

社会保障制度改革国民会議について

1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。

2 委員

○委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長) 清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理) 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	永井 良三	自治医科大学学長
伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長		

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

3 開催経過

【第1回】平成24年11月30日	<議題>	会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等
【第2回】平成24年12月7日	<議題>	医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換
【第3回】平成25年1月21日	<議題>	これまでの議論の確認、意見交換
【第4回】平成25年2月19日	<議題>	ヒアリング・意見交換（日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会）
【第5回】平成25年2月28日	<議題>	ヒアリング・意見交換（1）地方団体（全国知事会、全国市長会、全国町村会）（2）財政制度等審議会
【第6回】平成25年3月13日	<議題>	これまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
【第7回】平成25年3月27日	<議題>	関係者を交えての議論（四病院団体協議会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会 全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会、（日本医師会））
【第8回】平成25年4月4日	<議題>	関係者を交えての議論（健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会 全国後期高齢者医療広域連合協議会）
【第9回】平成25年4月19日	<議題>	委員からのプレゼンテーション及び議論、関係者を交えての議論（日本医師会）
【第10回】平成25年4月22日	<議題>	これまでの議論の整理（医療・介護分野）
【第11回】平成25年5月9日	<議題>	委員からのプレゼンテーション等及び議論（少子化対策分野）
【第12回】平成25年5月17日	<議題>	これまでの議論の整理（少子化対策分野）委員からのプレゼンテーション等及び議論（年金分野）

4 検討項目 [社会保障制度改革推進法に規定、国民会議発足前の3党実務者協議でも合意]

【医療の改革】

- ① 健康の維持増進・疾病の予防・早期発見等の積極的促進、
医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用 等
- ② 医療保険制度の財政基盤安定化、保険料負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等
- ③ 医療の在り方（個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直し、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備）
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

【介護の改革】

介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化、低所得者等の保険料負担の増大の抑制

【年金の改革】

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善（低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等）

【少子化対策】

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

■基本的な考え方

- 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。
- 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。
- 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。
- 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。
- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護 1.6 兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。 ○ 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により 2015 年度までに平均在院日数の減少等で 4,400 億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに 2015 年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。
<p>■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。 ○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体に取り組むべき。 ○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICT の活用を行うことが重要である。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。
- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。
- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。
現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。
- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。
- 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。
- 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。

- 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要がある。
- 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。
- 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。
- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討すべき。
- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。
- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。

【外来の役割分担の在り方】

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。
- 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。
- 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。
具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき。
- 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。

【医療法人制度等の在り方】

【人材の確保】

- 医療法人制度及び社会福祉法人制度については、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には、医療法人制度（及び社会福祉法人制度）の経営統合を促進する制度、医療法人（及び社会福祉法人）の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度、ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度など、総合的な規制の見直しが必要。
- 社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組むべき。
- 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。
- 我が国は医療機関数が多く、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足や看護師不足となりかねない。病院の機能分担と連携を図る必要があり、大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要である。
- 介護人材の確保については、処遇改善とキャリアパスの確立が重要。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。
- 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。
- 生産年齢人口の急速な減少の中、看護師や介護職員の確保が課題。

【医療関連データの収集・分析等】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。
- データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。
- 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。
- 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。
- 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

- 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。
- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当（＝将来世代へのツケの先送りの抑制）に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。

- 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。
- 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。
- 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要がある。
- 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平でないことに留意すべき。
- 市町村国保の広域化については、平成27年度から実施される都道府県単位の共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、検討することが適当。
- 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。
- 国保の広域化については、リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険料負担者等の公平感へ配慮するため、所得捕捉の精度に関し、改めて点検・強化を図るべき。 ○ 欧州諸国の低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任を果たすという制度を日本でも考えるべき。
<p>■医療保険における療養の範囲の適正化等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。 ○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。 ○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。 ○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。 ○ 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。 ○ 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 ○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。

<p>■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。 ○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。 ○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。 ○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。 ○ 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要がある。
<p>■高齢者医療制度の在り方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。

■介護サービスの効率化及び重点化

- 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。
- 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。
- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70－74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。
- 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。
- デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。
- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。 ○ 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。
<p>■低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。 ○ 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。 ○ 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。 ○ 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。

社会保障審議会医療保険部会における主な議論(案)

平成 25 年 月 日
社会保障審議会医療保険部会

- この資料は、平成25年4月22日の第10回社会保障制度改革国民会議提出資料「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」の項目に沿って、同年5月10日及び16日の社会保障審議会医療保険部会における主な議論を整理したもの。

■ 基本的な考え方

- 日本の医療保険制度を守る視点から、全体のビジョンを示すような議論をしてほしい。
- 2025年まで皆保険制度の持続性をどうやって担保するかというビジョンがほしい。負担構造を含めて高齢者医療をどうしていくかが最大の問題であり、国民会議において議論すべき。
- 国民会議の医療保険の議論は、後期高齢者支援金の在り方と国保の保険者をどうするかということに絞られており、相当程度偏った狭い幅の中での議論にすぎない。医療保険財政の逼迫は、外的な要因でいえば、それぞれの医療保険財政の半分近くを強制的に移転させられることが大きな要因であり、それをどう解決するかということを議論すべき。
- 国民健康保険の都道府県単位化や後期高齢者医療制度の負担面での全面総報酬割の導入という局所的な議論のまま、医療、介護に関する議論が一巡したと整理されたことについては極めて残念。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり国保の保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。
- 消費税引上げ分の財源配分計画では、被用者保険の窮状に対して何ら手当することになっておらず、一体改革の重点化と効率化の実現性も不明確。国民会議では、高齢者層と現役世代の負担をどうしていくかという部分に、この財源をうまく活用していくような検討をしてほしい。

- 命を守り、長寿を育んでいくにはどのような医療制度があるべきか、また、医療と主張する前に、健康福祉をどのように高めていくかということも含めた議論が、本来、国民会議に求められている。
- 実際に医療現場の中で、どのように効率化したら国民に対して一番いい医療が行われて、しかもコストもかからないかというような、真髓をついた議論をしてほしい。
- 「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき」という点は、現状、日本は先進諸国に比べて医療費が低いので、不適切。
- 医療資源には、限りがあるということを考え、国民にも理解・協力をしていただくことが必要。

■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- 疾病の早期発見には、健診をきっちり受けるということが必要であり、受診率を高くしていく必要がある。そのためには、個々人の行動を変えることを明確に意識した方針や対応を行うべき。
- わが国の健診受診率の現状は先進国の中でも高くない。国として受診率6割以上にする、総理の施政方針演説で重要性を訴えるなど、意識改革を実行しないと早期発見も進まない。
- 市町村の保健師が予防施策を立てる際に、データが分散していることが問題であり、早期にデータ集約・統合していくような政策が必要。

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

（医療提供体制の在り方）

- 医療提供体制の見直し、医療給付の重点化・効率化については、制度面から見直すことが不可欠。
- 医療機能の分化・連携の際は、急激な変革は、現実の医療の現場に無用の混乱を起こす可能性がある。ただし、将来的には、病院の再編・統合、病床数の削減、高額医療機器の適正配置についても計画に織り込んで進めてほしい。
- 報告制度について、手上げ方式では、皆が急性期を希望するなど必要な病床を確保できず、地域医療が混乱するので、国が大まかな目標を示した上で、その高みに向かって努力するというふうにするべき。

（補助金的手法と診療報酬）

- 2025年の医療のあるべき姿にいかになら近づけていくか、病院、病床の機能分化、連携に向けて、医療法、診療報酬、補助金等をどう組み合わせるかについては、それぞれの手法が地域医療の方向性を左右する要素を多く含んでいるため、何より医療機関から理解を得られる内容とすることが必要であり、手順を踏んだ丁寧な議論が国と地方、関係団体との間で行われる必要がある。
- 診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点というものを生かしながら、最適な組み合わせというものを考えていくというのが一番政策的にはよい。その際には、消費税の引上げによって生まれる財源を活用していく形で、2014年度から実施していくことがよい。
- 診療報酬、医療法、補助金の相互の連携が必ずしもうまくとれていなかった。国レベルでの工夫が必要。
- 診療報酬はあまねく全ての医療機関に行きわたる一方、補助金はどうしても公的などころ中心となってしまうので、両方の手法が必要であるが、診療報酬がメインで、補助金はサブとすべき
- 補助金は、底辺を底上げするためのものであり、一般の事業者に対しては、診療報酬で自己改革を促すことが、地域の医療資源、医療機能のアップになるのではないか。

- 通常11月下旬に出ている診療報酬改定の基本方針について、その一体改革関連部分の基本方針を前倒しで出すべき。

(保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与)

- 国保の保険者を市町村から都道府県にするのは賛成だが、都道府県に指定・取消権を設けることは、都道府県によって基準の公平さが保てないおそれがあるので、地方厚生局が行う方がよい。
- 指定・取消権限が都道府県に移譲されたときに、都道府県格差が出てくる懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。
- 指定・取消権限を都道府県に付与すると、都道府県ごとに異なった基準ができてくるため、なじまない。
- 都道府県に保険医療機関の指定あるいは取消権限を移譲すると、保険医療機関としてふさわしいかどうか、あるいは適格かどうかというよりも、地元の事情に左右されかねないという懸念があるため、全国統一の考え方の下で、引き続き国が実施すべき。
- 指定・取消権限は、公平な目で全国一律の基準で運営していくべきと考える。
- 指定・取消権限は、公的医療保険の適正な運営の観点から、医療機関などに対する監督を担保するものであり、国保だけではなく、全国規模の協会けんぽや健保組合も関わっているため、国が指定と取消の権限を持つというのが法の趣旨、目的に適う。また、公的な医療保険の適正な運営とは直接関係しない事項を理由に指定・取消を行うことになると法制上の問題や、憲法が保障している営業の自由との整合性の問題があるのではないか。
- 都道府県は医療計画、医療費適正化計画、健康増進計画の作成、推進などを通じて、地域の保健医療政策に大きな責任を担っており、今後も責任を果たしていく。医療提供体制整備に関する権限の強化と都道府県が国保の保険者となることの関係性やメリットが現時点で明確になっていない。国の責任と役割について十分議論し、人的体制、ノウハウ、財政面の課題など、実施の可否を含めて、地方と十分協議すべき。

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。
- 地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦勞した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等に対応するのがよい。

【外来の役割分担の在り方】

（かかりつけ医等）

- 日本型総合医、かかりつけ医については、国民意識の改革を含めて推進し、定着させていくべき。
- 日本型のかかりつけ医、いわゆる日本型総合医を中心に、市町村ごとに、地域包括ケアを地域医師会と連携して構築していくことが必要。

（外来受診の定額自己負担等）

- フリーアクセスの緩やかな制限に賛成。
- 過度なフリーアクセスを多少抑制するため、ある程度需要サイドに対してインセンティブを働かせることは必要であり、（一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の）定額自己負担に賛成。
- （一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の）定額自己負担を導入した場合、低所得者は免除することになると思うので、病院の窓口での判定方法や、保険者の中での区分の方法など、技術的な課題が残る。
- 大病院の一般外来の在り方については、1万円定額負担が必ずしも良いわけではないが、見直しが必要。
- 1万円払っても、病院に行った方が安心だと思う人が出てきてしまう問題もあるのではないかと。一般の国民の、病院と診療所という言葉の使い方、意識の持ち方から変えていくような議論が必要ではないか。
- フリーアクセスへの制限もある程度は仕方がないが、経済の格差が寿命の格差に直結しないような政策をお願いしたい。

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 在宅医療の体制づくりの推進のためには、地域医療再生基金など、国による継続的な財政支援が必要であり、市町村、関係機関等、地域の実情を十分踏まえた議論が必要。
- 在宅だけでなく、入院・入所と在宅を両方使うような日本型高齢者ケアシステムを構築すべき。
- 在宅療養には、訪問看護事業が鍵となるため、訪問看護の事業を、規模別の役割分担に向かうような方向で、整備していくことについて考えるべき。
- 在宅医療と介護の仕組みは、特に給付調整の問題等、医療担当者にとって分かりにくい部分がある。シンプルに対応できるような形を検討してほしい。
- 在宅の推進については、薬局も含めた中で考えてほしい。
- 在宅療養後方病院を地域ごとに作ることで、在宅医療と在宅介護のスムーズな連携、疾患パスのスムーズな連携を軌道に乗せるべき。

【医療関連データの収集・分析等】

(ICTの活用の推進)

- 今後ICTの活用が、機能分化や介護・医療の連携にとって非常に重要な役割を持つため、補助金や診療報酬の活用等を含め、ICTの活用と制度面との一体的な運用についてもう少し深掘りして議論してほしい。
- 一日も早く診療情報等を活用する環境整備を図るほか、自治体においては、地域の医療資源や機能に関するデータを把握して、住民等にも伝えながら質の高い医療が効率的に提供できるような体制を目指すべき。
- 生涯健康データの必要性等も出ており、データを統合して保険行政とか医療行政をきちんとできるよう確立すべきである。
- 患者情報を集中して一元管理していくという方向は賛成であるので、データの収集、分析がし易いようなフォーマットを意識してレセプト様式の改定を行うべき。
- レセプト情報の適切な活用には異存ないが、国民への周知と、個人情報保護の観点で、しっかりとルールづくり等をさらに進めてほしい。
- レセプトの電子化率を早期に100%にするべき。また、柔道整復やあんま、マッサージ等の療養費の請求も早急に電子化、オンライン化するべき。
- ICTによる患者の診療情報の共有化により、医薬品の重複の無駄を排除していくことが必要。

- 個人情報保護に留意する必要。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行うこと等については、客観的に使用されるかという懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。

（共通番号制度の活用）

- マイナンバー制度が導入され、ICTを十分に利活用できるという社会を想定して、省庁別に番号や別のカードを作るなどせず統合し、国民負担や余分な自治体負担がないよう、対策をお願いしたい。
- 共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、きちんと踏み込んだ議論を国民会議の場では期待したい。
- 国保では、ICTを活用することにより、健診・医療・介護のデータを結びつけて、保健事業に役立てるシステムを作ろうとしている。将来的には、共通番号制度が入ったときに、できるだけ国保と被用者保険との間でデータをやりとりできるようなことが必要ではないか。

（費用対効果）

- 費用対効果については、中医協の費用対効果評価専門部会で検討中であるので、その議論を見ながら、慎重に議論の集約化をしていくことが必要。

■医療保険における療養の範囲の適正化等

(療養の範囲の適正化全般)

- 保険者による医療費適正化努力だけでは、必ずしも医療費の増加の根本的な解決にはつながらないため、療養の範囲の適正化について、根本的、抜本的な見直しが必要。
- 医療費をどのように抑制していくかという観点で、もう少し踏み込んだ取組を考える必要がある。70歳以上の高額療養費の外来特例、入院時食事療養費の見直し、柔道整復師の療養費の適正化について議論すべき。
- 70歳以上の高額療養費外来特例の見直し、疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定、75歳以上の2割負担等については反対。
- 医療提供者としては、国民の方々が給付を受けている保険の範囲を外していくということの議論については強く反対。

(高齢者の患者負担)

- 70歳～74歳を一律全員2割にするのではなく、段階的に2割ということで、しっかりと実現してほしい。
- 70～74歳の患者負担については、高齢者の団体としては、低所得者への配慮はきっちりとお願ひしたい。その上で、段階的にお願ひしたい。
- 70歳～74歳の患者負担は、低所得者等の対策は当然必要であり、それを踏まえながら、本則とすべき。
- 70～74歳の患者負担については、もう既に決まっていることであるので、段階的に速やかに実施すべき。
- 70～74歳の患者負担についての我々の慎重な立場は変わらないが、今後議論していく上では、低所得者、低年金者への配慮を常に考えるべき。
- 70～74歳の患者負担については、基本的に現行の負担割合を引き上げることに反対であるが、本則であるから2割に引き上げるというのであれば、低所得者への配慮をしつつ、段階的に2割に引き上げることが当然であり、さらに、2割に引き上げることにより浮いた財源については、受診控えが起きないように工夫をするところに使うべき。

- 75 歳以上についても、原則 2 割とすることについて、どこかのタイミングで踏み込むべき。

（高額療養費）

- 増大する医療費をどうするかという議論においては、高額療養費をどうするのかについて、根本的にメスを入れていかないといけない。
- 高額療養費については、低所得者への配慮を何よりも優先した上で、収入がある高齢者は払うということにすることもあり得る。
- 高額療養費については、例えば年収によって月単位での給付の限度額を引き下げるとことを考えるにしても、その対象者の範囲とか幅をどうするか、あるいは、所得区分を細分化するかといったようなことを考える必要があり、その際、保険者への財政影響であるとか、必要な財源の確保といったものも含めて考えるべき。

（高齢者の保険料）

- 高齢者の保険料についてももう少し累進性をきちんとした再検討をしてもいいのではないか。
- 後期高齢者に係るその他の特例措置等について、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度全体の安定化を図るべき。

（医薬品に関する見直し）

- 後発医薬品の目標(平成 30 年 3 月までに数量シェアを 60%以上)は、もう少し目標を高く設定してもいいのではないか。
- 後発医薬品に関しては目標以上に頑張るように努力をしたい。ただし、薬剤師の努力だけで実現できるわけではないので、関係者の協力等が必要。
- 医薬品の給付の範囲の制限により、必要な医薬品が必要な患者に届かないということがないようにすべき。
- 医薬品の重複投与や相互作用の防止については、薬歴、お薬手帳の活用、かかりつけ薬局・薬剤師を推進し取り組んでいるが、限界はある。保険者との連携を含めた対応や仕組みも併せて検討しながら、ゼロに近づけていくべき。

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

【被用者保険の課題】

(被用者保険の基盤強化)

- 25年、26年の2年間で、被用者保険の最後の受け皿機能を果たしている協会けんぽをはじめ、被用者保険全体の持続可能性を維持するための制度改正を実現する必要。
- 協会けんぽに対する国庫補助割合を健康保険法本則に規定する20%まで引き上げ、高齢者医療制度の抜本的な見直しを行うという最低限必要な改革の実現に向けた道筋をつけるべき。
- 協会けんぽの破綻は被用者保険の破綻、国民皆保険の破綻につながるため、協会けんぽの財政基盤強化が喫緊の課題であり、医療保険部会のこれまでの審議で異論はなかった。
- 高齢者医療の多額な拠出金によって、被用者保険全体が厳しい財政運営になっており、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していく必要がある。

(後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入とそれにより生じる公費の使い途)

- 負担できる能力のある人が負担しながらみんなで支えていくという総報酬割は導入すべき。
- 総報酬割で浮いた公費の使い途については、いろいろな論議をして、最終的にどこへ充てるか決めていけばよいが、被用者保険から退職された方々を国保で受け入れていることを理解していただきたい。
- 国保も含めて、医療保険制度全体での公平の確保について検討すべき。
- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入することであれば、今回の改革にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を

確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。

- 総報酬割で削減されるのは公費だけであり、被用者間の助け合いとはならない。総報酬割で浮いた公費を国保に持つていくことは、理不尽かつ、理念も納得性もない案であり、全く認めるわけにはいかない。拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況の中で、現役世代の負担を緩和する方向で活用なければ、総報酬割に賛成するわけにはいかない。
- 全面総報酬割の導入は、被用者保険内の負担の公平性を実現するためであって、国民健康保険の財源を捻出するという事ではない。総報酬割導入で財源が浮くということであれば、被用者保険グループ内の負担の調整によるものであり、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するというのが筋。
- 後期高齢者支援金への全面的な総報酬割の導入自体は賛成だが、それによって生じた財源は被用者保険の財政基盤の強化、とりわけ協会けんぽの財政基盤の強化に充てるべき。
- 総報酬割によって浮いた国庫負担分をそのまま国保の支援に回すことには反対。協会けんぽの国庫補助率を20%にするための財源にするなど、被用者保険で出たものは、被用者保険で使うべき。
- 全面総報酬割導入で生じた財源は、被用者保険グループ内の負担の調整によって生じた財源であるため、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するということが筋であって、国保の財政支援のための総報酬割の導入というのは筋違い。その上で優先すべきは、被用者保険の最後の受け皿機能を守るために、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%の引上げなどについて道筋をつけること。
- 前期高齢者医療に総報酬割で浮いた公費を入れるべき。国保側の勘定を65歳以上と未満に分けて、前期高齢者の方に投入すれば、被用者保険側の納付金負担が軽減されることになるので、反対しない。

【国民健康保険の課題】

(国保の保険者の在り方)

- 国保の保険者の在り方については構造的な問題の抜本的な解決を図った上で検討すべきであり、まずは都道府県保険者ありきで、構造的な問題の解決は二次という国民会議の議論は、順番が違う。
- まずは、構造的な問題の解消策と国保における保険者機能についてきちんと整理が行われるべきであり、医療保険における最後のセーフティネットである国保に関する最終的な責任は国にあることを自覚してもらいたい。
- 都道府県としては、国保の構造的な問題の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟。

- 人口減少化の中で、町村国保のほとんどが破綻している状況であり、都市部の国保も赤字状態にある。これを守っていくためにも、広域化(都道府県単位化)をしていくべきと一貫して申し上げている。国保が破綻すれば医療は守れない、住民の健康は守れないので、明確な国保財政の支援の方向性を示していただいて、都道府県国保への再編に向けて課題を一つずつ潰していくことが非常に重要。
- 広域化等支援方針の策定や平成27年度から実施される共同事業の拡大は都道府県保険者化のための環境整備であり、過渡的なもの。
- 国保の財政運営を都道府県が担うことは高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめからの既定路線であり、こうした流れを進めていくことは不可欠。
- 小規模保険者の持続可能性や保険料格差を考えると、都道府県保険者化は待ったなしの課題であり、地域医療提供体制整備の責任主体と国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することが可能な体制を構築すべき。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。細かい点はこの後関係者間で詰めていけばよい。(一部再掲)
- 国民皆保険制度の中で国保は大変重要。退職者も入ってくる国保をしっかりと支えるためにも、都道府県を保険者として運営すべき。この問題は、議論から実行の段階に入るべき。
- 医療計画の策定者との一致という意味で、スケールメリットも含めて保険者を都道府県単位にしていくことには賛成。
- 国保の広域化について広域連合で行ってはどうかという意見もあるが、広域連合については責任が不明確との指摘も絶えず、これ以上広域連合を増やすべきでない。

- 国保の保険者の在り方については、都道府県だけではなく市町村、市町村広域連合、さらには広域連合に都道府県が加わるなどさまざまな形態が考えられるので、それぞれのパターンについてメリット、デメリットを示し検討していく必要。
- 国保の保険者は都道府県のレベルに持っていくことが適切だと考えるが、保険者の役割全てを都道府県に持っていくとすると、法制面の問題や保険料の賦課ベースが市町村で違うといったことをどう整えていくかという本質的な問題が存在しているので、メリット、デメリットといったものをさまざまな角度から検討、考察した上で結論を出していくことが必要。
- 国民会議において、高齢者医療改革会議の議論を飛ばして、いきなり国保の保険者を都道府県にするという議論が出てきたことには、大変戸惑いを覚える。

(国保の保険者を都道府県とした場合の収納率、保健事業等との関係)

- 広域化によって保険料の負担を平準化できる反面、やはり保険料が高くなる地域が出るという問題点や事務処理をどうするのかという課題を1回整理した上で進んでいくべき。
- 仮に、都道府県を保険者にした上で、市町村が保険料の徴収事務などをやるということになったときに、都道府県と市町村との関係を法制的にどう整理するかというのはかなりの難問ではないか。
- 広域化したときに、特に生活習慣病の受診勧奨や重症化予防など、市町村の抱える健康問題に着目したきめ細やかな健康教育サービスが本当にできるのか懸念。これらがきちんと担保できることが前提でないと広域化は厳しいのではないか。
- 都道府県が国保の運営を担った場合、特定健診・特定保健指導の実施主体や後期高齢者支援金の加算・減算の措置について、市町村でどうするか、保健事業が低下しないような仕組みを構築できるか考えないといけない。
- 保険料の賦課・徴収、保健事業の運営、地域包括ケアを進めてきている介護保険との整合性の面で、解決すべき課題が多く存在するので、短絡的な議論ではなく、もう少しきちっといろいろなステップを踏んで考えることが必要。
- 医療と介護の連携の観点からは、介護保険が地域包括ケアになる中で、医療保険が都道府県単位の保険者になると、連携のイメージが沸かない。
- 現在、市町村が国保、介護保険の保険者であることによって市町村にその2つのデータがあって、潜在的にはこの2つを結びつけてさまざまなことを考えられる余地があるが、国保の保険者が都道府県になると、これが変わってしまうという点が懸念される。

- 住民の方々の健康づくりに対するニーズは非常に大きいので、国保の都道府県化によって、健康づくりの様々な活動が衰退するものではない。
- 組織の規模が大きくなるとサービスが落ちるという意見はおかしい。マネジメントの問題。
- 都道府県国保によって健康づくりが後退するということにはならないし、後退させてはいけない。
- 保険者が都道府県になると、保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという懸念は全くない。
- 都道府県内の市町村の平均保険料と最低保険料の差をもって、保険者を都道府県としたら保険料が大幅に上昇するという資料があったが、分析が不十分ではないか。
- 都道府県と市町村の事務の分担については、高齢者医療制度改革会議等で既に議論されており、そうした議論の蓄積を前提に議論を進めるべき。
- 保険料の徴収、細かな窓口対応については、市町村が積極的に都道府県に関わり、連携しながらやっていくべき。
- 保険料徴収や細かいケアの問題等については、市町村が都道府県と連携することで対応可能であり、そのためのマネジメントが極めて重要。
- 収納率の低下や、細やかなサービス提供ができるのかという問題があるので、様々な施策を打っていくべき。
- 国保の広域化に向けた取組は賛成だが、保険料の徴収の問題や、今後、地域包括ケアが市町村単位になっていくということとの整合性をどうするかしっかり議論すべき。

(国保の財政基盤)

- 国保は毎年 3,000～4,000 億円の赤字を出し、破綻している。国保は退職した方々を全て受け入れている。国保が破綻すると医療が根幹から崩れるので、国民健康保険をいかにして維持し、守っていくかが重要。
- 国保の財政をしっかりと支えるような改革をすべき。
- 国保の状況は危機的であり、国保改革は待ったなしの状況。今回の改革で国保の構造問題の抜本改革を図るべきという考え方を地方は完全に共有している。

- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入するということであれば、今回の改革にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。(再掲)
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。(再掲)
- 国保の財政基盤の強化には消費税財源を充てるべき。
- 国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を持続可能なものとするため、国保の定率国庫負担を大幅に拡大するなどして、財政基盤の強化を図るべき。
- 国保をしっかりと支える意味で、都道府県を核とした保険者として運営していくようにシフトしていくべきであるが、その際は、大所高所から国保財政の赤字構造の問題を打開しながら、新たな持続可能な制度となるよう対応が必要。
- 必要な財源規模や都道府県単位化を議論するのであれば、今後の医療費の増嵩も考慮した緻密なシミュレーションを行って、数値、データをきちんと示した上で地方と十分協議をすべき。また、必要となる費用については安定財源を確保することや国の定率負担を引き上げることなどを検討すべき。
- 市町村によって、財政力の差がある中で、単純に公費を追加的に投下することはあまり効果的な問題の解決にはならないので、必要な公費の投入規模や方法、対象、財源の在り方についても十分に考える必要。
- 消費税の5%から8%の引上げ時の平成26年度から、国と地方で合意した2,200億円を国保財政へ間違いなく入れていただくことを強く要請する。
- 2,200億円の現行の使い途は、所得の低い方々の保険料の一定の軽減に使うという方向性になっているので、これだけでは国保財政の強化にはつながりにくく、市町村国保を抜本的に広域化しながら、我々としては都道府県国保ということをお願いしているが、財政支援策をさらにしっかりとしたものにしてもらいたい。

(スケジュール)

- 国保の広域化のスケジュールは、制度の内容が決まってから議論すべきである。
- 都道府県単位の共同事業の全医療費での拡大というのが2015年度から予定されているので、まずは共同事業の拡大等について都道府県の財政調整を着実に実施して定着させ、その状況を見守る必要がある。
- スケジュールは、医療費の共同事業や医療法・医療計画の見直し、準備期間を考えると、2018年度～2020年度以降となるのではないか。
- 都道府県化する場合に、保険料の統一には時間がかかるため、経過措置をとりながら段階的に保険料をならしていくという作業は必要。

■高齢者医療制度の在り方

- 全体的に医療保険財政を逼迫している最大の要因は、高齢者に対する財政移転であり、医療保険制度全体が倒れてしまう状況にメスを入れ、制度の自律性をどこで担保するかという根本的な問題を議論すべき。
- 国民会議には、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるように、医療保険制度全体の枠組みを論議することをお願いしたい。
- 国民会議は、高齢者医療制度を支えていくということについて、将来像、グランドデザインがないまま、被用者保険間の支援金の負担に論議を終始している。このようなことでは、早晚被用者保険制度が維持できなくなるのではないかとことを危惧。
- 現役世代、国民全体で高齢者医療を支えるという哲学を失わないことを前提に、負担構造も含めて、高齢者医療制度をどうしていくのかを国民会議で議論してほしい。
- 高齢者医療への多額の拠出金によって、被用者保険が非常に厳しい運営状況にある中で、現役世代と高齢者の間での負担の関係が将来どうあるべきなのかについて、国民会議等の場でしっかりと議論すべき。
- 後期高齢者医療の仕組みは安定しているので、今さら廃止する必要はないが、前期高齢者財政調整の仕組みは、現役世代に偏った負担構造を変える必要がある。現行の高齢者医療制度の基本的な枠組みの中で、高齢者医療の負担構造をどうしていくかということについて、国民会議で議論してほしい。
- 国保や医療計画の仕組みが変わろうとしている中、高齢者医療制度については、現行制度を前提としながら、その改善ということを検討していくほうが、より適切。
- 地域において、医療・介護を一体的に提供するため、保険者窓口が異なることのないよう、国保の保険者を都道府県とした上で、後期高齢者医療とも一体化するなど、連携を図るべき。また、医療と介護の連携をより実効的なものにするために、国保連合会との連携等も含め、様々な在り方について今後十分な検討をしていくことが大切。
- 被用者が退職して国民健康保険に加入しているという日本の現状は、相当程度問題があり、退職者については、健康保険制度の中で対処すべき。

■ 個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備

- 人間の死の基準がどうあったらいいかというところまで踏み込む気はないが、終末期の医療にどのようなものを望むかということを出して語り合い、最終的には個人の意思というものが医療関係者も含めて尊重されるような、そんな社会をつくるべき。

社会保障審議会医療保険部会における 主な議論に関する参考資料

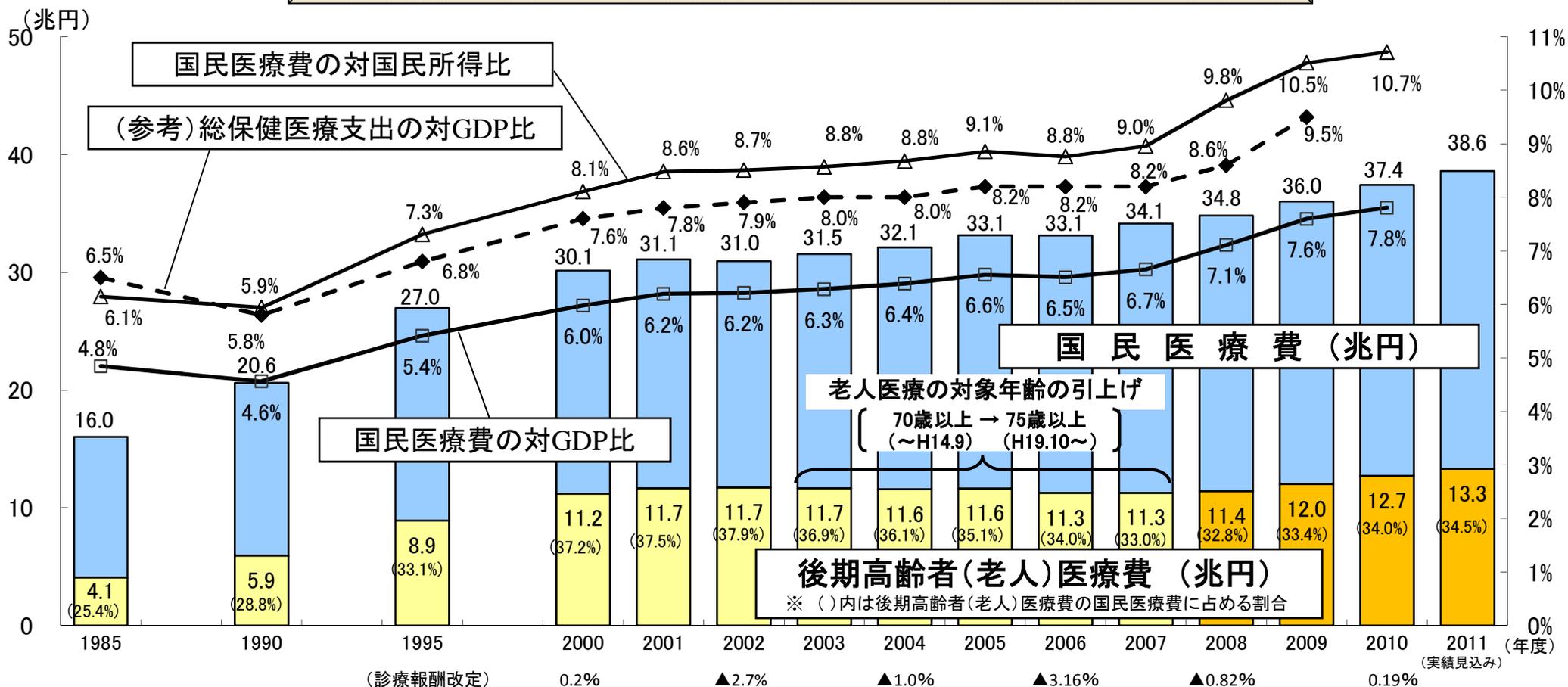
平成25年 月 日
厚生労働省

【目次】

■ 医療保険制度について	2
■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見について	9
■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等について	20
■ 医療保険における療養の範囲の適正化等について	45
■ 医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保 （被用者保険の課題）	58
（国民健康保険の課題）	78
■ 高齢者医療制度の在り方	107

医療保険制度について

医療費の動向



<対前年度伸び率>

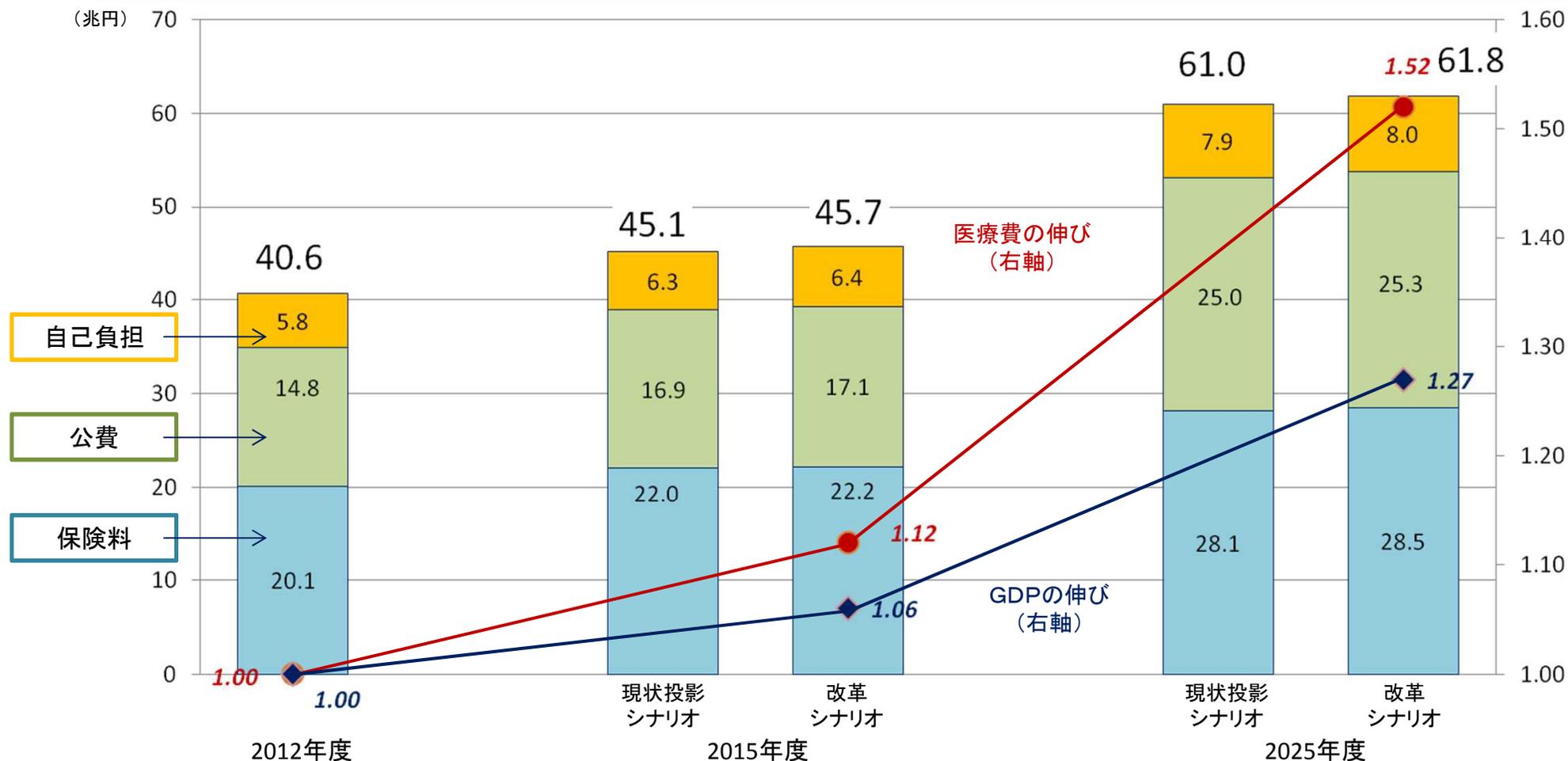
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。

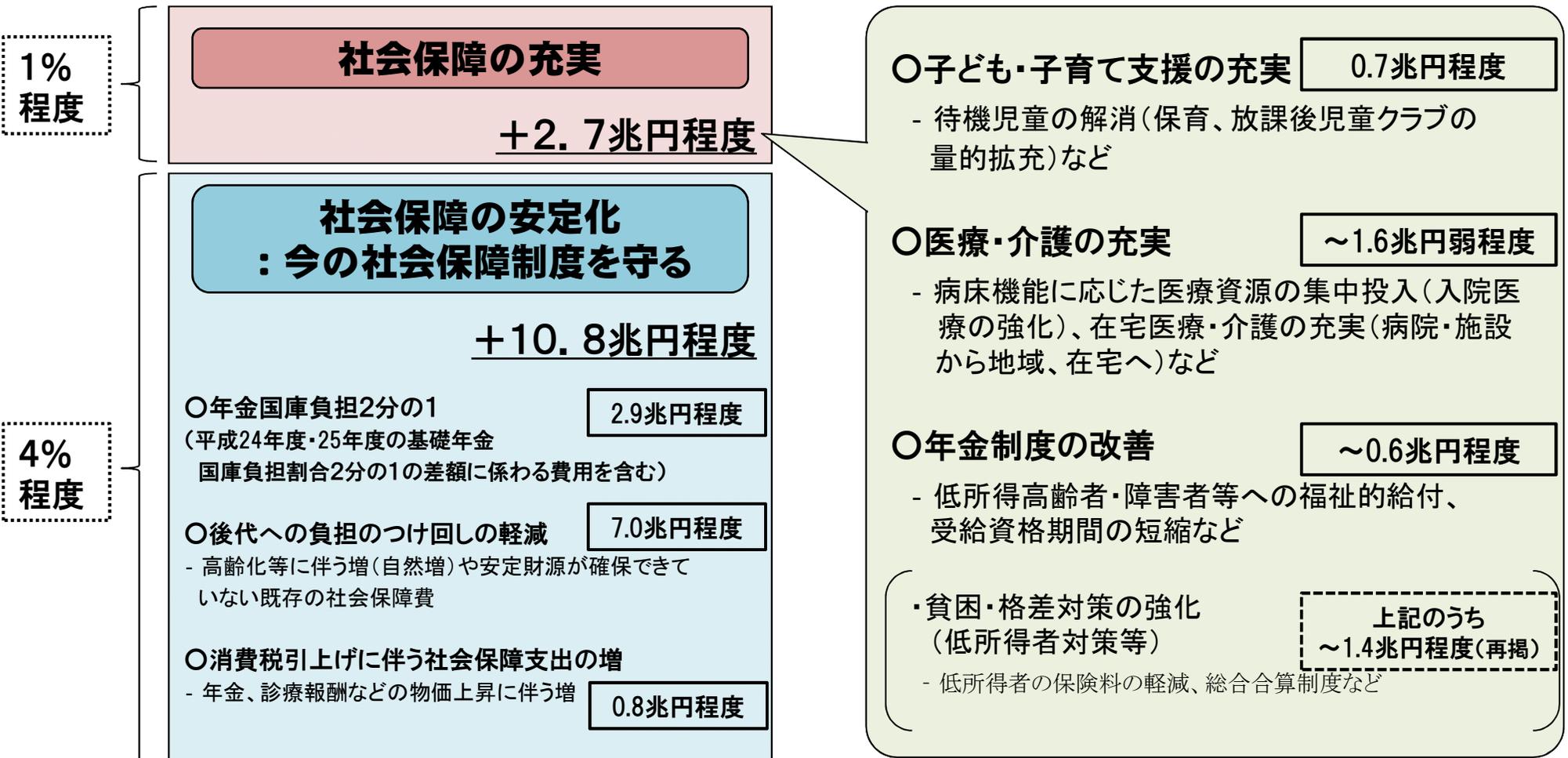


- ※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、
 今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



改革の方向性

社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

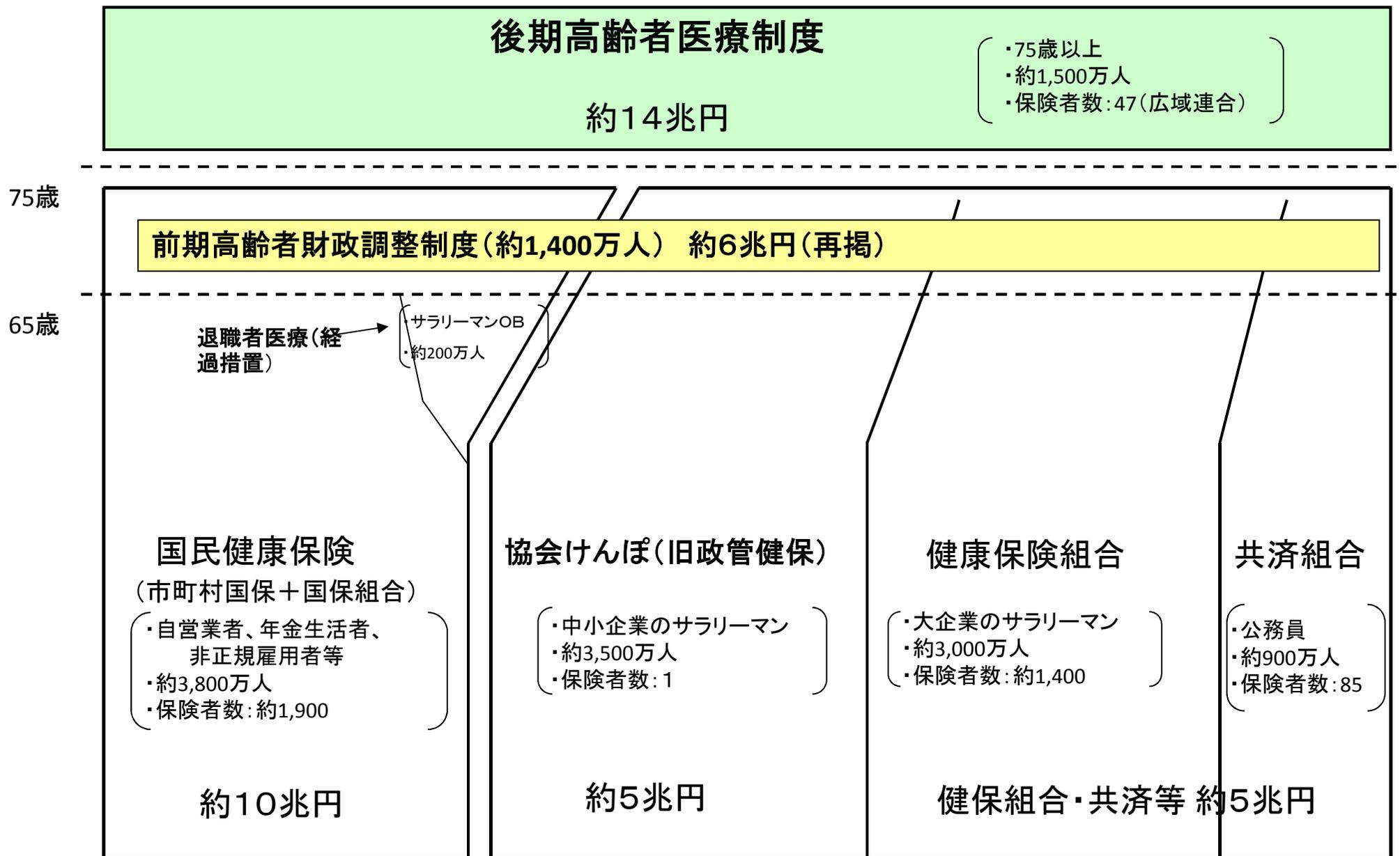
主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)	0.7兆円程度		
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	～1.4兆円程度	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)	▲～0.5兆円程度
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし)	0.6兆円程度	○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小	

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値 (速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65~74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯あたり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯あたり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8. 1万円 一世帯あたり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人あたり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人あたり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人あたり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算 (案) ^{ペー} ス)	3兆4, 392億円	1兆2, 186億円	15億円		6兆5, 347億円

(※1) 市町村国保の加入者数、加入者平均年齢、協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見 について

国・都道府県による医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正などにより中長期的に医療費適正化に取り組むため、国及び都道府県が計画を策定(第1期:平成20~24年度、第2期:平成25~29年度)

政策目標	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボ該当者・予備群減少率	平均在院日数
第1期 (24年度)	70%	45%	10%以上減(平成20年度比)	全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小
第2期 (29年度)	70%	45%	25%以上減(平成20年度比)	社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が目標を設定

医療費適正化計画の目標の進捗状況について

特定健診・保健指導等の推進

平成23年度実施率 (速報値)	全体	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
特定健診	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
特定保健指導	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%

実施率の状況

- ・特定健診・特定保健指導ともに、目標とはまだ開きがあるものの、実施率は着実に上昇してきている。
- ・特定健診の実施率は被用者保険において高い傾向にあるのに対して、特定保健指導の実施率は市町村国保や健保組合において高い。

特定健診・保健指導の効果

- ・特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 **▲約32%(21年度)**
- ・メタボリックシンドローム該当者と非該当者との年間医療費の比較 **▲約9万円(22年度)**

平均在院日数の縮減

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

平均在院日数の状況

- ・全国平均で見れば、目標には届いていないものの一定程度縮減してきている。
- ・全国平均と最短との差はほとんど縮小しておらず、都道府県間のばらつきも大きい。

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別年次推移)

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
平成22年度 (確報値)	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%
平成22年度 (確報値)	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

保険者による医療費適正化の取組

- 医療保険者は医療費適正化のための取組を主体的に実施。
- 厚生労働省では、医療費適正化の推進などの保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、保険者による主体的な取組を促進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

- ・ 医療費分析の実施
被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報を収集・分析を行う

（保険者による分析を支援するシステムが稼働予定（平成24年度予算等で補助））

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ 健保連システム：平成26年6月頃から

② 被保険者に対する情報提供・指導

- ・ 医療費通知の送付
医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知
- ・ 重複・頻回受診者に対する指導
同疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導
- ・ 後発医薬品の使用促進
差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進

③ 有病者の重症化の予防

- ・ 保健指導の実施
投薬状況等から一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う
- ・ 医療機関への受診勧奨
健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

④ 給付の適正化

- ・ レセプト点検の実施
請求誤りの多い事項等重要事項を定めた上でレセプト点検を行う
- ・ 傷病手当の適正支給
レセプト等関係資料の確認、調査等により、傷病手当の適正支給に努める
- ・ 柔道整復師に係る療養費の適正化
被施術者への医療費通知や負傷部位の原因調査により療養費の給付適正化を図る

2. 医療保険者による疾病予防等の取組を促進する

25年4月23日
産業競争力会議厚生労働省提出資料

■ 好事例を横展開させるための3つの取組

I. 好事例をモデル化する



- ・レセプトデータ
- ・特定健診データ

- ・ジェネリック医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知
- ・健診データから異常値の者を抽出、レセプトデータと突合して、医療機関未受診者に**受診勧奨**
- ・運動や食事などの**生活習慣改善を指導**（重症化予防プログラム）
- ・複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者などに対して**訪問指導**

被保険者



II. レセプトデータ・健診データ等の分析のためのシステムを整備する

III. モデル化された取組の実施のために必要な費用に対する支援を検討する

■ 特定健診・保健指導の実施率の更なる向上

- 特定健診・保健指導の効果に関するエビデンスの検証及び周知を行い、保険者の主体的な取組を促進
（例 メタボ該当者と非該当者の平均医療費には約年9万円の差が存在
特定保健指導を終了した者の約1/3が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ではなくなる）
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、現行制度に対して関係者からは廃止も含め意見があり、今年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討

保険者の取組(広島県呉市の事例)

