メーカーや卸業者に望むことは特にな)	
④-1 上記④の選択肢1～9のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。	

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。（例：患者に対する後発医薬品についての説明が業務負担として大きいこと など）

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

2. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関するお考えについておうかがいします。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と効果において同等であること（例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など）を厚生労働省が認めたもので、価格は安くなっており、その普及を積極的に推進しています。

① ジェネリック医薬品を知っていますか。 ※〇は1つだけ

1. 知っている 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らない→3ページの質問⑦へ

② ジェネリック医薬品に関心がありますか。 ※〇は1つだけ

1. 関心がある 2. 関心はない 3. どちらともいえない

③ 医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない 3. わからない

④ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない→質問⑤へ

④-1 医師に「ジェネリック医薬品の処方」は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

1. 頼みやすかった 2. どちらともいえない
3. 頼みにくかった →（その理由： ）

④-2 医師にジェネリック医薬品を処方してもらえなかったことはありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない→質問⑤へ

④-2-1 医師からはどのような説明がありましたか。 ※具体的にお書きください

⑤ 薬局で薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない 3. わからない

⑥ 薬局で薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない→3ページの質問⑦へ

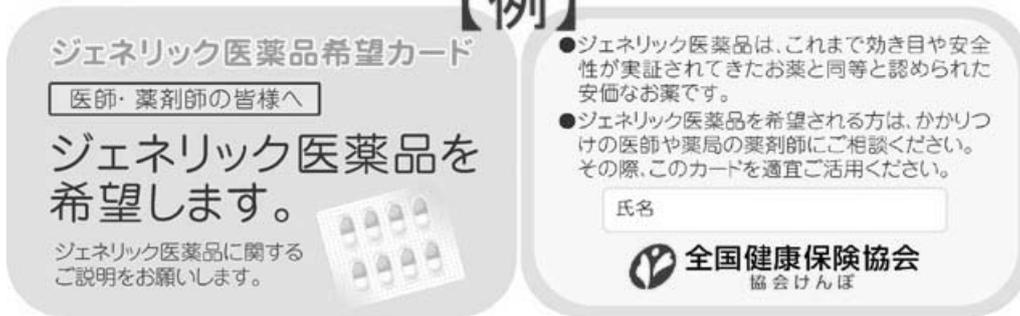
⑥-1 薬局で薬剤師に「ジェネリック医薬品の調剤」は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

1. 頼みやすかった 2. どちらともいえない
3. 頼みにくかった →（その理由： ）

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

ジェネリック医薬品の使用を希望することが記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。

【例】



【おもて】

【うら】

ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、加入している健康保険組合などにお問い合わせください。

【すべての方におうかがいします】

⑨ 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ

1. 知っている

2. 知らない→5ページの質問⑩へ

⑩ 「ジェネリック医薬品希望カード」をお持ちですか。 ※〇は1つだけ

1. 持っている

2. 持っていない→5ページの質問⑩へ

⑩-1 お持ちの「ジェネリック医薬品希望カード」はどこからもらいましたか。 ※〇は1つだけ

1. 国民健康保険（国保）

2. 健康保険組合（健保組合）

3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）

4. 共済組合（共済）

5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合）

6. 医療機関（病院・診療所）

7. 薬局

8. その他（ ）

9. わからない・忘れた

⑩-2 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したことがある

2. 利用したことはない→5ページの質問⑩へ

⑩-2-1 「ジェネリック医薬品希望カード」を誰・どこに提示しましたか。 ※〇はいくつでも

1. 医療機関の受付窓口

2. 医師

3. 保険薬局の受付窓口

4. 薬剤師

5. その他（具体的に ）

⑩-2-2 「ジェネリック医薬品希望カード」によって、ジェネリック医薬品について医師や薬剤師に質問したり、ジェネリック医薬品の使用をお願いしたりしやすくなりましたか。 ※〇は1つだけ

1. 質問・お願いがしやすくなった

2.それほど変わらなかった

3. わからない

⑭ ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある

2. ない→質問⑮へ

▶⑭-1 先発医薬品と比較してジェネリック医薬品の効果（効き目）はどうか。 ※〇は1つだけ

1. 先発医薬品と変わらない

2. 先発医薬品とほとんど変わらない

3. どちらかというと効かない

4. 効き目が悪い

5. わからない

▶⑭-1-1 どのようなお薬でどのような経験をされましたか。具体的にお書きください。

▶⑭-2 ジェネリック医薬品に変えた時の窓口での薬代の負担感をお聞かせください。
※〇は1つだけ

1. 安くなった

2.それほど変わらなかった

3. わからない

▶⑭-3 ジェネリック医薬品に切り替えようと思った「きっかけ」は何でしたか。 ※〇は1つだけ

1. 医師からの説明

2. 薬剤師からの説明

3. 友人・知人等からのすすめ

4. ジェネリック医薬品希望カードの配布

5. ジェネリック軽減額通知の受領

6. ジェネリック医薬品に関する宣伝等

→ ⑭-3-1「きっかけ」となった宣伝等を行っていた媒体を選択してください。

※あてはまる番号すべてに〇

1. テレビ

2. 新聞

3. インターネット（どこのホームページ

7. その他（具体的に

【すべての方におうかがいします】

⑮ ジェネリック医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい

2. できればジェネリック医薬品を使いたくない

3. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない

4. わからない

▶⑮-1 できればジェネリック医薬品を使いたくない理由を具体的にお書きください。

⑩ あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）があること
2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 窓口で支払う薬代が安くなること
5. 医師のすすめがあること
6. 薬剤師のすすめがあること
7. ジェネリック医薬品についての不安を相談できるところがあること
8. ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること
9. 少しでも医療費を節約できること
10. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
11. その他（具体的に _____ ）
12. とくにない

⑩-1 上記⑩の選択肢 1～12 のうち、最も重要なことは何ですか。あてはまる番号を 1つだけ お書きください。

⑪ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（1ページ目の質問⑧でお書きいただいた金額）がどのくらい安くなるのであれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思いませんか。※○は1つだけ

1. 少しでも安くなるのであれば使用したい
2. 本日支払った金額よりも（ _____ ）円くらい安くなるのであれば使用したい
3. いくら安くなっても使用したくない
4. わからない
5. その他（具体的に _____ ）

3. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたらお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。