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から24年3月までの通知者の77%が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:51件 診療費削減額:54,160円 最大18,380円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日/月 → 1日/月
114,610円/人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み

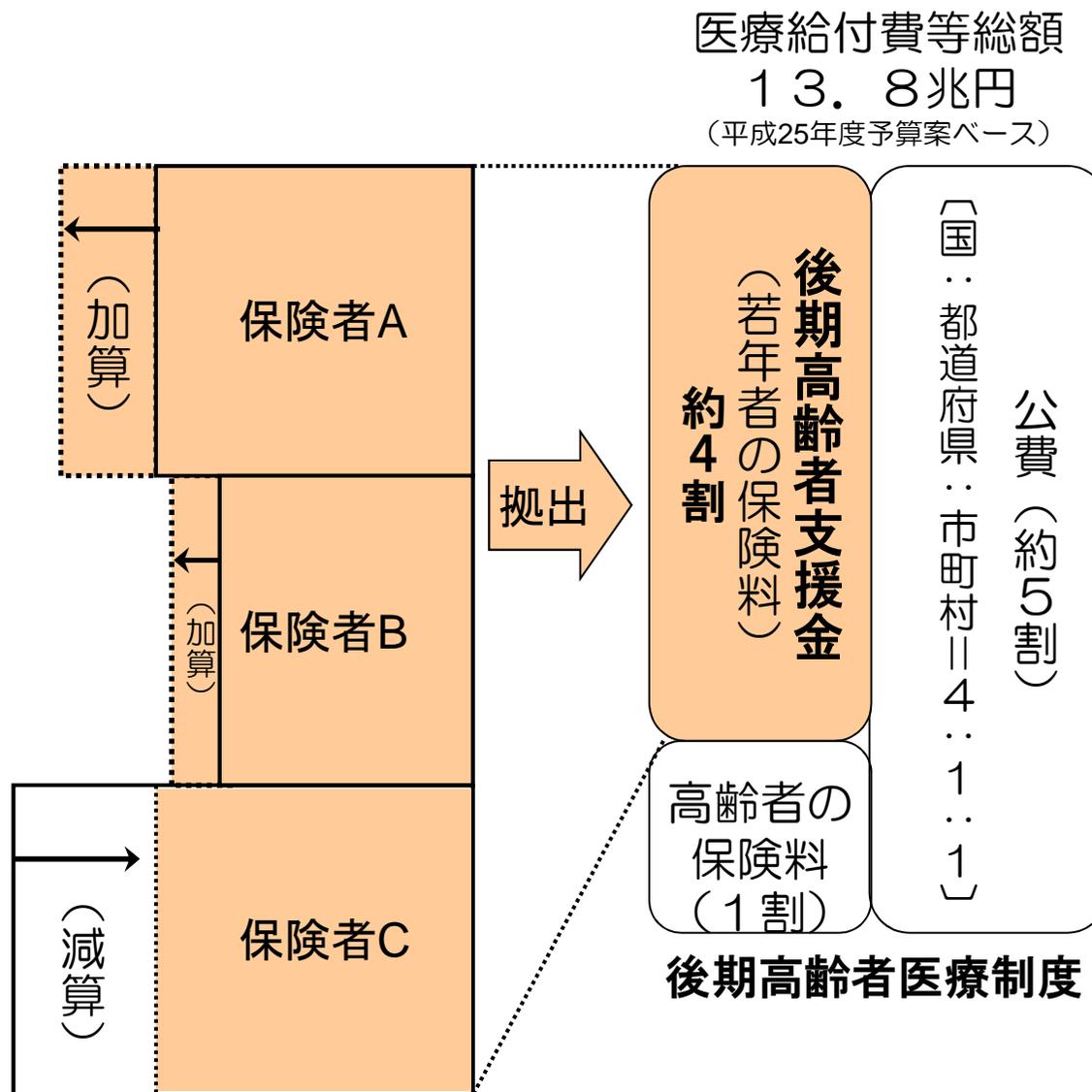
各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈加算・減算の方法〉

- ① 目標の達成状況
 - 特定健診・保健指導の実施率
- ② 保険者の実績を比較
 - 実績を上げている保険者 → 支援金の減算
 - 実績の上がっていない保険者 → 支援金の加算

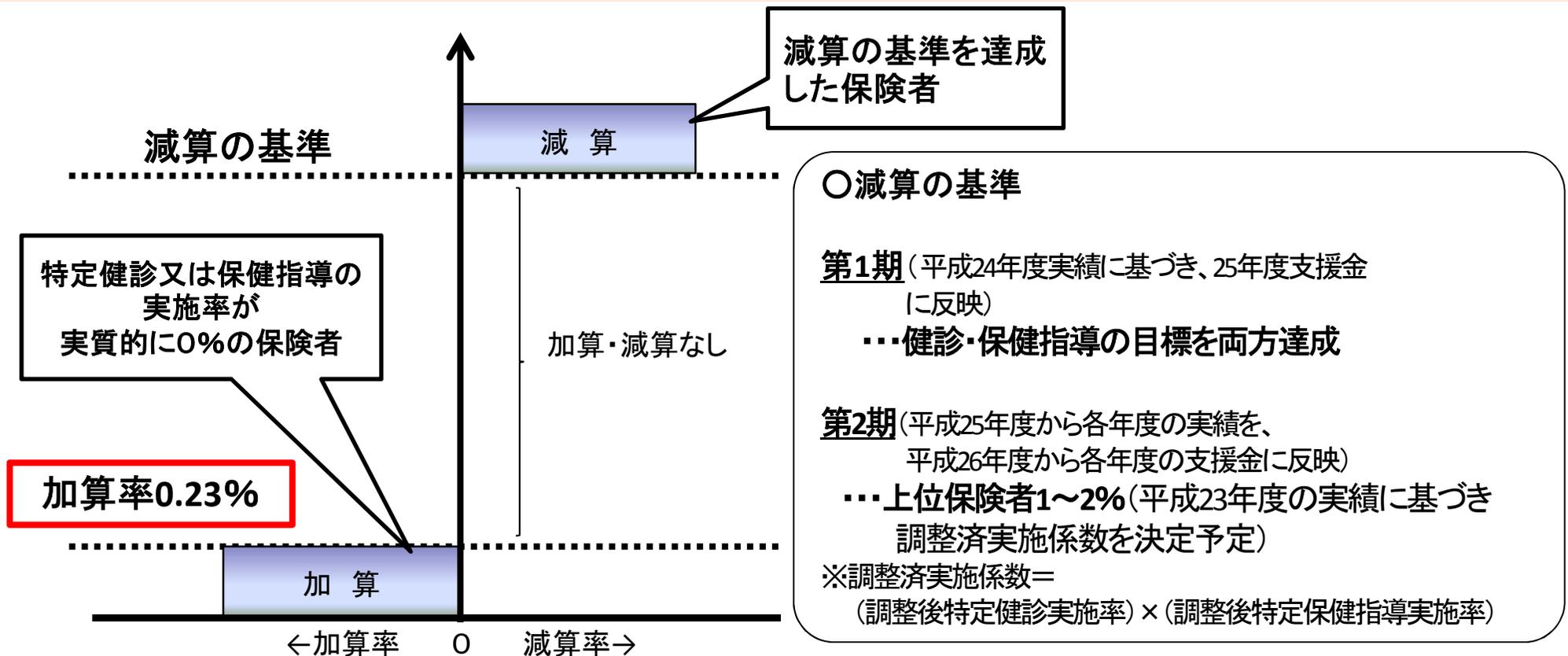
◆ 加算率は0.23%に設定。

◆ 減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように、設定。



後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

- 後期高齢者支援金の加算・減算は、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する、保険者による生活習慣病予防のための取組み(特定健診及び保健指導)の状況进行评估するためのもの。
- 後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成25年度から実施。
 - ・ 保険者種別ごとの事情を考慮(実施率を調整)
 - ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し加算
 - ・ 第1期は、特定健診・保健指導の目標(参酌標準)を両方達成した保険者に対し減算
 - ・ 第2期は、上位1~2%程度の保険者に対し減算
 - ・ 実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から



その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



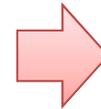
○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



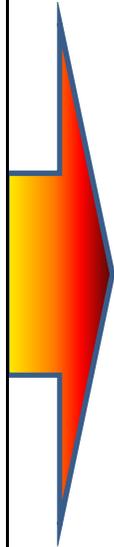
○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

5. 経済財政諮問会議等における提言と対応状況(医療分野)①

25年5月16日 経済財政諮問会議
資料2 田村臨時議員提出資料

経済財政諮問会議(4月22日)における 提言や関連する一体改革の内容

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健康の維持増進
 - 電子レセプトの活用等による医療・介護給付の重点化
 - 外来受診の適正化
 - 外来受診の適正化等、ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減についての取組の推進



対応状況

既に対応している事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 保険者による特定健診・特定保健指導の推進
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第1期医療費適正化計画を策定(平成20年～平成24年度)
 - ICT等を活用した保険者による加入者の適正受診のための取組を促進(システム整備の助成等)
 - 健康寿命の延伸、健康格差の縮小等の実現に向け、「健康日本21(第二次)」を実施(平成25年度～)

検討中の事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健診受診・生活習慣病改善に関する広報活動の強化
 - 健診・保健指導の推進
 - ・ 特定健診・特定保健指導の効果検証
 - ・ 保険者によるレセプト・健診情報等を活用した上で、糖尿病に起因する人工透析導入を予防する等の好事例を全国に広げていけるよう、補助等の支援措置を検討し、予算等に反映
 - ・ メタボリックシンドロームでない者を含む高血圧の者に対する生活習慣改善プログラムのモデル事業の実施について検討を行い、予算等に反映
 - ・ 特定保健指導におけるICTを活用した初回面接の実施
 - 企業、自治体、民間団体等と連携した健康増進活動の推進
 - ・ スマートライフプロジェクトの推進(企業登録目標数3,000社)
 - ・ 健康づくりのための身体活動基準・指針や食事摂取基準を活用した活動の普及
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第2期医療費適正化計画を策定(平成25年度～平成29年度)

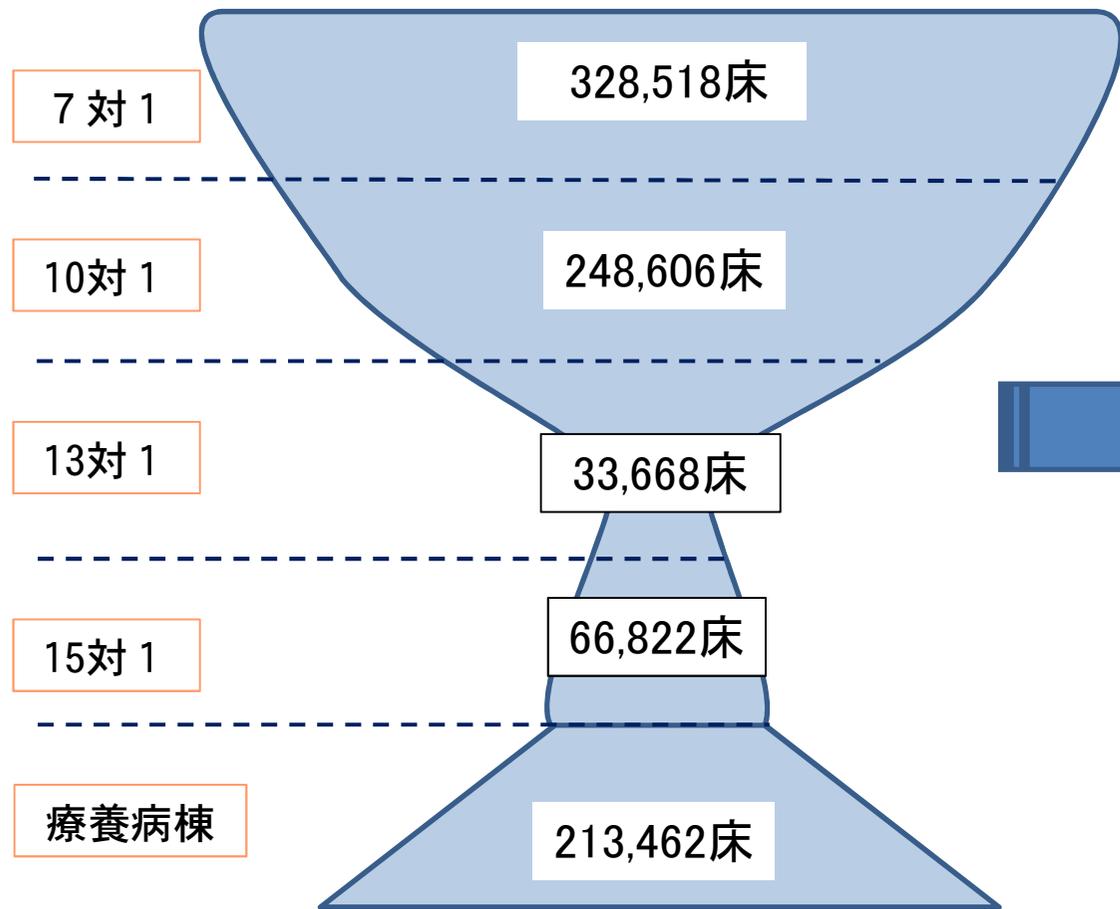
生活習慣病の発症予防・重症化予防等により、
 ・糖尿病患者の増加抑制(※1)で約1.4兆円(平成34年度)
 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少(※2)で約0.3兆円(平成29年度)
 の医療費適正化を目指す。

※1 健康日本21における「糖尿病有病者の増加抑制」の目標を達成した場合の医療費適正化効果
 ※2 第二期医療費適正化計画における「メタボリックシンドローム該当者・予備群」の目標を達成した場合の医療費適正化効果

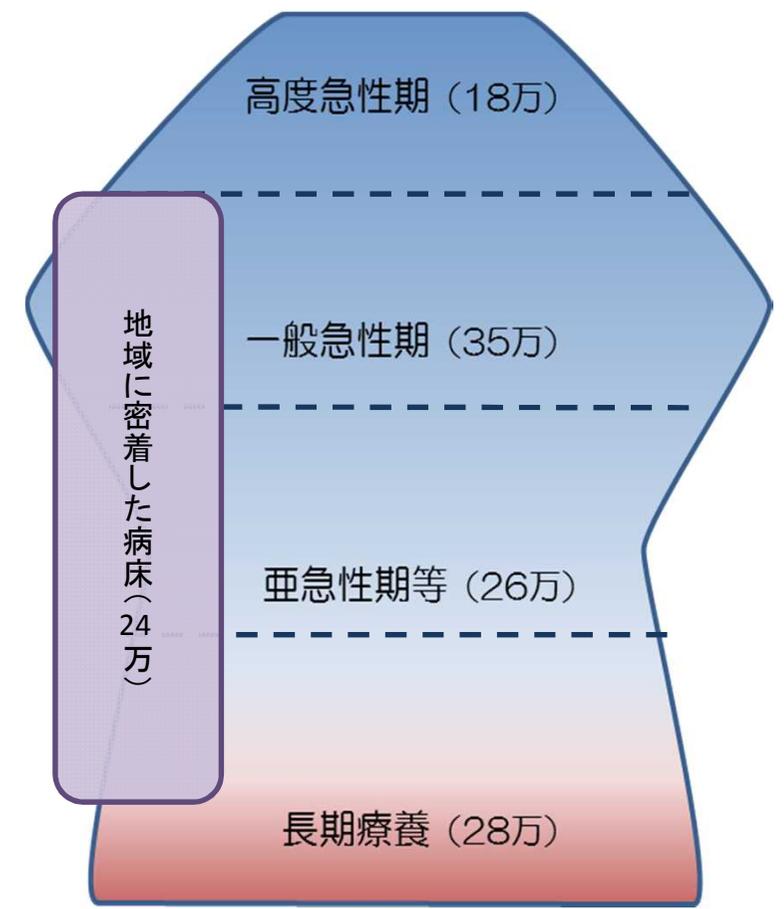
医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等 について

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞

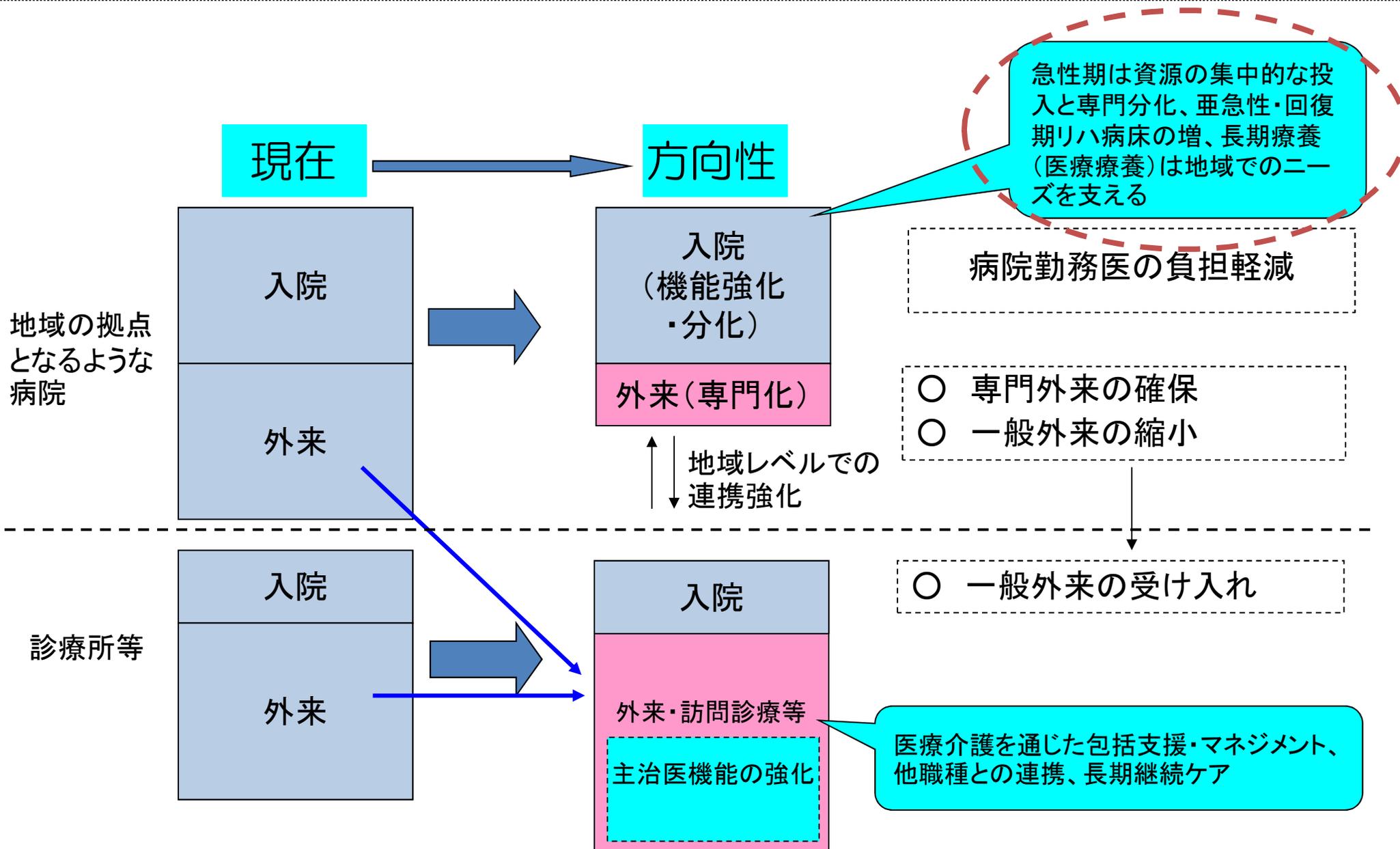


保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-2
23.10.5

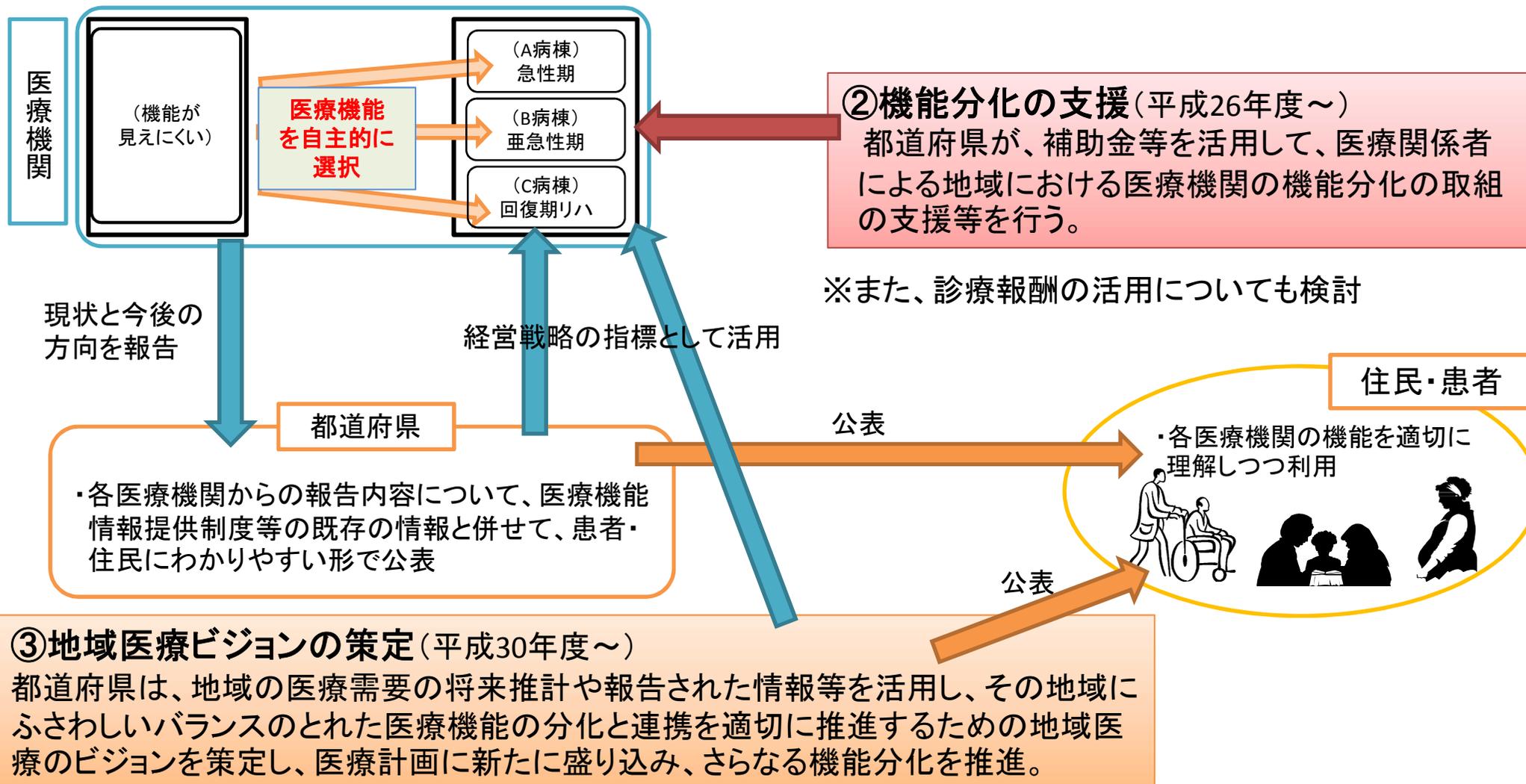


出典: 社会保障国民会議資料(平成20年)をもとに医療課で作成

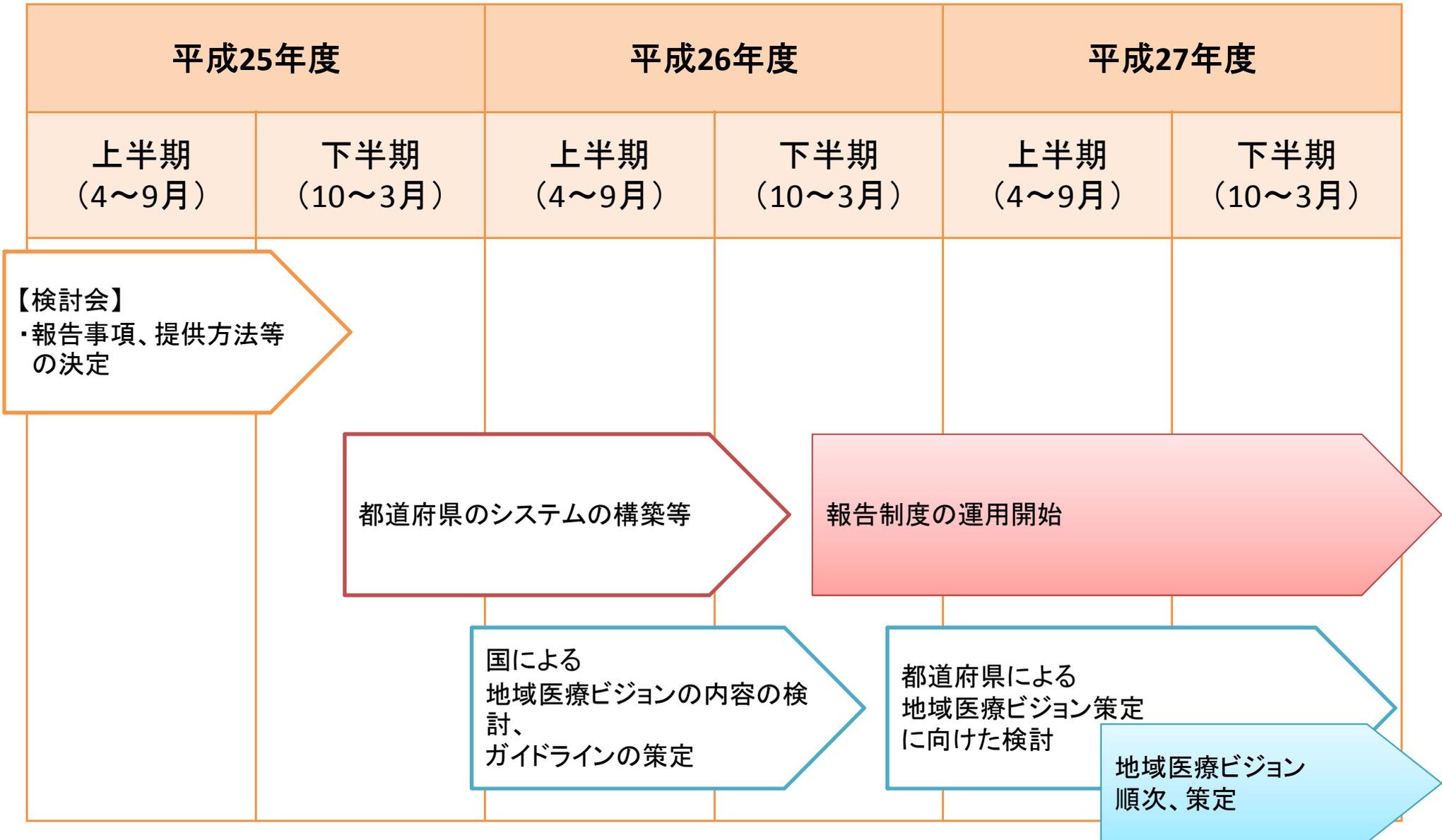
機能分化を推進するための仕組み

①医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



保険医療機関・保険薬局の指定・取消権限について

保険医療機関・保険薬局の指定・取消は、都道府県知事の機関委任事務とされていたが、

- ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること、
- ②保険医療機関の指定等は、国が保険者に代わり、全国を通じて公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関を指定する事務であること、

から、平成11年の地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律(平成11年法律第87号)によって、国の直接執行事務とされた。

平成11年地方分権一括法前の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第43条の3

[保険医療機関又は保険薬局の指定]

第四十三条の三 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ハ命令ノ定ムル所ニ依リ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ其ノ開設者ノ申請アリタルモノニ就キ都道府県知事之ヲ行フ

- ③ **都道府県知事**保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ当該病院若ハ診療所又ハ薬局ガ本法ノ規定ニ依リ保険医療機関若ハ保険薬局ノ指定若ハ第四十四条第一項第一号ニ規定スル特定承認保険医療機関ノ承認ヲ取消サレ五年ヲ経過セザルモノナルトキ又ハ保険給付ニ関シ診療若ハ調剤ノ内容ノ適切ヲ欠ク虞アリトシテ重テ第四十三条ノ七第一項(第四十三条ノ十七第九項、第四十四条第十三項及第十四項、第五十九条ノ二第八項並ニ第六十九条ノ三十一ニ於テ準用スル場合ヲ含ム)ノ規定ニ依ル指導ヲ受ケタルモノナルトキ其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不相当ト認ムルモノナルトキハ其ノ指定ヲ拒ムコトヲ得

[保険医療機関及び保険薬局の指定の取消]

第四十三条の十二 保険医療機関又ハ保険薬局ガ左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ**都道府県知事**其ノ指定ヲ取消スコトヲ得(略)

現在の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第65条

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

- 3 **厚生労働大臣**は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。(略)

(保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し)

第八十条 **厚生労働大臣**は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。(略)

地域ごとの診療報酬の特例（根拠条文）

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）

（診療報酬に係る意見の提出等）

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

【参照条文（抜粋）】

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条（略）

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

（都道府県医療費適正化計画）

第九条（略）

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

（計画の進捗状況に関する評価）

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

（計画の実績に関する評価）

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

外来診療の機能分化の推進

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

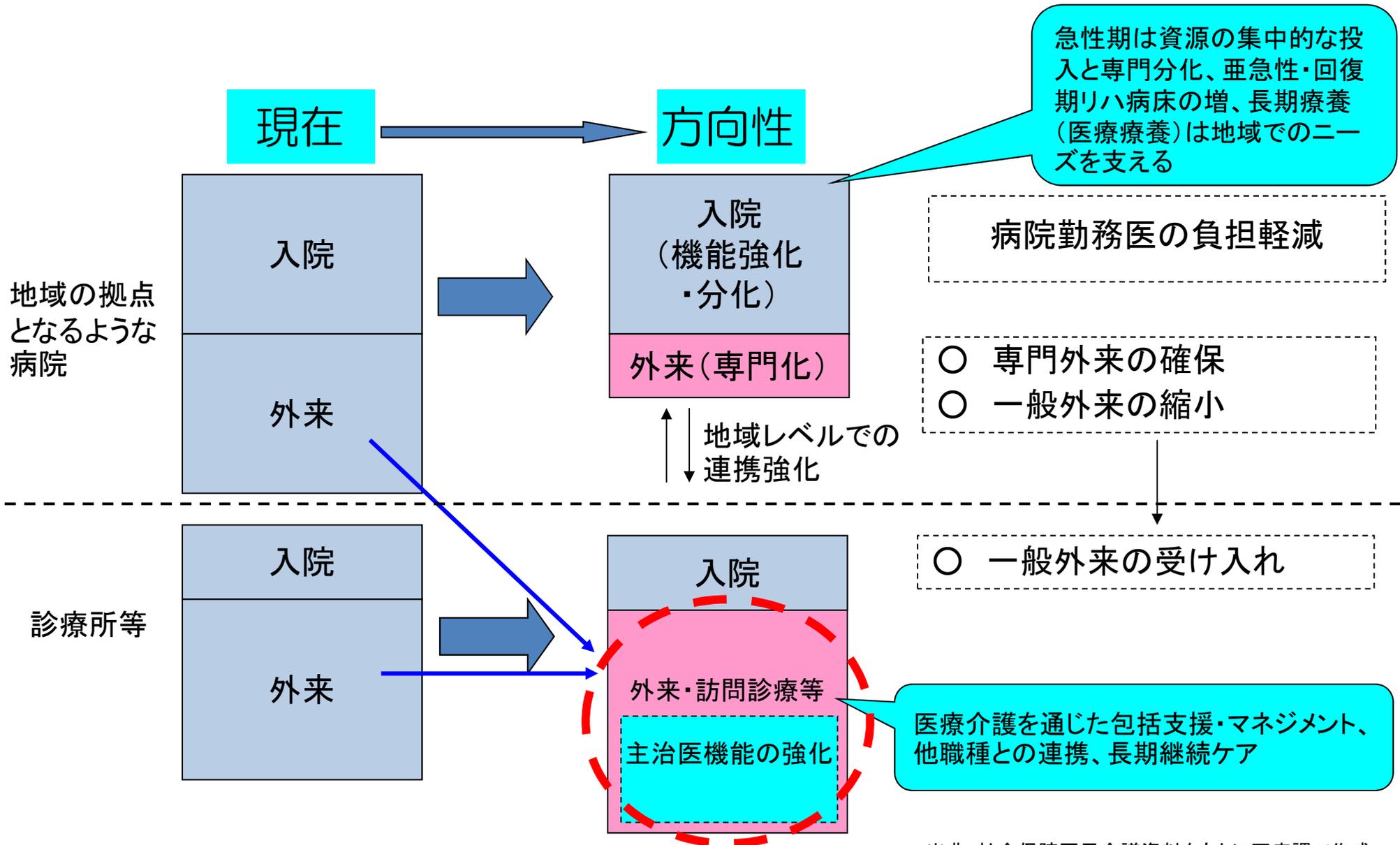
$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



出典: 社会保障国民会議資料をもとに医療課で作成

救急外来や外来診療の機能分化の推進

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満の病院であって、4km以内に診療所がない
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

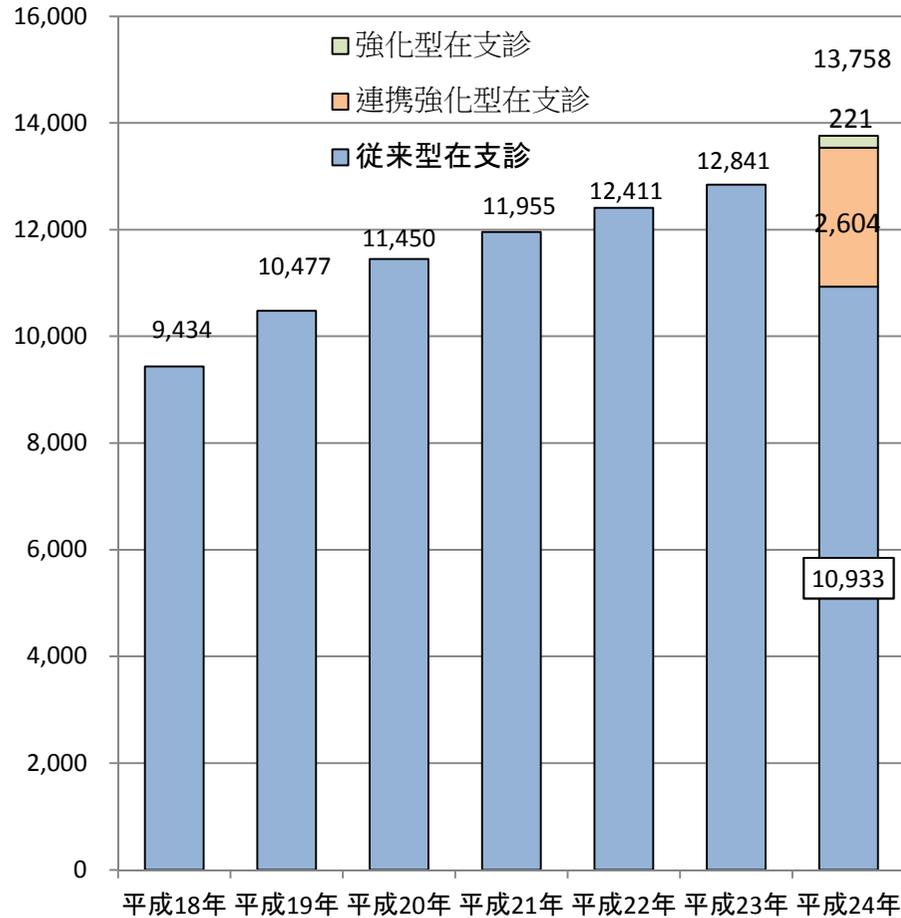
【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

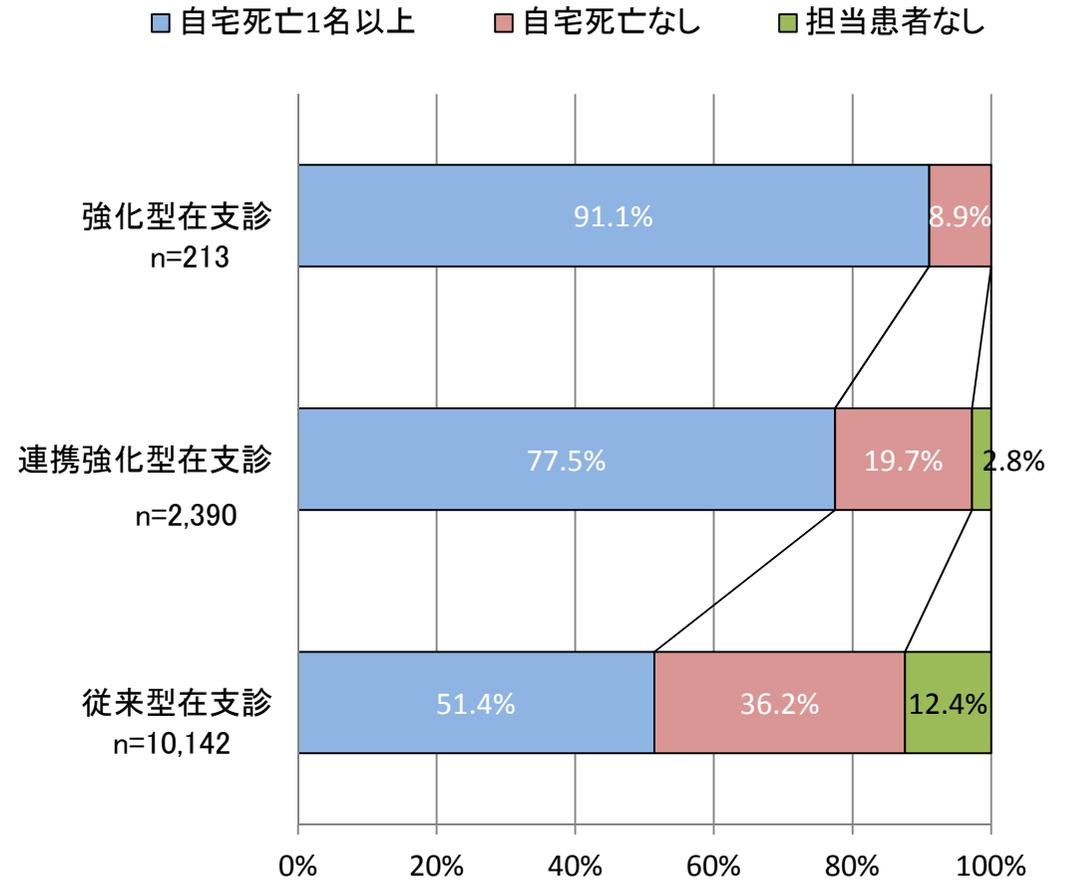
注3：①の医師数については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援診療所届出数



在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)

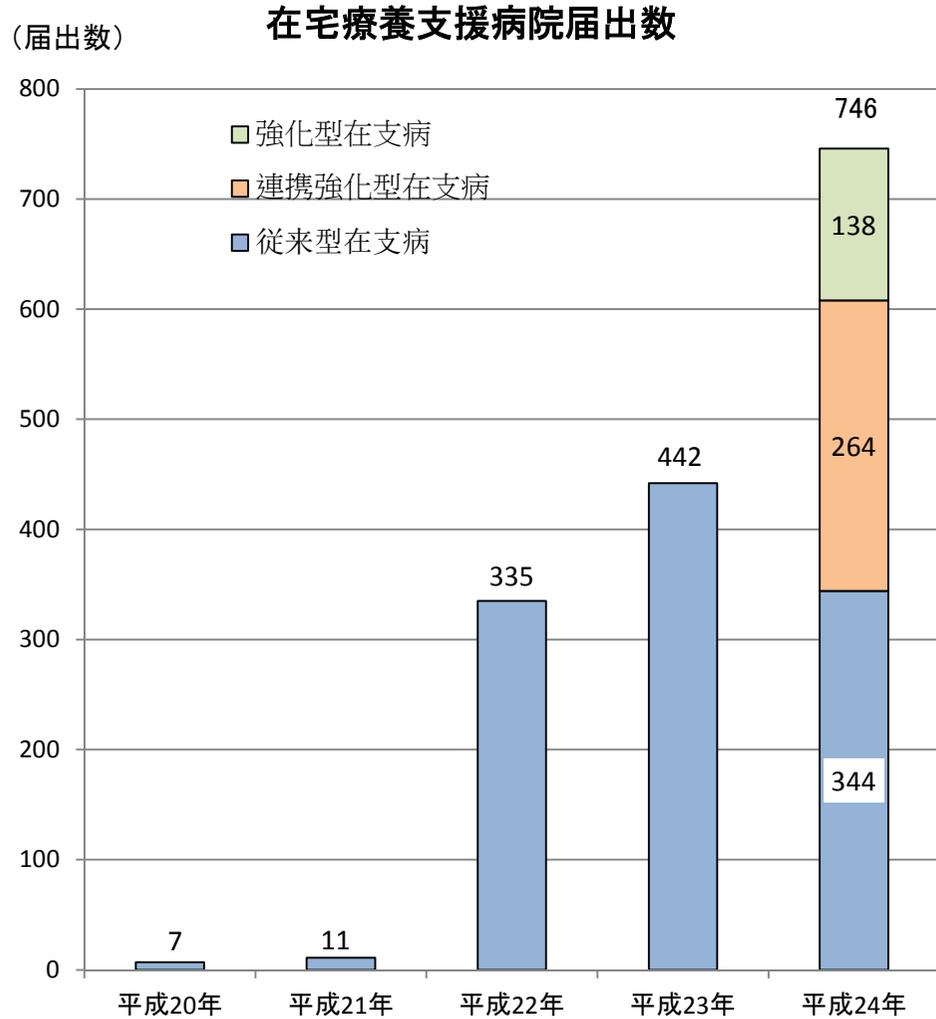


(注1) 平成23年10月1日現在の診療所総数は99,547
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

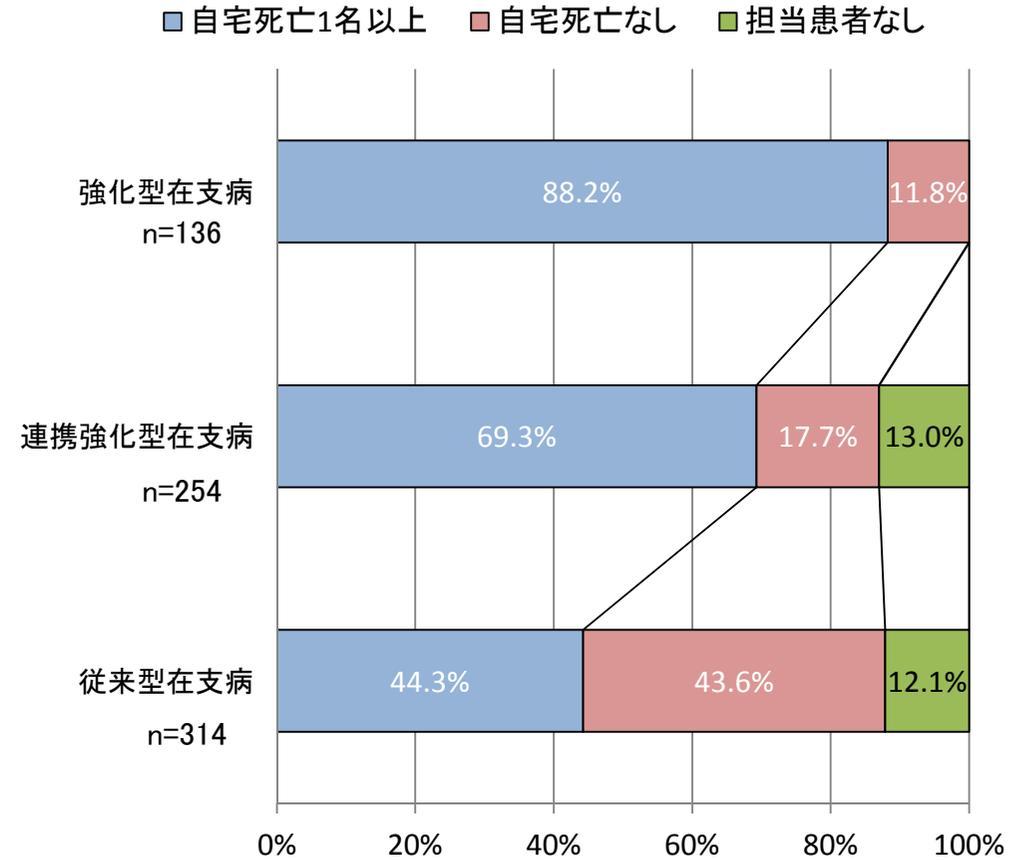
出典: 保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

在宅療養支援病院の届出数の推移と実績



(注1) 平成23年10月1日現在の病院総数は8,605
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

出典: 保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

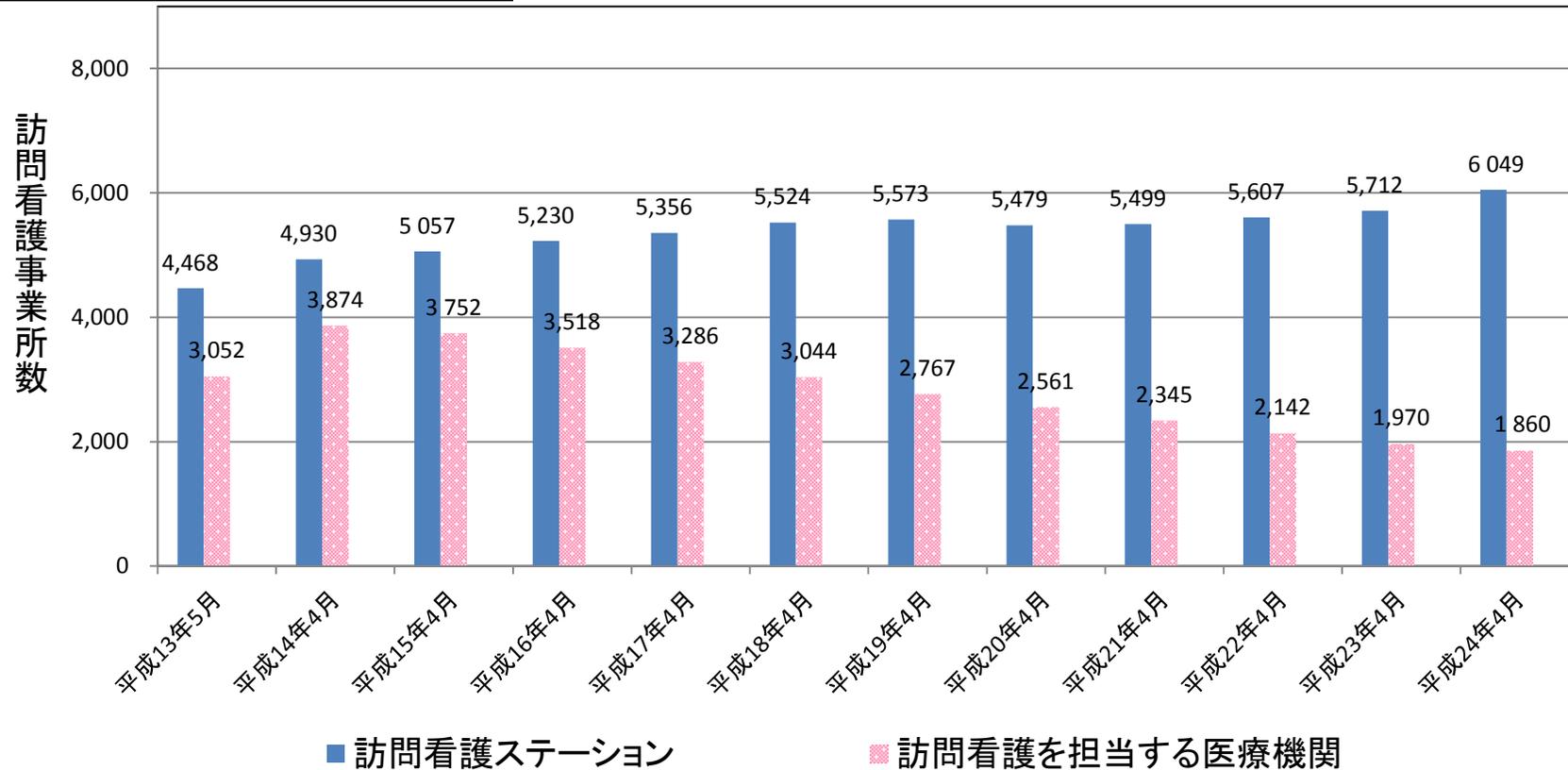
訪問看護事業所数の推移

中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3 (改)

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

○ 訪問看護事業所数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

(参考)平成25年2月審査分 訪問看護ステーション数6,471カ所

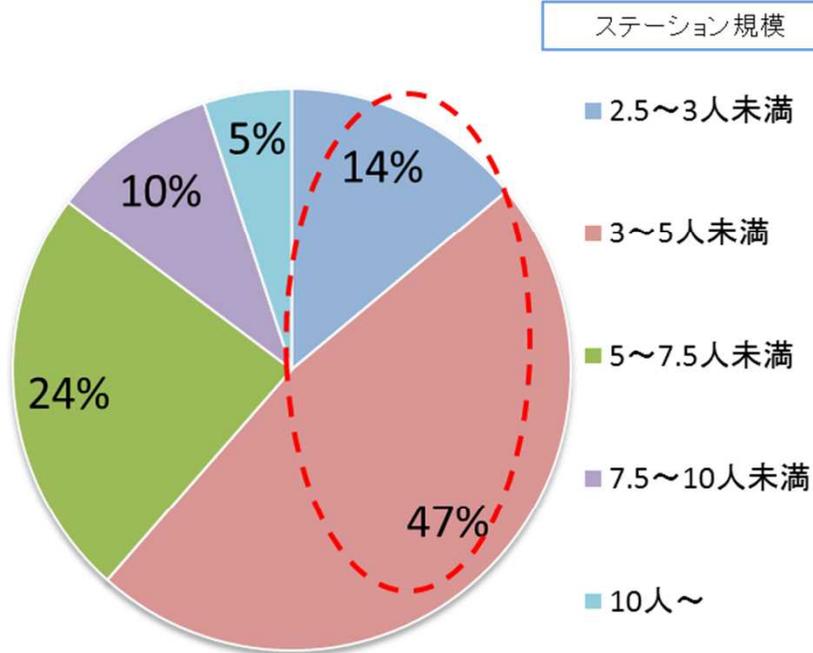
訪問看護ステーションの規模別状況

中医協 総 - 1
23.11.11 (改)

中医協 総 - 2
23.1.21 (改)

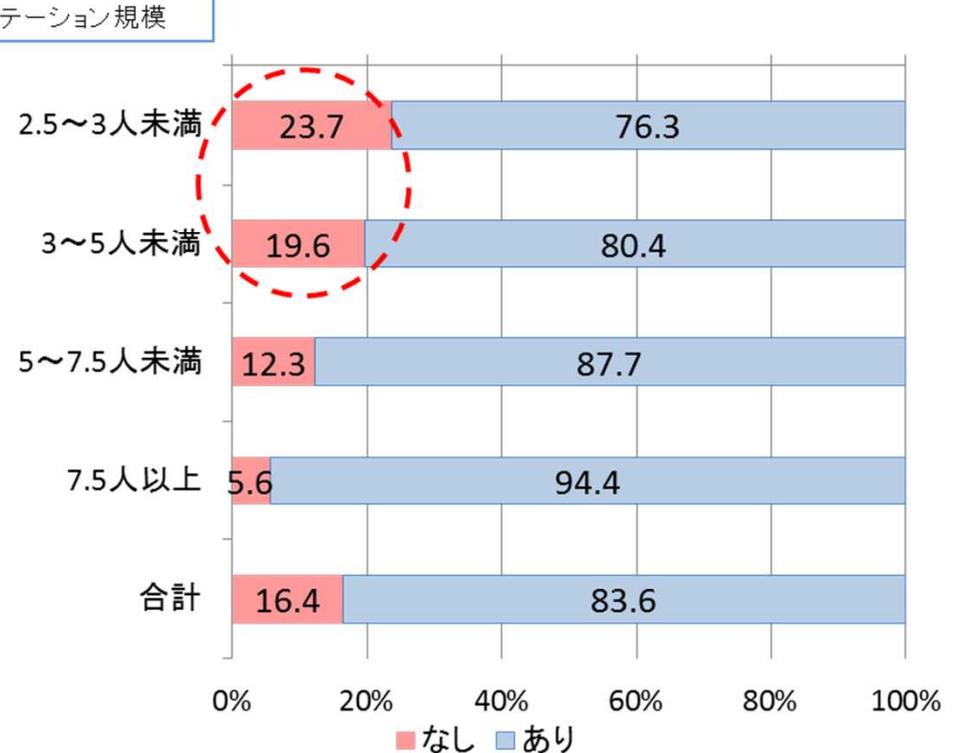
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

レセプト・特定健診等情報の利活用について

保有主体		データベース	使用目的	活用例
国 (厚生労働大臣)		○ONDB →レセプト情報・特定 健診等情報	医療費適正化計画の 作成、実施、評価に資 する	○ 医療費適正化計画の策定、実施及び評価 ・ 特定健診の結果から、検査値(腹囲、血圧、血糖値 等)を都道府県別、年齢階級別、性別に集計したデータ の都道府県への提供・公表 ・ 調剤レセプトの分析を活用した都道府県別、年齢別の 薬剤の使用状況や調剤医療費の動向の分析
保険者	保険者中央 団体 (国民健康 保険中央会、 健康保険組 合連合会)	○OKDB(国保デー タ ベース) ※平成25年10月稼働 予定 →レセプト情報(後期 高齢者医療広域連 合も含む)・特定健 診等情報・介護情報 ○健保連システム ※平成26年4月稼働予 定 →レセプト情報・特定 健診等情報	①当該保険者の加入 者についての健康状 況の把握・比較分析 ②疾病別等の医療費 の分析	○ 現在は、保険者が個別のシステムを用いて、下記の事 項等について分析等を行っているが、今回のシステム整 備により大幅に環境が整備され、下記の事項の他に、特 に、全国平均などと比較した当該保険者に関する評価も 可能となる。 ① 現状の把握(医療費分析の実施) ② 被保険者に対する情報提供・指導(医療費通知の送 付、重複・頻回受診者に対する指導等) ③ 有病者の重症化予防(保健指導の実施、医療機関へ の重症化予防) ④ 給付の適正化(レセプト点検の実施、傷病手当の適 正支給等)
	その他(保険 者)	○独自のシステムや 民間事業者への委 託により医療費分析 等を行っている		

レセプト・特定健診データベース(NDB)の概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため

[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣

(注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約59億件[平成21年4月～平成25年2月診療分] ※平成25年5月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約9,000万件[平成20年度～平成23年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

データの利活用の例

- ・特定健診データ(腹囲、血圧、血糖値等)を都道府県、年齢階級、性別に集計し、国民の健康状態を分析
- ・レセプト・特定健診等データから、特定健診・保健指導の効果を推計(メボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差や、特定保健指導によりメボリックシンドローム該当者から外れる率等を算出)
- ・レセプトデータ(調剤)から、都道府県、年齢別の、薬剤の使用状況や調剤医療費の動向を分析

DPCデータ*の主な項目

* DPC/PDPS導入影響評価のための調査(退院患者調査)による調査データを指す。

内容

患者別匿名化情報	簡易診療録情報	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日付情報 (入院日、退院日等) ・ 診断情報 (主傷病名等) ・ 患者情報 (生年月日、性別、郵便番号等) ・ 入院経路 (退院時の患者の状態 (傷病の治療、軽快、死亡等)、救急搬送の有無等) ・ 診療情報 (身長、体重、ADLスコア、がんの分類等) 等 	
	診療報酬請求情報	医科点数表に基づく出来高点数情報
診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報等		
施設情報 (病床数、届け出ている入院基本料等)		

国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼働予定)

保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを
利活用し、被保険者の健康水準の向上(きめ細かな生活習慣病の予防対策等)対策を推進する。

1 地域の状況を把握

- 特定健診の結果及び疾病別医療費等の分析により、生活習慣病の状況や、健康課題を明らかにできる
- 要介護状態区分と疾病との関係を把握する

地域における疾病予防のための取り組み(例)

2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

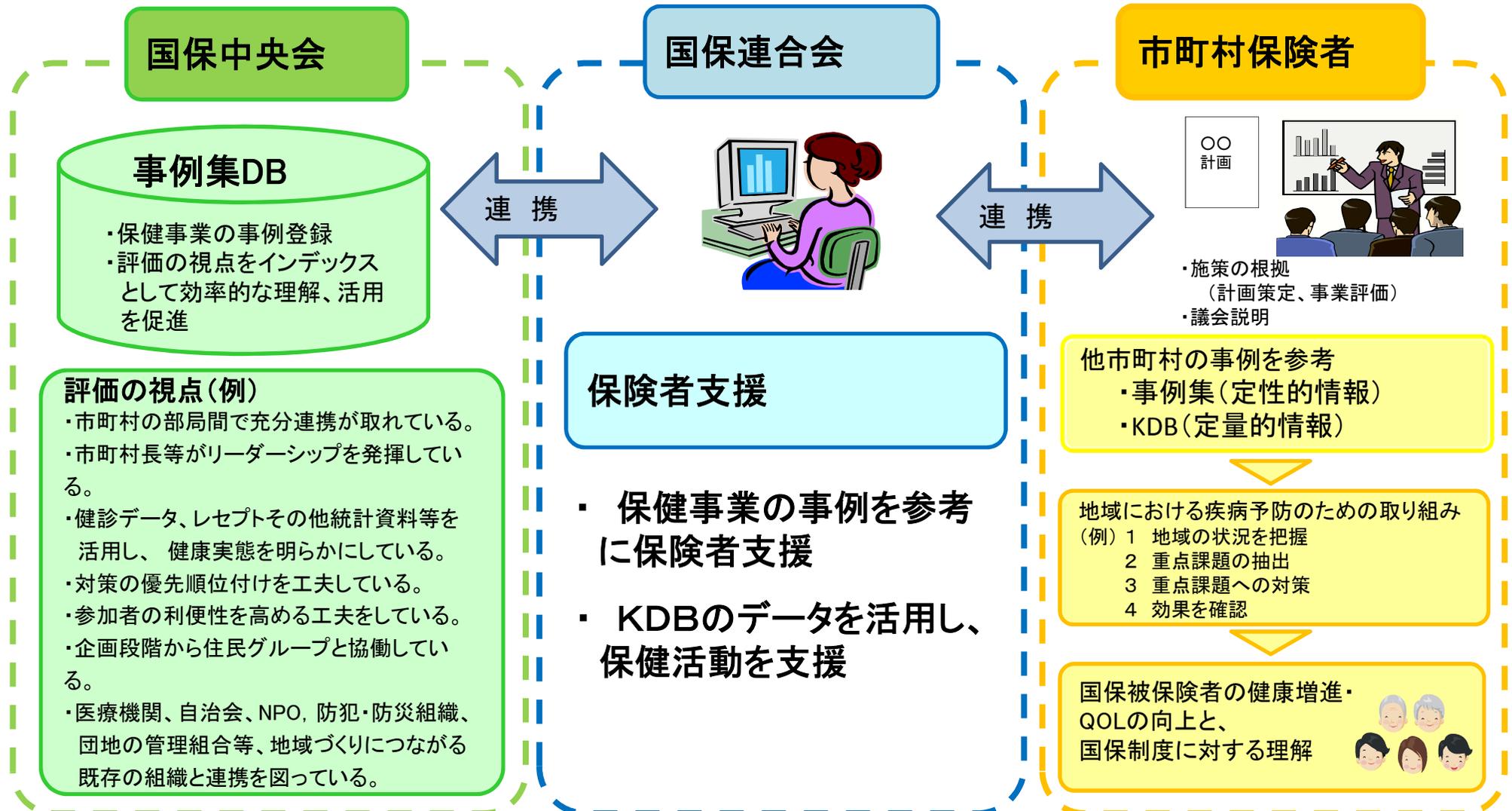
有病者や予備群等の改善の確認

3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

評価の視点を明らかにした保健事業事例集データベースの展開



健保組合の保険者機能強化のためのネットワーク基盤の整備

目的

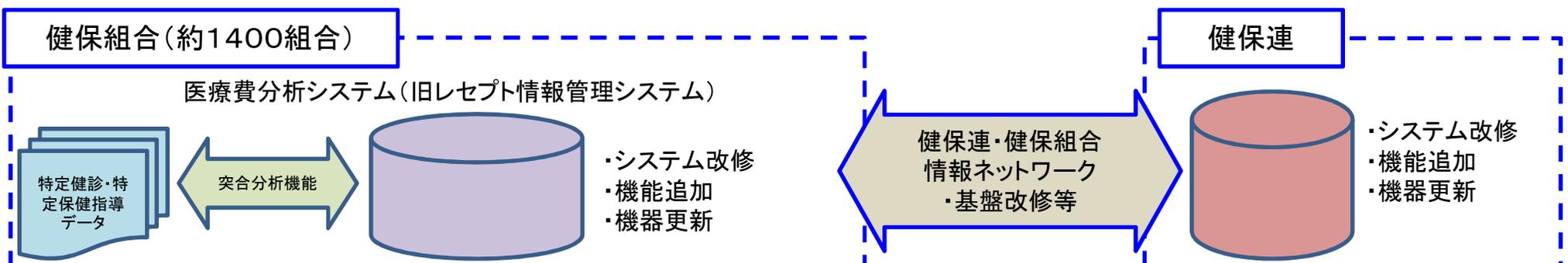
○健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発(平成15年)から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

事業概要

- 健保組合のレセプト情報管理システムの改修・機器更新等を行う(新システム「医療費分析システム」とともに、健保組合と健康保険組合連合会間の情報ネットワークに係る基盤整備を実施。
 - ・レセプト情報管理システムのシステム改修・機器更新(新システム「医療費分析システム」)
 - ・医療費と特定健診・特定保健指導データの突合分析機能導入
 - ・健保連・健保組合情報ネットワークの改修・機器更新 等

スケジュール

- 平成25年～ システム改修等の実施
- 平成26年4月～ 新システムの稼働

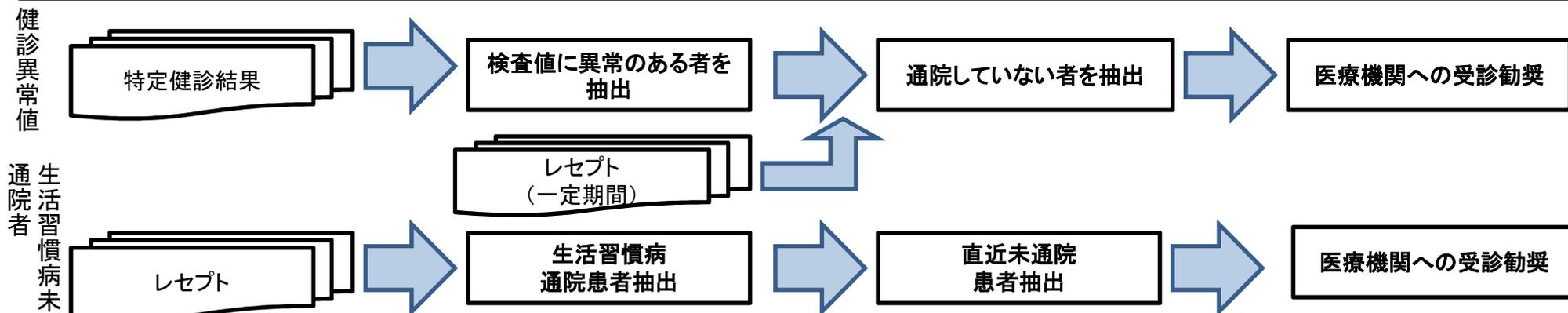


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

○ 電子レセプトを活用することにより、保険者が行う様々な保健事業の対象となる被保険者を抽出することが、紙レセプトよりも容易となる。今後、保険者が医療機関等の関係者と連携した上で、重症化予防等の保健事業に、より積極的に関与していくことが求められる。

受診勧奨

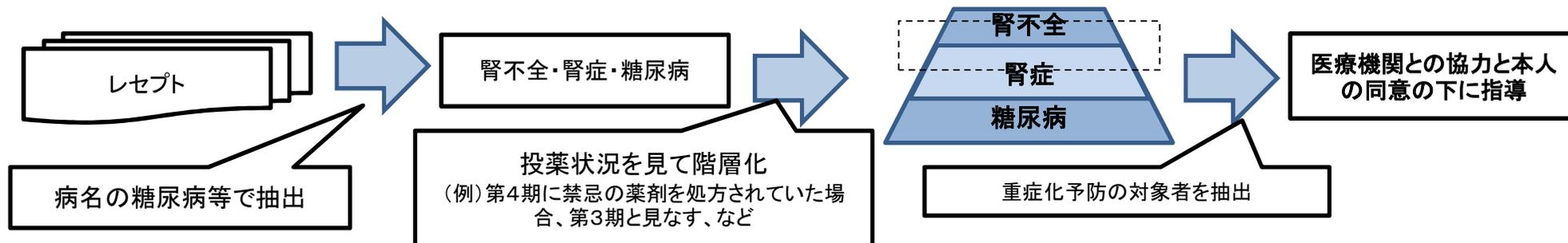
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



重症化予防

保険者において、レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う。

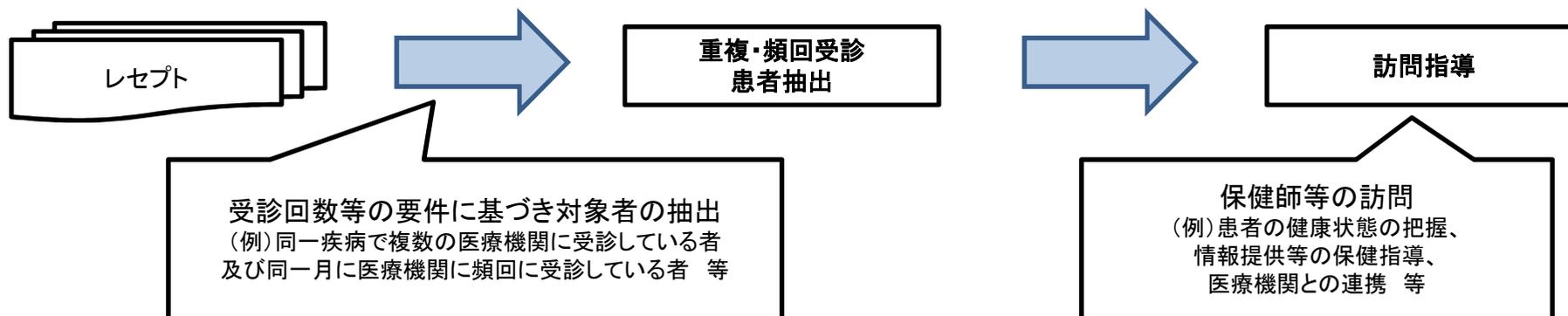
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



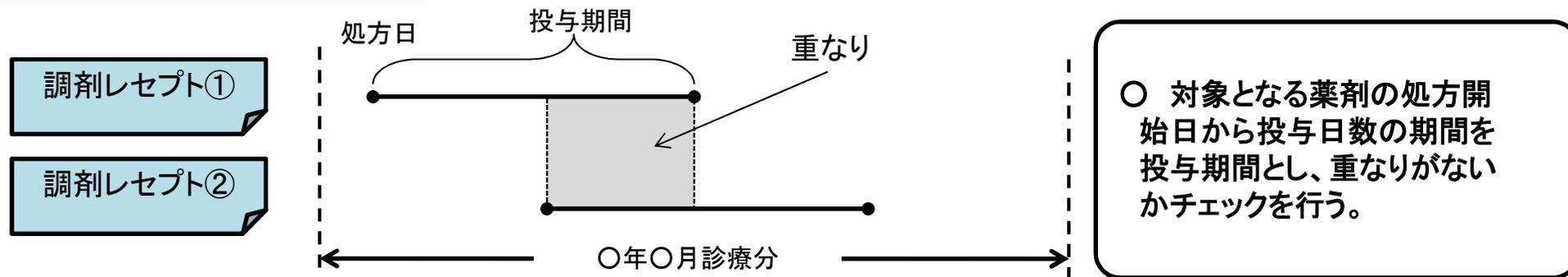
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

重複・頻回受診者への訪問指導

- 電子レセプトを活用し、被保険者の受診状況をチェックする保険者の取り組みが行われており、電子レセプトで把握した受診状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行うことにより、適正な受診の指導を行う。



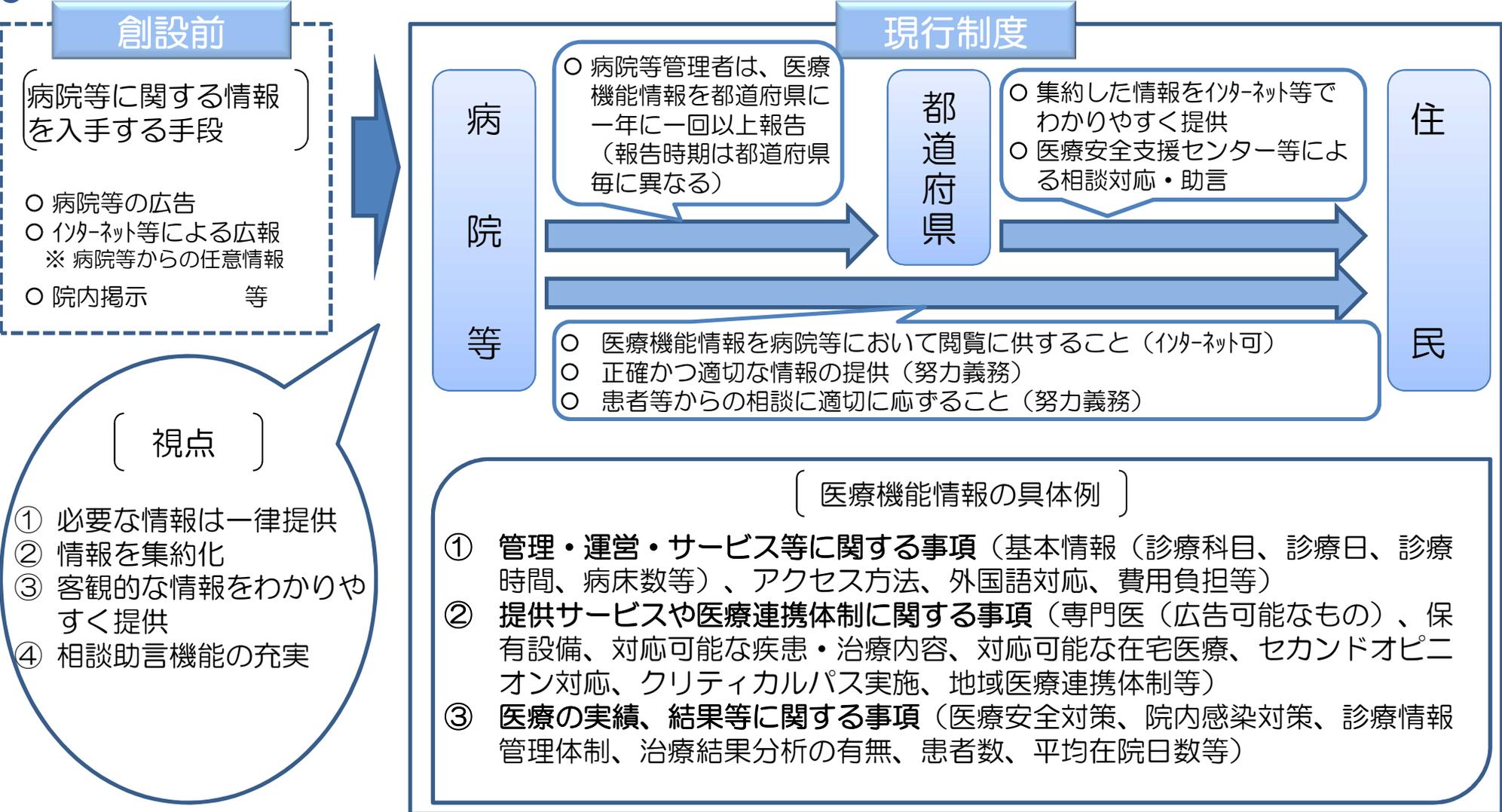
調剤レセプトの場合(例)



医療機能情報提供制度について (平成19年4月～)

第13回医療部会資料より
(平成22年11月11日)

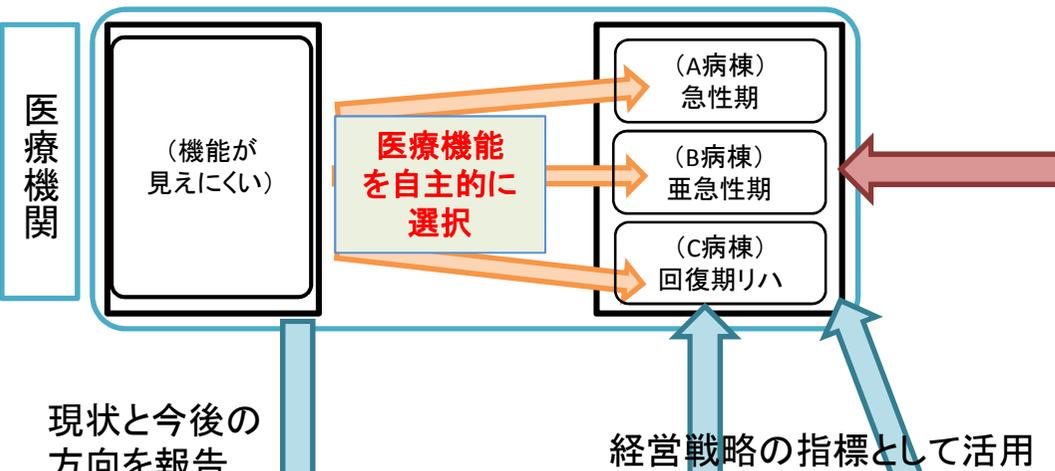
病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度（薬局についても同様の制度あり）



機能分化を推進するための仕組み

①医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



②機能分化の支援(平成26年度～)

都道府県が、補助金等を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援等を行う。

※また、診療報酬の活用についても検討

現状と今後の方向を報告

都道府県

・各医療機関からの報告内容について、医療機能情報提供制度等の既存の情報と併せて、患者・住民にわかりやすい形で公表

公表

公表

住民・患者

・各医療機関の機能を適切に理解しつつ利用

③地域医療ビジョンの策定(平成30年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

医療保険における療養の範囲の適正化等 について

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模（※）の見直しを想定したもの（一般所得者の区分の細分化と年間上限額の設定）であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

（※）一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円）ただし、低所得者に配慮」としている。

[現行]

[見直しのイメージ案]

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,400円
+ (医療費 - 500,000) × 1%

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,000円 年間上限：996,000円 (※1)

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+ (医療費 - 267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円 (※5)

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

当初3ヶ月：62,000円 (※4) 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円 (※5)

《年収300万円以下（一般所得者）》

当初3ヶ月：44,000円 (※2) 4月目～：35,000円 (※3) 年間上限：378,000円 (※6)

(※2) 現行の4月目以降とほぼ同じ額 (※3) 低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額

(※4) 年収600万円以上と300万円以下の中間の額 (※5) 44,000円 × 12月 × 95% (※6) 35,000円 × 12月 × 90%

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,000円 4月目～：24,000円 年間上限：259,000円 (※7)

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

70
歳
未
満

[現行]

[見直しのイメージ案]

70
歳
以上

《現役並み所得者》

当初3ヶ月：80,100円 4月目～：44,400円
+ (医療費-267,000) × 1%

【外来：44,400円】

《現役並み所得者（年収600万円以上）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《現役並み所得者（年収600万円以下）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：62,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

当初3ヶ月：44,000円 4月目～：35,000円 年間上限：378,000円

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,000円 【外来：7,500円】 年間上限：259,000円 (※11)

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：7,500円】 年間上限：162,000円 (※12)

(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいいため、財政中立とするためには、受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

	給付費	保険料＋公費	保険料＋公費の内訳	
			保険料	公費
総計	約3600億円	約3600億円	約2500億円	約1200億円
協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1500億円	約1200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

（注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

（注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。

（注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する。

70歳未満	現在の制度		→	見直し案		
	所得層	月単位の上限額		所得層	月単位の上限額	年間の上限額
70歳未満	上位所得者 <small>健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上</small>	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% < 4月目～：83,400円>	→	上位所得者 <small>健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上</small>	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% < 4月目～：83,400円>	1,200,600円 (150,000円 × 3月 ＋83,400円 × 9月)
	一般所得者 (年収約210万円※) ～約790万円) <small>(※) ・3人世帯(給与所得者/ 夫婦子1人)の場合 : 約210万円 ・単身(給与所得者)の場合 : 約100万円</small>	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% < 4月目～：44,400円>		一般所得者	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% < 4月目～：44,400円>	639,900円 (80,100円 × 3月 ＋44,400円 × 9月)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>		年収約300万円以下 <small>健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所得 が年間160万円以下</small>	35,400円 < 4月目～：24,600円>	532,800円 (44,400円 × 12月)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>	327,600円 (35,400円 × 3月 ＋24,600円 × 9月)	

(※) 70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定した場合、財政影響は約100億円（うち公費約20億円）となる。

※ 高額療養費の改善（給付増）に際しては、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に影響があるので、個別制度ベースで財政中立とする必要がある

	給付費	保険料＋公費	保険料			うち国費
			保険料	公費		
総計	約100億円	約100億円	約80億円	約20億円	約20億円	
協会けんぽ	約20億円	約30億円	約20億円	約0億円	約0億円	
健保組合	約20億円	約30億円	約30億円	—	—	
共済組合	約10億円	約10億円	約10億円	—	—	
市町村国保	約50億円	約30億円	約20億円	約20億円	約10億円	
後期医療	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注3）給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
この効果を見込まない場合の影響額は記載している影響額の半分程度となる。

第3章 具体的施策

Ⅲ. 暮らしの安心・地域活性化

1. 暮らしの安心の確保

(1) 安心できる医療体制の構築等

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、介護と連携した在宅医療の体制整備の支援や医学生に対する修学資金の貸与など地域の医師確保の推進、新型インフルエンザの発生に備えたワクチン備蓄の維持等の施策を推進する。また、若年層への対策を含む新たな自殺対策等を進める。

70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

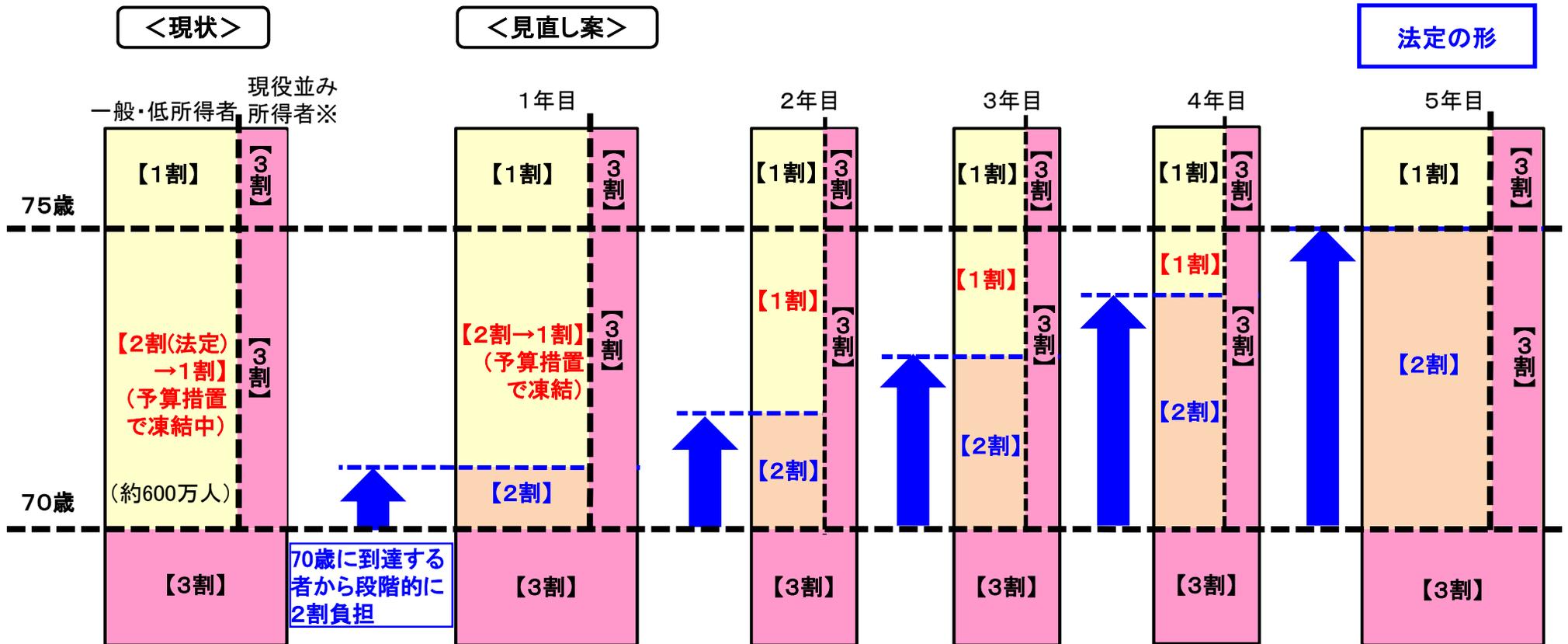
- ・在宅医療や地域の医師確保の推進等(厚生労働省)
- ・新型インフルエンザ対策の推進:プレパンデミックワクチンの備蓄維持等(厚生労働省)
- ・社会福祉施設の円滑な運営支援(厚生労働省)
- ・自殺対策の推進:若年層対策等(内閣府)
- ・安定した医療保険制度の構築(厚生労働省) 等

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

○ 高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

○ 日本経済再生に向けた緊急経済対策(平成25年1月11日閣議決定) 一抄一
 「70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。」



※ 現役並み所得者
 国保世帯: 課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険: 標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
 (ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)

70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人当たり患者負担額は、法定2割の場合年7.4万円だが、1割負担への凍結により4.5万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、1人当たり医療費に対する割合、平均収入に対する割合とも低い。

1人当たり医療費に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	患者負担額(年)	医療費に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		90.5万円	7.6万円	8.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	55.6万円	7.4万円	13.3%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>8.2%</u>
65～69歳(3割)		41.0万円	8.9万円	21.7%
20～64歳(3割)		16.9万円	3.8万円	22.6%

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		172万円	7.6万円	4.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	198万円	7.4万円	3.7%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>2.3%</u>
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		269万円	3.8万円	1.4%

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成22年度の実績。

※平均収入額は、平成23年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成22年の数値。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（9）後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る 国民の負担に関わる公平の確保

(被用者保険の課題)

被用者保険の課題

1. 協会けんぽの財政基盤強化

①被保険者の所得水準停滞

- ・被保険者一人あたり標準報酬月額推移
協会けんぽ・・・387万円(19年度)→374万円(21年度)→370万円(23年度)

②協会けんぽの保険料率が大きく上昇

- ・協会けんぽの保険料率
8.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.5%(23年度)→10.0%(24年度)



国庫補助の引上げ措置の2年間延長

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長。(健保法等の一部を改正する法律案)

2. 被用者保険者間の負担の格差

保険者間に大きな財政力格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ370万円、健保組合553万円(23年度)



1/3総報酬割の2年間延長

後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長。(健保法等の一部を改正する法律案)

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法について、全面的に各被用者保険者の総報酬に応じた負担することについて、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

3. 高齢者医療への拠出金負担増大

高齢者医療への拠出金負担増大

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
協会けんぽ・・・38.9%(22年度)→41.4%(27年度推計)→43%(32年度推計)
健保組合・・・44.4%(22年度)→47.1%(27年度推計)→48.5%(32年度推計)



高齢者医療制度の在り方

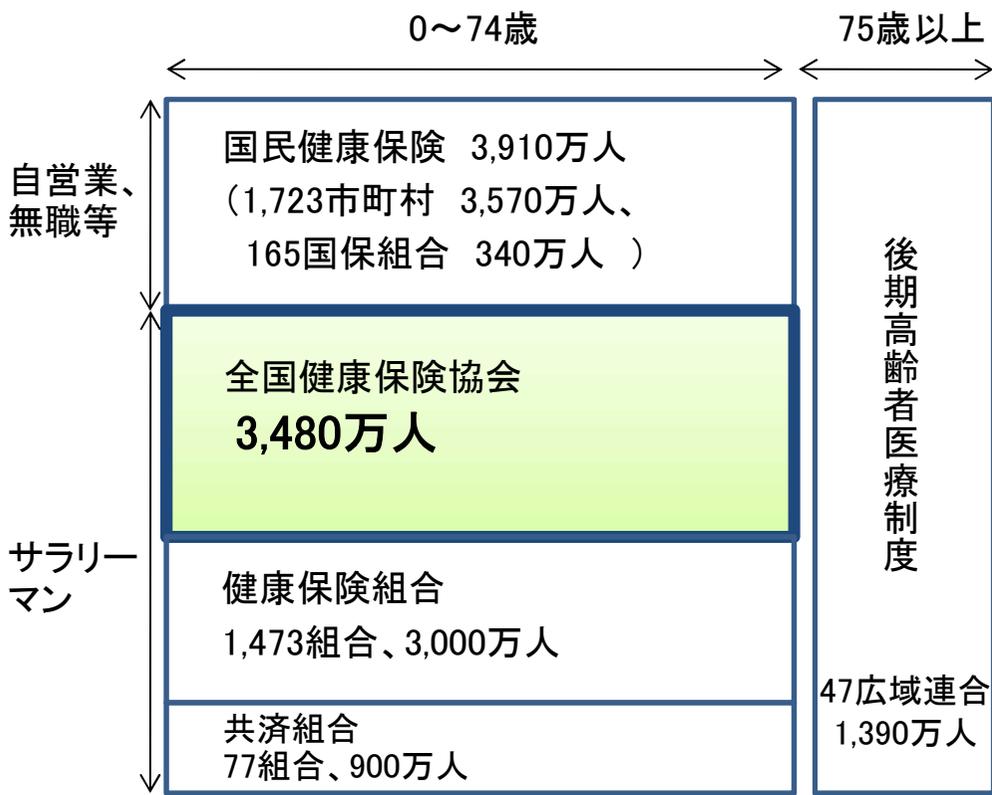
高齢者医療制度の在り方について、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

※その他、平成28年10月から、短時間労働者への健康保険の適用拡大を実施。施行後3年以内に適用範囲について検討予定。

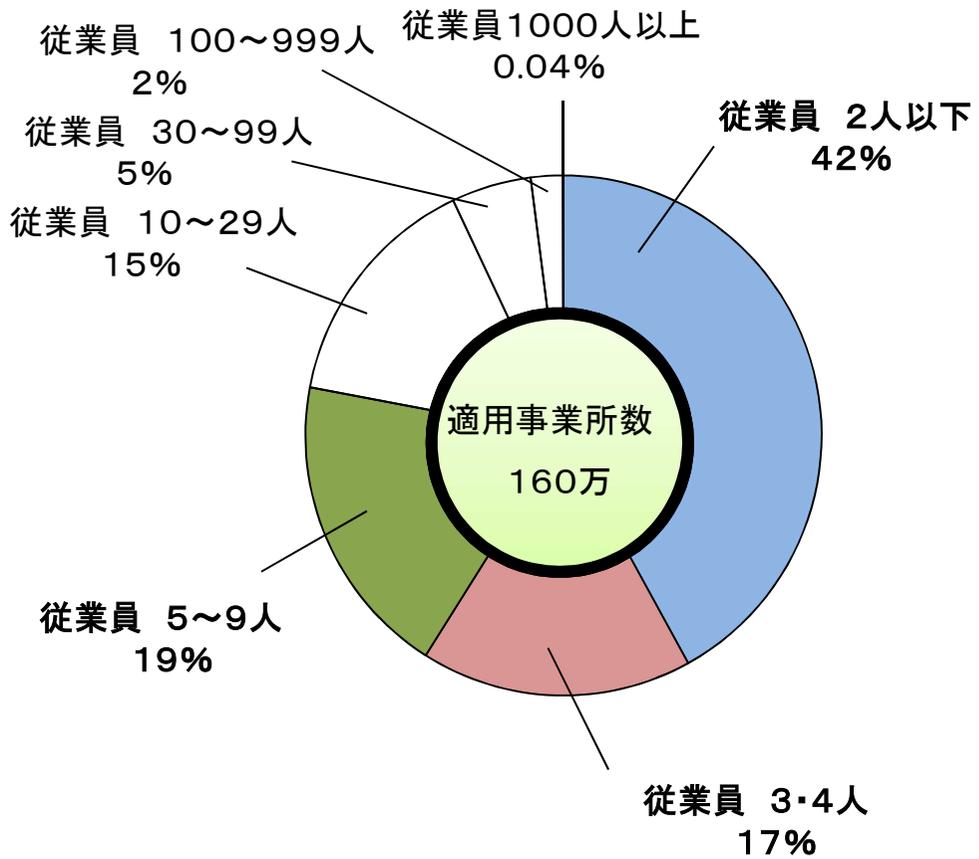
協会けんぽ(全国健康保険協会)について

- 3480万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約8割が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (22年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (24年3月末)



健康保険法等の一部を改正する法律の概要

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法案の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

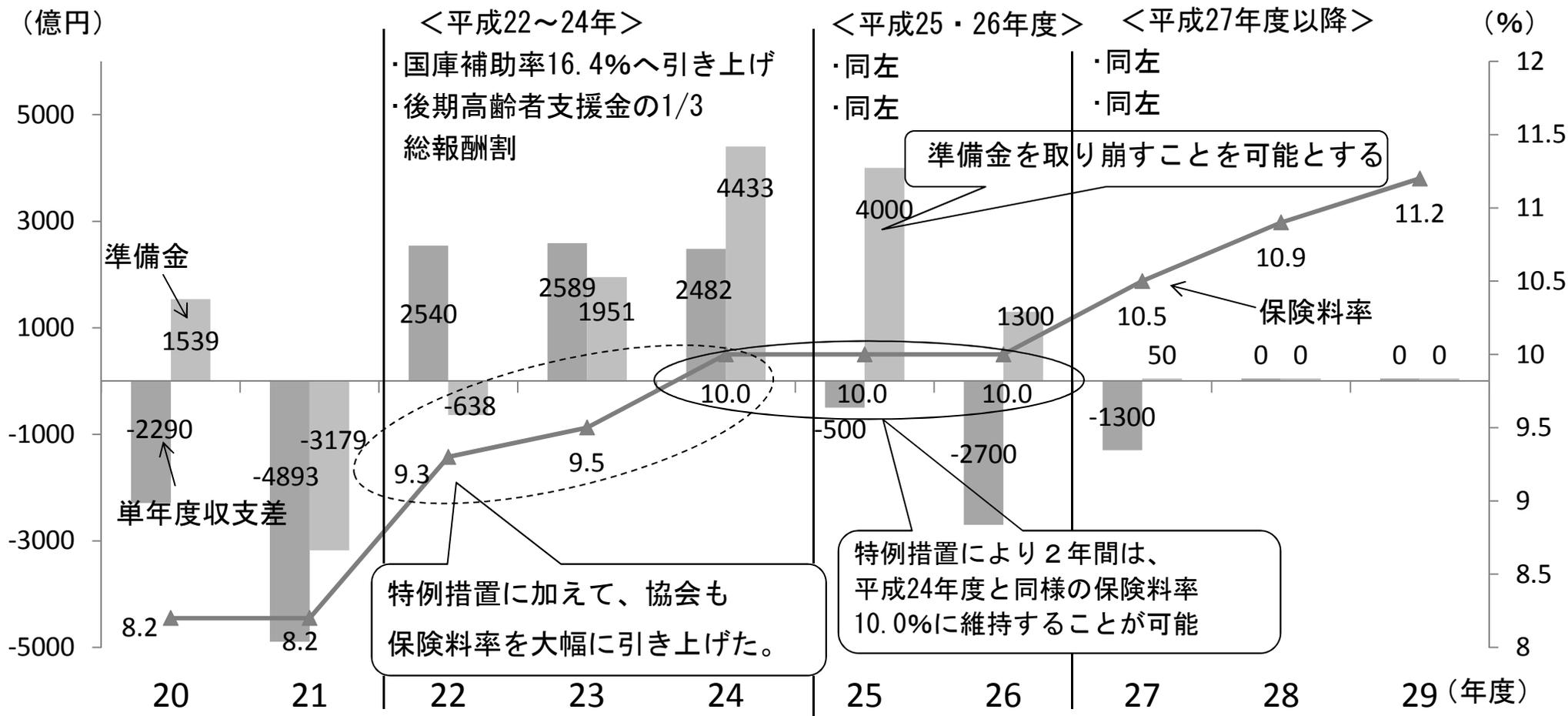
公布の日（衆議院において「平成25年4月1日」を「公布の日」に修正）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

今回の法改正による協会けんぽの保険料率の見通し

○ 協会けんぽの財政対策として、平成25年度及び平成26年度は

- ① 国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる
- ② 後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を導入する
を引き続き実施する。
- ③ 加えて、協会けんぽの準備金を取り崩すことを可能とする。



(参考) 協会けんぽの保険料率の推移：

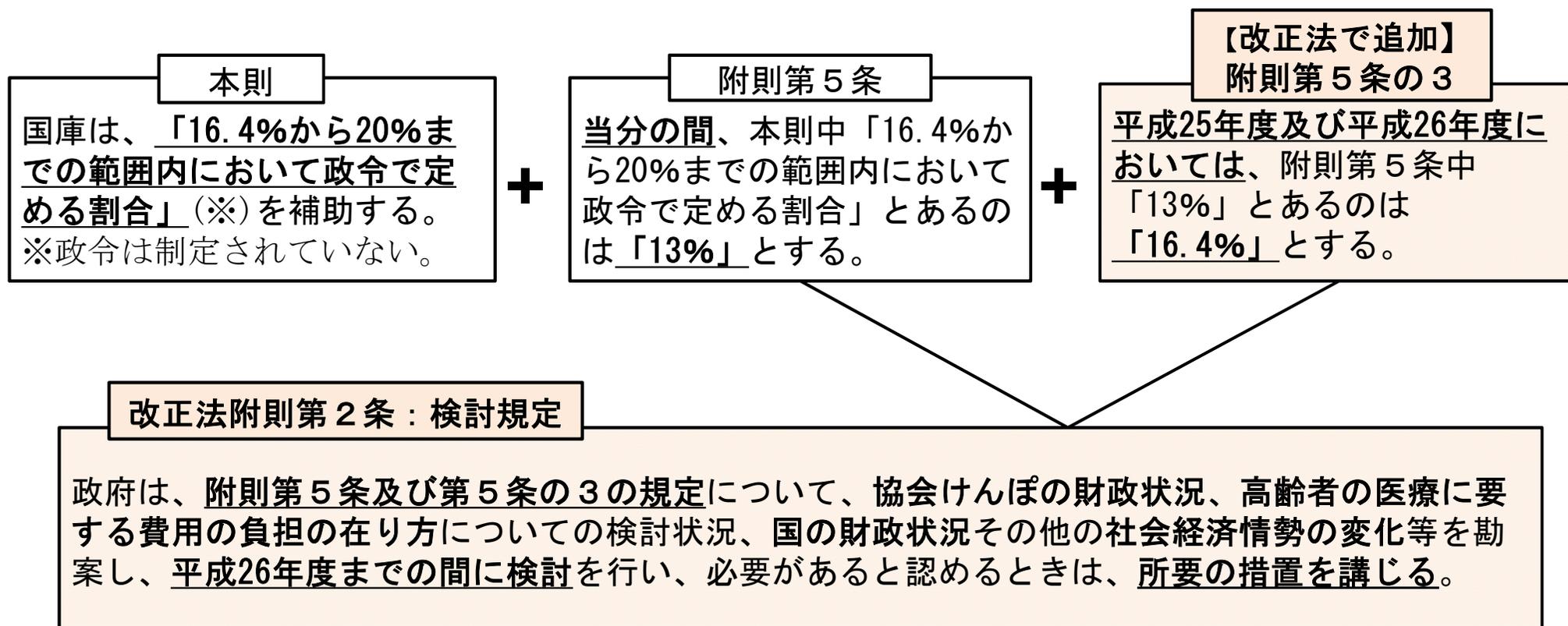
8.2% (21年度) → 9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度) → 10.0% (25年度)

健康保険法等の一部を改正する法律 (平成25年3月8日国会提出)(抜粋)

附 則 (検討) 第二条

政府は、第一条の規定による改正後の健康保険法附則第五条及び第五条の三(国庫補助率に係る部分に限る。)の規定について、全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十六年までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。

(参考) 国庫補助にかかる健康保険法の条文の構成について



健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成25年5月23日参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成二十六年までまでの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成二十七年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

健康保険法等の一部を改正する法律案に関する 衆・参 厚生労働委員長 報告

平成25年4月23日 衆議院本会議 松本 純 厚生労働委員長発言

ただいま議題となりました健康保険法等の一部を改正する法律案について、厚生労働委員会における審査の経過及び結果を御報告申し上げます。

本案は、医療保険制度の安定的運営を図るため、所要の措置を講じようとするものであり、その主な内容は、

第一に、平成二十五年度及び二十六年度において、協会けんぽに対する国庫補助率を千分の百六十四に引き上げるとともに、被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金の額について、その額の三分の一を被用者保険等の保険者の標準報酬総額に応じたものとする事、

第二に、健康保険の被保険者等の業務上の負傷等について、労災保険の給付対象とならない場合は、法人の役員としての業務を除き、健康保険の給付対象とすること等であります。

本案は、去る四月二日本委員会に付託され、翌三日に田村厚生労働大臣から提案理由の説明を聴取し、五日から質疑に入り、十九日に質疑を終局いたしました。

質疑終局後、自由民主党及び公明党より、施行期日についての修正案が提出され、趣旨説明を聴取いたしました。

次いで、討論、採決の結果、修正案及び修正部分を除く原案はいずれも賛成多数をもって可決され、本案は修正議決すべきものと決した次第であります。以上、御報告申し上げます。

平成25年5月24日 参議院本会議 武内 則男 厚生労働委員長発言（※）

ただいま議題となりました法律案につきまして、厚生労働委員会における審査の経過と結果を御報告申し上げます。

本法律案は、医療保険制度の安定的運営を図るため、平成二十五年度及び平成二十六年について、平成二十二年度から平成二十四年度までと同様に、協会けんぽに対する国庫補助率を16.4%とするとともに、被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金の額について、その三分の一を標準報酬総額に応じたものとする事等の措置を講じようとするものであります。

なお、衆議院において施行期日を公布の日に改める修正が行われております。

委員会におきましては、今後の医療保険制度改革の見通し、平成二十七年以降の協会けんぽに対する財政支援策、高齢者医療制度に係る支援金等の費用負担の在り方、健康保険と労災保険の適用関係等について質疑を行いました。その詳細は会議録によってご承知願います。

質疑を終局し、討論に入りましたところ、日本共産党を代表して田村智子委員より反対する旨の意見が述べられました。

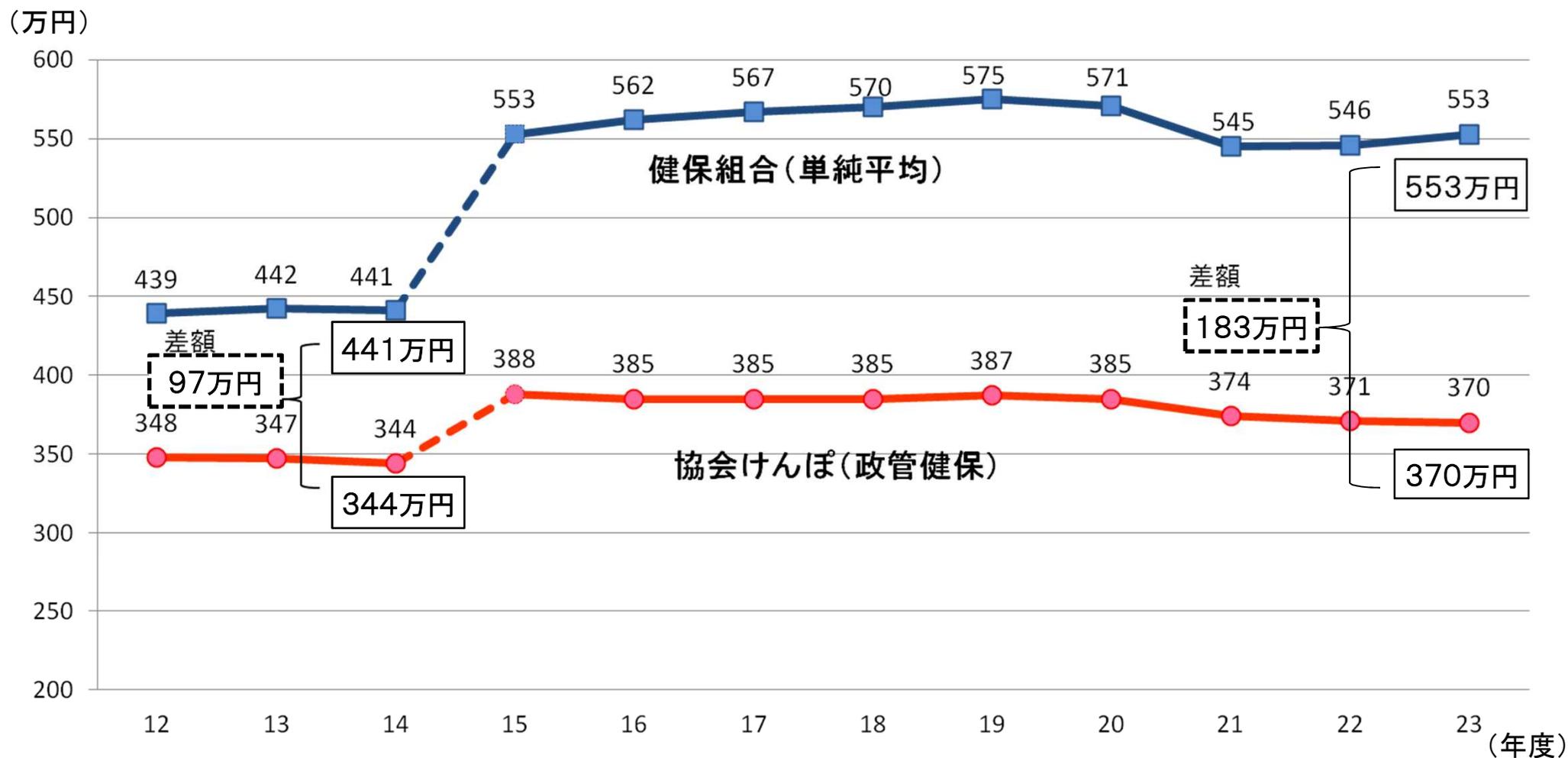
討論を終局し、採決の結果、本法律案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

なお、本法律案に対して附帯決議が附されております。以上、御報告申し上げます。

※国会審議を基に、厚生労働省において議事を起こしたもの

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。

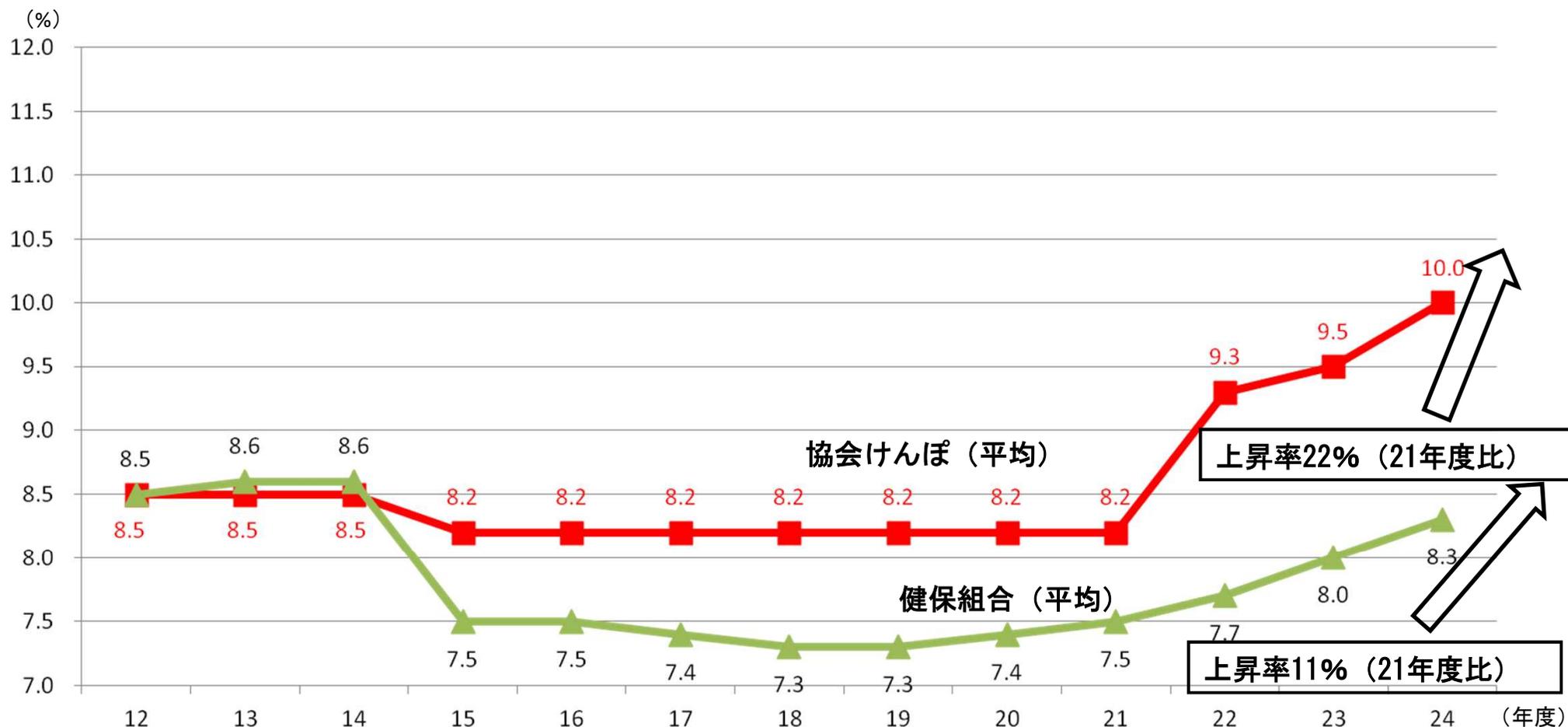


注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽの引き上げ率の方がより大きい。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

後期高齢者支援金の総報酬割について

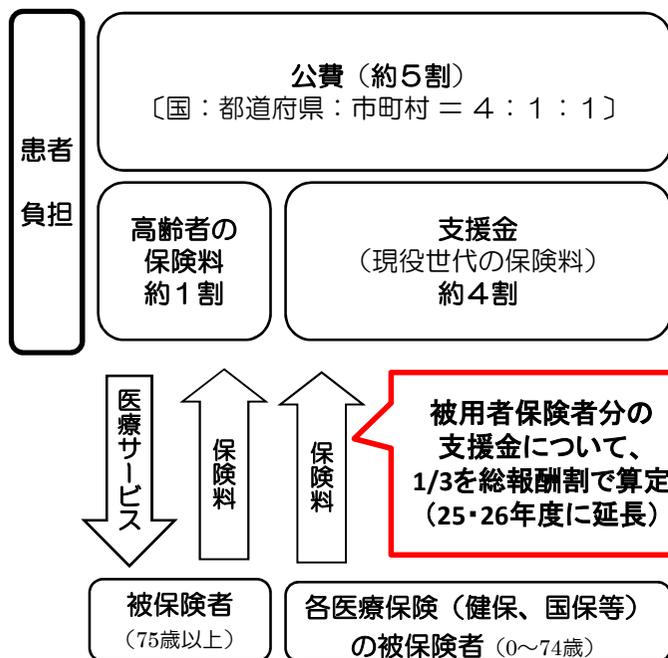
現行

- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの間、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

法案の内容

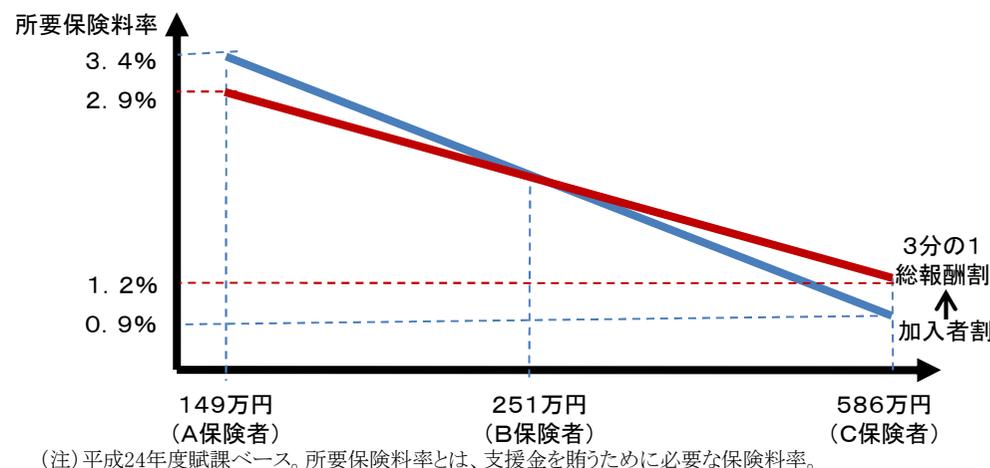
- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

75歳以上の費用負担の仕組み



支援金内訳
(平成25年度予算)
(1/3総報酬割の場合)
協会けんぽ1.9兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.6兆円

加入者割から3分の1総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

(注)平成24年度賦課ベース。

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

- 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H27年度2,300億円）は不要となる。

○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H27年度推計）

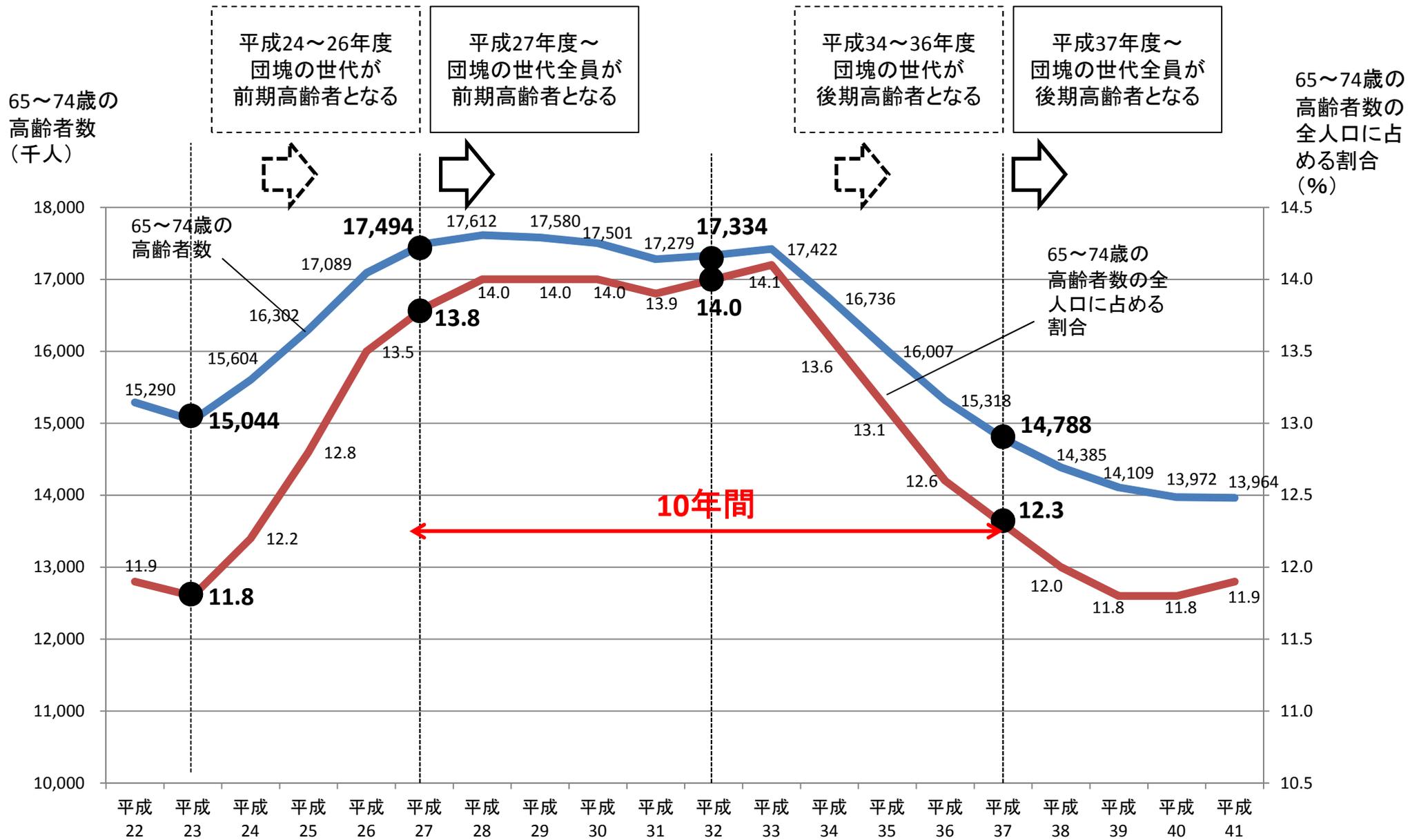
		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,300億円 うち公費 2,300億円	1兆2,300億円	3,900億円	3兆600億円
	加入者数	3,400万人(47%)	2,800万人(40%)	900万人(12%)	7,100万人
	1/3 総報酬割	6,000億円	6,800億円	2,400億円	1兆5,300億円
	総報酬額	72.0兆円(40%)	81.5兆円(45%)	28.3兆円(16%)	182.2兆円
	計(①)	2兆400億円	1兆9,200億円	6,200億円	4兆5,800億円
1/2総報酬割(③)		1兆9,800億円	1兆9,500億円	6,500億円	4兆5,800億円
負担額の変化(③-①)		▲600億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆9,200億円	1兆9,900億円	6,700億円	4兆5,800億円
負担額の変化(④-①)		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆8,100億円	2兆600億円	7,100億円	4兆5,800億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,300億円	1,400億円	900億円	±0億円

○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	909	81
負担減	502	4

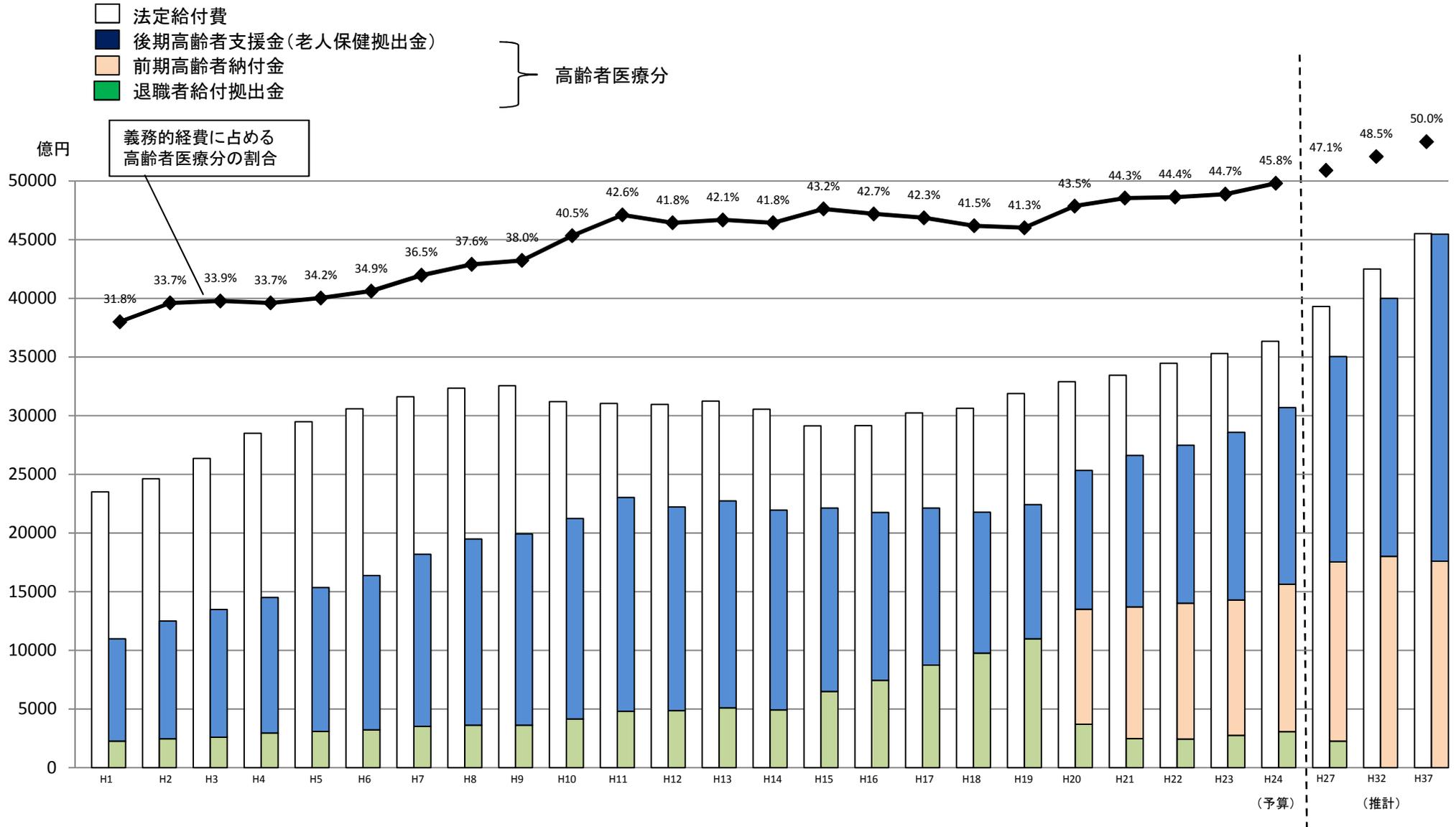
- ※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。
- ※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

前期高齢者数の推移



(参考1) 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)(国立社会保障・人口問題研究所)
 各年10月1日現在人口.平成22(2010)年は,総務省統計局『平成22年国勢調査による基準人口』(国籍・年齢「不詳人口」をあん分補正した人口)による。

高齢者の支援金等の推移(健保組合)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。

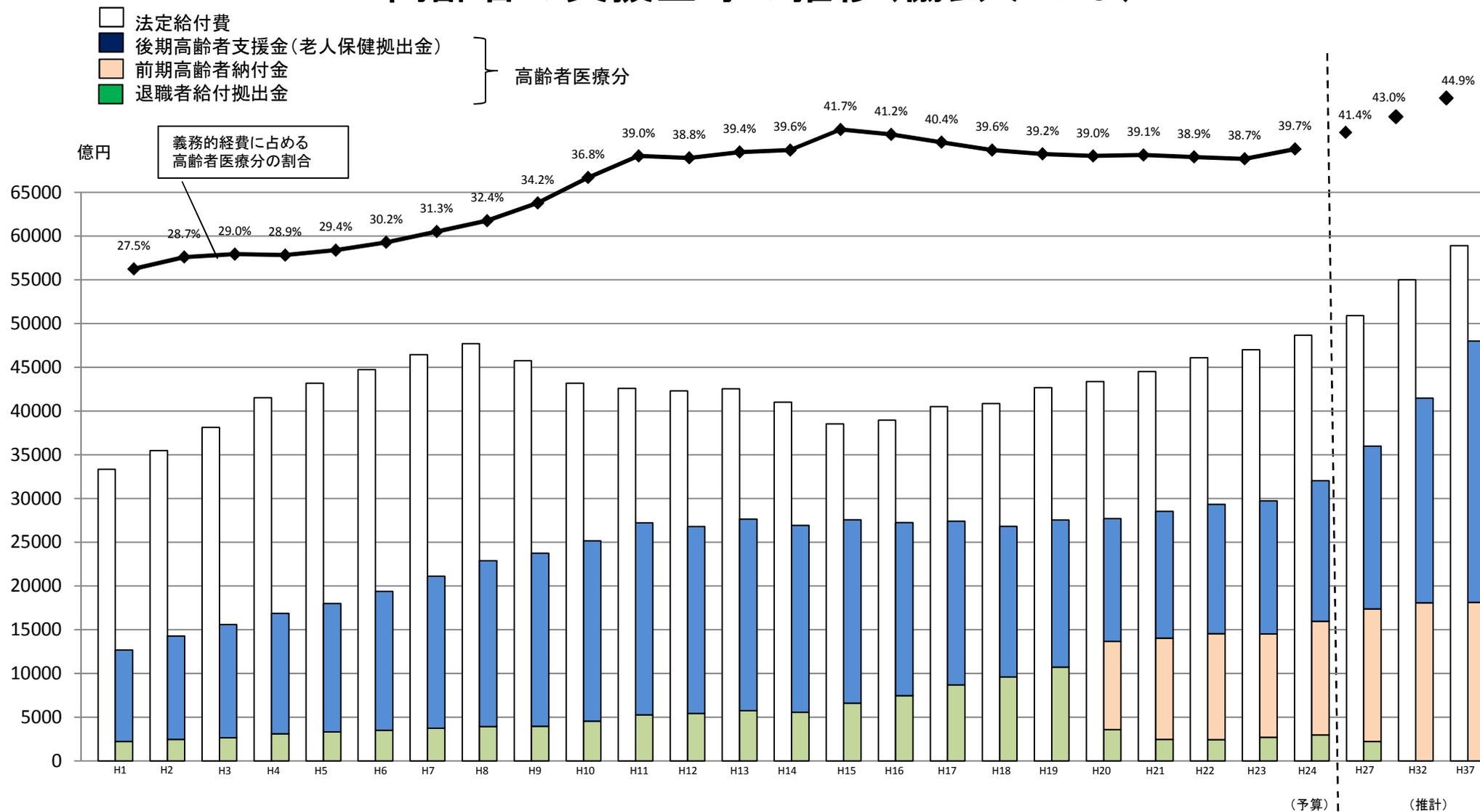
なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

高齢者の支援金等の推移(協会けんぽ)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。

なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

議論の整理（抄）

（平成25年1月9日社会保障審議会医療保険部会）

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。
- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

3. 医療・介護等②

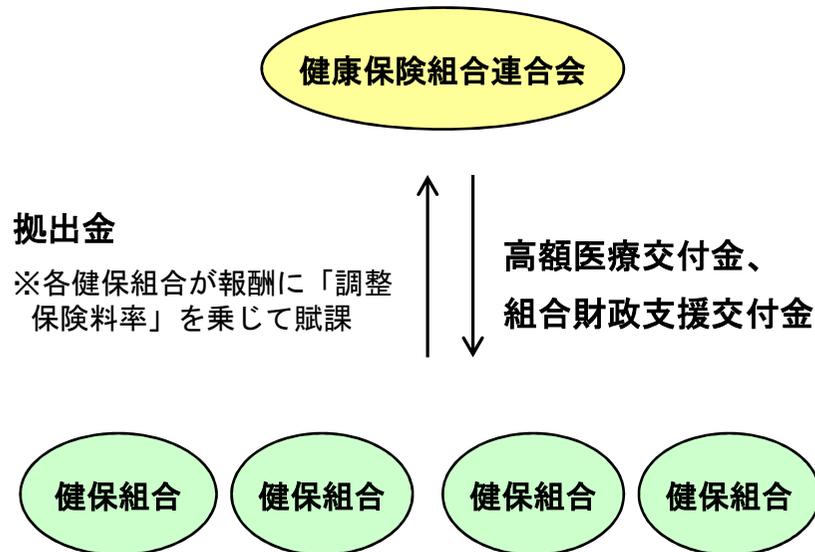
（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

健康保険組合連合会の交付金交付事業の概要（健保組合間の財政調整）

- 健康保険組合連合会は、組合全体の共同により、①社会経済情勢の変化による個々の健保組合の財政基盤の悪化などのリスクを克服し、②組合の自主管理による経営効率の向上と疾病予防・健康増進等の組合本来の事業を維持していけるように支えることを目的として、健康保険法(附則2条)に基づき、健保組合間の財政調整による共同事業を実施している。



1 高額医療交付金

24年度支出見込み額 約830億円

レセプト1件の月額医療費が100万円超（人工腎臓を行う慢性腎不全等の特定疾病は40万円超）の医療費を対象に交付。

※ 交付額は、交付対象額（100万円超から200万円以下の医療費の2分の1と、200万円超の医療費の合計）に交付率を乗じて決定。ただし、400万円超の医療費には交付率を乗じず、100%を交付する。

※ 平成25年度事業（24年11月診療分）からは、月額医療費が120万円超（人工腎臓を行う慢性腎不全等の特定疾病は40万円超）の医療費を対象に交付することとしている。（交付決定時期：25年11月（予定）、26年3月（予定））

2 組合財政支援交付金

24年度支出見込み額 約410億円

保険料率が9.5%以上の組合に対し、法定給付費・拠出金等に要する所要保険料率の水準に応じて、法定給付費等の一定割合を交付。

※ 法定給付費等のうち、所要保険料率が9.0%超から9.3%に相当する部分の60%、9.3%超から9.7%に相当する部分の80%、9.7%超に相当する部分の100%を交付。

拠出金（調整保険料）

交付金交付事業の拠出金に充てるため、各健保組合は総報酬に調整保険料率を乗じて、調整保険料を徴収する。
調整保険料率の基本料率：0.13%（平成23～24年度）（高額医療交付金0.1%、組合財政支援0.03%）

※ 各健保組合の調整保険料率は、全組合の半数程度が基本料率になるようにしつつ、所要保険料率が低い組合は調整保険料率が高く（最大で基本料率の1.5倍）、所要保険料率が高い組合は調整保険料率が低くなるように、各組合の所要保険料率の水準に応じて設定。

健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 健康保険制度における標準報酬月額の上限は121万円（上限121万円・下限5.8万円の全47等級。）
- 上限の改定ルールについては、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合には、改定後の最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できることとなっている。

（参考） 健康保険法改正による見直し（平成19年4月施行）

- 改正前において、標準報酬月額の等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級については、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
- 政令による上限の改定ルールについても、改定を行うのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。

健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

第40条

- 2 毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

【標準報酬月額の等級表】

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上395,000円未満
...
第23級	320,000円	310,000円以上330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上350,000円未満			

医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る 国民の負担に関わる公平の確保

(国民健康保険の課題)

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合: 国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費: 国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

● 高齢者医療制度

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得: 国保(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.4%

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・収納率: 平成11年度 91.38% → 平成23年度 89.39%
- ・最高収納率: 94.60%(島根県) 最低収納率: 85.32%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円
- 繰上充用額: 約1,500億円

● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化【平成24年国保法改正】
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 422 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 2.6倍(沖縄県) 最小: 1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 6.5倍(秋田県) 最小: 1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大: 2.8倍(長野県) 最小: 1.3倍(富山県)

● 財政運営の都道府県単位化の推進【平成24年国保法改正】

● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成22年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費	
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位
北海道	音威子府村 456,927	別海町 214,639	2.1倍	341,885	13
青森県	今別町 328,327	大間町 228,378	1.4倍	280,927	37
岩手県	西和賀町 388,133	普代村 223,130	1.7倍	295,882	30
宮城県	七ヶ宿町 371,557	蔵王町 256,501	1.4倍	290,905	33
秋田県	井川町 379,981	大湯村 246,491	1.5倍	324,738	18
山形県	小国町 339,024	三川町 250,987	1.4倍	301,516	28
福島県	広野町 366,505	葛尾村 234,730	1.6倍	290,091	34
茨城県	高萩市 298,564	境町 212,562	1.4倍	255,242	46
栃木県	日光市 288,997	益子町 234,938	1.2倍	266,725	44
群馬県	神流町 407,158	昭和村 210,034	1.9倍	274,906	41
埼玉県	東秩父村 312,191	戸田市 234,842	1.3倍	270,944	43
千葉県	長南町 337,797	富里市 222,051	1.5倍	265,834	45
東京都	奥多摩町 383,928	小笠原村 160,031	2.4倍	271,015	42
神奈川県	山北町 339,189	大井町 261,459	1.3倍	280,285	38
新潟県	阿賀町 381,229	湯沢町 249,250	1.5倍	309,204	24
富山県	魚津市 361,182	砺波市 313,988	1.2倍	330,258	15
石川県	宝達志水町 388,841	津幡町 312,831	1.2倍	342,354	11
福井県	池田町 379,572	小浜市 289,828	1.3倍	323,672	19
山梨県	早川町 386,127	小菅村 234,885	1.6倍	279,674	39
長野県	麻績村 377,779	川上村 194,419	1.9倍	284,005	35
岐阜県	下呂市 320,374	岐南町 256,401	1.2倍	294,884	31
静岡県	西伊豆町 353,706	清水町 252,255	1.4倍	282,611	36
愛知県	東栄町 358,512	田原市 224,575	1.6倍	278,308	40
三重県	紀北町 376,936	度会町 259,846	1.5倍	304,259	27
滋賀県	野洲市 307,624	愛荘町 251,717	1.2倍	294,726	32
京都府	伊根町 378,807	和束町 270,186	1.4倍	309,102	25
大阪府	岬町 384,863	泉南市 260,370	1.5倍	315,088	22
兵庫県	佐用町 385,729	豊岡市 281,769	1.4倍	316,531	21
奈良県	上北山村 403,935	天理市 261,133	1.5倍	299,245	29
和歌山県	北山村 541,616	みなべ町 214,062	2.5倍	306,887	26
鳥取県	江府町 421,932	北栄町 291,426	1.4倍	317,975	20
島根県	川本町 438,147	知夫村 309,115	1.4倍	358,893	5
岡山県	新庄村 399,268	総社市 328,815	1.2倍	342,199	12
広島県	安芸太田町 462,143	世羅町 320,388	1.4倍	360,409	3
山口県	美祿市 428,296	田布施町 325,783	1.3倍	364,350	1
徳島県	三好市 433,990	松茂町 307,906	1.4倍	352,640	8
香川県	直島町 441,941	宇多津町 315,828	1.4倍	362,151	2
愛媛県	上島町 440,063	宇和島市 288,296	1.5倍	327,309	16
高知県	馬路村 531,513	四万十市 280,040	1.9倍	344,033	10
福岡県	豊前市 422,939	那珂川町 280,078	1.5倍	331,373	14
佐賀県	みやき町 430,337	太良町 290,856	1.5倍	355,318	7
長崎県	長崎市 411,356	小値賀町 266,496	1.5倍	356,972	6
熊本県	水俣市 467,098	産山村 256,329	1.8倍	326,426	17
大分県	津久見市 437,678	九重町 302,031	1.4倍	359,890	4
宮崎県	日南市 380,448	都農町 263,284	1.4倍	313,967	23
鹿児島県	宇検村 479,094	与論町 218,056	2.2倍	349,755	9
沖縄県	渡名喜村 422,041	座間味村 165,320	2.6倍	251,282	47

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：299,333円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成21年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.1	斜里町	175.5	赤平市	30.0	5.9
青森	43.5	三沢市	70.6	鶴田町	30.2	2.3
岩手	44.6	藤沢町	59.1	遠野市	35.5	1.7
宮城	52.6	女川町	59.2	涌谷町	38.5	1.5
秋田	43.6	大潟村	210.7	小坂町	32.7	6.5
山形	50.1	山形市	58.3	小国町	35.6	1.6
福島	48.5	矢吹町	79.1	昭和村	35.0	2.3
茨城	61.8	守谷市	84.0	北茨城市	40.9	2.1
栃木	65.4	宇都宮市	83.4	茂木町	47.4	1.8
群馬	59.4	昭和村	105.6	上野村	42.8	2.5
埼玉	73.1	和光市	93.2	皆野町	46.9	2.0
千葉	73.6	浦安市	109.6	九十九里町	46.0	2.4
東京	93.5	港区	210.7	奥多摩町	56.5	3.7
神奈川	87.3	伊勢原市	120.5	山北町	68.5	1.8
新潟	52.1	津南町	60.6	阿賀町	35.7	1.7
富山	57.8	舟橋村	64.6	氷見市	51.1	1.3
石川	58.1	野々市町	68.7	中能登町	42.1	1.6
福井	57.5	越前町	65.5	大野市	47.5	1.4
山梨	58.4	山中湖村	93.9	丹波山村	45.6	2.1
長野	54.5	軽井沢町	93.5	大鹿村	35.3	2.7
岐阜	63.9	白川村	118.5	富加町	51.3	2.3
静岡	71.7	長泉町	84.9	南伊豆町	48.7	1.7
愛知	78.3	一色町	122.6	豊根村	54.2	2.3
三重	62.4	朝日町	86.6	御浜町	41.4	2.1

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	59.0	栗東市	87.3	甲良町	40.5	2.2
京都	53.5	長岡京市	67.5	与謝野町	38.7	1.7
大阪	53.7	箕面市	81.4	泉南市	39.1	2.1
兵庫	59.9	芦屋市	108.6	新温泉町	42.9	2.5
奈良	55.2	生駒市	78.6	御杖村	31.5	2.5
和歌山	45.1	みなべ町	57.5	北山村	27.5	2.1
鳥取	45.0	日吉津村	56.7	八頭町	36.4	1.6
島根	50.7	海士町	64.9	津和野町	37.3	1.7
岡山	52.2	浅口市	64.2	美作市	34.5	1.9
広島	59.8	海田町	74.1	神石高原町	42.2	1.8
山口	52.1	田布施町	71.9	阿武町	43.9	1.6
徳島	40.1	松茂町	49.9	つるぎ町	22.8	2.2
香川	53.3	直島町	70.8	小豆島町	42.0	1.7
愛媛	47.4	松山市	57.4	松野町	24.2	2.4
高知	42.9	馬路村	61.2	大豊町	27.3	2.2
福岡	49.1	太宰府市	81.7	川崎町	21.5	3.8
佐賀	50.8	白石町	63.1	大町町	34.6	1.8
長崎	43.7	長与町	57.5	平戸市	36.2	1.6
熊本	46.4	西原村	66.0	津奈木町	25.3	2.6
大分	42.8	大分市	48.1	姫島村	24.8	1.9
宮崎	44.4	延岡市	55.3	五ヶ瀬町	31.9	1.7
鹿児島	40.6	日置市	55.6	伊仙町	15.1	3.7
沖縄	36.2	嘉手納町	69.8	多良間村	16.6	4.2

1人当たり所得 全国平均：63.8万円

(注1)厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成21年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

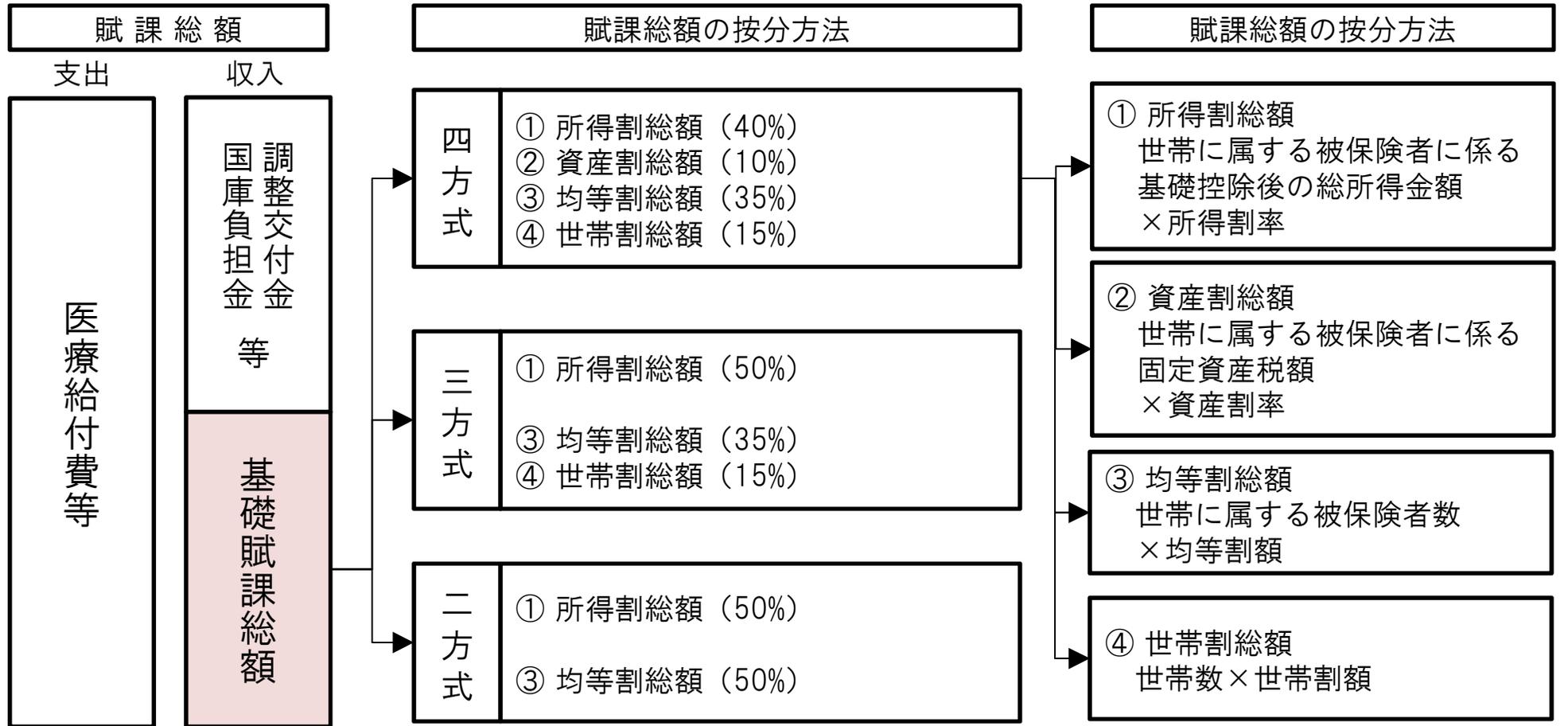
国保保険料の都道府県内格差（平成22年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額				保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額				
	最大	最小	格差	最大	最小			格差	最大	最小	格差	順位			
北海道	猿払村	141,650	上川町	58,002	2.4倍	83,823	14	滋賀県	栗東市	107,734	甲良町	62,677	1.7倍	87,345	3
青森県	平内町	99,225	鶴田町	51,301	1.9倍	76,875	34	京都府	木津川市	92,341	伊根町	46,593	2.0倍	78,049	28
岩手県	矢巾町	84,969	岩泉町	46,871	1.8倍	69,398	45	大阪府	大阪狭山市	97,303	泉南市	72,226	1.3倍	80,173	25
宮城県	富谷町	105,646	七ヶ宿町	49,561	2.1倍	81,760	17	兵庫県	南あわじ市	97,803	新温泉町	53,292	1.8倍	79,757	26
秋田県	大潟村	127,645	小坂町	50,270	2.5倍	75,589	35	奈良県	平群町	106,774	下北山村	46,331	2.3倍	83,816	15
山形県	山形市	100,821	小国町	56,639	1.8倍	80,707	24	和歌山県	九度山町	90,843	古座川町	45,424	2.0倍	77,040	32
福島県	泉崎村	88,889	昭和村	49,164	1.8倍	76,981	33	鳥取県	鳥取市	77,992	智頭町	55,328	1.4倍	72,707	41
茨城県	境町	101,675	東海村	53,919	1.9倍	82,312	16	島根県	出雲市	88,191	飯南町	58,744	1.5倍	78,028	30
栃木県	上三川町	107,542	那珂川町	61,877	1.7倍	88,516	1	岡山県	早島町	90,492	美咲町	52,985	1.7倍	80,962	22
群馬県	吉岡町	104,873	上野村	61,714	1.7倍	87,422	2	広島県	坂町	87,400	神石高原町	52,238	1.7倍	81,117	20
埼玉県	所沢市	100,070	小鹿野町	52,875	1.9倍	85,298	11	山口県	岩国市	99,561	周防大島町	61,201	1.6倍	86,890	5
千葉県	白井市	100,771	成田市	66,016	1.5倍	86,368	9	徳島県	徳島市	98,100	那賀町	57,197	1.7倍	81,097	21
東京都	千代田区	115,724	三宅村	42,035	2.8倍	80,730	23	香川県	多度津町	96,567	綾川町	64,063	1.5倍	81,425	19
神奈川県	南足柄市	105,231	座間市	74,045	1.4倍	85,706	10	愛媛県	四国中央市	100,161	愛南町	53,119	1.9倍	73,700	39
新潟県	粟島浦村	93,615	津南町	55,285	1.7倍	75,568	36	高知県	馬路村	85,625	三原村	42,870	2.0倍	71,974	43
富山県	黒部市	92,447	氷見市	72,507	1.3倍	78,788	27	福岡県	広川町	88,107	添田町	51,681	1.7倍	74,645	37
石川県	白山市	98,168	七尾市	70,590	1.4倍	85,012	12	佐賀県	基山町	96,865	大町町	66,558	1.5倍	81,578	18
福井県	美浜町	91,955	池田町	53,427	1.7倍	77,879	31	長崎県	大村市	82,290	小値賀町	50,156	1.6倍	69,653	44
山梨県	富士河口湖町	107,192	小菅村	60,412	1.8倍	83,859	13	熊本県	あさぎり町	91,958	玉東町	52,517	1.8倍	73,690	40
長野県	南牧村	101,496	大鹿村	36,807	2.8倍	73,871	38	大分県	臼杵市	89,461	姫島村	47,456	1.9倍	78,048	29
岐阜県	美濃加茂市	100,408	飛騨市	60,563	1.7倍	86,641	7	宮崎県	川南町	91,362	日之影町	56,276	1.6倍	72,680	42
静岡県	牧之原市	99,712	川根本町	55,902	1.8倍	87,180	4	鹿児島県	中種子町	82,944	三島村	34,238	2.4倍	67,573	46
愛知県	田原市	100,194	豊根村	50,072	2.0倍	86,829	6	沖縄県	北大東村	70,642	粟国村	31,242	2.3倍	53,524	47
三重県	木曾岬町	102,845	大紀町	55,992	1.8倍	86,619	8								

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。
(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。
(※)平成22年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：81,021円

国民健康保険料（税） 賦課基準



■ 国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

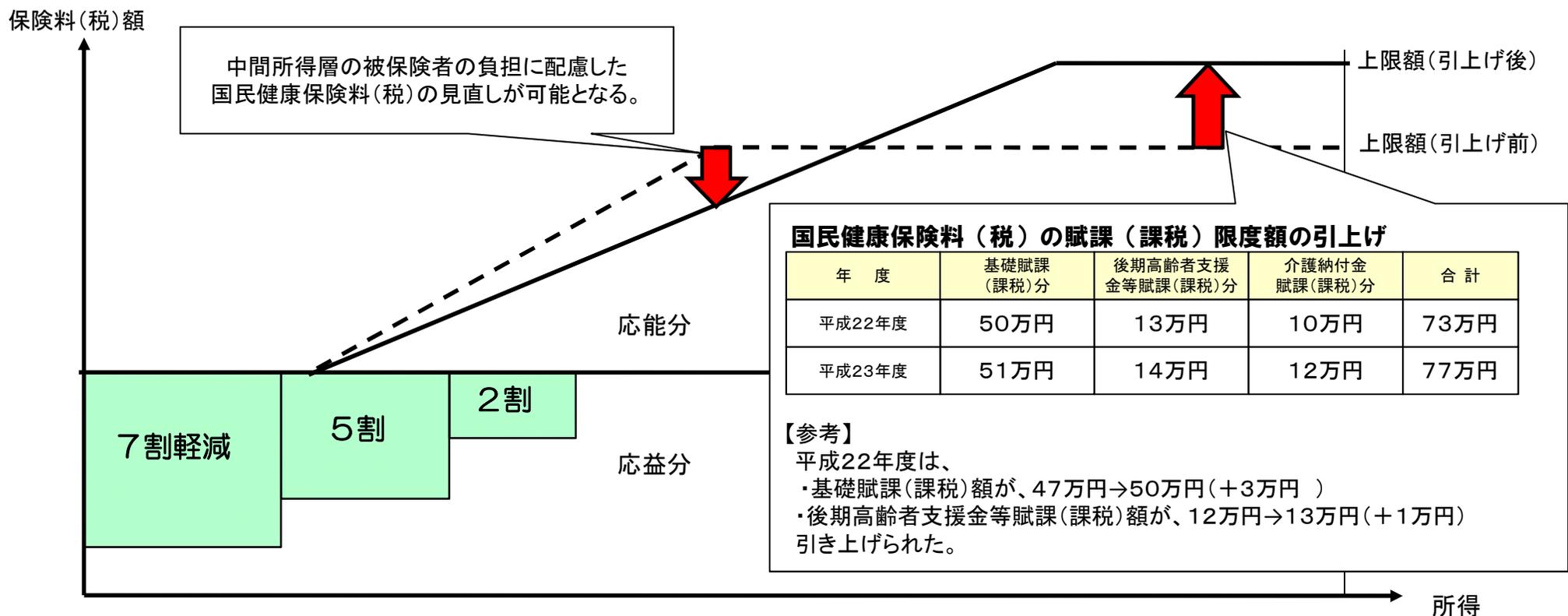
（平成22年度末現在）

区 分	保 険 者 数	保険者数による構成比
四方式	1, 1 8 7	7 0 . 4 %
三方式	4 4 9	2 6 . 6 %
二方式	5 0	3 . 0 %
合 計	1, 6 8 6	1 0 0 . 0 %

- ※1 不均一課税の保険者(37保険者)を除く。
- ※2 計数は、四捨五入によっているので、端数において合致しないものがある。
- ※3 「平成22年度国民健康保険事業年報」より。
- ※4 基礎賦課分(医療給付費等にかかるもの)の賦課方式別保険者数。(基礎賦課分(他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。))

平成22・23年度の保険料（税）賦課（課税）限度額の見直し

- 国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額については、高齢化の進展とともに医療給付費が増加する一方、厳しい経済情勢が続き被保険者の所得が伸びない中、高所得者により多く負担してもらうことにより、中間所得層の負担軽減を図るためには、賦課（課税）限度額を引き上げることが必要。
- 将来的には、協会けんぽの保険料上限額と同程度に引き上げていくことを念頭に置きつつ、平成22年度・23年度の2年連続で、4万円ずつ引き上げたが、平成24年度については据え置いた。



※ 限度額に達する収入及び所得（基礎賦課（課税）分+後期高齢者支援金等賦課（課税）分）

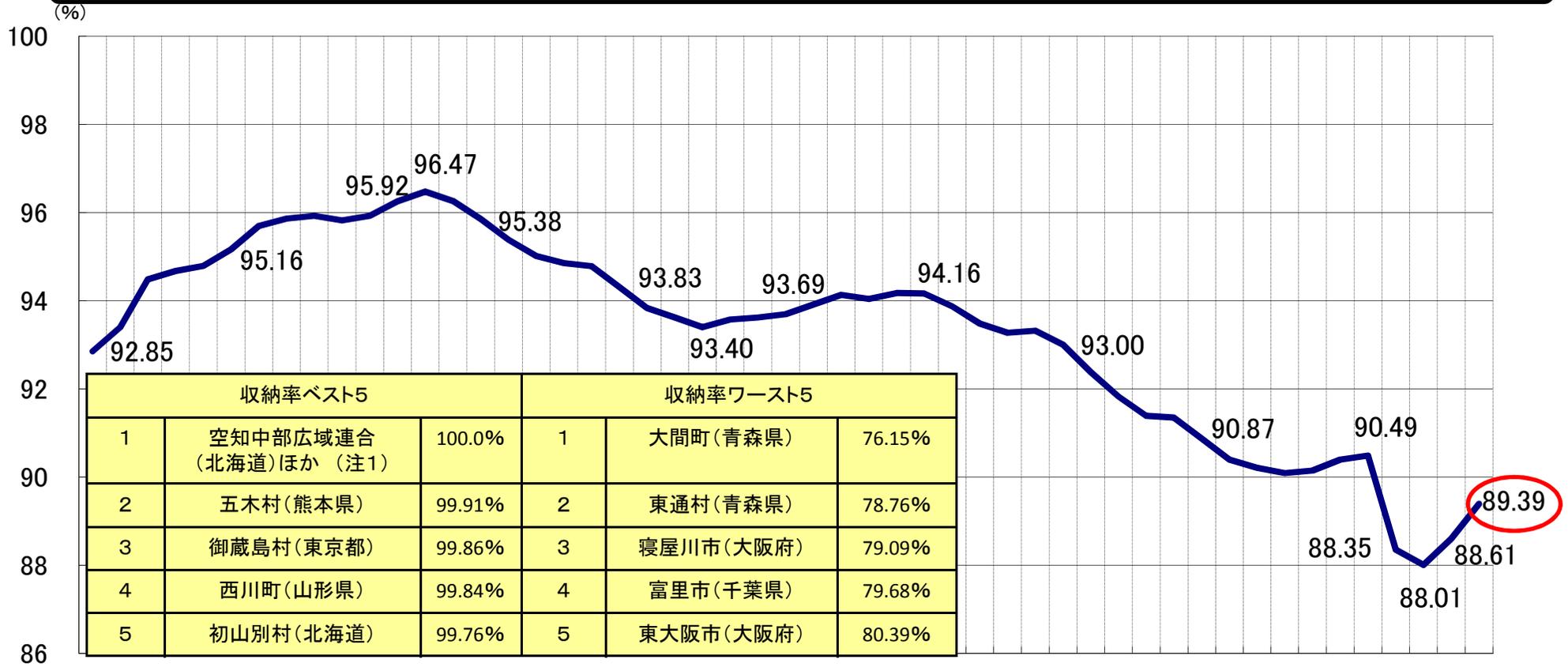
年 度	限度額	給与収入（給与所得）	年金収入（年金所得）
平成23年度	65万円	1,050万円(820万円)	1,030万円(820万円)
平成24年度	65万円	980万円(770万円)	970万円(770万円)

1 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

2 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成22年度全国平均値。所得割率 7.82%、資産割額 16,215円、均等割額 26,664円、世帯割額 25,943円を使用。

市町村国保の保険料（税）の収納率（現年度分）の推移

平成23年度の保険料（税）の収納率は、89.39%に上昇したが、依然として90%を下回っている。



昭和36年度から平成23年度までの収納率推移を示す折線グラフ。縦軸は収納率（%）で86から100まで表示されている。横軸は年度で昭和36年から平成23年まで表示されている。データポイントは毎年記載されており、平成23年度の89.39%は赤い円で強調されている。

(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)
 (注1) 平成23年度の収納率上位1位は、空知中部広域連合(北海道)、後志広域連合(北海道)、檜枝岐村(福島県)、鮫川村(福島県)、川内村(福島県)、青ヶ島村(東京都)、粟島浦村(新潟県)、小菅村(山梨県)、丹波山村(山梨県)、根羽村(長野県)、下條村(長野県)、売木村(長野県)、大鹿村(長野県)、下北山村(奈良県)、知夫村(島根県)、西米良村(宮崎県)及び諸塚村(宮崎県)の17保険者である。
 (注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注3) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。
 (注4) 平成23年度は速報値である。

市町村国保の保険者規模別収納率

年度	全国平均		市部平均		政令都市 及び特別区		中核市		10万人以上		5万人以上 10万人未満		5万人未満		町村部平均	
	増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成19	90.49	0.09	90.13	0.11	88.32	0.50	89.94	▲0.27	89.05	0.04	90.44	0.05	91.98	0.05	93.47	▲0.04
20	88.35	▲2.13	87.91	▲2.22	85.97	▲2.36	87.48	▲2.47	85.49	▲3.56	87.51	▲2.93	89.85	▲2.12	92.08	▲1.39
21	88.01	▲0.34	87.58	▲0.33	85.89	▲0.08	87.16	▲0.32	85.56	0.07	86.69	▲0.82	89.47	▲0.38	91.88	▲0.20
22	88.61	0.59	88.19	0.60	86.30	0.41	87.91	0.75	86.56	1.00	87.32	0.63	90.12	0.65	92.42	0.56
23	89.39	0.78	89.01	0.82	87.42	1.12	88.63	0.72	87.31	0.75	88.00	0.68	90.81	0.69	92.98	0.56

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

【出典】平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)

後期高齢者医療制度の保険料収納率の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
98.75%	99.00%	99.10%	99.20%

(出典)厚生労働省保険局「平成23年度後期高齢者医療事業年報」

(参考)市町村国保における保険者の規模と健診実施率との関係

(1) 行政区分

健診実施率の上位に位置する保険者は、全保険者と比較して、相対的に村や町が多く、市が少ない。

	健診実施率50.9%以上 (約上位から10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
村	65	36.9%	8	4.6%	182	10.4%
町	85	48.3%	75	42.9%	757	43.3%
市	26	14.8%	72	41.1%	686	39.2%
特例市	0	0.0%	4	2.3%	39	2.2%
中核市	0	0.0%	10	5.7%	41	2.3%
政令指定都市	0	0.0%	6	3.4%	20	1.1%
特別区	0	0.0%	0	0.0%	23	1.3%
合計	176	100.0%	175	100.0%	1748	100.0%

(2) 健診対象者の規模

健診実施率の上位に位置する保険者は、500人未満が20.5%を占めている。

	健診実施率50.9%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	20.5%	5	2.9%	74	4.2%
500~1,000人未満	32	18.2%	14	8.0%	129	7.4%
1,000~5,000人未満	78	44.3%	61	34.9%	666	38.1%
5,000~10,000人未満	17	9.7%	41	23.4%	343	19.6%
10,000~50,000人未満	13	7.4%	38	21.7%	449	25.7%
50,000~100,000未満	0	0.0%	10	5.7%	61	3.5%
100,000~500,000人未満	0	0.0%	5	2.9%	25	1.4%
500,000~10,000,000未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
10,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書（概要）

平成24年度厚生労働省委託事業（平成25年3月みずほ情報総研株式会社）

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている（果たすべき）役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達（ファイナンス）に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要（＝保険者）

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用（資格管理） ③ 保険給付（付加給付も含む）
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると…

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。

※2 複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。

国民健康保険事業の事務の広域化（保険料賦課・徴収方法の比較）

- 現在、国民健康保険事業を広域連合により実施しているのは、空知（そらち）中部広域連合（北海道：6市町）、大雪（だいせつ）地区広域連合（北海道：3町）、後志（しりべし）広域連合（北海道：16町村）、最上地区広域連合（山形：4町村）の4例。
- 広域連合により国保事業を実施する場合の保険料の賦課・徴収について、大きく以下2つの方法がある。

	分賦金方式	直接賦課方式
広域連合名	空知中部広域連合（北海道） 後志広域連合（北海道）	大雪地区広域連合（北海道） 最上地区広域連合（山形）
賦課主体	各市町村	広域連合
料／税	各市町村において選択可 （空知：6市町すべて国保税） （後志：16町村すべて国保税）	国保税のみ可
賦課基準	各市町村が独自に選択 （空知：5市町4方式、1町3方式） （後志：16町村すべて4方式）	構成市町村すべて統一 （大雪：4方式） （最上：4方式）
徴収主体	各市町村	各市町村
未納が生じた場合の財政責任	各市町村 ※広域連合は給付に必要な額を市町村に分賦金として賦課し、市町村は収納率に関わらず分賦金を納付 （分賦金納付率100%）	広域連合 ※市町村は徴収した額のみ納付
収納率 （平成23年度）	空知：97.2% 後志：94.7% ※広域連合を構成する市町村全体の収納率	大雪：94.8% 最上：92.2%

（注）直接賦課方式においても、広域連合を構成する市町村をいくつかのグループに分類し、グループごとに賦課基準を決定する方式（不均一方式）が制度上は可能であるが、実例はない。

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成22年度	平成23年度(速報)
単年度収入	保 険 料 (税)	29,861	30,411
	国庫支出金	33,196	34,359
	療養給付費交付金	6,028	7,174
	前期高齢者交付金	27,142	29,569
	都道府県支出金	8,720	8,956
	一般会計繰入金 (法定分)	4,332	4,282
	一般会計繰入金 (法定外)	3,979	3,903
	共同事業交付金	14,384	14,767
	直診勘定繰入金	1	3
	そ の 他	375	407
合 計		128,019	133,831
単年度支出	総 務 費	2,047	1,890
	保 険 給 付 費	88,291	90,821
	後期高齢者支援金	14,518	15,915
	前期高齢者納付金	25	47
	老人保健拠出金	199	7
	介 護 納 付 金	6,271	6,887
	保 健 事 業 費	924	968
	共同事業拠出金	14,355	14,752
	直診勘定繰出金	49	46
	そ の 他	1,046	1,478
合 計		127,726	132,811
単年度収支差引額 (経常収支)		293	1,019
国庫支出金精算額		▲611	▲534
精算後単年度収支差引額 (A)		▲318	486
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,582	3,508
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,900	▲3,022
前年度繰上充用金 (支出)		1,811	1,527

(出所) 国民健康保険事業年報 (保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書 (保険局国民健康保険課)

(注1) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金 (法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

(注5) 平成23年度は速報値である。

法定外一般会計繰入れ（決算補填目的等）及び前年度繰上充用に関する保険者の状況

	一般会計繰入(決算補填目的等) 又は繰上充用を行っている保険者	いずれも行っていない保険者	全国
対象保険者数	1061保険者	656保険者	1717保険者
一人あたり保険料調定額	9.0万円	8.5万円	9.0万円
一人あたり旧ただし書き所得	64.9万円	50.9万円	62.8万円
保険料調定額 ／旧ただし書き所得 (保険料負担率)	13.9%	16.8%	14.3%

(注1) 保険料調定額は、平成23年度事業年報（速報）を基に作成している。

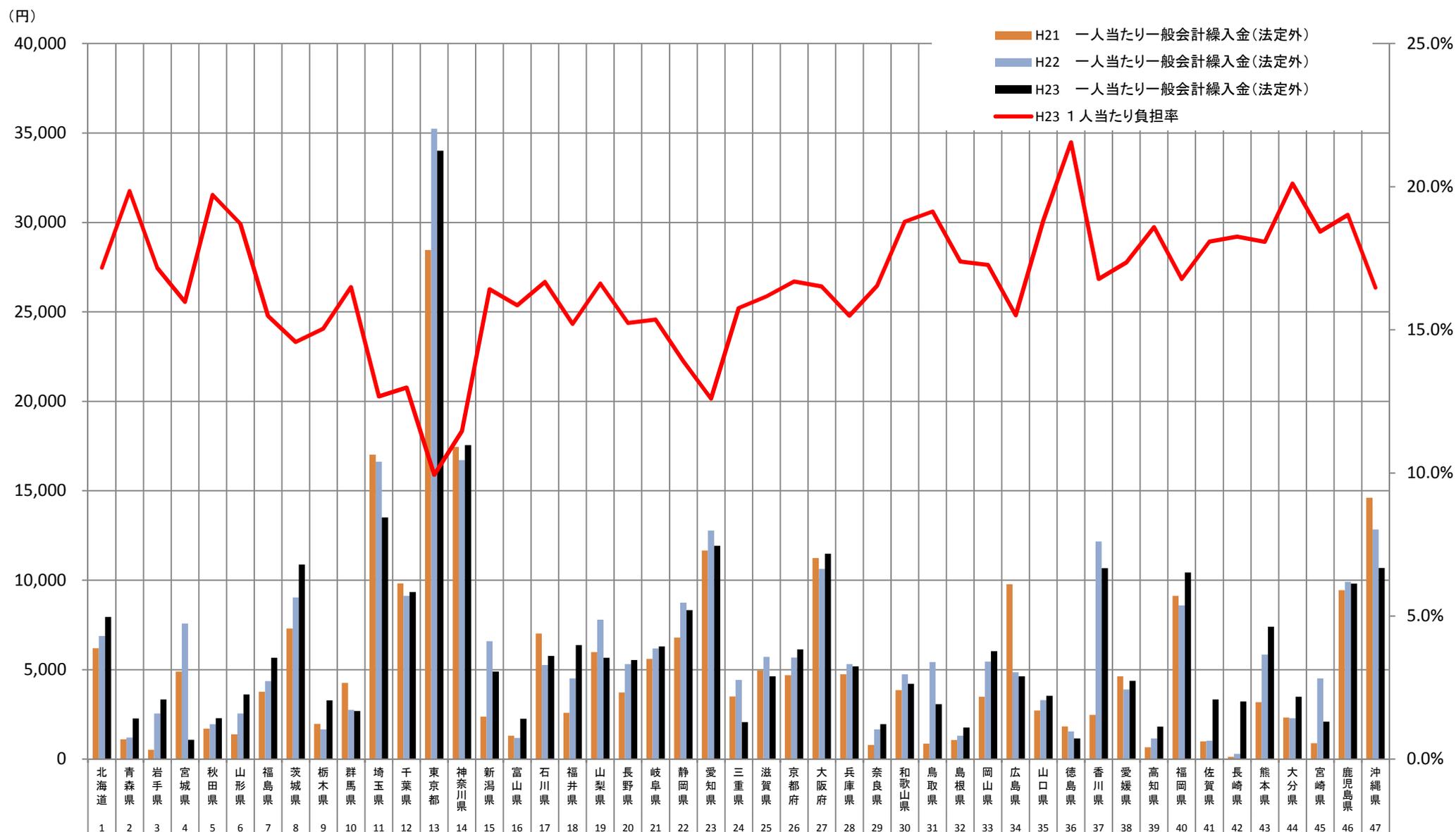
(注2) 保険料調定額は介護保険分を含んでいる。

(注3) 「旧ただし書き所得」は、平成23年度国民健康保険事業実態調査報告（保険者票）を基に作成している。

(注4) 「旧ただし書き所得」は、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額。

1人当たり一般会計繰入金（法定外）の都道府県別繰入状況

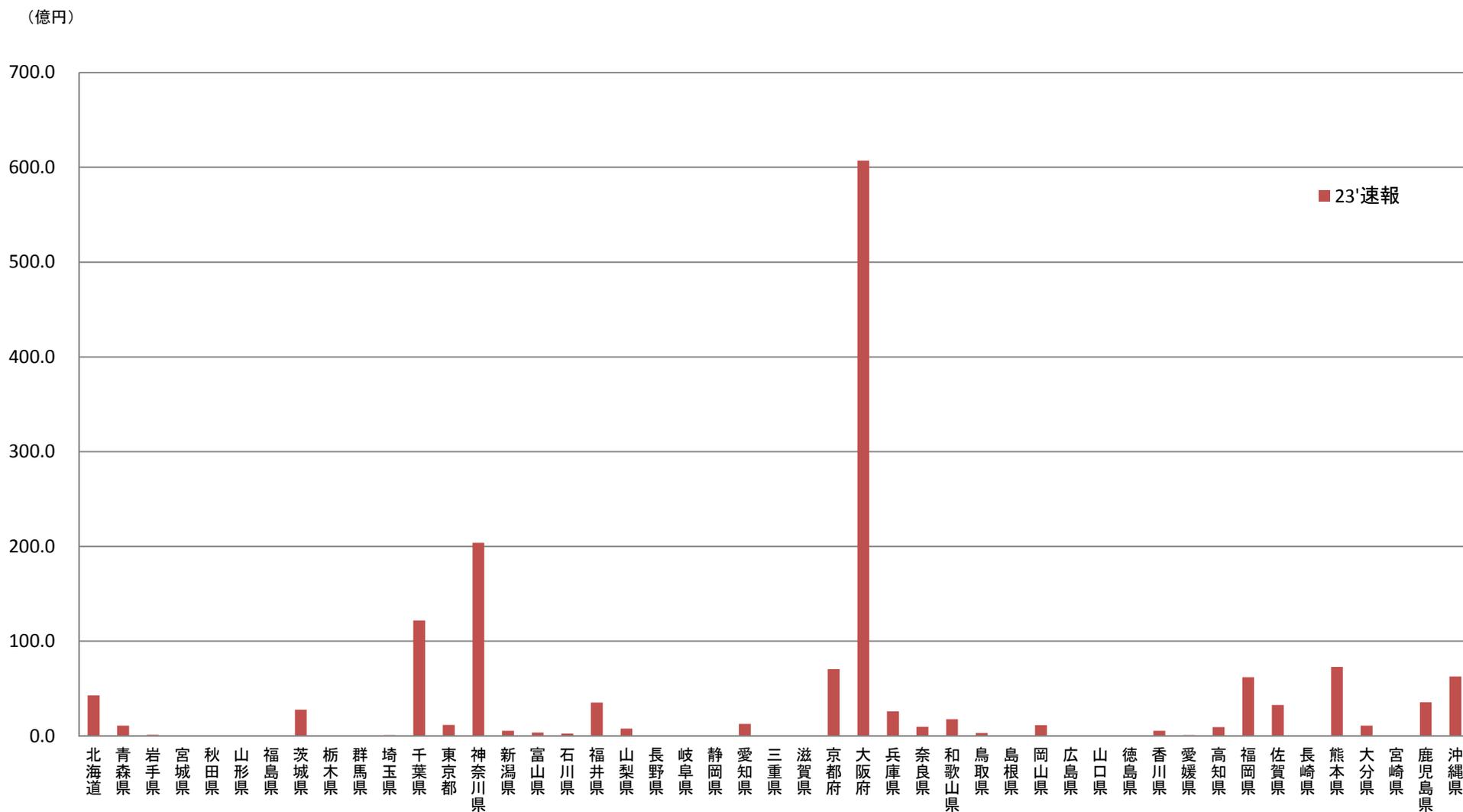
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



(出所) 国民健康保険事業年報、「国民健康保険事業実施状況報告」(平成23年度は速報値)所得
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

前年度繰上充用金の状況（平成23年度）

○ 前年度繰上充用金は約1,530億円。うち大阪府内の市町村の合計が約607億円であり、全体の約4割を占める。



(出所)国民健康保険事業年報 (注)平成23年度の速報値である。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化（2,200億円）

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
（～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。）

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大（500億円程度）

・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ（さらに保険料が軽減される者：約400万人）*27年度ベース

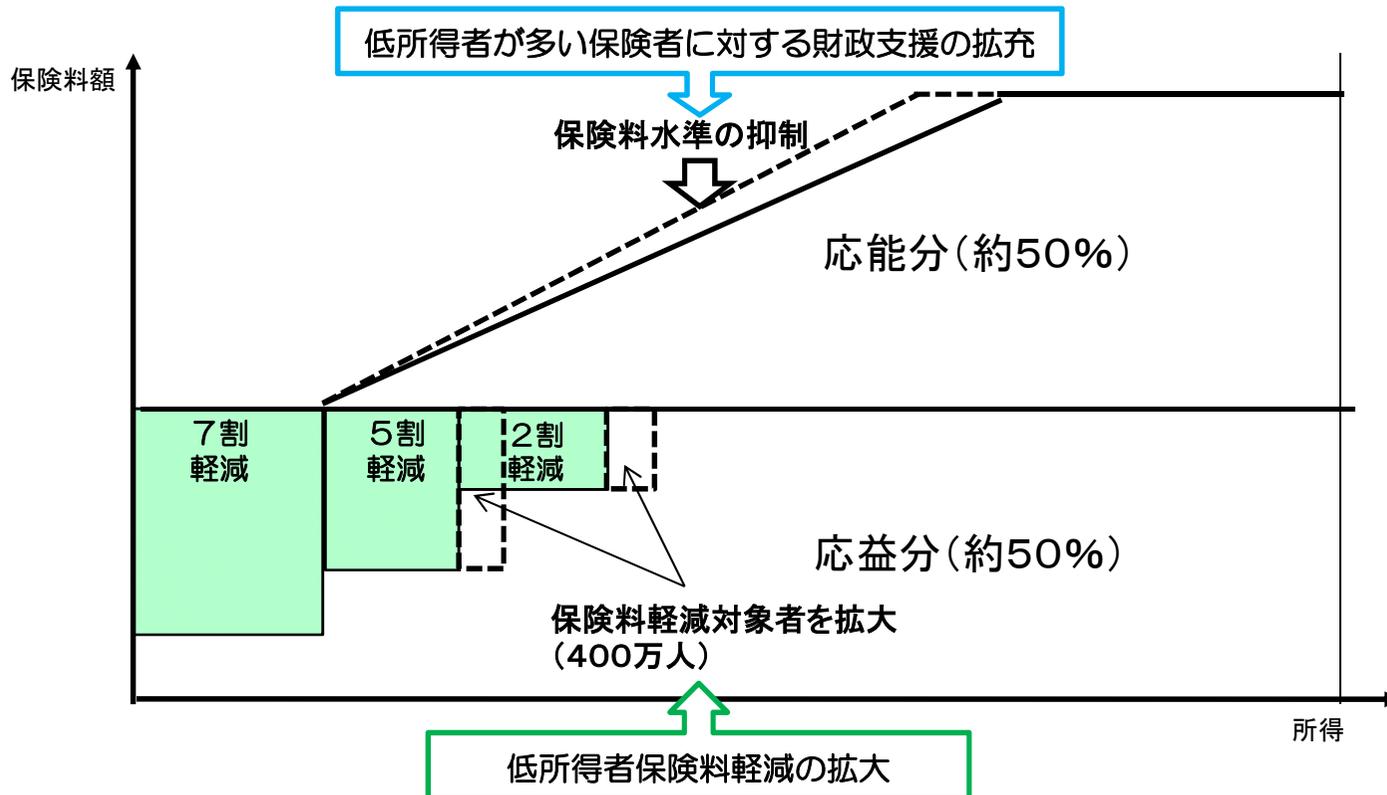
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下（※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合）

2. 保険者支援制度の拡充（1,700億円程度）

・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充

・ 保険料水準全体を抑制する効果（対象者：全被保険者（3,500万人））*27年度ベース



国の調整交付金と都道府県調整交付金の役割分担について

1. 調整交付金の概要と趣旨

(1) 国の調整交付金(法律で給付費等の9%と規定)

① 普通調整交付金:(政令で給付費等の7%と規定)

→ 医療費や所得格差を全国レベルで調整
(実際の市町村別の交付額は、所得水準の低い市町村は7%以上、所得水準の高い市町村は7%以下となる。)

② 特別調整交付金:(政令で給付費等の2%と規定)

→ 災害等による保険料減免、原爆、結核等、地域的な特殊事情による給付費増など全国レベルの財政調整が望ましいもの、保健事業など施策の推進に必要な取組等に対して交付

(2) 都道府県調整交付金(法律で給付費等の9%と規定)

① 普通調整交付金に相当するもの(政令で1号交付金として考慮すべき事項を規定)

→ 地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の格差を調整

② 特別調整交付金に相当するもの(政令で2号交付金として考慮すべき事項を規定)

→ 国民健康保険事業の運営の安定化に資する事業の実施状況その他国民健康保険の財政に影響を与える特別な事情に応じて交付

(例) 広域連合による保険運営など国保運営の広域化に際しての保険料平準化を支援するもの

国・調整交付金

普通調整交付金(7%)

特別調整交付金
(2%)

都道府県調整交付金

普通調整交付金相当(6%)

特別調整交付金相当
(3%)

(注) 都道府県調整交付金における普通調整交付金相当額と特別調整交付金相当額の割合については、「都道府県調整交付金配分ガイドライン(平成17年6月17日保険局長通知)」に目安が示されており、各都道府県は、条例に具体的な割合を規定している。

都道府県調整交付金の交付状況（平成23年度）

都道府県調整交付金(総額)	(百万円)	1号交付金に 占める割合	2号交付金に 占める割合	総額に占める 1号・2号の割合
	507,806			100%
(1) 1号交付金	439,798	100%		86.6%
I 定率交付	345,059	78.5%		
II 定率交付以外(財政調整)	94,739	21.5%		
(2) 2号交付金	68,008		100%	13.4%
I 災害等による給付費増	2,064		3.0%	
II 共同事業の拠出超過額に対する激変緩和措置	5,460		8.0%	
III 国保運営の広域化に際し保険料平準化を支援	103		0.2%	
IV 医療費適正化・収納率向上等の取組に係る事業費支援	11,762		17.3%	
医療費適正化に係る取組	5,517		8.1%	
収納率向上に係る取組	2,572		3.8%	
各種保健事業	3,673		5.4%	
V 医療費適正化・収納率向上等の成績評価	36,314		53.4%	
医療費の適正化に係るもの	6,433		9.5%	
収納率の向上に係るもの	16,344		24.0%	
上記以外に係るもの	13,537		19.9%	
VI その他	12,304		18.1%	

(注) 平成23年度における都道府県調整交付金における1号交付金と2号交付金の割合は、「都道府県調整交付金配分ガイドライン(平成17年6月17日保険局長通知)」において、6:1(85.7%:14.3%)という目安を示していた。

都道府県調整交付金（1号交付金）の交付状況（平成23年度）

定率(財政調整無し)	定率・財政調整型併用	財政調整型
34／47	6／47	7／47

1	北海道	財政調整型	17	石川県	定率	33	岡山県	定率
2	青森県	定率	18	福井県	定率	34	広島県	定率
3	岩手県	定率	19	山梨県	定率	35	山口県	定率
4	宮城県	定率	20	長野県	定率	36	徳島県	定率
5	秋田県	財政調整型	21	岐阜県	財政調整型	37	香川県	定率・財政調整型併用
6	山形県	定率	22	静岡県	定率	38	愛媛県	定率
7	福島県	定率	23	愛知県	定率	39	高知県	財政調整型
8	茨城県	定率	24	三重県	定率	40	福岡県	定率
9	栃木県	定率	25	滋賀県	財政調整型	41	佐賀県	定率・財政調整型併用
10	群馬県	定率	26	京都府	定率	42	長崎県	定率
11	埼玉県	定率	27	大阪府	財政調整型	43	熊本県	定率・財政調整型併用
12	千葉県	定率	28	兵庫県	財政調整型	44	大分県	定率
13	東京都	定率・財政調整型併用	29	奈良県	定率	45	宮崎県	定率
14	神奈川県	定率	30	和歌山県	定率	46	鹿児島県	定率
15	新潟県	定率	31	鳥取県	定率・財政調整型併用	47	沖縄県	定率
16	富山県	定率	32	島根県	定率・財政調整型併用			

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ) (平成24年4月5日成立)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

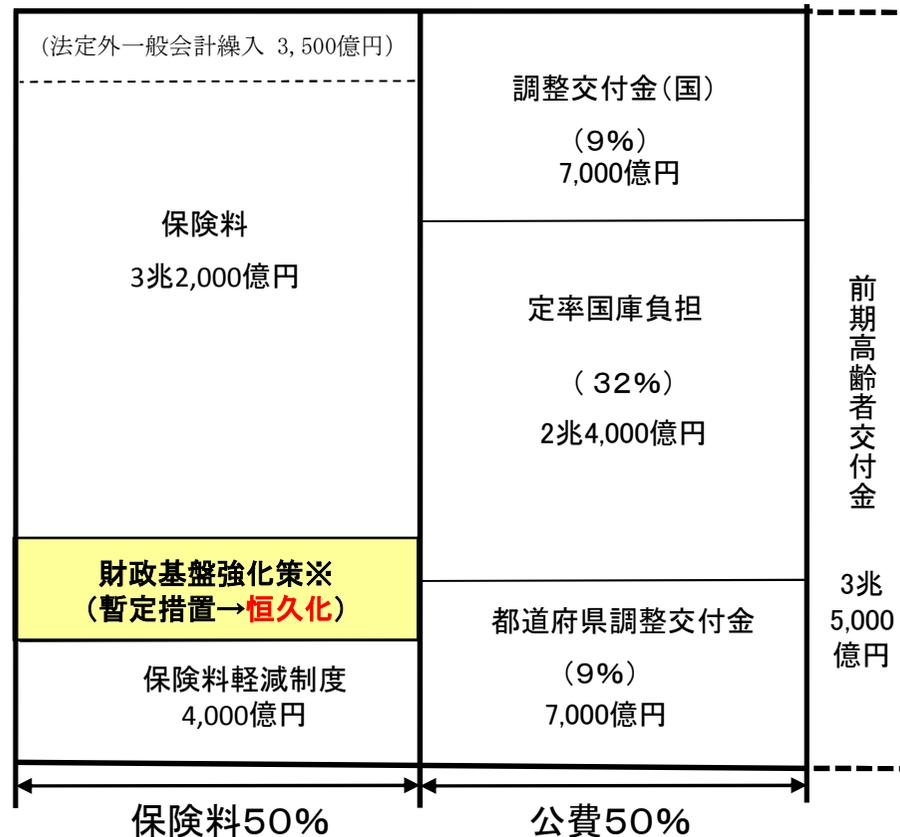
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

- (1)、(2) 平成27年4月1日
- (3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆3,000億円
(25年度予算案ベース)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費3,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成23年度決算(速報値)ベース。

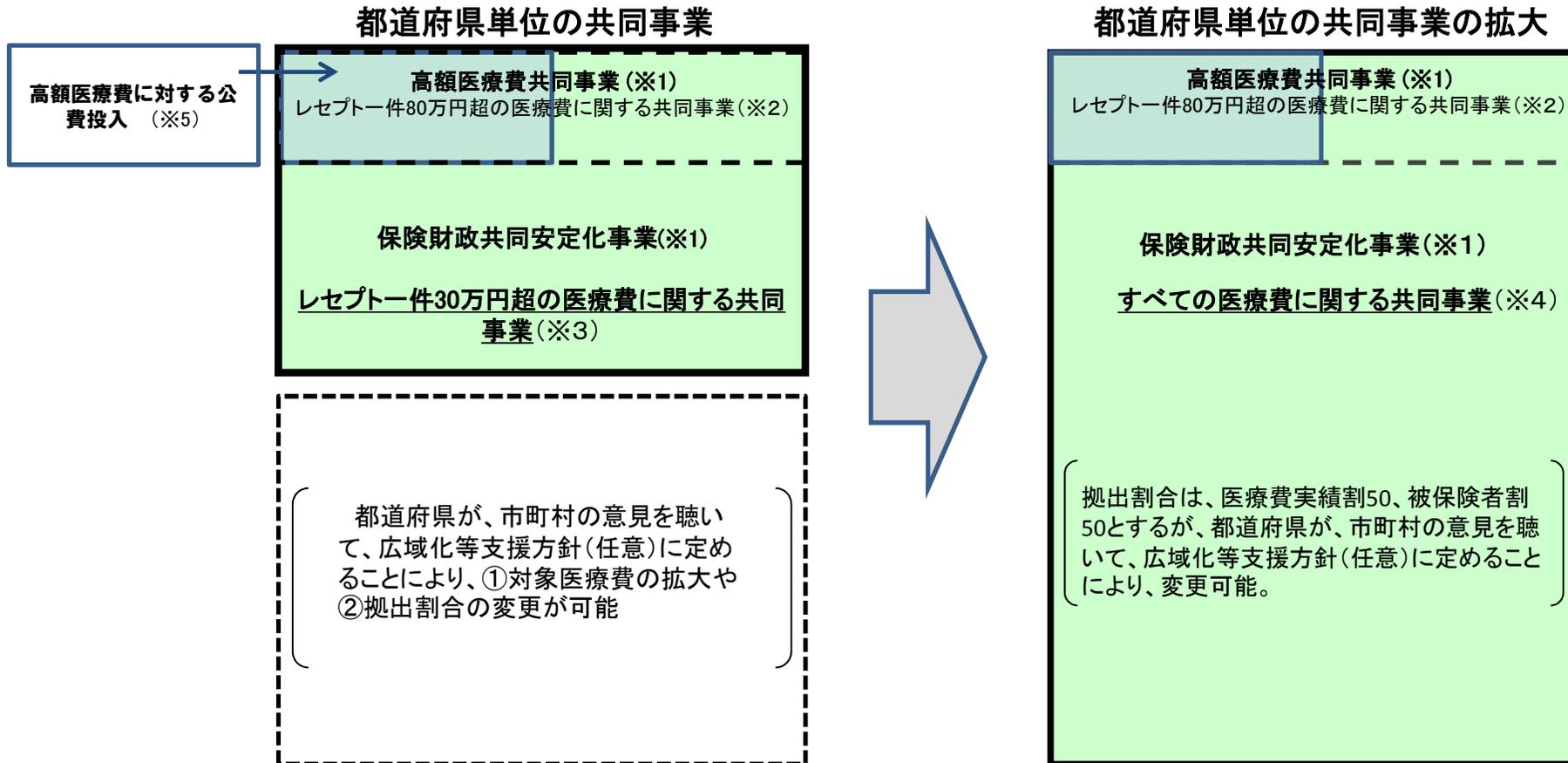
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業(保険財政共同安定化事業)について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

【現行】

【改正後】



※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。

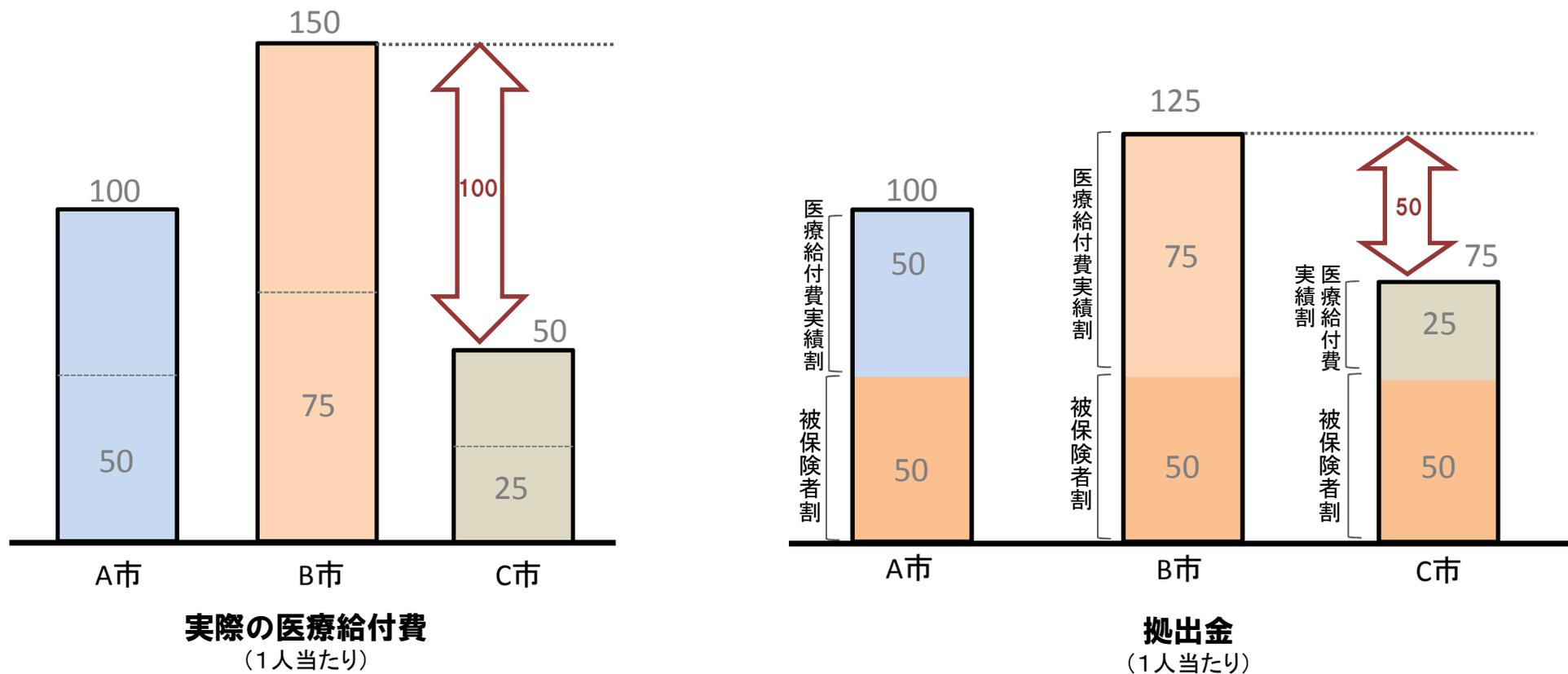
※4 自己負担相当額等を除く。

※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

都道府県単位の共同事業の仕組み

- 都道府県内の市町村国保の医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する事業。
- これにより、都道府県内の市町村国保の財政の安定化(毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和)及び保険料の平準化(医療費の差による保険料の相違の緩和)が図られる。
- ※ 以下イメージ図で見ると、共同事業の実施により、市町村間の格差が最大100 → 50 に縮小する。

都道府県単位の共同事業 (事務:国民健康保険団体連合会)



※ 医療給付費の実績(3年平均)と被保険者数に応じて拠出

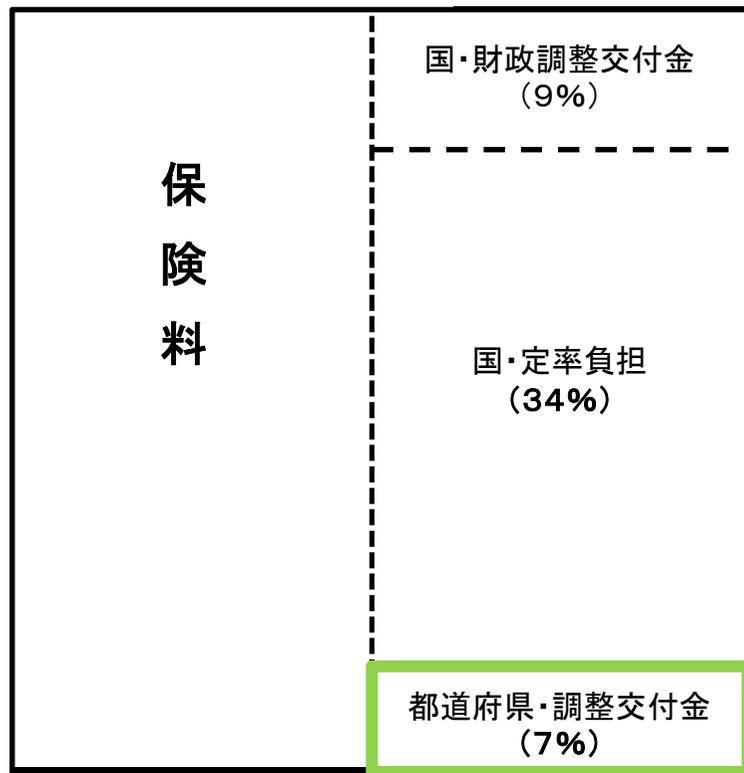
都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

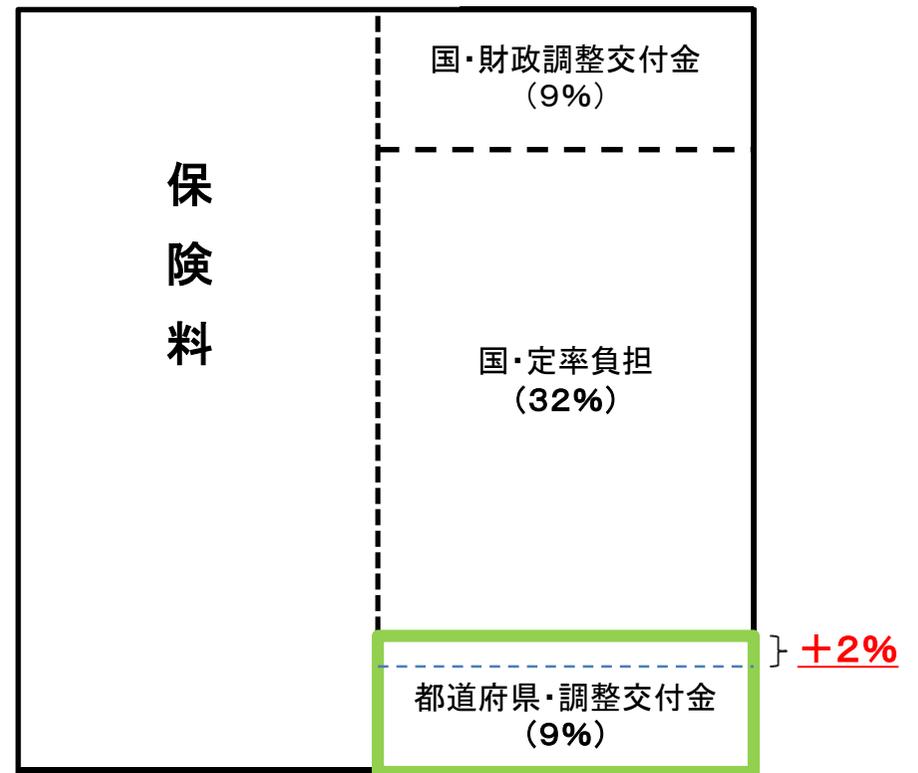
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

都道府県調整交付金ガイドライン等の見直しについて

1. 見直しの趣旨

国保法改正により、平成27年度から都道府県単位の共同事業の対象医療費を拡大するため、各市町村の共同事業に係る費用負担が変動することが見込まれる。共同事業の対象医療費の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金の具体的な配分方法等について、国保に関する国と地方の協議ワーキング・グループで議論した上で、方針を示す。

→ 都道府県調整交付金ガイドライン及び広域化等支援方針策定要領の改正(7月12日)

2. 見直し内容

(1) 1号交付金の交付方法

- ・ 財政調整機能を発揮するよう広域化のための連絡会議の活用等により市町村の意見を十分に聴いて検討
- ・ 共同事業が拠出超過となる所得が低く負担が大きい保険者に対する調整として、活用することも考えられる
- ・ 共同事業の所得割による拠出と財政調整型の都道府県調整交付金については選択的に、かつ都道府県調整交付金による財政調整を優先的に導入

(2) 1号交付金と2号交付金の割合

- ・ 現行のガイドラインでは、「1号交付金:2号交付金=6%程度:1%程度」
 - 共同事業の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金(2%相当額)については、2号交付金として位置付け
- ・ 平成26年度までの間は1号交付金と同様の交付も可能

(3) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の期間

- ・ 共同事業の拠出超過額に対する財政支援については、激変緩和措置と位置付け

(4) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の規模と方法

- ・ 現在は、都道府県単位の共同事業による拠出超過額が交付額の3%を超過した部分を財政支援
 - 27年度以降は、保険財政共同安定化事業(80万円以下)について、拠出超過額が交付額の1%を超過した部分を財政支援することが考えられる

見直し後の保険財政共同安定化事業等の拠出超過額に対する財政支援の概要

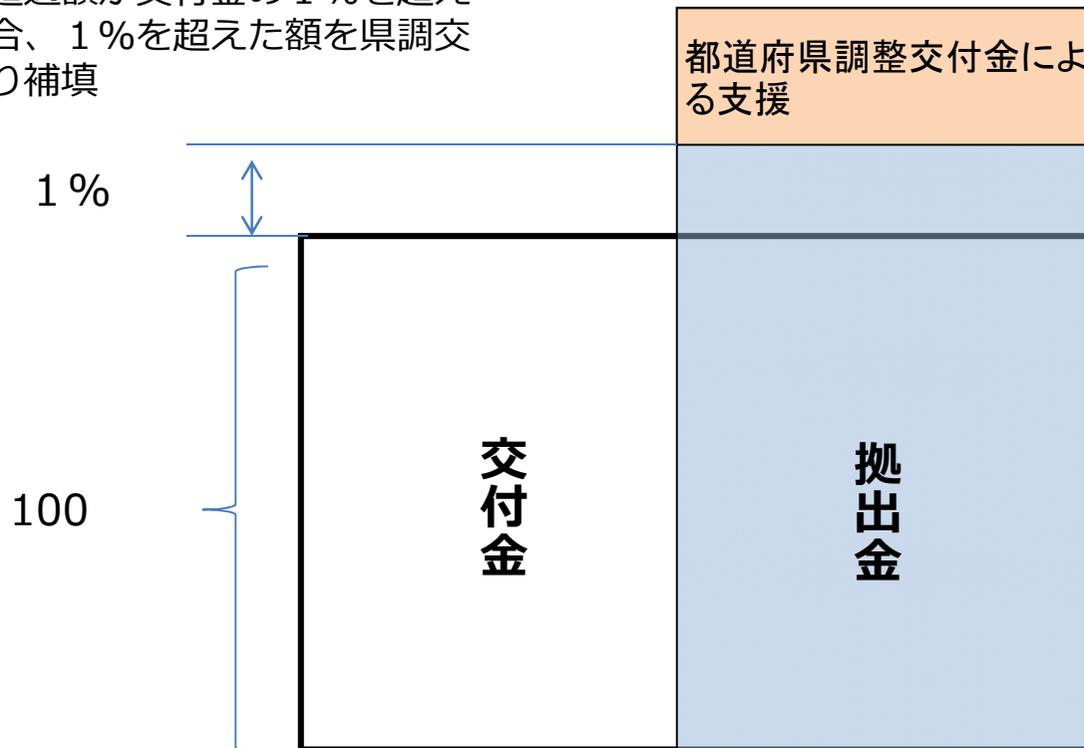
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出超過額の計算方法

$$\text{支援対象の拠出超過額} = \frac{\text{拠出超過額}}{(\text{拠出額} - \text{交付額})} - \text{交付金の1\%}$$

【1%超過額に対する財政支援のイメージ】

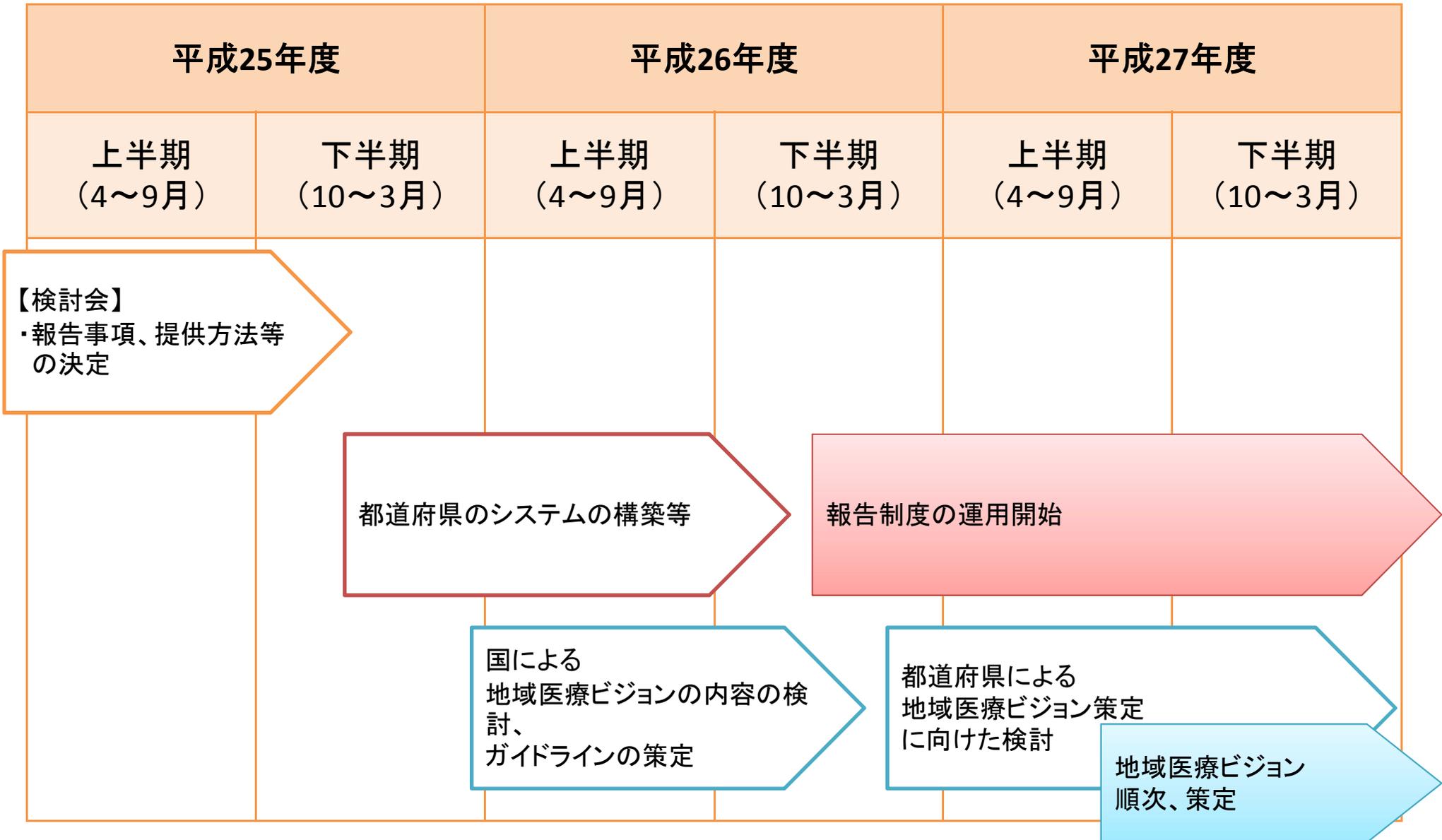
拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



国民健康保険制度に関するスケジュール

平成25年度		平成26年度		平成27年度	
上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)
	消費税引き上げ ▲ 26.4 (5% → 8%)			消費税引き上げ ▲ 27.10 (8% → 10%)	
<p>低所得者保険料軽減や保険者支援制度の拡充（～2,200億円程度） 【政令改正・税制改正】 <消費税引き上げ時(8%又は10%)に実施></p>					
				27.4 施行	
<p>■ 保険財政共同安定化事業の対象を全医療費に拡大し、 財政運営の都道府県単位化を推進 【平成24年度国保法改正】</p>					

地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



高齢者医療制度の在り方

現行の高齢者医療制度

制度の概要

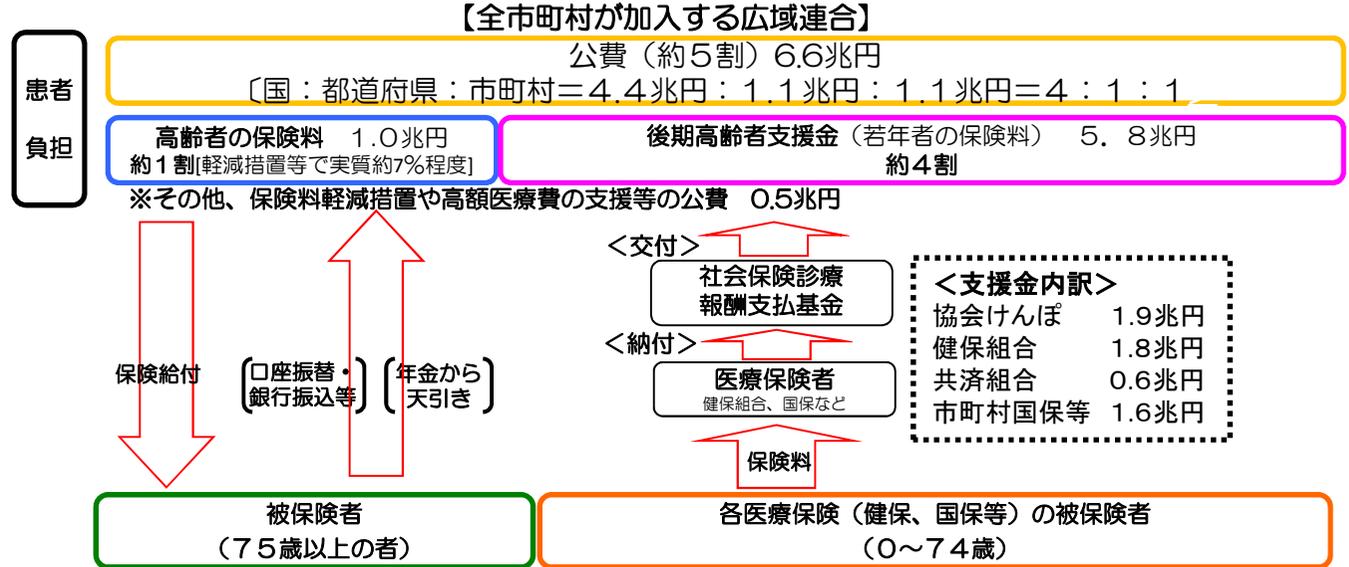
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
15.0兆円（平成25年度予算ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

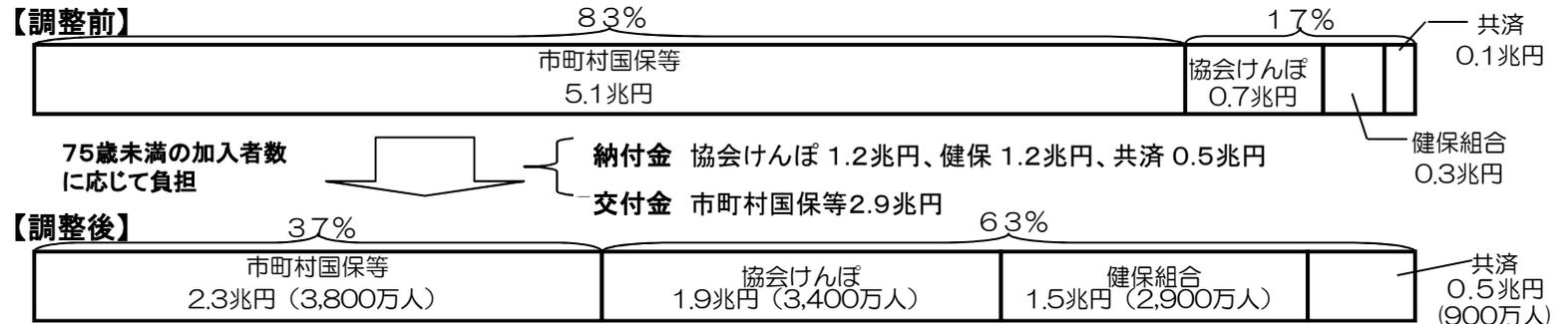
＜保険料額（平成24・25年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,500万人

＜前期高齢者給付費＞
6.1兆円
（平成25年度予算ベース）



高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

- 高齢化の進展、医療技術の高度化等により、高齢者の医療費は大幅に増加。
- 「国民皆保険」の下、高齢化の進展、産業構造の変化等により、国保と被用者保険との間で、年齢構成や所得に偏り。
- 国保にはほとんどの高齢者が加入し、また、所得水準が低いことから、そのままでは支えられないという構造的な課題。
→ 一層の増大が見込まれる高齢者の医療費について、制度横断的に社会全体で支える必要。

経緯

- 昭和36年 「国民皆保険」達成
- 昭和48年 老人医療費無料化…老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。
- 昭和58年 老人保健制度創設…高齢者にも患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。
→ 被用者保険側の不満の高まり
・拠出金負担が増大する一方、給付責任(市町村)と財政責任(各保険者)の分離により、各保険者が医療費を直接コントロールできない。 ※患者負担引上げ、公費拡充、介護保険制度創設等により、逐次対応。
- 平成20年 後期高齢者医療制度創設…75歳以上の独立制度(都道府県単位の広域連合が運営)とし、公費と支援金により社会全体で支える。

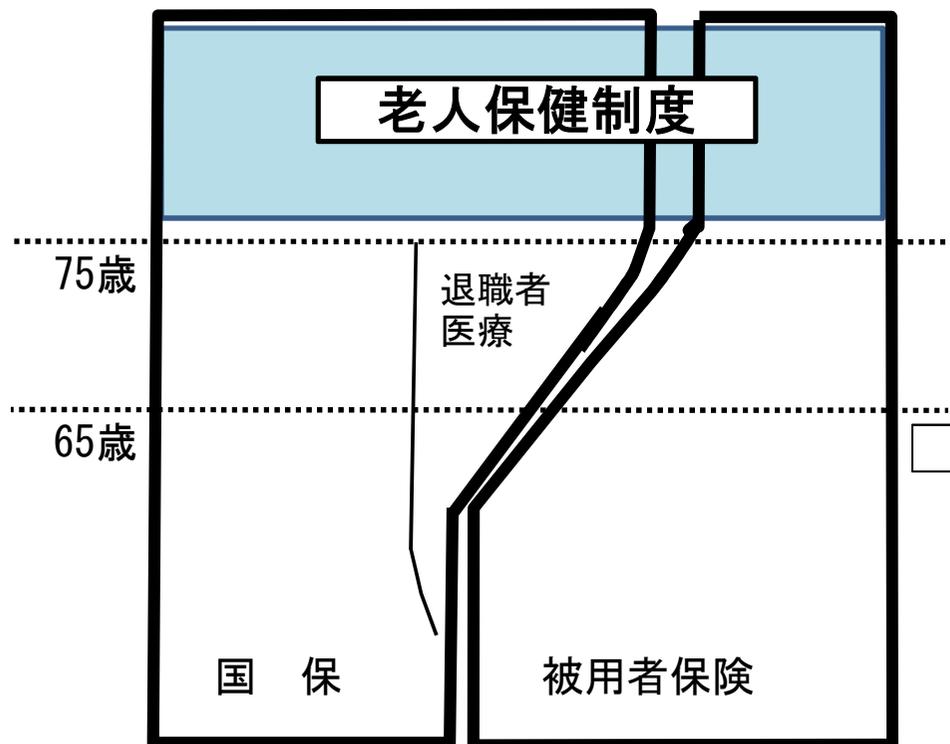
現行制度

- <後期高齢者医療制度>
- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。
- 75歳以上の方は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。
- <前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>
- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。
※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

老人保健制度と後期高齢者医療制度の違い

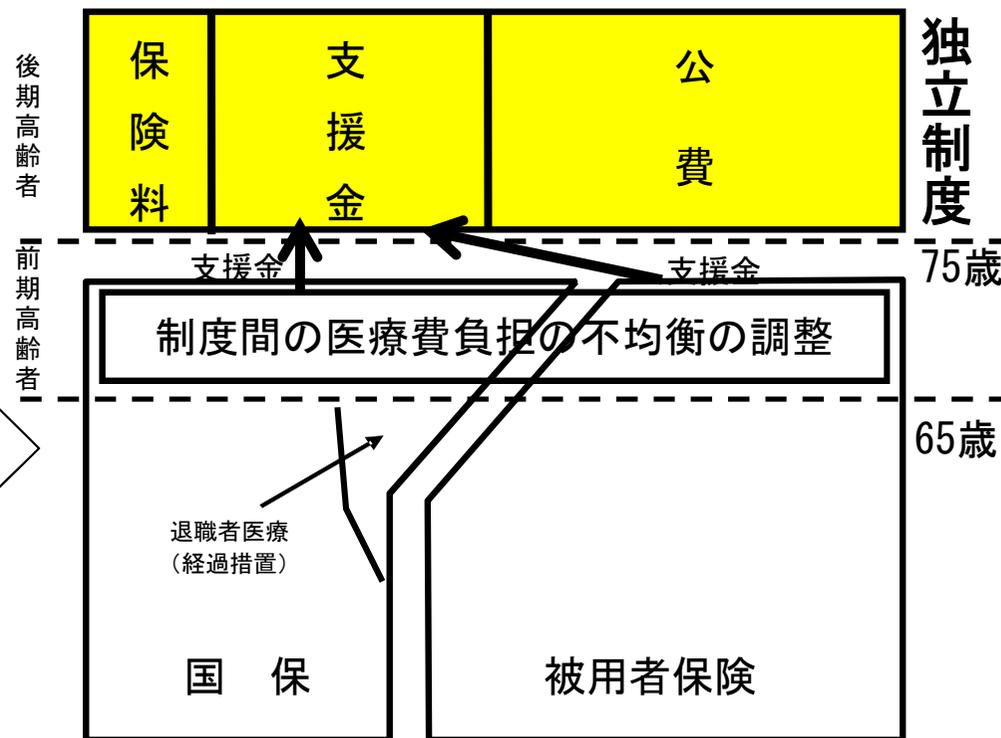
【老人保健制度】

75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を払いつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける。



【後期高齢者医療制度】

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立した後期高齢者医療制度に加入し、給付を受ける。



- ・若人と高齢者の費用負担関係が不明確
- ・保険料を納める所(健保組合等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担

後期高齢者医療制度施行後の取組

取組	実施状況
70～74歳の者の患者負担の凍結 (平成20年4月)	○ 2割負担と法定されている70～74歳の者の患者負担について、施行当初より1割負担に凍結。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【1,898億円(平成24年度補正予算)】
保険料軽減の特例措置 (平成20年4月)	○ 低所得者及び被用者保険元被扶養者について、制度上の軽減措置に加え更なる保険料軽減を施行当初より実施。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【776億円(平成24年補正予算)】
75歳以上に着目した診療報酬の廃止 (平成20年7月一部停止→平成22年4月廃止)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不相当との観点から、平成20年7月1日から後期高齢者終末期相談支援料の算定を停止。 ○ 平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。 1 廃止 後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料等の8項目 2 廃止の上、全年齢を対象とする点数として新設 後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料等の7項目 3 廃止の上、対象年齢を介護保険サービスの受給対象者数と同様として新設 後期高齢者総合評価加算等の2項目
保険料の納付方法選択制の導入 (平成21年4月)	○ 原則として年金からの引き落としのみであった保険料の納付方法について、口座振替と年金からの引き落としとの選択制を導入。 【平成23年9月現在:年金からの支払件数 約1,163万件 :口座振替へ切り替えた件数 約88万件(平成20年10月から平成23年8月までの累計)】
資格証明書の厳格な運用 (平成21年10月)	○ 資格証明書の交付を受けると、窓口で医療費の全額を支払うこととなり、必要な医療を受けられなくなる恐れがあることから、資格証明書は原則として交付しないとする基本方針等を通知。現時点で資格証明書の交付実績はなし。
人間ドックの費用助成 (平成21年10月)	○ 後期高齢者医療制度に移行した高齢者に対し、市町村が人間ドックの費用助成を廃止したことを受け、市町村に対し再実施を要請するとともに、特別調整交付金による財政支援を実施。 【実施市町村数:723(19年度末)→141(20年5月)→234(20年度末)→373(21年度末)→520(22年度末)→608(23年度末)】
健康診査の受診率向上 (平成21年10月)	○ 健康診査が、市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされ、受診率が低下したことを受け、広域連合で受診率向上計画を策定。 【受診率:26%(19年度)→21%(20年度)→22%(21年度)→23%(22年度)】

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成24年2月17日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

(4) 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。
（注）現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。
- ☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。
- 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。
（注）患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。
- ☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

高齢者医療制度改革会議・最終とりまとめについて

I 高齢者医療制度改革会議について

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

II 最終とりまとめの主な内容

1. 制度の基本的枠組み

・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。

・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。

・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行う。

3. 費用負担

(1) 公費

・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。

(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

(2) 高齢者の保険料

・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。

・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。

・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(4) 患者負担

・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

高齢者医療の制度的枠組み

《高齢者医療の制度的枠組みに関する主な課題》

【年齢による区分】年齢で区分する独立制度をどう考えるか。

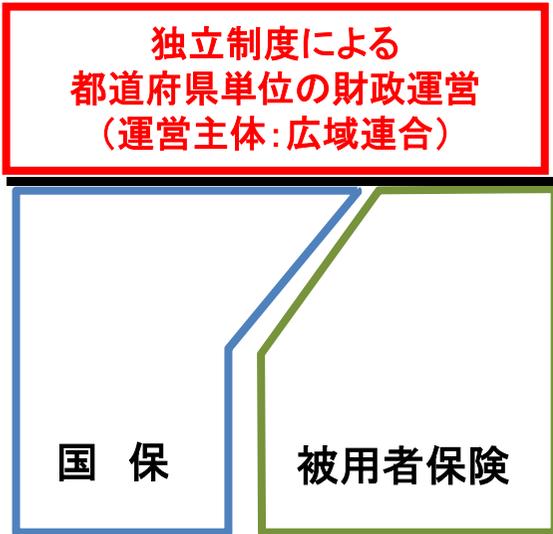
【被用者・被扶養者の扱い】被用者の保険料負担や給付、被扶養者の位置付けについて、世代間、世代内の公平をどう図るか。

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立型の高齢者医療制度に加入。

《現行制度》

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

75歳

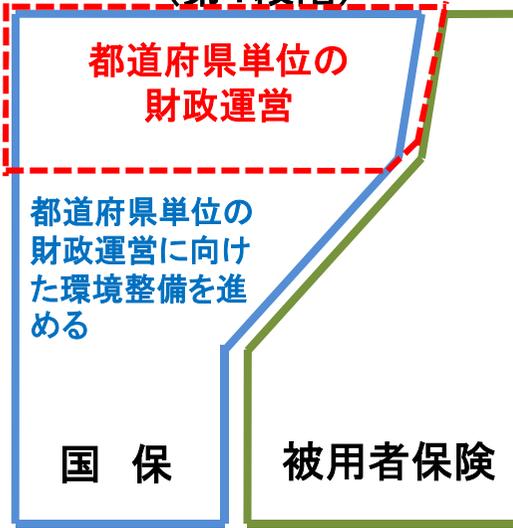


75歳以上の高齢者は、国保または被用者保険に加入。国保の高齢者医療を都道府県単位化。

《改革会議案》
(第1段階)

都道府県単位の
財政運営

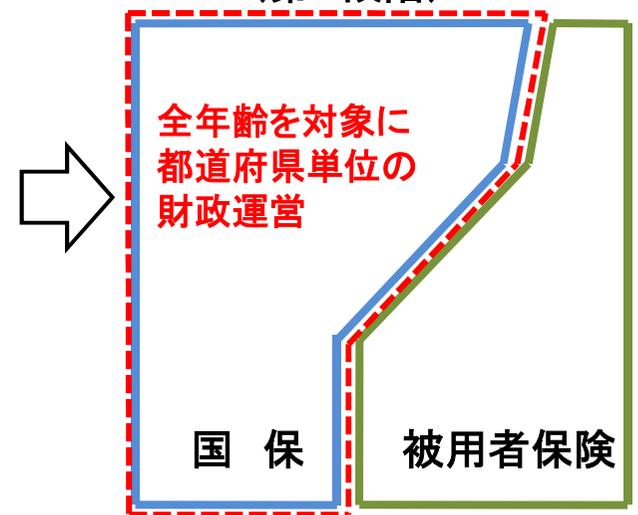
都道府県単位の
財政運営に向け
た環境整備を進める



全年齢で国保を都道府県単位化。

《改革会議案》
(第2段階)

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営



【国保の課題】

- 低所得・市町村格差など構造的課題と赤字への対応
- 相対的に重い保険料負担の軽減
- 財政運営の都道府県単位化の推進

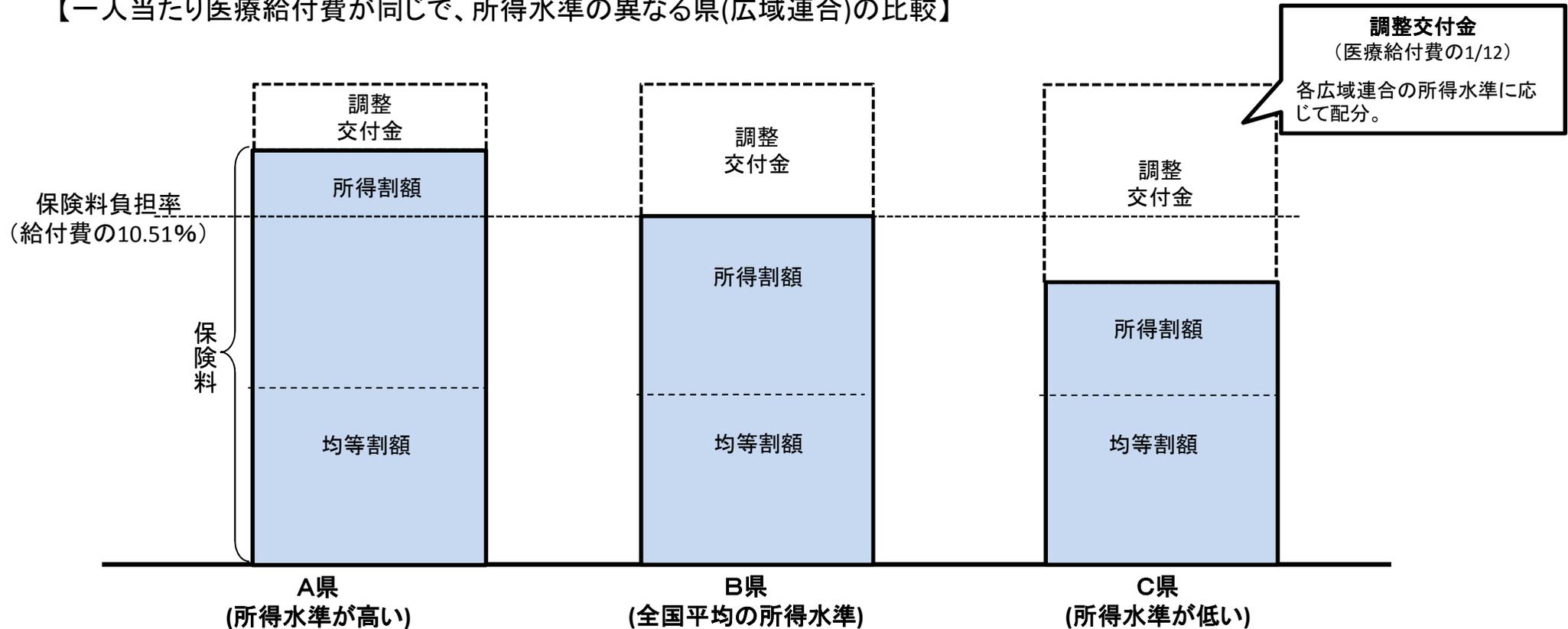
【被用者保険の課題】

- 協会けんぽの運営の安定化
- 保険者間の財政力格差の公平化(支援金の総報酬割等)

後期高齢者医療の保険料について

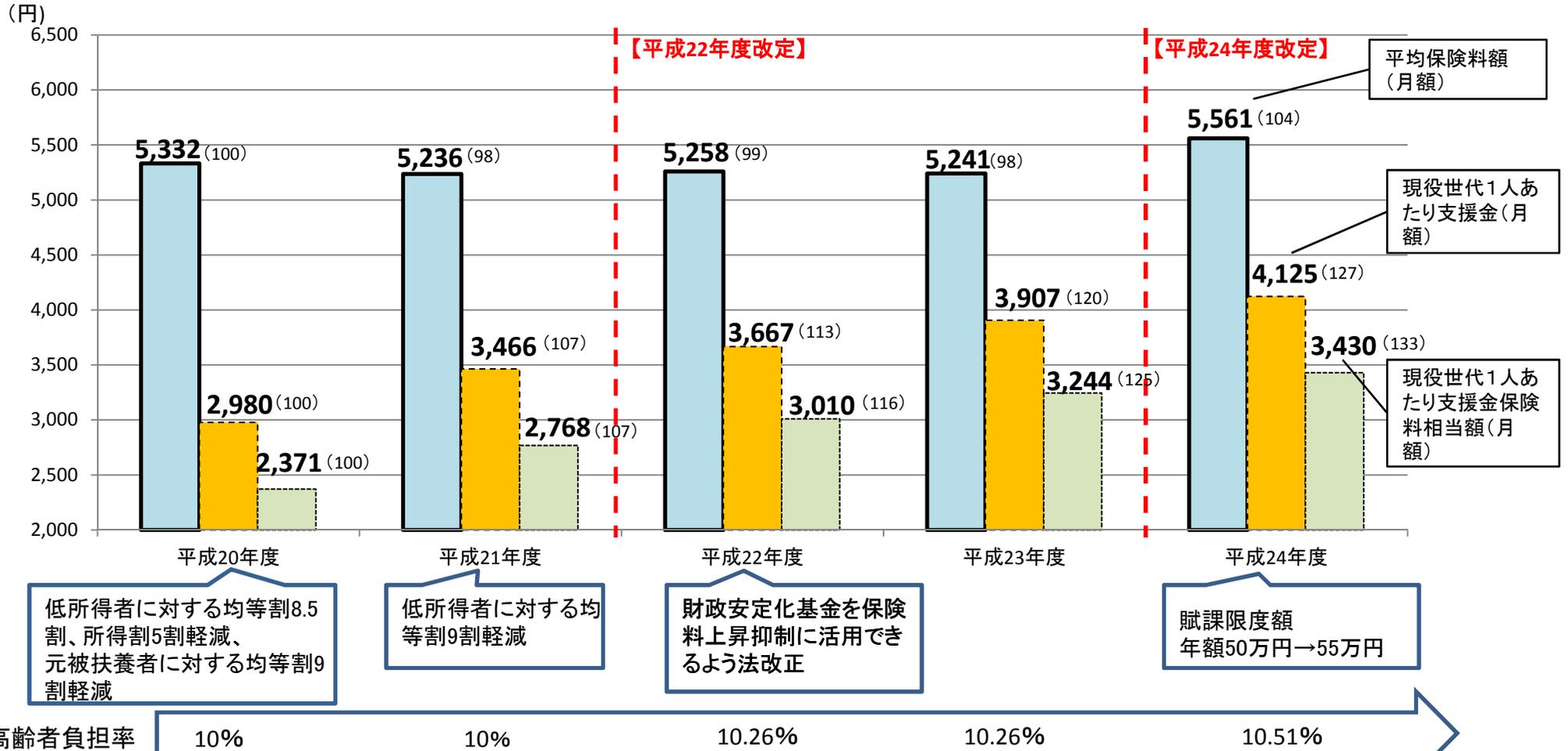
- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。(人口減少による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成24・25年度10.51%。)
- 広域連合間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 広域連合間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い広域連合は、保険料が高くなる。

【一人当たり医療給付費が同じで、所得水準の異なる県(広域連合)の比較】



※ 実際の保険料は、医療給付費以外に現金給付等に充てる分が加えられた額となる。
 ※ 調整交付金には、普通調整交付金の他、災害その他特別な事情に対する特別調整交付金がある。
 ※ 調整交付金は、医療給付費の1/12交付されるが、対象となる医療給付費に現役並所得者分は含まない。

後期高齢者医療制度の保険料の推移

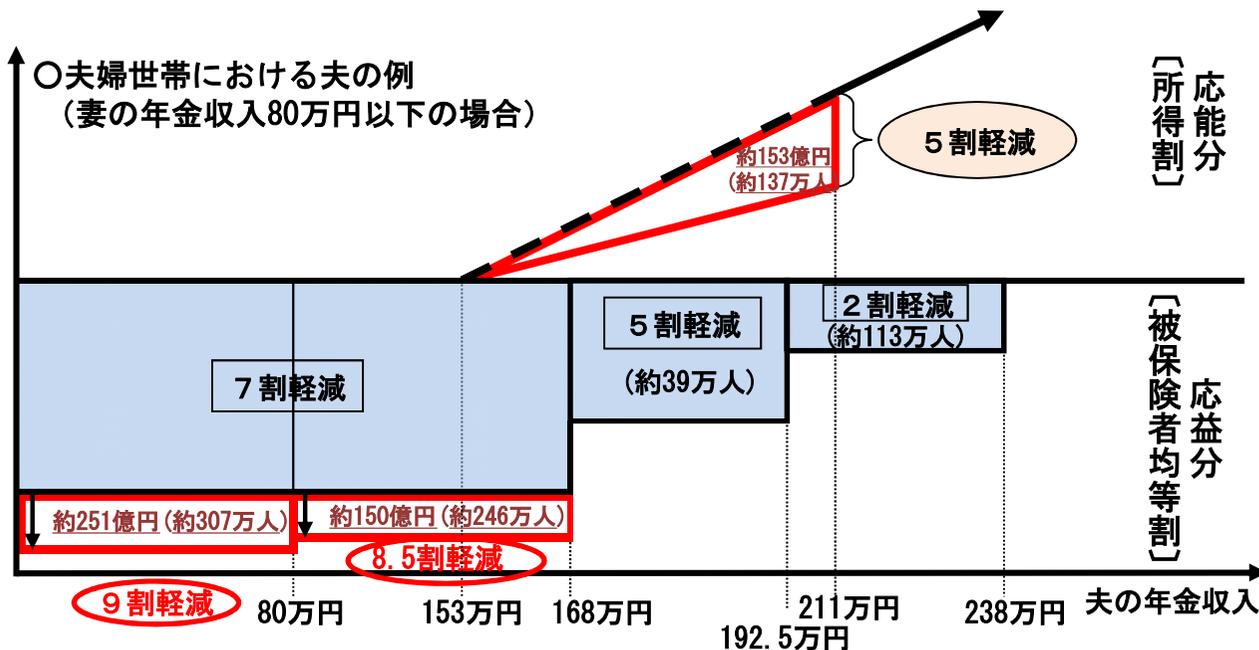


- ※ 平均保険料額について、平成20～23年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査を基に算出、平成24年度は保険料率改定時の見込額。
- ※ 支援金は、平成20～22年度は高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定に係る率及び額を定める告示を、平成23・24年度は予算額を基に算出。
- ※ 支援金保険料相当分は支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～22年度は確定ベース、平成23・24年は予算額を基に算出。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 各年度の()の数值は平成20年度の金額を100としたときの数值。(支援金及び支援金保険料相当分については、満年度化の影響排除のため、平成20年度のコに12/11を乗じたものを100として計算している。)
- ※ 低所得者及び元被扶養者に対して保険料軽減の特例措置が行われている。
低所得者への保険料軽減の特例措置：平成20年度は均等割8.5割軽減及び所得割5割軽減、平成21年度以降は均等割9割・8.5割軽減及び所得割5割軽減
元被扶養者への保険料軽減の特例措置：均等割軽減9割軽減、所得割は賦課せず
- ※ 平成24年度の保険料額は、2年分の1人当たり医療費の伸び、後期高齢者負担率の引上げ、平成22年度の改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等により一定程度の上昇が見込まれたが、23年度末までに生じる剰余金の活用及び財政安定化基金の活用により、約6%の伸びとなった。

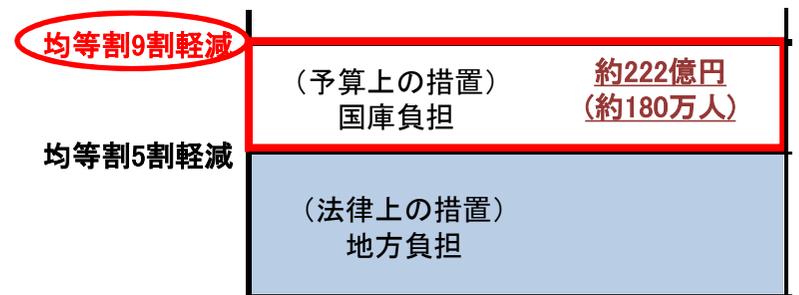
後期高齢者医療制度の保険料軽減について

- 後期高齢者医療制度は、毎年度、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。
- 保険料は、広域連合の条例で定め、①被保険者に等しく賦課する均等割額、②所得に応じて賦課される所得割額を合算して算定する。
- 低所得者対策として、世帯の所得に応じて均等割の7・5・2割の軽減措置、被用者保険の被扶養者であった者の軽減措置(均等割5割軽減、所得割賦課せず、加入から2年間限り)が、制度上設けられている。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、保険料軽減対策として、平成20年度以降毎年度、予算により、
 - ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
 - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、当分の間)の特例措置を実施している。

【低所得者への保険料軽減（平成25年度）】



【元被扶養者への保険料軽減（平成25年度）】



※元被扶養者の軽減は制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減している。

高齢者の保険料負担率の仕組み

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

○ 高齢者医療を支える現役世代からの支援は、「高齢者一人当たり医療費の伸び」に加えて、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」により増加。



現行制度

- 現役世代の負担の上昇を抑えるため、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組み。
- これについて、以下の課題がある。
 - ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)を考慮していないことから、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造。
 - ② 高齢者人口の増加分を、現役世代と高齢者で分かち合っていない。

※ 平成22年法改正により、高齢者の保険料上昇抑制のため、財政安定化基金等を活用できる仕組みとし、高齢者の保険料の伸びは現役世代の支援金の伸びより抑制されている。

○ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分について、負担能力に応じて公平に負担する観点から、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとしてはどうか。(高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ)

→ 高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡する。

後期高齢者負担率の見通し

20年度	22年度	24年度	26年度
10%	10.26%	10.51%	10.78%

(注) 現行制度、2012年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

後期高齢者医療広域連合

1. 概要

- 市町村は、後期高齢者医療に関する事務を処理するため、都道府県ごとにすべての市町村が加入する広域連合を設立する（広域連合は、地方自治法第284条第3項に規定される特別地方公共団体）。
- 広域連合長は、市町村長の間接選挙により選出。1広域連合の平均職員数は約27名（多くは市町村からの派遣）。

2. 広域連合・市町村の事務分担

広域連合

被保険者の認定、保険料率の決定、保険料の賦課、
医療の給付、健診事業 等

市町村

保険料の徴収・納付相談、窓口業務（被保険者証の引渡し、各種申請
の受付、転入や資格喪失等届出の受付） 等

3. 健康づくりや適正化に向けた主な取組

○ 高齢者の健康づくり

- ① 健康診査
- ② 健康教育、健康相談等の保健事業

<主な例>

- 県や市町村等との連携による重症化予防と支援体制づくり
 - ・健診データを分析し市町村と共有。優先的に取り組むべき保健指導対象疾患や対象者を設定。
- 医療・介護の連携による健康課題への対応
 - ・広域連合と県が実行委員会を共同設立。市町村等と連携し、栄養指導、転倒予防指導等を実施。

○ 医療費適正化・効率化（平成24年度）

後発医薬品の使用促進	・後発医薬品カードの配布…47広域連合（←41広域連合（22年度）） ・後発医薬品利用差額通知の送付…34広域連合（←2広域連合（22年度））
適正受診の普及・促進	・医療機関適正受診の啓発（リーフレットの配布等）…44広域連合（←33広域連合（22年度）） ・医療費通知の送付…47広域連合（←43広域連合（22年度）） ・重複・頻回受診者への訪問指導…27広域連合（←17広域連合（22年度））
適正な給付の確保	・介護保険との突合情報を活用したレセプト点検…24広域連合（23年度） ・柔整療養費等に関する状況確認…47広域連合

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）
在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
結果概要（速報）（案）

I. 調査の概要

1. 目的

- ・ 医療機関から在宅への退院調整及び移行状況の変化等の把握
- ・ 在宅医療の実施状況及び各医療機関間・居宅介護支援事業所等の連携状況の把握
- ・ 夜間や緊急時の対応状況の把握
- ・ 患者における在宅医療に関する意識等の把握

2. 調査対象

本調査では、「入院医療機関調査」「在宅医療調査」「患者調査」の3つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

1) 入院医療機関調査

- ・ 全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関の中から無作為抽出した500施設、及び②在宅療養支援病院の中から無作為抽出した500施設の計1,000施設。

2) 在宅医療調査

- ・ ①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）の中から無作為抽出した1,500施設、②在宅療養支援病院500施設（「入院医療機関調査」の対象）、及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない全国の保険医療機関の中から無作為抽出した500施設の計2,500施設。

3) 患者調査

- ・ 上記2)「在宅医療調査」の対象施設のうち、①及び②の対象施設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。

3. 調査方法

- ・ 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。
- ・ 「入院医療機関調査」「在宅医療調査」については、各対象施設の開設者・管理者宛に自記式調査票を郵送配布し、回答調査票は本調査事務局宛の返信用専用封筒にて回収した。
- ・ 「患者調査」については、①退院支援状況、在宅医療の利用状況、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提供施設に対して尋ねる「患者調査（施設記入分）」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（施設記入分）」に施設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。
- ・調査実施期間は、平成24年11月19日～平成25年2月12日とした。

4. 調査項目

区分	主な調査項目
①入院医療機関 調査	<p>○施設概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、標榜診療科、病院種別 ・ 職員数（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、社会福祉士、事務職員等） ・ 病床数、1日平均入院患者数、病床利用率 ・ 訪問診療・訪問看護の実施状況 / 等 <p>○入院診療計画書の活用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテの導入状況 ・ がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準の届出状況 ・ 入院診療計画書の様式、電子化の状況 ・ パス委員会の設置状況、パスの種類、作成者、パスを使用した患者、パスの疾患、パスにおける退院目標・退院基準・退院調整 ・ パスの活用による効果 ・ パスを活用できた事例と活用できなかった事例 / 等 <p>○退院調整の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整部門の有無、体制、業務内容、職員数 ・ 退院困難者の評価・抽出、退院困難者の状態・抽出人数 ・ 退院調整の効果 / 等 <p>○連携医療機関との連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携医療機関等の種類、改定前後の連携施設数、定期的なカンファレンスの開催回数 ・ 連携内容 ・ 在宅患者緊急入院診療加算・リンパ浮腫指導管理料・がん患者カ

	<p>ウンセリング料の算定回数の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合評価加算・地域連携診療計画退院時指導料、介護支援連携指導料、退院時共同指導料 2、退院調整加算 1・2、退院前訪問指導料の算定回数 専門性の高い看護師による訪問看護ステーション等との連携状況、実績がない場合の理由 / 等 <p>○退院困難とされる要因別事例調査</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の状況（性別、年齢、主傷病等） 入院中の状況（入院時期、当初の入院予定期間） 退院調整の状況（スクリーニング合致の有無、退院調整部門の関与の有無、時期、他施設との連携の有無、カンファレンス開催時期・回数・時間・参加メンバー、退院後の所在等） / 等
<p>②在宅医療調査</p>	<p>○施設概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 開設者、標榜診療科、有床・無床、病床数、平均在院日数等 関連施設・事業所等の状況、併設施設の状況（介護老人保健施設、サービス付高齢者向け住宅等） 在宅医療を開始した時期 在支病・在支診、機能強化型の在支病・在支診の届出状況（届出の有無、届出時期、届出をしない理由、届出意向） / 等 <p>○診療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来診療の有無、予約制の有無、外来延べ患者数 訪問診療を実施する時間 職員数・在宅医療の職員数（常勤医師、歯科医師、看護師、准看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、事務職員 等） 通常・夜間・緊急時の往診体制・連絡体制 夜間・緊急時の対応に関する工夫、課題 / 等 <p>○在宅医療の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供先（自宅、特定施設、介護三施設等） サービス付高齢者住宅への在宅医療実施の有無、その設置主体 在宅医療提供日における医師の移動時間、診療時間、カルテ等記載時間の状況 年齢別、疾患別、医療提供別患者数 （改定前後の）往診料（緊急加算、夜間加算、深夜加算）、在宅患者訪問診療料・乳幼児加算・幼児加算、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅患者緊急入院診療加算、在宅がん医療総合診療料、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料等の算定患者数・算定回数の変化

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急の往診回数・看取り回数の改定前後の変化 ・ 自宅以外の場所への在宅医療提供に関する課題 <p>○他医療機関等との連携状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携医療機関や居宅介護支援事業所等の連携数、連携内容、カンファレンスの回数・平均時間・出席者 ・ 連携医療機関へ緊急入院したときの関わり方、緊急入院できなかったケースの有無・対応、連携についての充足感 ・ 入院中の患者に対する退院調整等に関与した実績（在宅医療を提供していた患者、在宅医療を提供していない患者） ・ 退院時共同指導料1、特別管理指導加算の算定患者数、算定回数 ・ 専門医との連携状況 ・ 他の医療機関等との連携による効果、課題 / 等 <p>○特別訪問看護指示書の交付状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 改定前後の特別訪問看護指示書の理由別保険種別交付人数 ・ 介護職員等喀痰吸引等指導料、精神科訪問看護指示料の算定患者数 / 等 <p>○緩和ケア・ターミナルケアの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護老人福祉施設における看取りの状況、看取りを行った患者数 ・ 在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和ケア病棟の医師等との連携の有無、課題等 / 等 <p>○在宅医療に関する今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に関する今後の課題 / 等
<p>③患者調査</p>	<p>【施設記入分：患者属性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、同居家族の有無、居住形態、医療区分 ・ 在宅移行前の入院・入所場所 ・ NICU の入院経験の有無 ・ 機能的自立度評価表（FIM）点数、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度、褥瘡の状態、精神疾患の有無 ・ 障害者手帳などの種類 ・ 患者が受けている医療、病名、発症時期、直近入院日・退院日、往診開始時期、訪問看護利用開始時期 ・ 在宅医療提供中に肺炎、尿路感染症になった経験の有無 / 等 <p>【患者（家族）記入分】</p> <p>○患者属性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、同居家族の有無、居住形態（自宅、サ高住、特定施設、介護施設）、要介護度

	<p>○訪問看護・介護サービスの利用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護等の利用状況 ・ 介護サービスの利用状況 ／等 <p>○退院調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に向けての説明の有無、説明を受けた時期、説明してくれた人、説明してほしい内容や時期の希望 ・ 早期からの退院支援に対する評価 ・ 入院中に訪問診療の医師の紹介の有無、それに対する評価 ／等 <p>○在宅医療の利用状況と満足度、要望等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療の利用を始めた時期、退院からの期間 ・ 訪問診療を担当してくれる医師との関係 ・ 現在の訪問診療の頻度 ・ 夜間や緊急時の連絡方法についての認知、対応とその満足度 ・ 医療機関・訪問看護が連携して夜間・緊急時対応を行うことの評価 ／等 <p>○在宅医療への要望等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院から在宅へ移行する際に不安なこと ・ 在宅医療への要望 ／等
--	--

Ⅱ. 調査の結果

1. 回収結果

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	有効回答数	有効回答率
①入院医療機関調査			
施設数	1,000	189	18.9%
②在宅医療調査			
施設数	2,500	549	22.0%
③患者調査			
患者調査(施設記入分)	—	505	—
患者調査(患者記入分)	—	486	—
うち、両調査が回収でき、回答が一致したもの	—	364	—

2. 入院医療機関調査の結果

【調査対象等】

調査対象：全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料 2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設、及び②在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 500 施設の計 1,000 施設

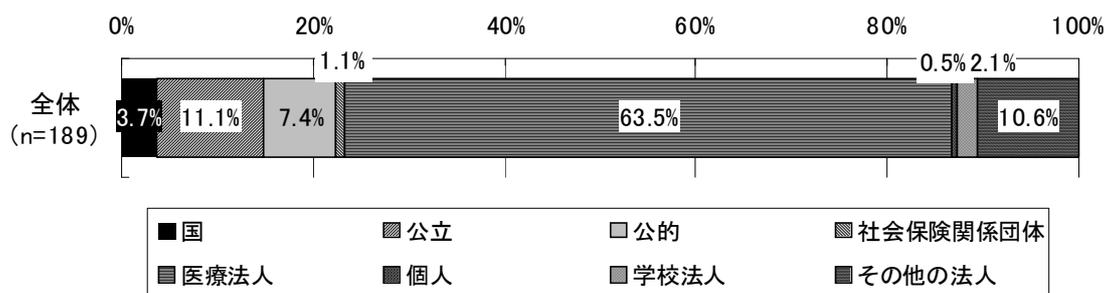
回答数：189 施設

回答者：管理者

(1) 施設の概要

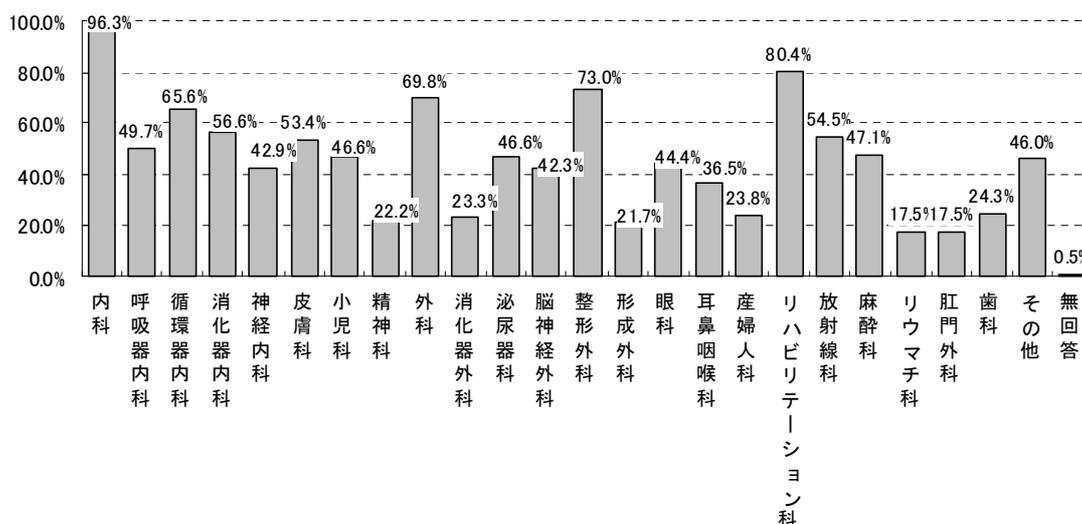
①開設者

図表 2 開設者



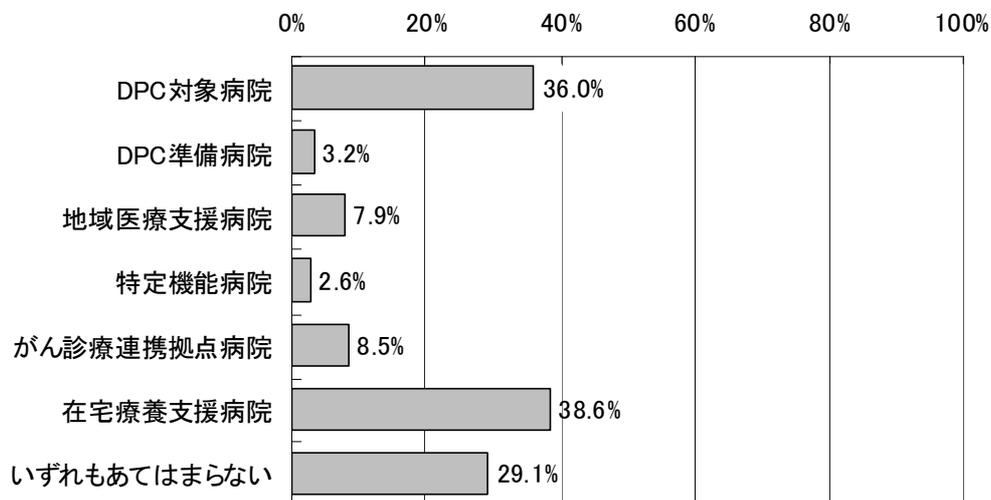
②標榜診療科

図表 3 標榜診療科（複数回答、n=189）



③病院種別

図表 4 病院種別（複数回答、n=189）



④職員数（常勤換算）

図表 5 1施設あたりの職員数（常勤換算、n=184）

（単位：人）

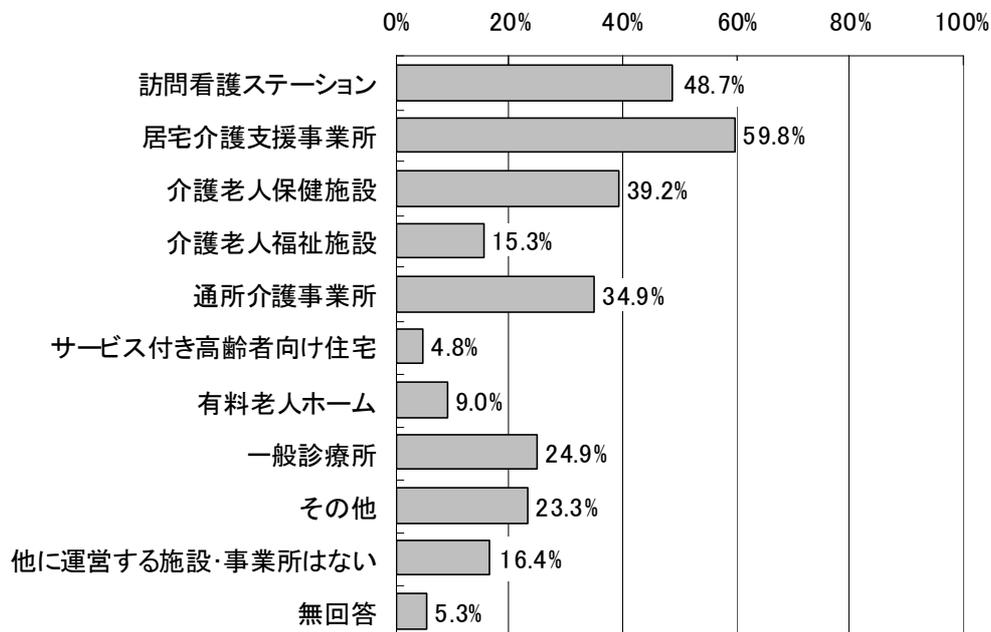
	平均値	標準偏差	中央値
医師	41.5	89.1	12.5
歯科医師	2.0	13.2	0.0
保健師・助産師・看護師	146.1	206.6	57.2
准看護師	16.4	13.0	14.0
薬剤師	8.4	11.0	4.5
理学療法士	12.6	12.3	8.2
作業療法士	6.5	8.7	4.0
言語聴覚士	2.6	4.5	2.0
その他の医療職種	30.0	39.3	15.7
看護補助者	32.2	31.7	25.1
社会福祉士	3.0	8.5	2.0
事務職員	36.1	40.6	23.9
その他の職員	15.2	25.8	9.1
合計	352.7	410.0	202.4

（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）

⑤自法人・関連法人が運営する施設・事業所

図表 6 自法人・関連法人が運営する施設・事業所（複数回答、n=189）



⑥許可病床数

図表 7 1施設あたり許可病床数 (n=189)

	病床数(床)		
	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	171.1	217.1	88.0
療養病棟	29.0	49.1	0.0
回復期リハビリテーション病棟	15.9	30.0	0.0
精神病棟	9.6	70.9	0.0
結核病棟	0.7	4.5	0.0
病院全体	249.5	235.2	169.0

(注)「病院全体」は感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の許可病床数となっているため、表中の一般病棟・療養病棟・回復期リハビリテーション病棟・精神病棟・結核病棟を足し上げた数値とは一致しない。

図表 8 亜急性期入院医療管理料 1・2 算定病床数 (n=104)

	平均値	標準偏差	中央値
亜急性期入院医療管理料 1・2 算定病床数(床)	7.8	11.1	4.0

図表 9 亜急性期入院医療管理料 1・2 算定病床数
(亜急性期入院医療管理料算定病床がある施設、n=54)

	平均値	標準偏差	中央値
亜急性期入院医療管理料 1・2 算定病床数(床)	15.0	11.3	10.0

⑦ 1日平均入院患者数

図表 10 1日平均入院患者数

	回答施設数	1日平均入院患者数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	156	153.4	183.4	80.5
療養病棟	84	58.2	53.7	42.4
回復期リハビリテーション病棟	50	49.4	26.8	41.4
精神病棟	15	98.1	209.1	40.3
結核病棟	8	5.1	9.6	1.4
病院全体	149	203.2	202.1	142.8

(注) 該当病棟がある施設を対象に集計した結果である。したがって、例えば、療養病棟欄の平均値は療養病棟がある施設での1日平均入院患者数を表す。

⑧ 1日平均入院患者数

図表 11 病床利用率

	回答施設数	病床利用率(%)		
		平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	156	80.7	11.2	82.4
療養病棟	85	89.0	15.9	94.7
回復期リハビリテーション病棟	52	86.4	11.6	89.0
精神病棟	15	69.7	23.5	76.6
結核病棟	8	23.2	32.5	9.5
病院全体	146	83.4	12.8	84.8

(注) 該当病棟がある施設を対象に集計した結果である。したがって、例えば、療養病棟欄の平均値は療養病棟がある施設での病床利用率を表す。

⑨ 平均在院日数

1) 平均在院日数の変化

図表 12 平均在院日数の変化

(単位：日)

	回答施設数	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	147	37.5	87.1	17.4	39.8	105.0	17.2
療養病棟	70	334.0	314.9	240.9	340.5	422.8	259.0
回復期リハビリテーション病棟	48	114.1	175.1	77.1	90.0	42.4	81.0
精神病棟	13	131.3	145.3	83.7	121.7	144.6	63.3
結核病棟	5	75.4	45.2	73.7	56.8	38.4	50.3
病院全体	139	80.9	123.0	28.9	76.3	115.0	28.8

(注) ・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった施設のみを対象として集計した。

・平均在院日数の算出式は (在院患者延べ日数) / { (新規入院患者数 + 退院患者数) ÷ 2}。

2) 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の変化

図表 13 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の変化

(単位：日)

	回答 施設数	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準 偏差	中央値	平均値	標準 偏差	中央値
一般病棟	146	31.6	77.3	15.6	33.3	91.0	15.4
療養病棟	72	351.8	397.5	216.3	292.8	286.1	238.7
回復期リハビリテーション病棟	45	103.7	164.1	73.6	81.5	36.6	76.3
精神病棟	11	141.5	155.4	83.6	134.6	154.0	71.3
結核病棟	5	66.0	50.4	48.4	53.1	39.2	29.8
病院全体	138	67.0	107.0	22.4	66.3	105.5	21.1

(注)・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった施設のみを対象として集計した。

- ・入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算出式は（当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延べ日数）／{（当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数）÷2}。

⑩在院期間別人数

1) 一般病棟における在院期間別退院患者数

図表 14 一般病棟における在院期間別退院患者数 (n=127)

在院期間	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	135.6	44.1%	137.8	44.8%
8～14 日以内	72.5	23.6%	71.2	23.1%
15～30 日以内	57.6	18.8%	56.7	18.4%
31～90 日以内	34.7	11.3%	35.4	11.5%
91～120 日以内	3.9	1.3%	3.4	1.1%
121 日以上	2.9	1.0%	3.2	1.0%
退院患者数合計	307.3	100.0%	307.7	100.0%

(注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。

- ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

2) 療養病棟における在院期間別退院患者数

図表 15 療養病棟における在院期間別退院患者数 (n=68)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	1.0	7.7%	0.9	6.0%
8～14 日以内	1.1	8.6%	1.0	6.8%
15～30 日以内	1.5	11.4%	2.2	15.3%
31～90 日以内	4.1	31.2%	5.2	36.3%
91～120 日以内	1.6	12.1%	1.3	8.8%
121 日以上	3.8	29.0%	3.9	26.8%
退院患者数合計	13.1	100.0%	14.4	100.0%

- (注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

3) 精神病棟における在院期間別退院患者数

図表 16 精神病棟における在院期間別退院患者数 (n=12)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	2.2	8.8%	2.2	9.3%
8～14 日以内	1.4	5.8%	1.8	7.9%
15～30 日以内	5.3	21.4%	5.3	22.9%
31～90 日以内	9.8	40.1%	9.4	40.4%
91～120 日以内	2.3	9.2%	1.7	7.1%
121 日以上	3.6	14.6%	2.9	12.5%
退院患者数合計	24.5	100.0%	23.3	100.0%

- (注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

4) 結核病棟における在院期間別退院患者数

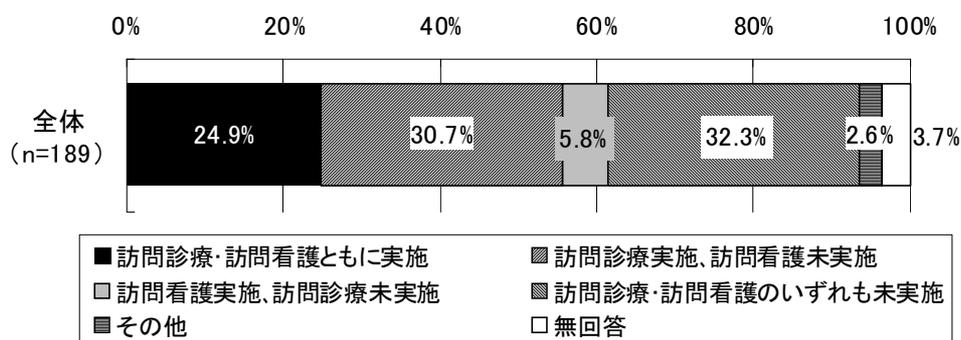
図表 17 結核病棟における在院期間別退院患者数 (n=7)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	0.9	33.3%	1.0	38.9%
8～14 日以内	0.0	0.0%	0.3	11.1%
15～30 日以内	0.3	11.1%	0.3	11.1%
31～90 日以内	0.4	16.7%	1.0	38.9%
91～120 日以内	0.9	33.3%	0.0	0.0%
121 日以上	0.1	5.6%	0.0	0.0%
退院患者数合計	2.6	100.0%	2.6	100.0%

(注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

⑪訪問診療・訪問看護の実施状況

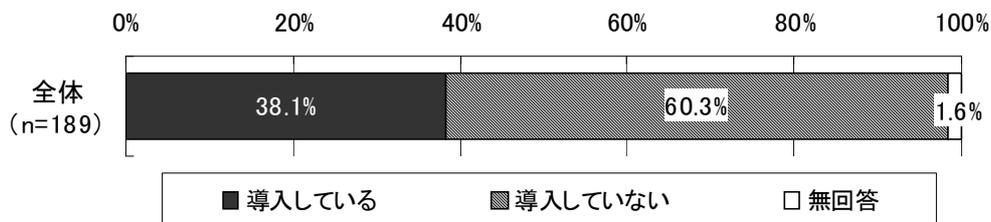
図表 18 訪問診療・訪問看護の実施状況



(2) パス（入院診療計画書）の活用状況等

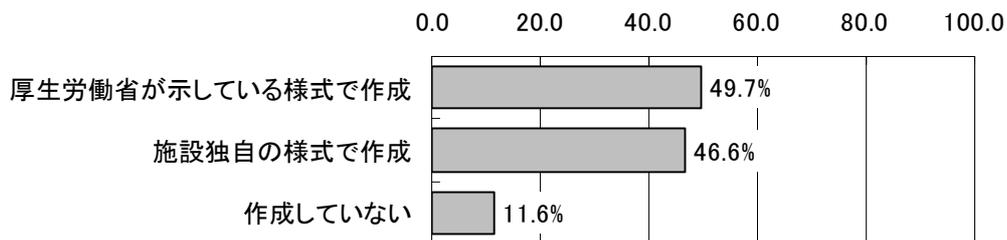
①電子カルテの導入状況

図表 19 電子カルテの導入状況



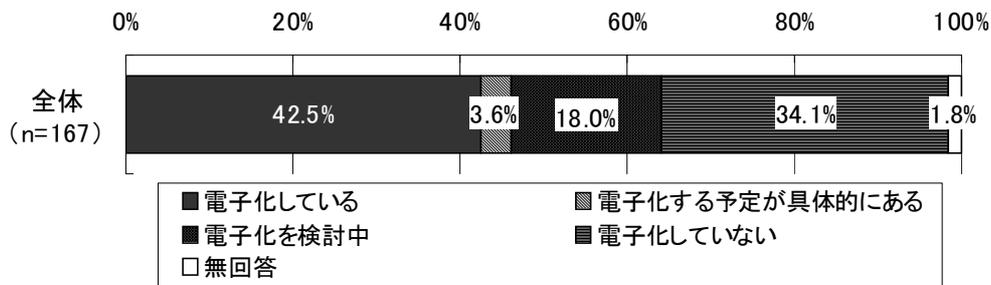
②パス（入院診療計画書）の様式

図表 20 パス（入院診療計画書）の様式（複数回答、n=189）

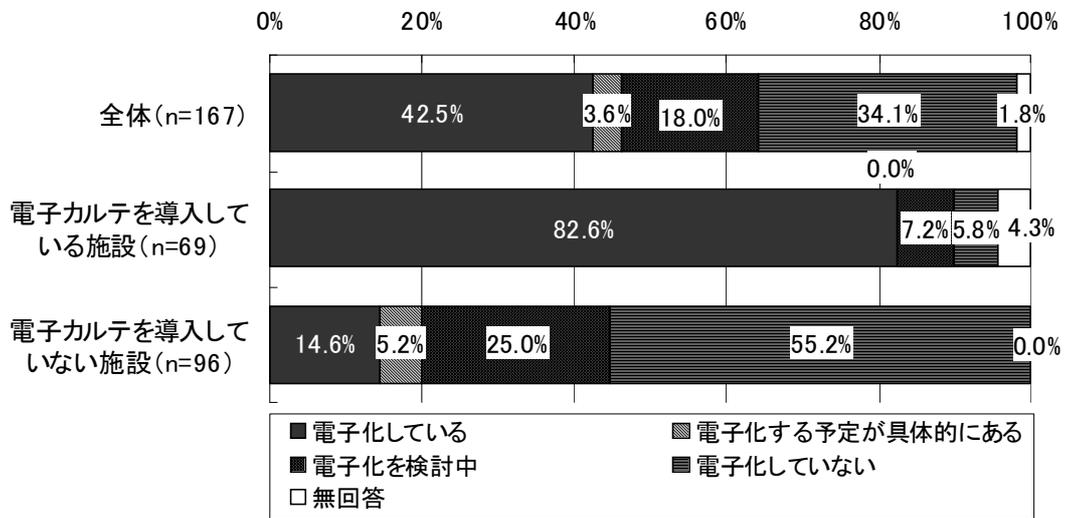


③パス（入院診療計画書）の電子化の状況

図表 21 パス（入院診療計画書）の電子化の状況（パスを導入している施設）

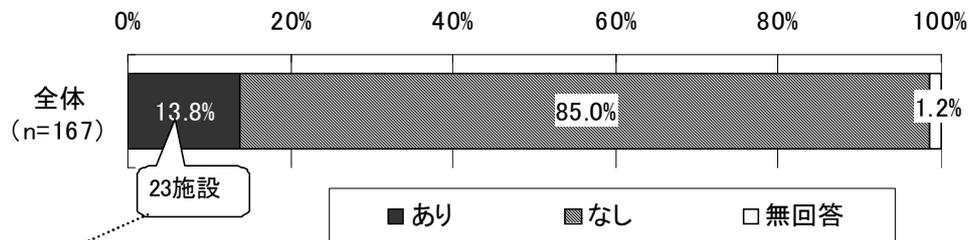


図表 22 パス（入院診療計画書）の電子化の状況
（電子カルテ導入状況別、パスを導入している施設）



④がん治療連携計画策定料の施設基準の届出状況

図表 23 がん治療連携計画策定料の施設基準の届出の有無（パスを導入している施設）

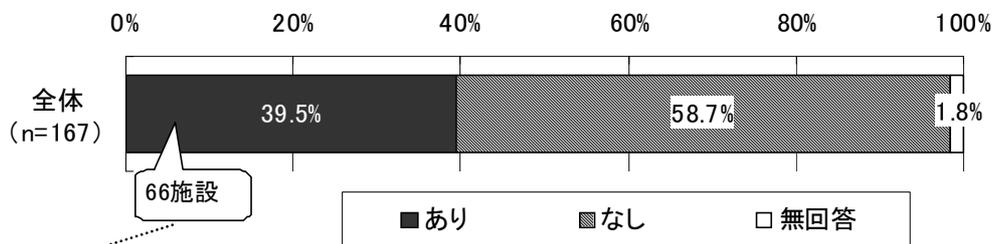


図表 24 がん治療連携計画策定料の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	11	47.8%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	9	39.1%
平成 24 年 4 月～	1	4.3%
無回答	2	8.7%
全体	23	100.0%

⑤がん治療連携指導料の施設基準の届出状況

図表 25 がん治療連携指導料の施設基準の届出の有無（パスを導入している施設）

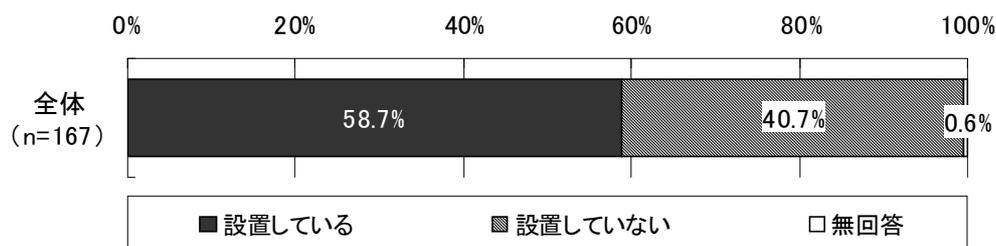


図表 26 がん治療連携指導料の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	21	31.8%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	24	36.4%
平成 24 年 4 月～	9	13.6%
無回答	12	18.2%
全体	66	100.0%

⑥パス委員会の設置状況

図表 27 院内におけるパス委員会の設置状況（パスを導入している施設）



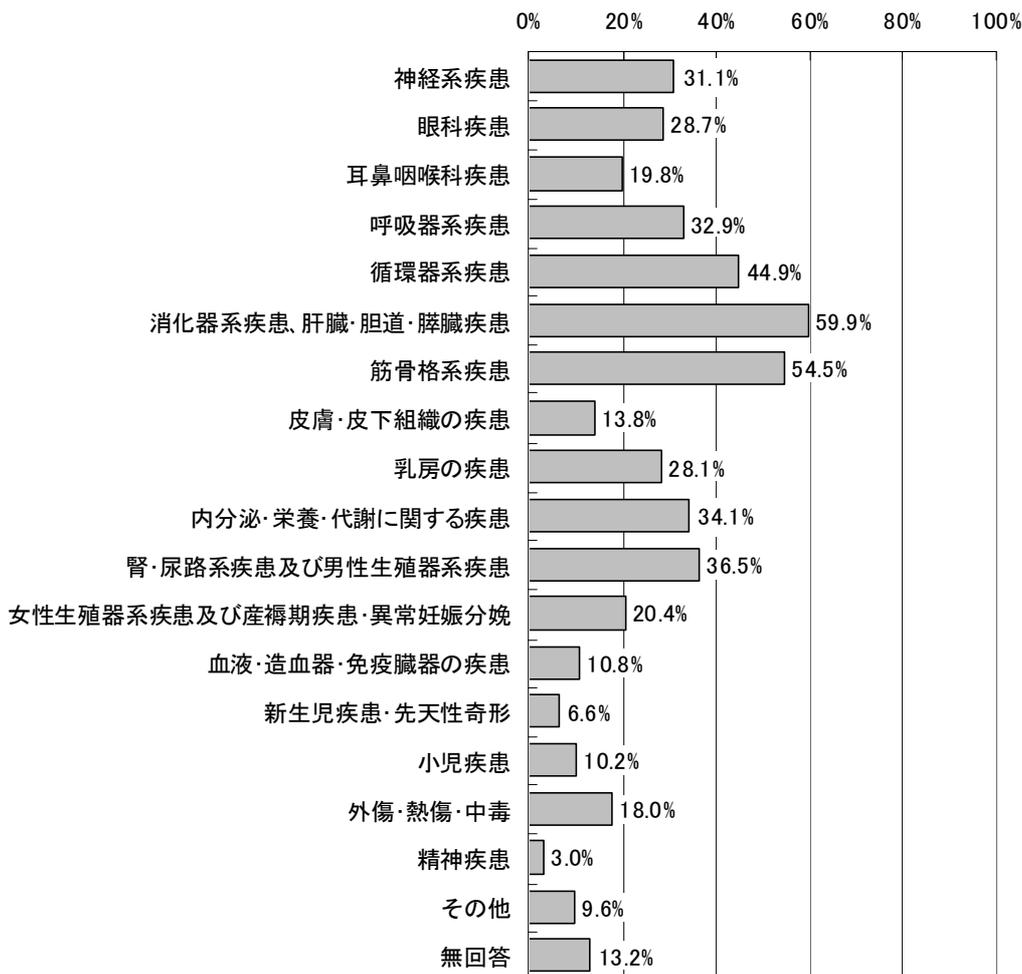
⑦導入しているパスの種類

1) 疾患別

図表 28 導入しているパスの疾患別（MDC 分類）種類
（パスを導入している施設）

	件数	割合
0 種類	14	8.4%
1 種類	14	8.4%
2 種類	13	7.8%
3 種類	15	9.0%
4 種類	7	4.2%
5～9 種類	11	6.6%
10～19 種類	19	11.4%
20 種類以上	19	11.4%
無回答	55	32.9%
全体	167	100.0%

図表 29 導入しているパスの疾患別（MDC 分類）種類の内容
（パスを導入している施設、複数回答、n=167）



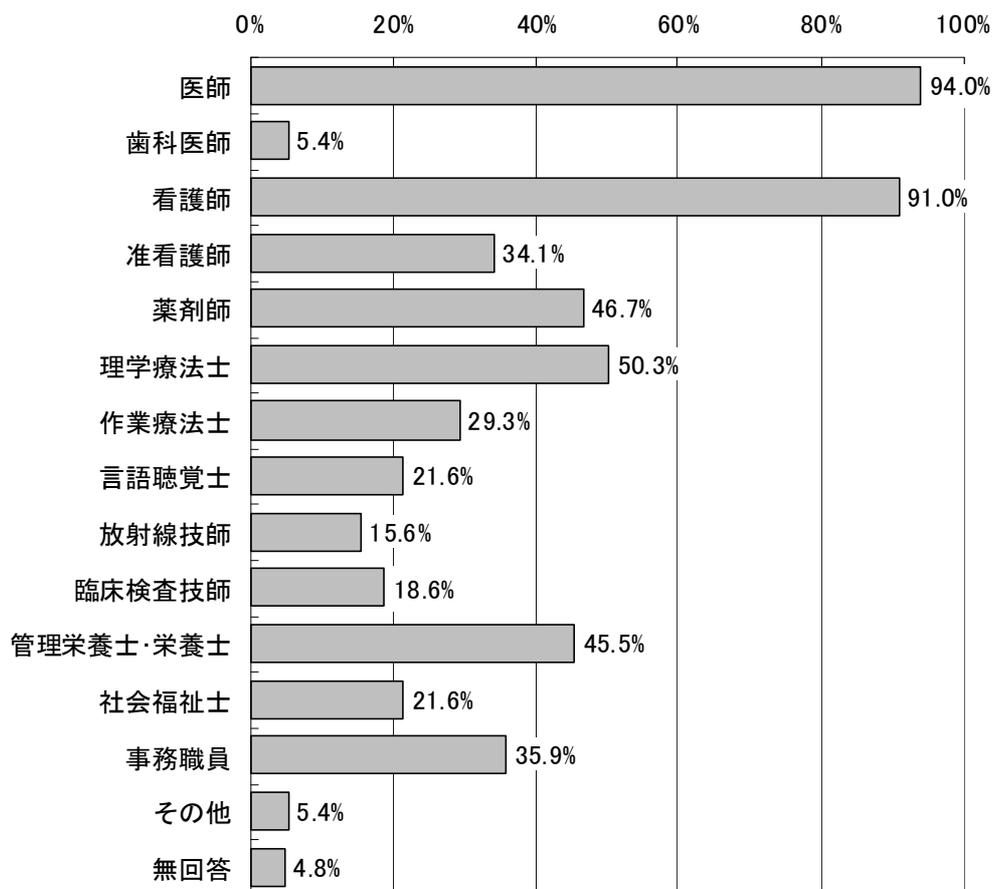
2) 術式

図表 30 導入しているパスの術式別種類（パスを導入している施設）

	件数	割合
0種類	20	12.0%
1～9種類	31	18.6%
10～19種類	10	6.0%
20～49種類	21	12.6%
50種類以上	22	13.2%
無回答	63	37.7%
全体	167	100.0%

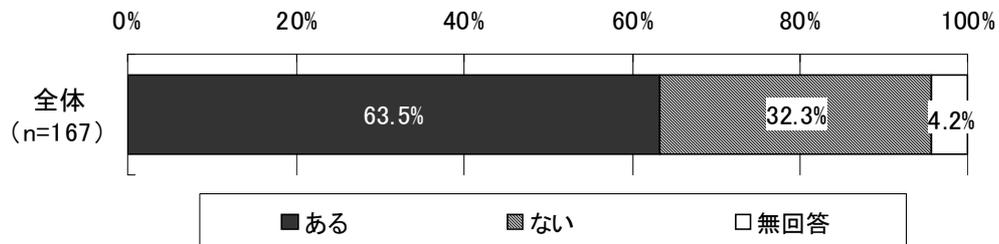
⑧パス（入院診療計画書）作成に携わる人

図表 31 パス（入院診療計画書）作成に携わる人
（パスを導入している施設、複数回答、n=167）



⑨パス（入院診療計画書）における退院目標・退院基準・退院調整項目の有無

図表 32 パス（入院診療計画書）における退院目標・退院基準・退院調整項目の有無
（パスを導入している施設）



⑩パス（入院診療計画書）を使用した患者数

図表 33 1施設当たりのパスを使用した患者数
（パスを導入している施設、n=95）

	平均値	標準偏差	中央値
①パスを使用した全患者数(人)	110.8	186.0	40.0
②計画通りではなかった患者数(人)	11.3	25.3	2.0
②/①	10.2%		5.0%

(注) ①及び②についていずれも回答のあった95施設を対象に集計した。

図表 34 平成24年9月にパスを使用した患者における、計画通りではなかった患者の割合別施設数（パスを導入している施設）

	施設数	割合
0%	34	20.4%
～10%以下	29	17.4%
～20%以下	11	6.6%
～30%以下	8	4.8%
～40%以下	2	1.2%
～50%以下	6	3.6%
50%超	5	3.0%
無回答	72	43.1%
全体	167	100.0%

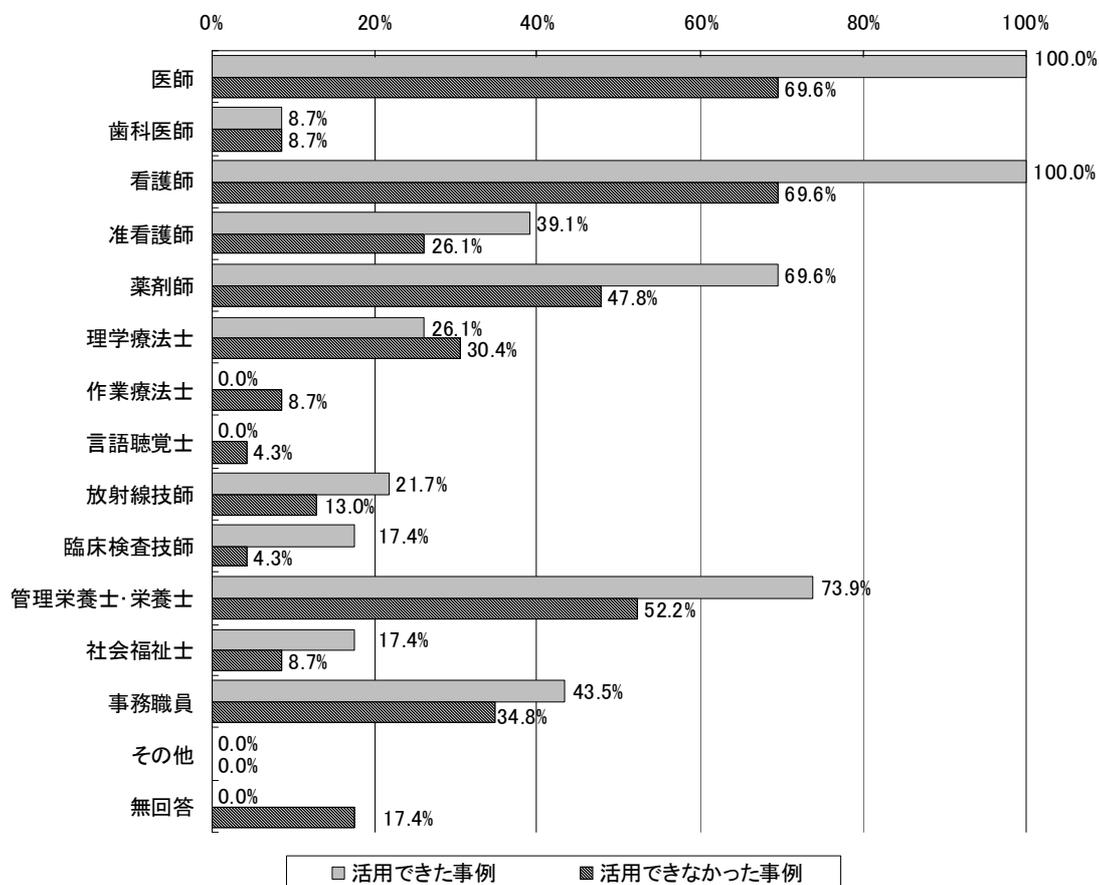
⑪パスの活用事例

図表 35 対象とした疾患（パスを導入している施設）

	施設数	割合
神経系疾患	10	6.0%
眼科疾患	1	0.6%
耳鼻咽喉科疾患	0	0.0%
呼吸器系疾患	0	0.0%
循環器系疾患	4	2.4%
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	23	13.8%
筋骨格系疾患	21	12.6%
皮膚・皮下組織の疾患	1	0.6%
乳房の疾患	1	0.6%
内分泌・栄養・代謝に関する疾患	7	4.2%
腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	4	2.4%
女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	2	1.2%
血液・造血器・免疫臓器の疾患	1	0.6%
新生児疾患・先天性奇形	0	0.0%
小児疾患	0	0.0%
外傷・熱傷・中毒	4	2.4%
精神疾患	0	0.0%
その他	1	0.6%
無回答	87	52.1%
全体	167	100.0

1) 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例

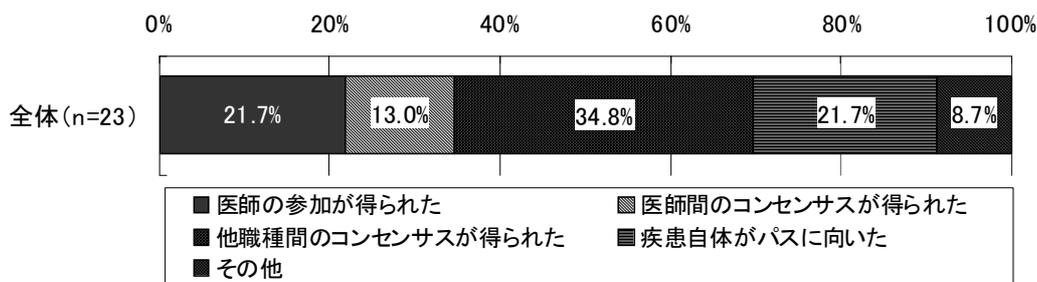
図表 36 連携した職種（消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、n=23）



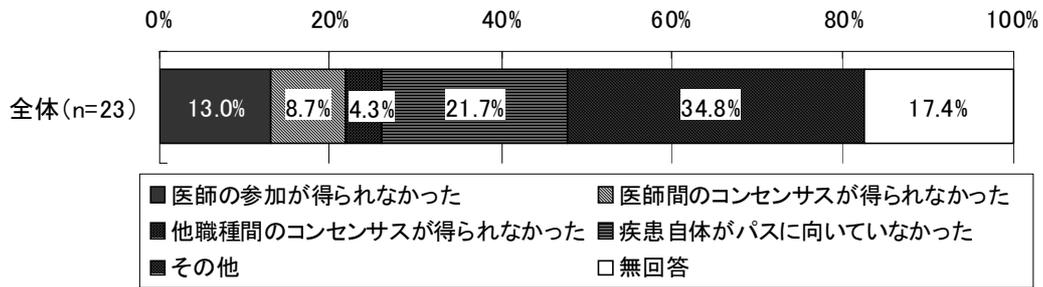
図表 37 在院日数とその間のカンファレンス（消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、n=23）

	パスを活用できた事例			パスを活用できなかった事例		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
在院日数(日)	8.5	4.1	8.0	18.4	13.8	14.0
カンファレンス回数(回)	2.8	3.5	1.0	2.4	2.7	1.0

図表 38 パスを活用できた最大の理由（消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患）

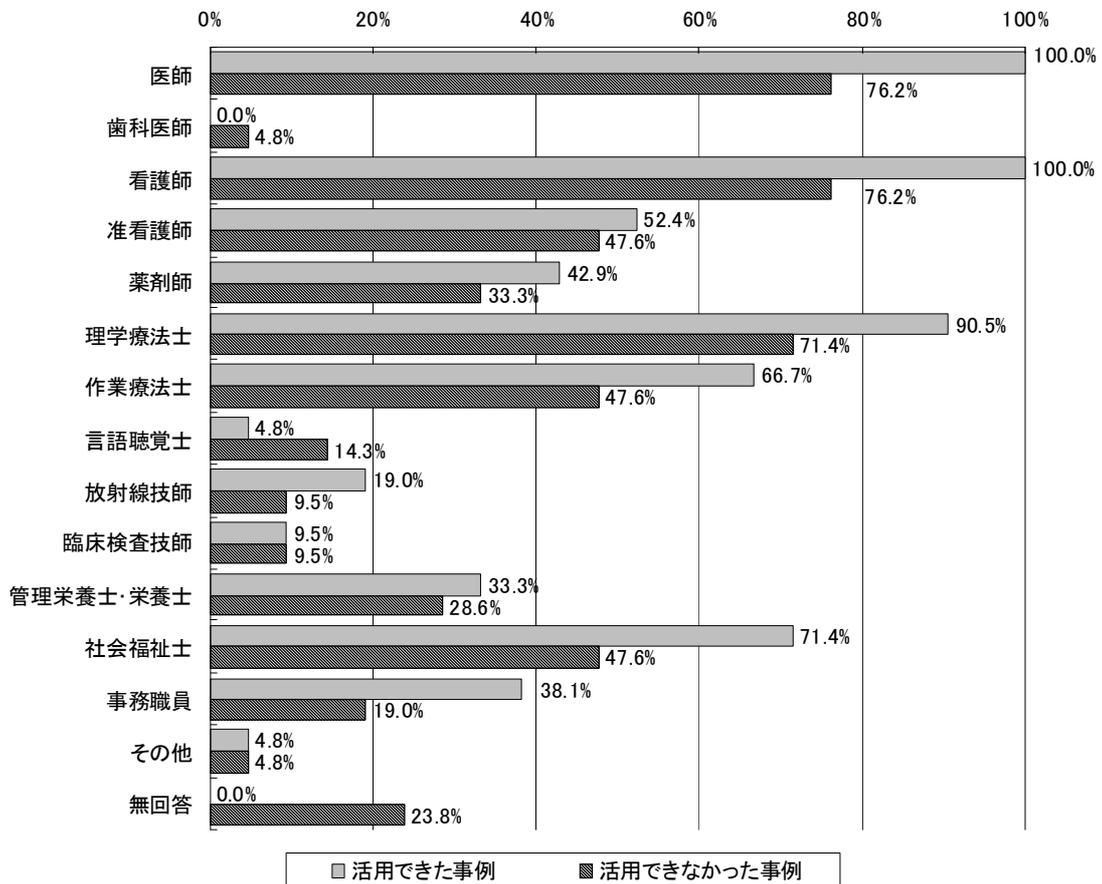


図表 39 パスを活用できなかった最大の理由（消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患）



2) 筋骨格系疾患

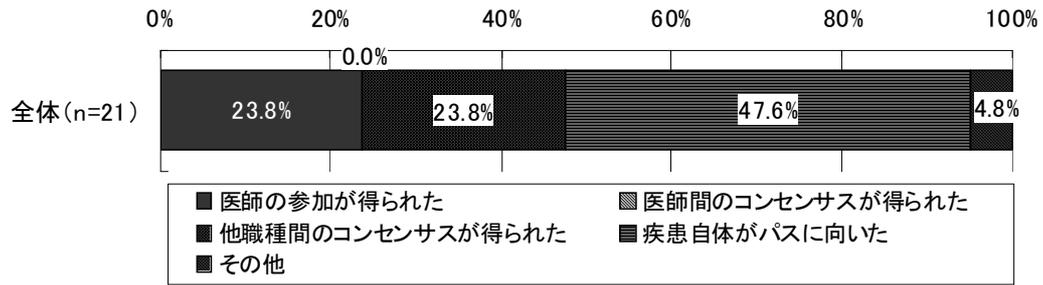
図表 40 連携した職種（筋骨格系疾患、n=21）



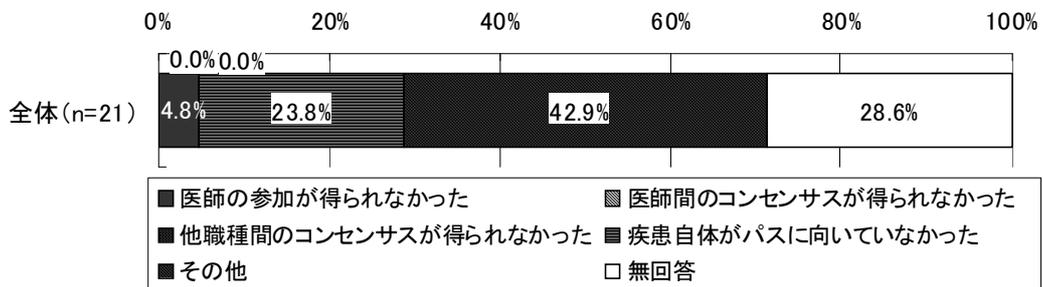
図表 41 在院日数とその間のカンファレンス（筋骨格系疾患、n=21）

	パスを活用できた事例			パスを活用できなかった事例		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
在院日数(日)	39.6	23.4	28.0	48.3	32.3	41.0
カンファレンス回数(回)	2.8	1.6	2.0	3.8	3.6	3.0

図表 42 パスを活用できた最大の理由（筋骨格系疾患）

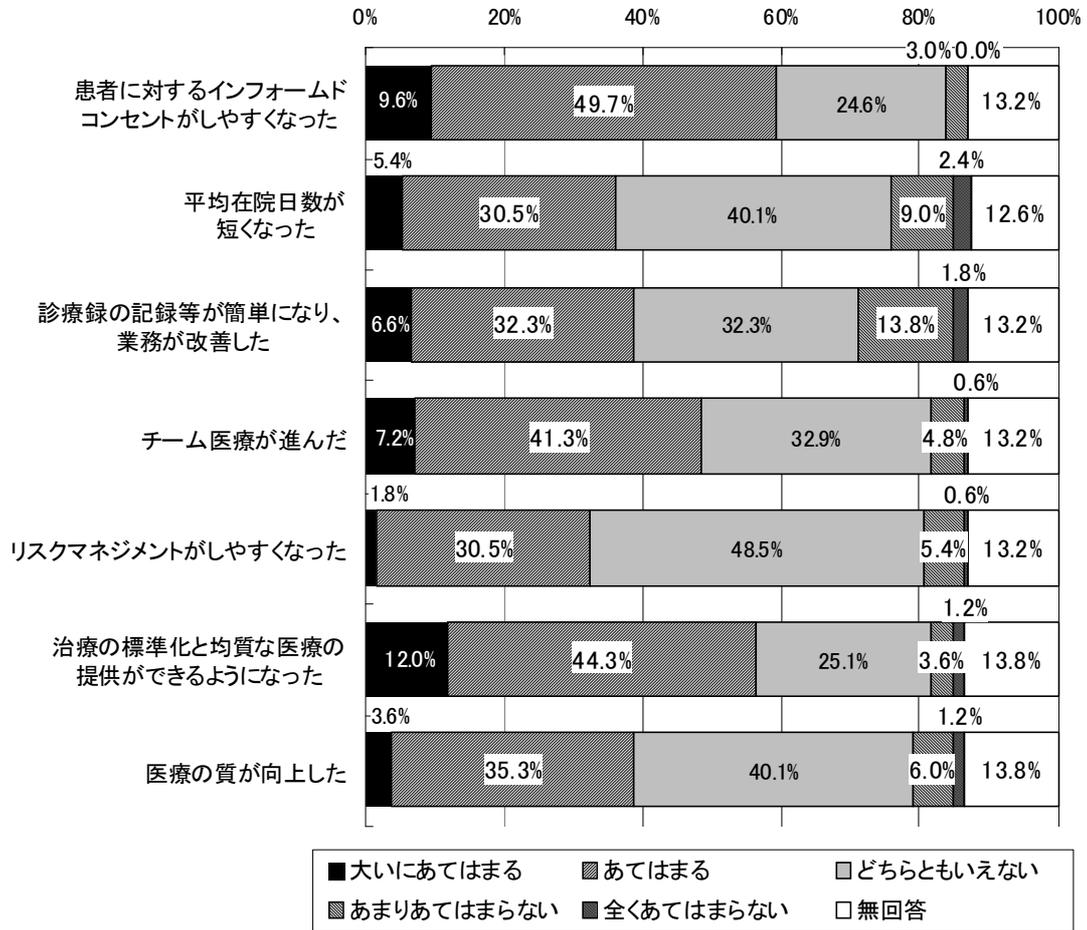


図表 43 パスを活用できなかった最大の理由（筋骨格系疾患）



⑫パスの活用による効果

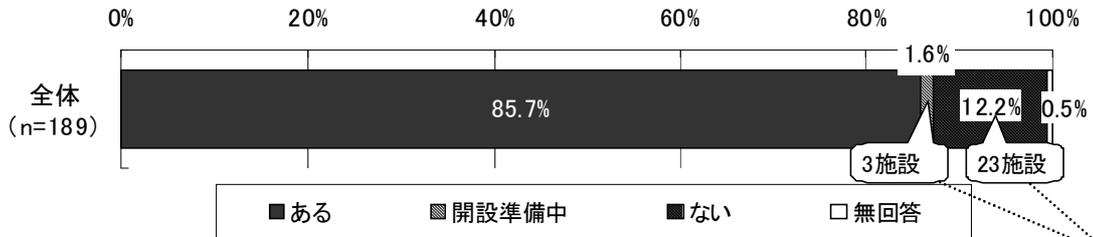
図表 44 パスの活用による効果（パスを導入している施設、n=167）



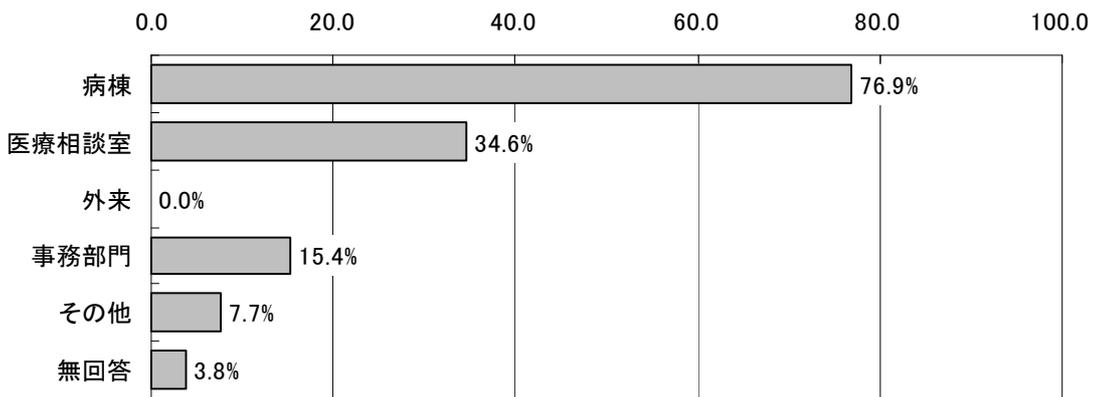
(3) 退院調整の実施状況等

①退院調整部門の有無

図表 45 退院調整部門の有無

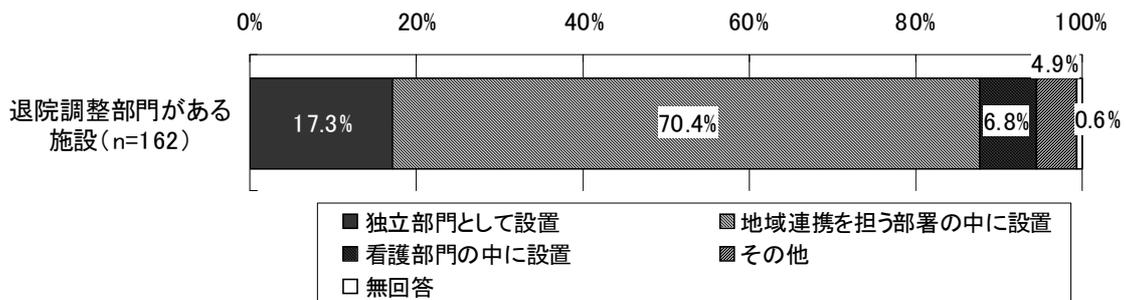


図表 46 退院調整機能を担っている部門（退院調整部門がない施設、複数回答、n=26）



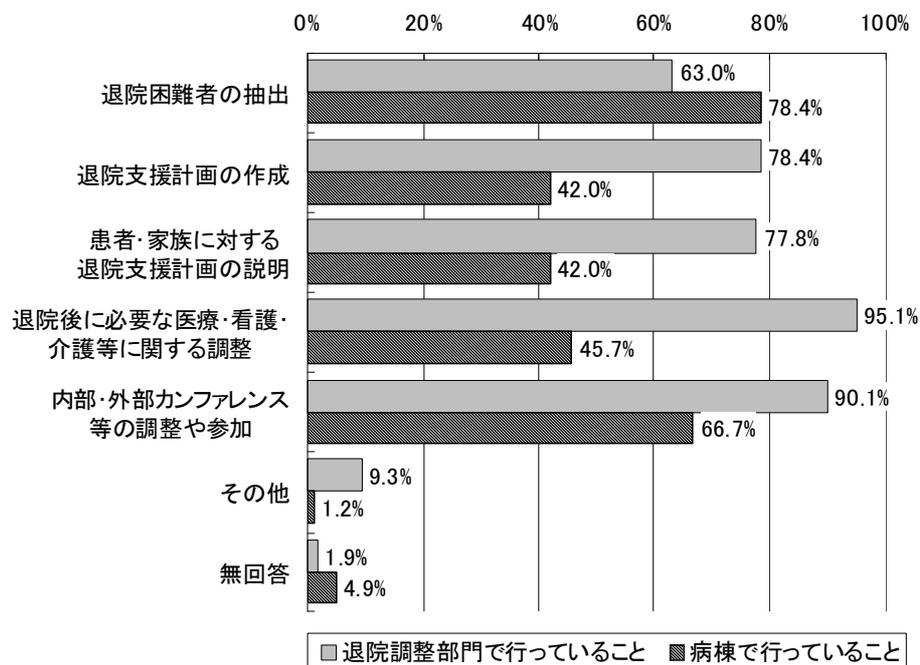
②退院調整部門の設置場所

図表 47 退院調整部門の設置場所（退院調整部門がある施設）



③退院調整部門の業務内容

図表 48 退院調整部門の業務内容（退院調整部門がある施設、複数回答、n=162）



④退院調整部門の体制

図表 49 退院調整部門の体制（1施設あたりの人数、n=152）

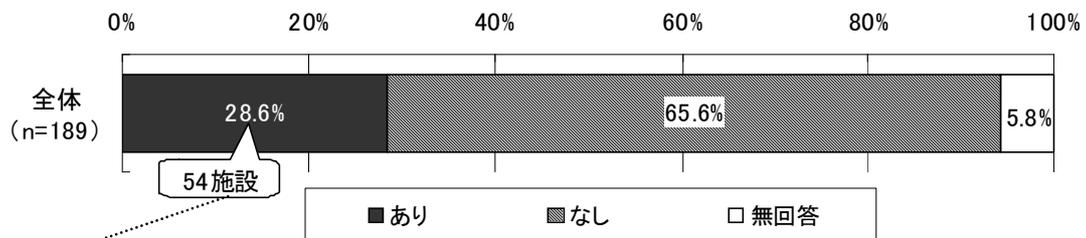
		平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
専従	医師	0.06	0.40	0.00	0.06	0.40	0.00
	保健師・助産師・看護師	0.41	0.87	0.00	0.49	1.01	0.00
	准看護師	0.01	0.08	0.00	0.01	0.11	0.00
	社会福祉士	1.12	1.42	1.00	1.24	1.55	1.00
	事務職員	0.10	0.46	0.00	0.12	0.53	0.00
	その他	0.16	0.52	0.00	0.17	0.52	0.00
	専従合計	1.86	2.23	1.00	2.09	2.49	1.00
専任	医師	0.16	0.53	0.00	0.16	0.55	0.00
	保健師・助産師・看護師	0.65	0.86	0.00	0.83	1.03	1.00
	准看護師	0.03	0.18	0.00	0.03	0.18	0.00
	社会福祉士	0.82	1.43	0.00	0.86	1.53	0.00
	事務職員	0.22	0.82	0.00	0.25	0.90	0.00
	その他	0.10	0.44	0.00	0.08	0.40	0.00
	専任合計	1.98	2.21	1.00	2.21	2.44	1.00

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の専従・専任の人数について記載のあった 152 施設を集計対象とした。

⑤各診療報酬項目に関する状況等

1) 総合評価加算

図表 50 総合評価加算の施設基準の届出状況



図表 51 総合評価加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	15	27.8%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	2	3.7%
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	10	18.5%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	4	7.4%
平成 24 年 4 月～	22	40.7%
無回答	1	1.9%
全体	54	100.0%

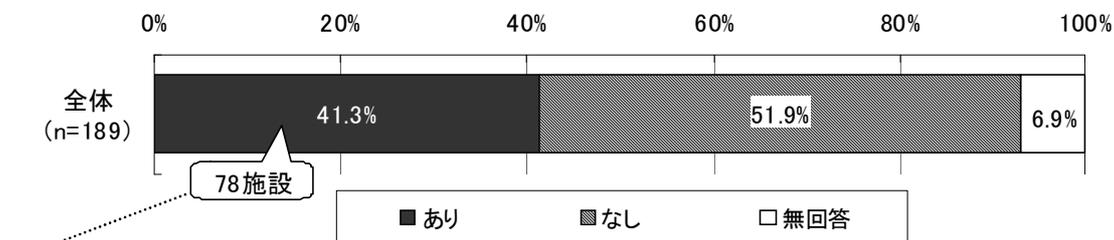
図表 52 総合評価加算の算定回数

(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	52.9	54.9
標準偏差	110.8	113.4
中央値	11.0	13.0

2) 地域連携診療計画退院時指導料

図表 53 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の届出状況



図表 54 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	8	10.3%
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	28	35.9%
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	36	46.2%
平成 24 年 4 月～	4	5.1%
無回答	2	2.6%
全体	78	100.0%

図表 55 地域連携診療計画退院時指導料の算定回数

(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	1.5	1.9
標準偏差	2.5	3.1
中央値	0.0	0.0

3) 介護支援連携指導料

図表 56 介護支援連携指導料の算定回数 (n=155)

(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	6.8	6.0
標準偏差	15.3	9.9
中央値	1.0	2.0

図表 57 介護支援連携指導料の算定回数分布

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	施設数	割合	施設数	割合
0 回	68	36.0%	55	29.1%
～10 回未満	52	27.5%	68	36.0%
～20 回未満	24	12.7%	19	10.1%
～30 回未満	5	2.6%	5	2.6%
30 回以上	6	3.2%	8	4.2%
無回答	34	18.0%	34	18.0%
全体	189	100.0%	189	100.0%

4) 退院時共同指導料 2 等

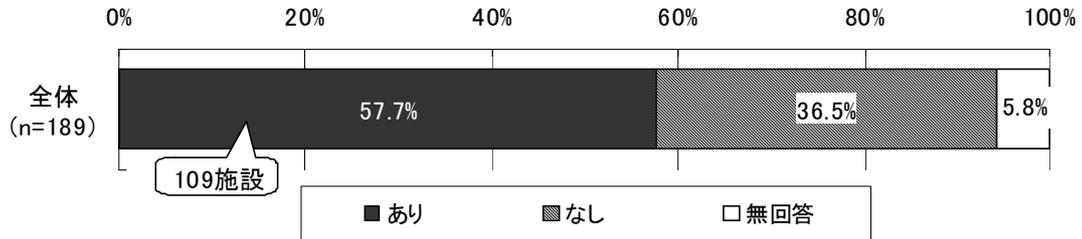
図表 58 退院時共同指導料 2 等の算定回数

(単位：回)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 退院時共同指導料 2 (n=143)	平均値	0.33	0.59
	標準偏差	1.18	2.37
	中央値	0.00	0.00
2) 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) (n=116)	平均値	0.16	0.31
	標準偏差	0.85	2.08
	中央値	0.00	0.00
3) 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、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれ 3 者以上と共同して指導を行った場合 (2000 点) (n=117)	平均値	0.16	0.15
	標準偏差	0.60	0.50
	中央値	0.00	0.00
4) 上記 3) のうちケアマネジャーと連携した回数 (n=106)	平均値	0.23	0.42
	標準偏差	0.72	2.03
	中央値	0.00	0.00

5) 退院調整加算 1

図表 59 退院調整加算 1 の施設基準の届出状況



図表 60 退院調整加算 1 の施設基準の届出時期

	施設数	割合
4月	69	63.3%
5月	0	0.0%
6月	3	2.8%
7月	1	0.9%
8月	1	0.9%
9月	26	23.9%
10月	3	2.8%
無回答	6	5.5%
全体	109	100.0%

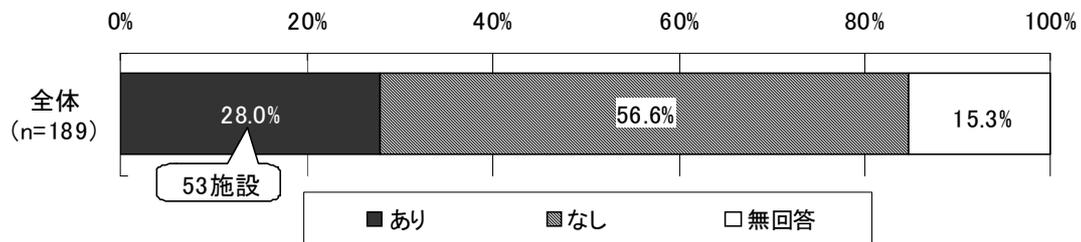
図表 61 退院調整加算 1 等の算定回数 (平成 24 年 9 月 1 か月、n=103)

(単位：回)

	平均値	標準偏差	中央値
退院調整加算 1 の算定回数	21.31	28.45	14.00
うち、地域連携計画加算を算定した回数	0.48	1.91	0.00

6) 退院調整加算 2

図表 62 退院調整加算 2 の施設基準の届出状況



図表 63 退院調整加算 2 の施設基準の届出時期

	施設数	割合
4月	40	75.5%
5月	0	0.0%
6月	1	1.9%
7月	0	0.0%
8月	1	1.9%
9月	8	15.1%
10月	1	1.9%
無回答	2	3.8%
合計	53	100.0%

図表 64 退院調整加算 2 の算定回数

(単位：回)

	平均値	標準偏差	中央値
退院調整加算 2 の算定回数	4.04	7.13	1.50
うち、地域連携計画加算を算定した回数	0.89	5.07	0.00

7) 退院前訪問指導料

図表 65 退院前訪問指導料の算定回数

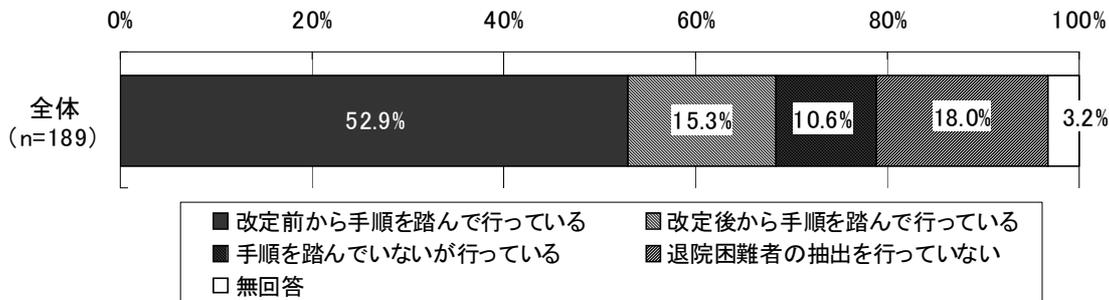
(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	0.8	0.8
標準偏差	3.0	1.9
中央値	0.0	0.0

⑥退院困難者の抽出

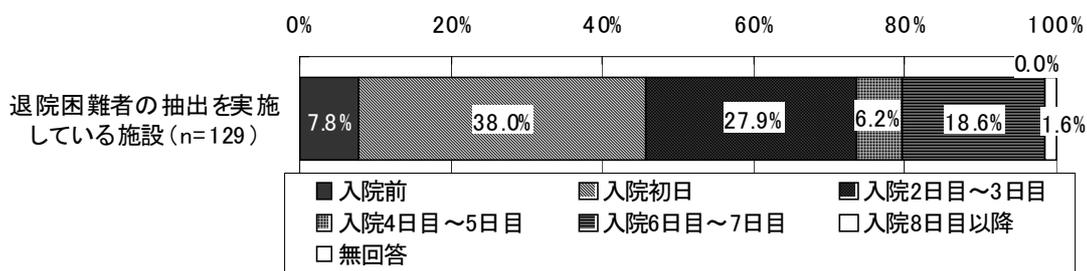
1) 退院困難者の抽出状況

図表 66 退院困難者の抽出状況



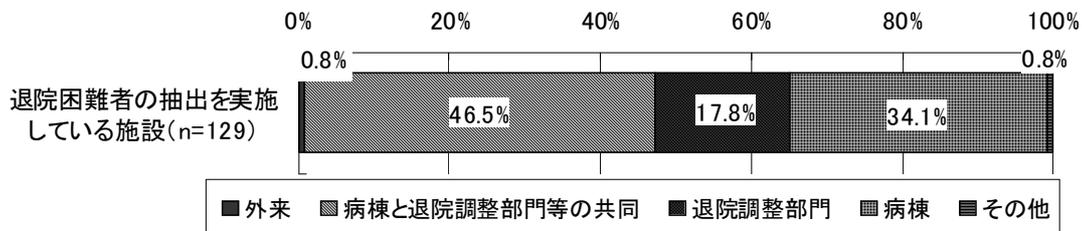
2) 退院困難者の抽出のタイミング

図表 67 退院困難者の抽出のタイミング（退院困難者の抽出を実施している施設）



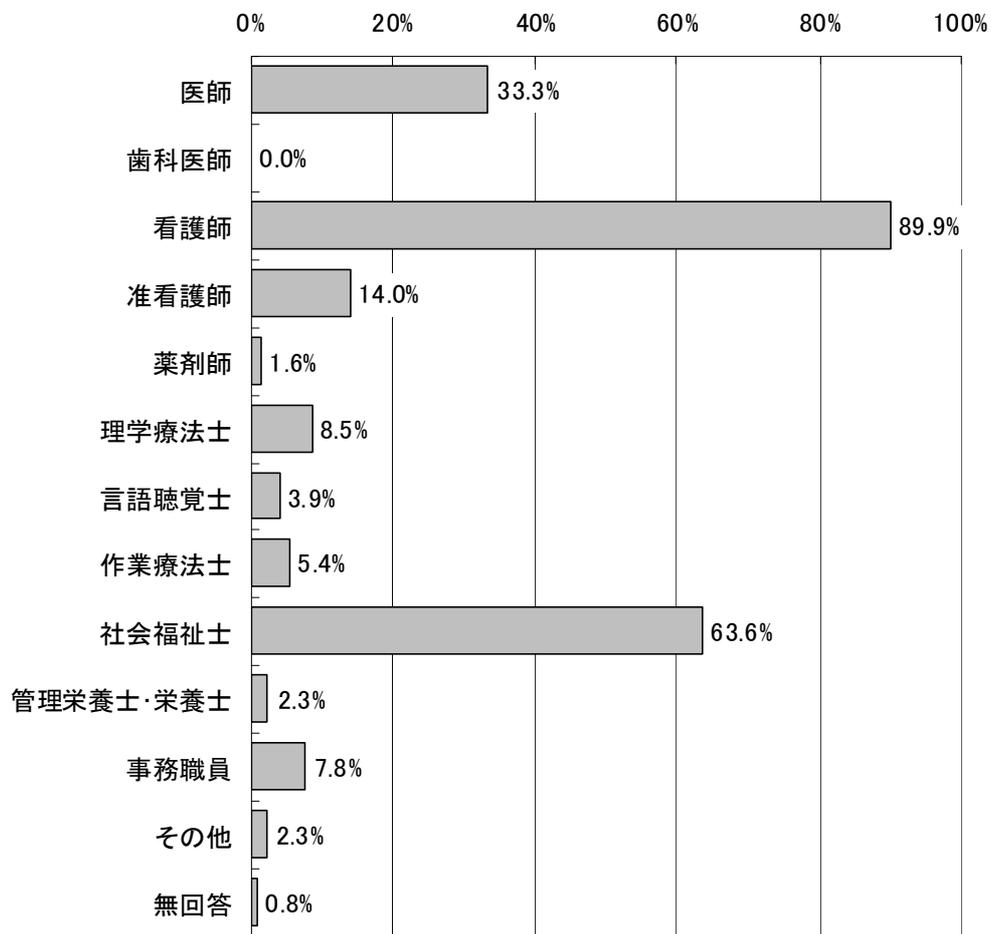
3) 退院困難者の抽出実施部門

図表 68 退院困難者の抽出実施部門



4) 退院困難者の抽出実施者

図表 69 退院困難者の抽出実施者（複数回答、n=129）



⑦退院困難者の患者数

図表 70 平成 24 年 9 月 1 か月間における退院困難者等 (n=112)

(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
1) 平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数	324.2	932.0	127.0
2) 抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	74.8	176.7	35.5
一定の手順を踏んで抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	49.1	112.6	26.0
3) 悪性腫瘍、認知症・誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者数【症例 A】	17.4	31.8	9.5
4) 緊急入院の患者数	35.9	90.9	10.0
5) 介護保険が未申請の患者数	27.6	116.3	4.5
6) 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者数	29.5	74.9	12.0
7) 排泄に介護を要する患者数	23.3	32.9	12.5
8) 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない患者数	17.6	39.8	7.0
9) 退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む)が必要な患者数【症例 B】	7.5	9.8	3.0
10) 入退院を繰り返している患者数【症例 C】	10.5	39.6	3.0
11) 上記 3)～10)以外で、患者の状況から判断して 3)～10)に準ずると認められる患者数	5.1	12.4	0.0

(注) 3)～10) は重複する場合があるため、合計は 1) と一致しない。

⑧転帰別患者数

図表 71 転帰別患者数

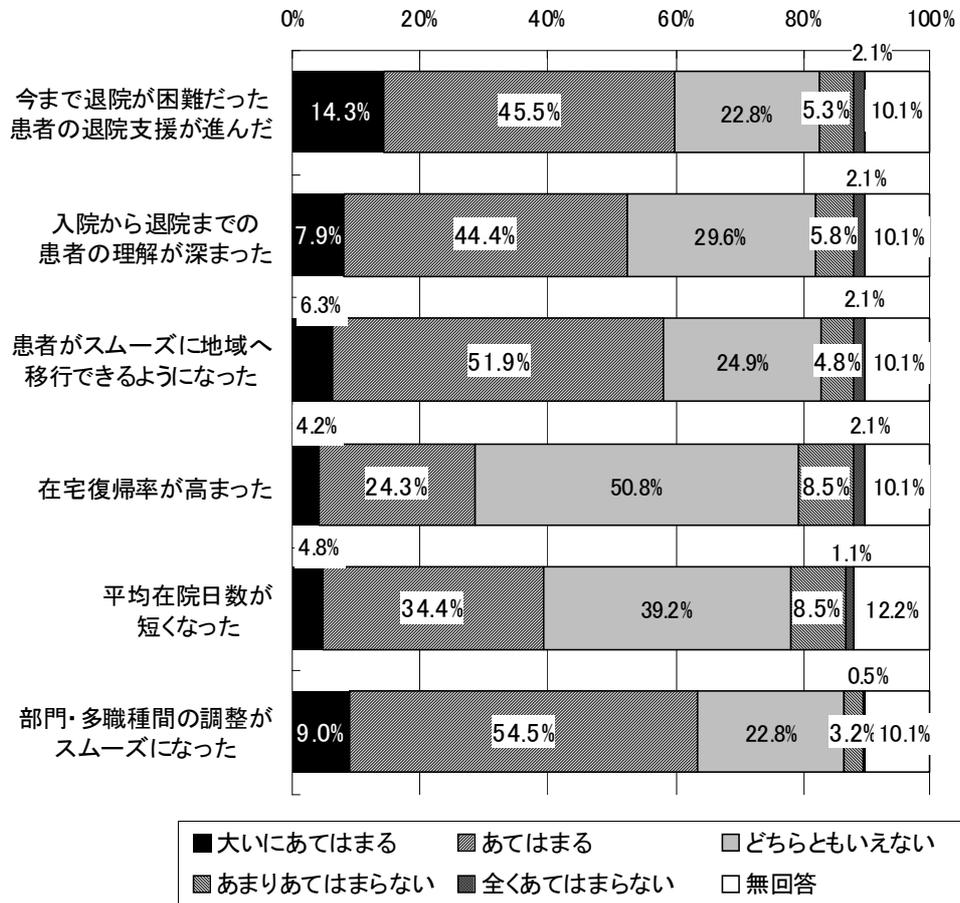
(単位：人)

	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 退院患者数	194.6	295.8	67.0	195.6	299.5	67.0
2) 退院調整をした患者数(加算算定の有無は問わず)	26.2	30.2	16.0	32.5	38.5	23.5
3) 退院調整加算を算定した患者数	7.1	15.5	0.0	11.7	19.6	3.0
4) 他医療機関へ転院した患者数	9.3	15.6	4.0	9.6	15.9	4.0
5) 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	5.1	6.1	3.0	6.1	6.7	4.0
6) 自院に外来通院となった患者数	45.7	134.9	6.0	47.3	139.6	8.0
7) 他院に外来通院となった患者数	10.6	36.9	1.0	11.5	37.4	2.0
8) 退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数	3.8	7.8	1.0	4.8	7.8	2.0
9) 在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	2.1	4.0	1.0	2.9	5.0	1.0
10) 自院の在宅医療を受けている患者数	0.8	1.8	0.0	1.2	2.1	0.0
11) 他院の在宅医療を受けている患者数	1.1	3.4	0.0	1.5	3.8	0.0
12) 退院時共同指導料を算定した患者数	0.1	0.4	0.0	0.4	1.4	0.0
13) 入院前に在宅医療を受けていた患者で在宅医療に移行した患者数	0.8	2.7	0.0	3.8	26.5	0.0
14) 死亡退院患者数	7.0	9.0	4.0	7.5	9.2	4.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった 130 施設を集計対象とした。

⑨退院調整による効果

図表 72 退院調整による効果 (n=189)



(4) 医療機関等との連携状況等

①連携している施設・事業所数

図表 73 1施設あたりの連携している施設・事業所数 (n=134)

(単位：か所)

	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 病院・診療所	21.9	73.6	1.0	24.1	82.7	1.5
2) 在宅療養支援病院・診療所	4.3	17.4	0.0	5.2	18.3	0.0
3) 緊急時の入院医療機関としている病院・診療所	5.5	40.9	0.0	6.4	43.7	0.0
4) 他の医療機関	13.0	53.0	0.0	11.6	51.2	0.0
5) 訪問看護ステーション	1.5	3.8	0.0	2.1	5.2	1.0
6) 歯科保険医療機関	0.9	3.8	0.0	0.9	3.8	0.0
7) 保険薬局	0.7	4.0	0.0	0.8	4.0	0.0
8) 介護老人保健施設	1.7	3.3	0.0	1.8	3.2	1.0
9) 介護老人福祉施設	1.3	3.4	0.0	1.5	3.6	0.0
10) その他の施設	2.9	13.0	0.0	3.3	14.6	0.0
11) 居宅介護支援事業所	4.7	10.6	1.0	5.1	11.0	1.0

②定期的なカンファレンスの開催数

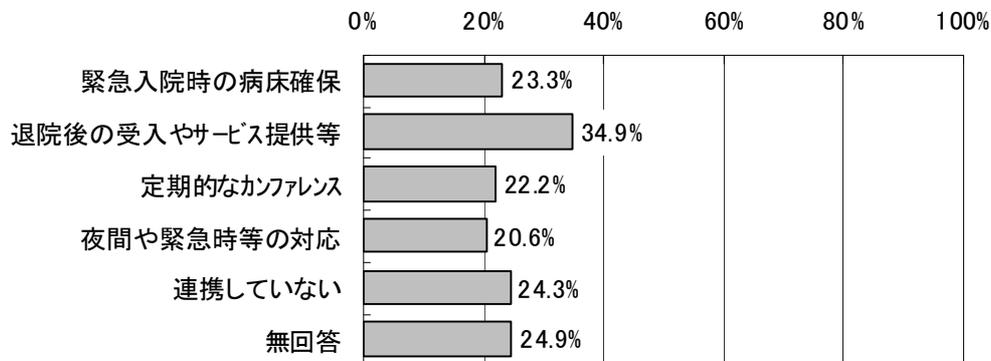
図表 74 定期的なカンファレンスの開催数 (連携している施設・事業所がある施設)

(単位：回)

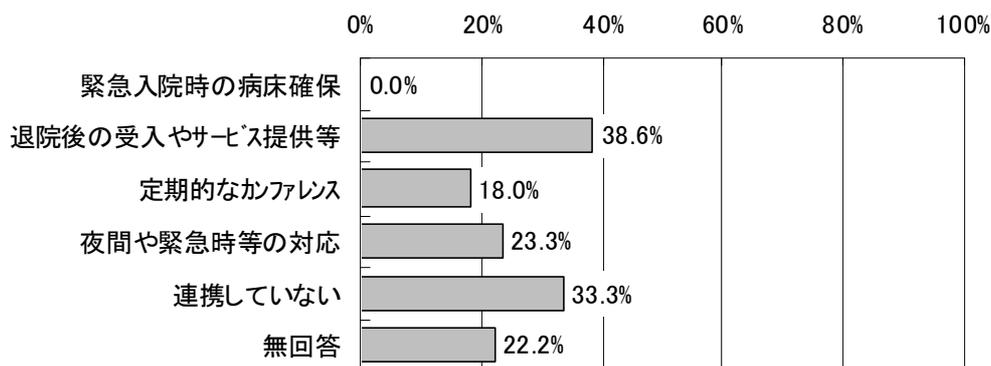
	平成 23 年 9 月				平成 24 年 9 月			
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
1) 病院・診療所	78	1.3	2.6	0.0	74	1.7	2.4	1.0
2) 在宅療養支援病院・診療所	61	0.4	1.4	0.0	62	0.6	0.9	0.0
3) 緊急時の入院医療機関としている病院・診療所								
4) 他の医療機関								
5) 訪問看護ステーション	55	1.4	1.7	1.0	55	1.8	2.0	1.0
6) 歯科保険医療機関	24	0.2	0.4	0.0	24	0.3	0.5	0.0
7) 保険薬局	19	0.5	0.6	0.0	19	0.8	1.0	1.0
8) 介護老人保健施設	49	1.5	2.0	1.0	49	1.7	1.6	1.0
9) 介護老人福祉施設	36	0.7	1.2	0.0	36	1.2	1.4	1.0
10) その他の施設	29	1.0	2.2	0.0	29	1.3	3.0	0.0
11) 居宅介護支援事業所	72	2.3	3.2	1.0	72	2.6	4.1	1.0

③連携内容

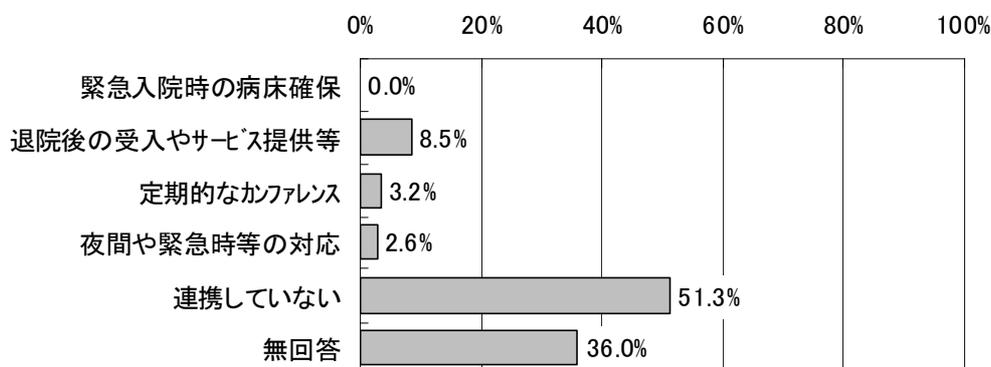
図表 75 連携内容～①病院・診療所～（複数回答、n=189）



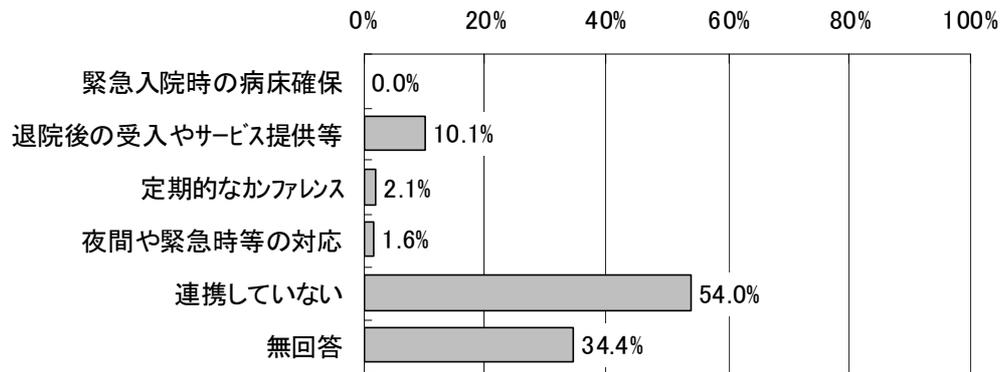
図表 76 連携内容～②訪問看護ステーション～（複数回答、n=189）



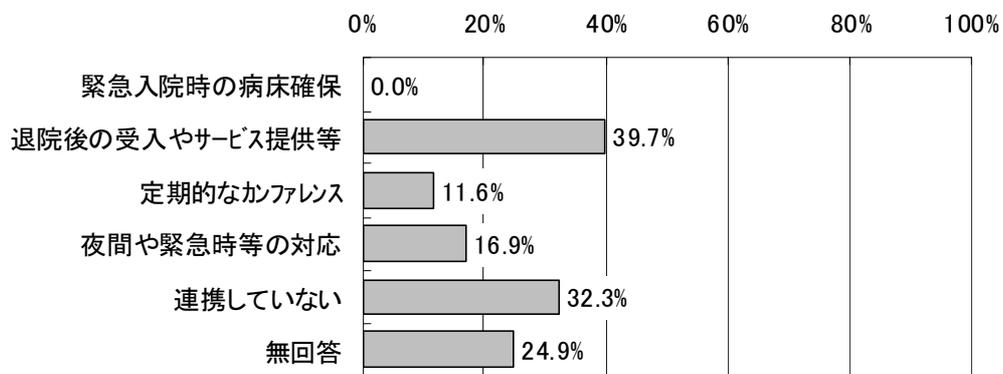
図表 77 連携内容～③歯科保険医療機関（複数回答、n=189）



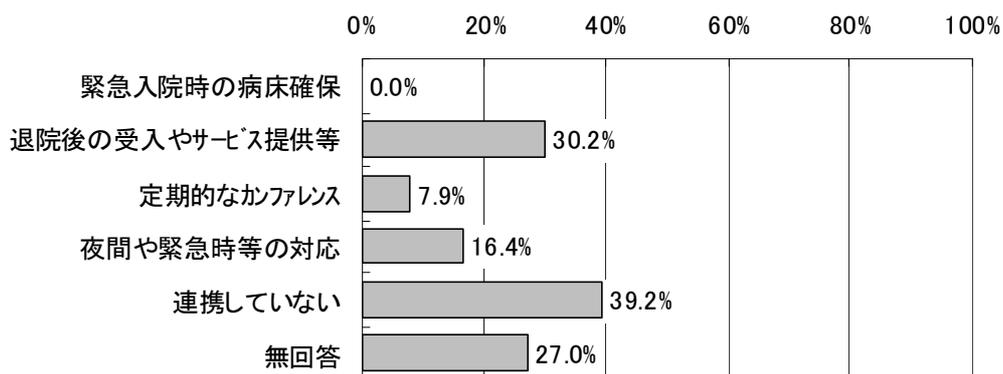
図表 78 連携内容～④保険薬局（複数回答、n=189）



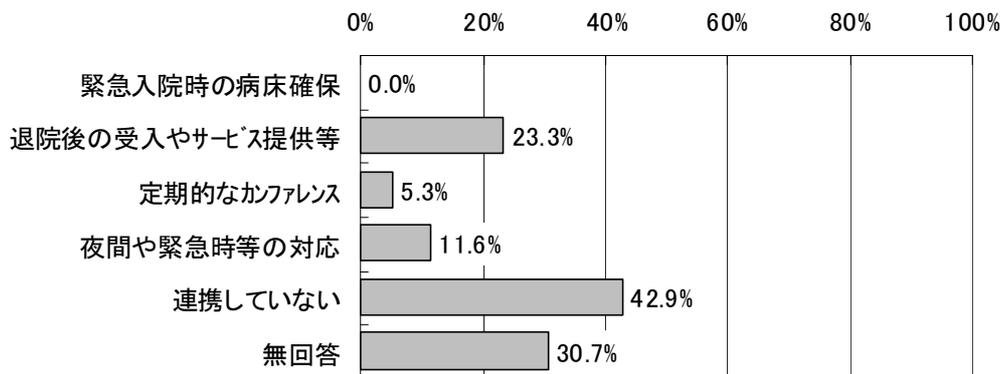
図表 79 連携内容～⑤介護老人保健施設（複数回答、n=189）



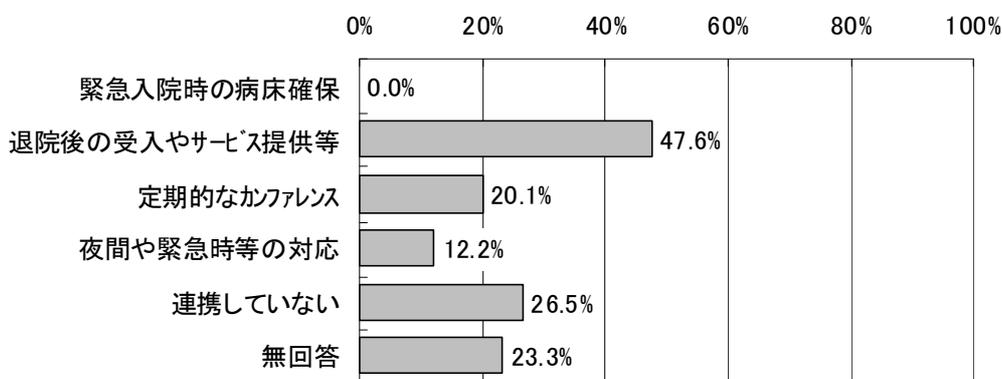
図表 80 連携内容～⑥介護老人福祉施設（複数回答、n=189）



図表 81 連携内容～⑦その他の施設（複数回答、n=189）



図表 82 連携内容～⑧居宅介護支援事業所（複数回答、n=189）



④各診療報酬項目の算定状況等

図表 83 各診療報酬項目の算定回数（n=137）

（単位：回）

	平成 24 年 8 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 在宅患者緊急入院診療加算 －機能強化型の在宅療養支援診療所・病院間での受入の場合(2500点)	0.01	0.17	0.00	0.02	0.15	0.00
2) 在宅患者緊急入院診療加算 －連携医療機関である場合(上記1)の場合を除く)(2000点)	0.07	0.55	0.00	0.07	0.48	0.00
3) 在宅患者緊急入院診療加算 －上記1)及び2)以外の場合(1000点)	0.08	0.38	0.00	0.07	0.35	0.00
4) リンパ浮腫指導管理料	0.80	2.97	0.00	0.69	2.54	0.00
5) がん患者カウンセリング料	0.53	2.00	0.00	0.31	1.24	0.00

（注）平成 24 年 8 月及び平成 24 年 9 月のすべての項目について回答のあった 137 施設を集計対象とした。

⑤連携医療機関等から受け入れた患者数等

図表 84 連携医療機関等から受け入れた患者数等 (n=124)

(単位：人)

	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1)在宅療養支援診療所等の医療機関からの連絡を受け、入院した患者数	7.40	22.33	0.00	7.42	20.91	0.00
(うち)緊急入院した患者数	2.71	7.68	0.00	2.87	7.55	0.00
2)上記 1)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	1.65	5.96	0.00	2.14	7.13	0.00
(うち)緊急入院した患者数	0.79	2.86	0.00	1.19	3.71	0.00

(注)平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の「1 在宅療養支援診療所等の医療機関からの連絡を受け、入院した患者数」について回答のあった 124 施設を集計対象とした。

⑥専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等

図表 85 専門性の高い看護師（褥瘡ケア）の人数別施設分布

	施設数	割合
0 人	95	50.3%
1 人	29	15.3%
2 人	5	2.6%
3 人	4	2.1%
4 人	2	1.1%
5 人	0	0.0%
無回答	54	28.6%
全体	189	100.0%

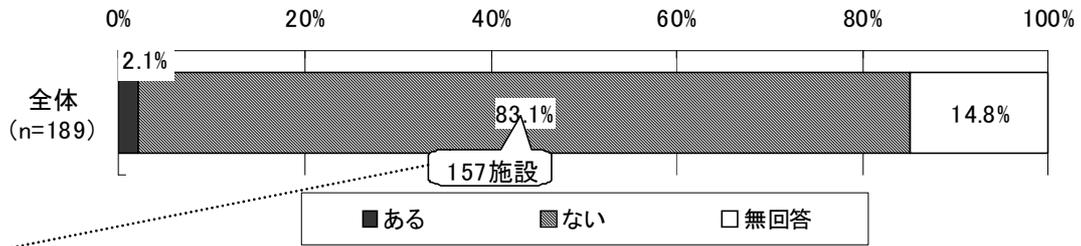
(注)「専門性の高い看護師」とは、他の訪問看護ステーション等との看護師と同一日に訪問看護ができる看護師で、5 年以上褥瘡ケアの看護に従事した経験を有し、6 か月以上の適切な専門研修を修了した者。

図表 86 専門性の高い看護師（緩和ケア）の人数別施設分布

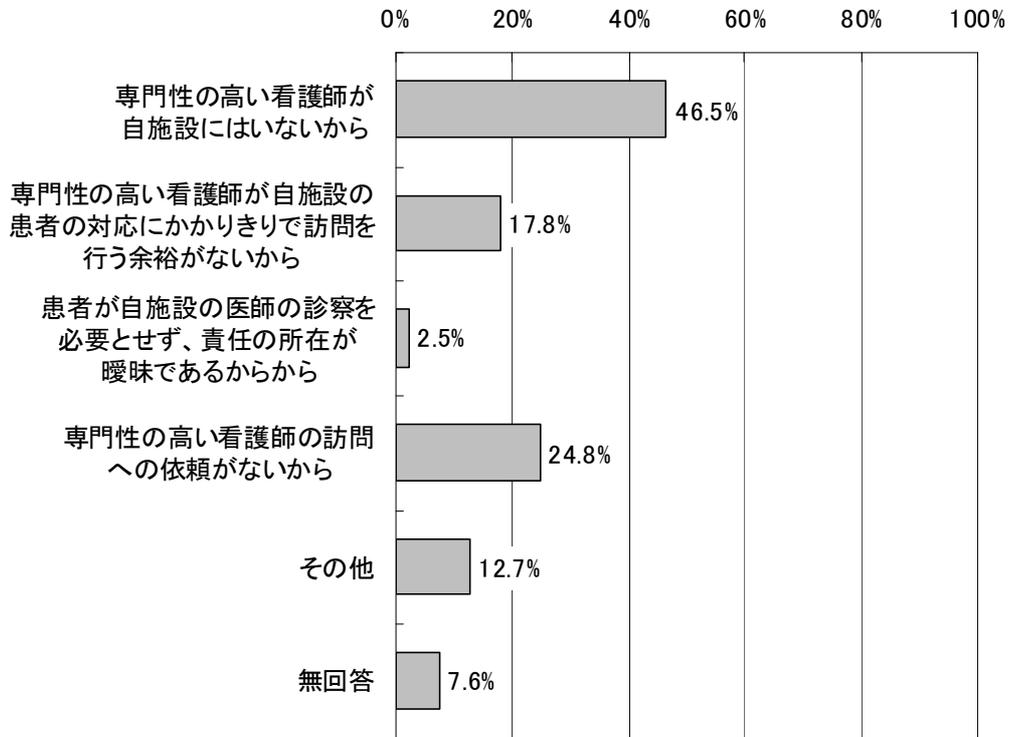
	施設数	割合
0 人	102	54.0%
1 人	23	12.2%
2 人	6	3.2%
3 人	3	1.6%
4 人	1	0.5%
5 人	2	1.1%
無回答	52	27.5%
全体	189	100.0%

(注)「専門性の高い看護師」とは、他の訪問看護ステーション等との看護師と同一日に訪問看護ができる看護師で、5 年以上緩和ケアの看護に従事した経験を有し、6 か月以上の適切な専門研修を修了した者。

図表 87 専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等



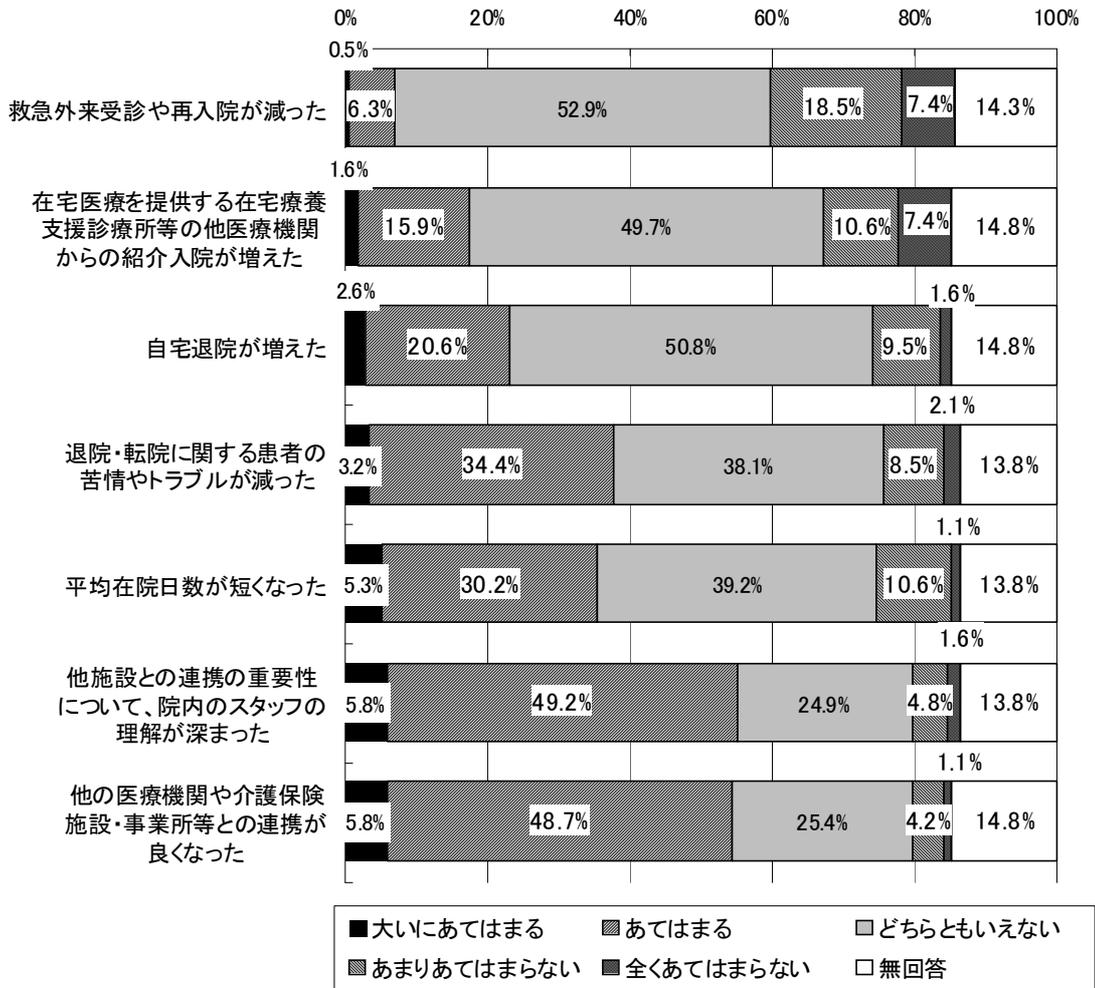
図表 88 専門性の高い看護師による訪問看護の実績がない理由
(複数回答、n=157)



(5) パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果等

①パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果

図表 89 パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果



(6) 入院医療機関における患者調査【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 A～C の各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。

【対象症例】

症例 A：悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者

症例 B：退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者

症例 C：入退院を繰り返している患者

各症例の有効回答数は、以下の通り。

症例 A：139 名

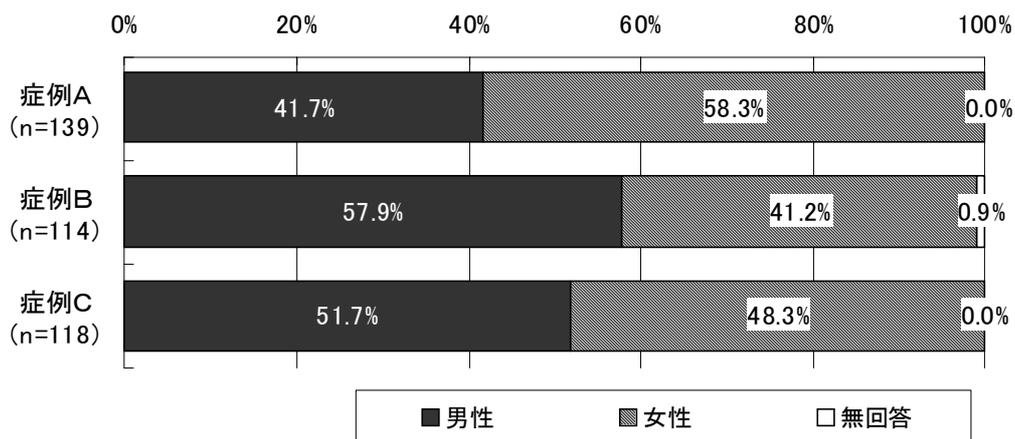
症例 B：114 名

症例 C：119 名

※上記の症例数は、各施設に症例 A～C 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、実際の症例分布を反映した症例数ではないことに留意する必要がある。

①性別

図表 90 性別



②年齢

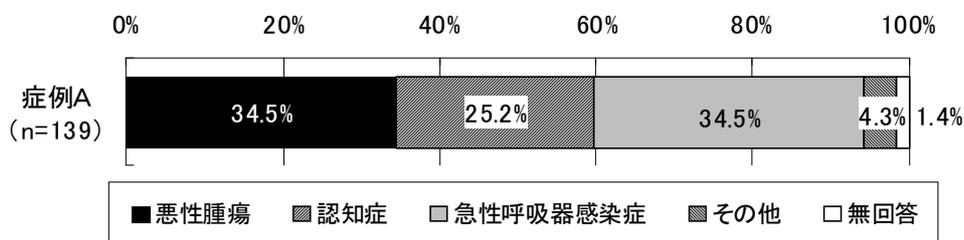
図表 91 年齢

(単位：歳)

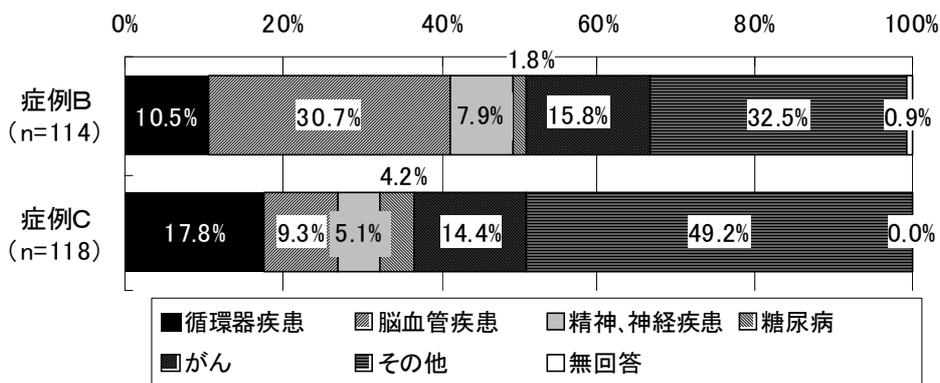
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	137	79.4	12.0	81.0
症例B	111	79.0	10.6	80.0
症例C	114	79.0	11.9	81.0

③主たる傷病名

図表 92 主たる傷病名 (症例A)

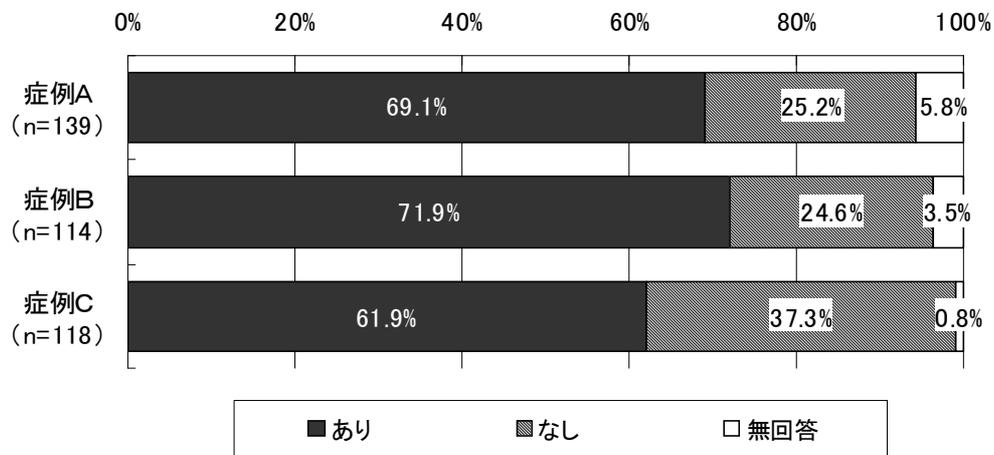


図表 93 主たる傷病名 (症例B／症例C)



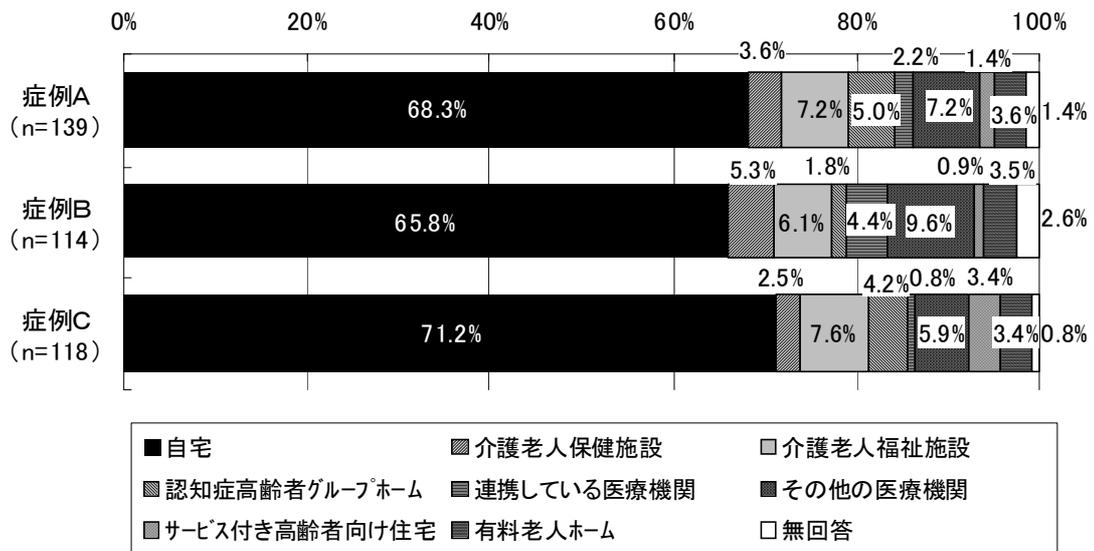
④同居家族の有無

図表 94 同居家族の有無



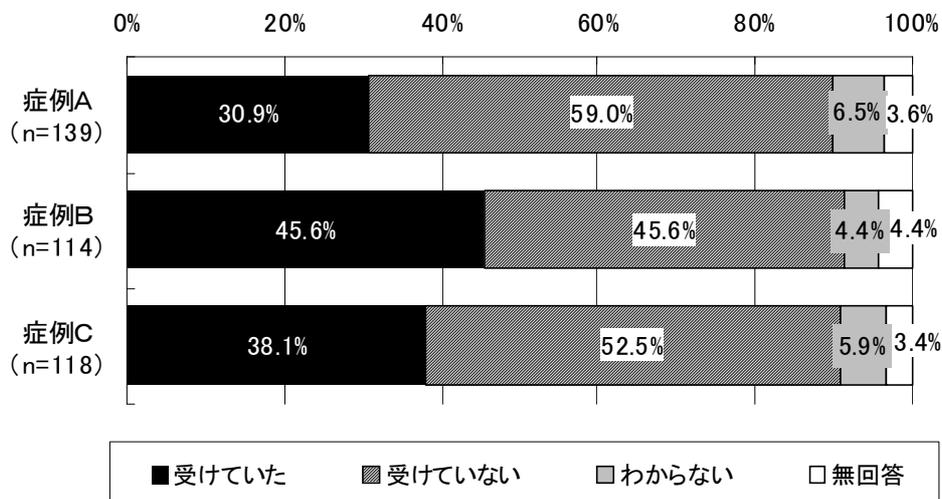
⑤入院前の所在

図表 95 入院前の所在



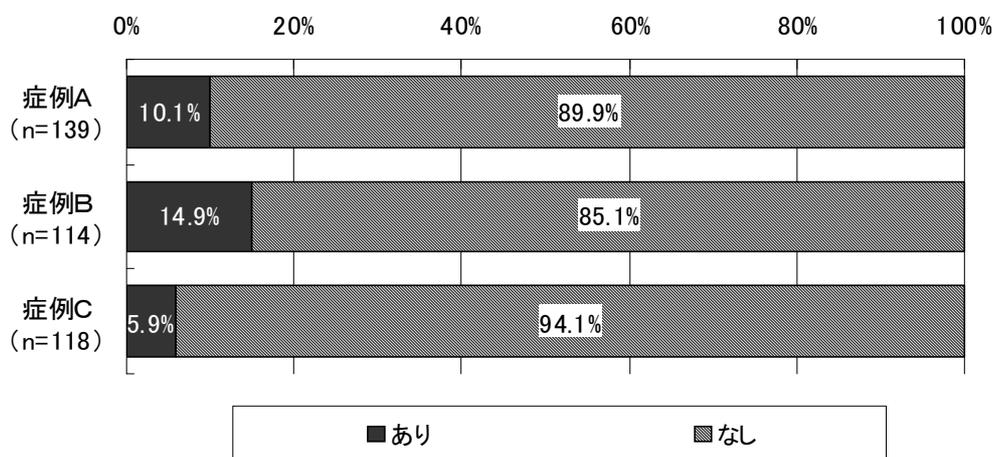
⑥入院前の在宅医療の受療状況

図表 96 入院前の在宅医療の受療状況



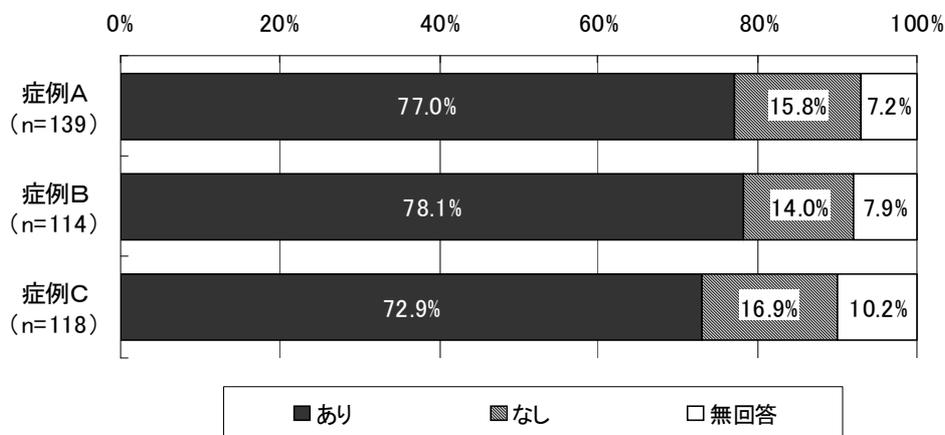
⑦入院中の手術の有無

図表 97 入院中の手術の有無



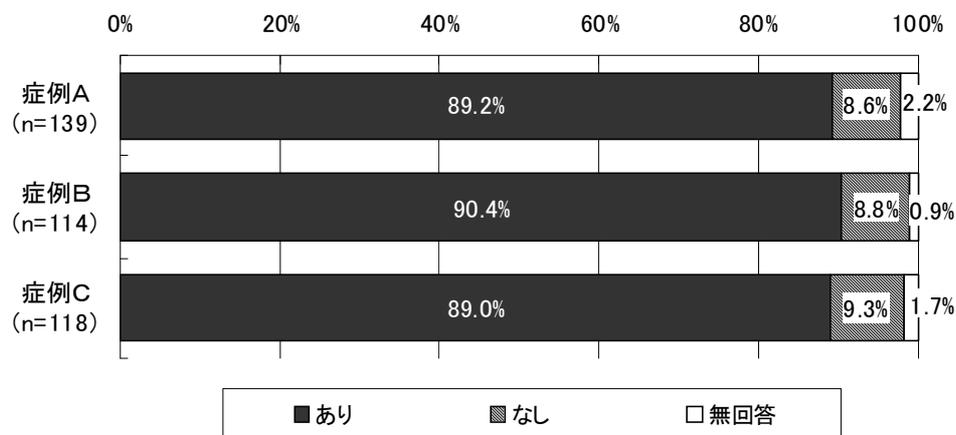
⑧退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無

図表 98 退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無

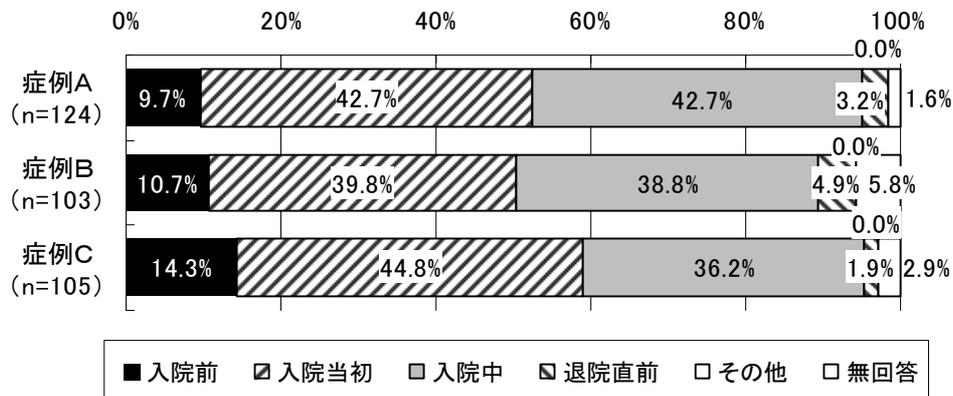


⑨退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無と時期

図表 99 退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無

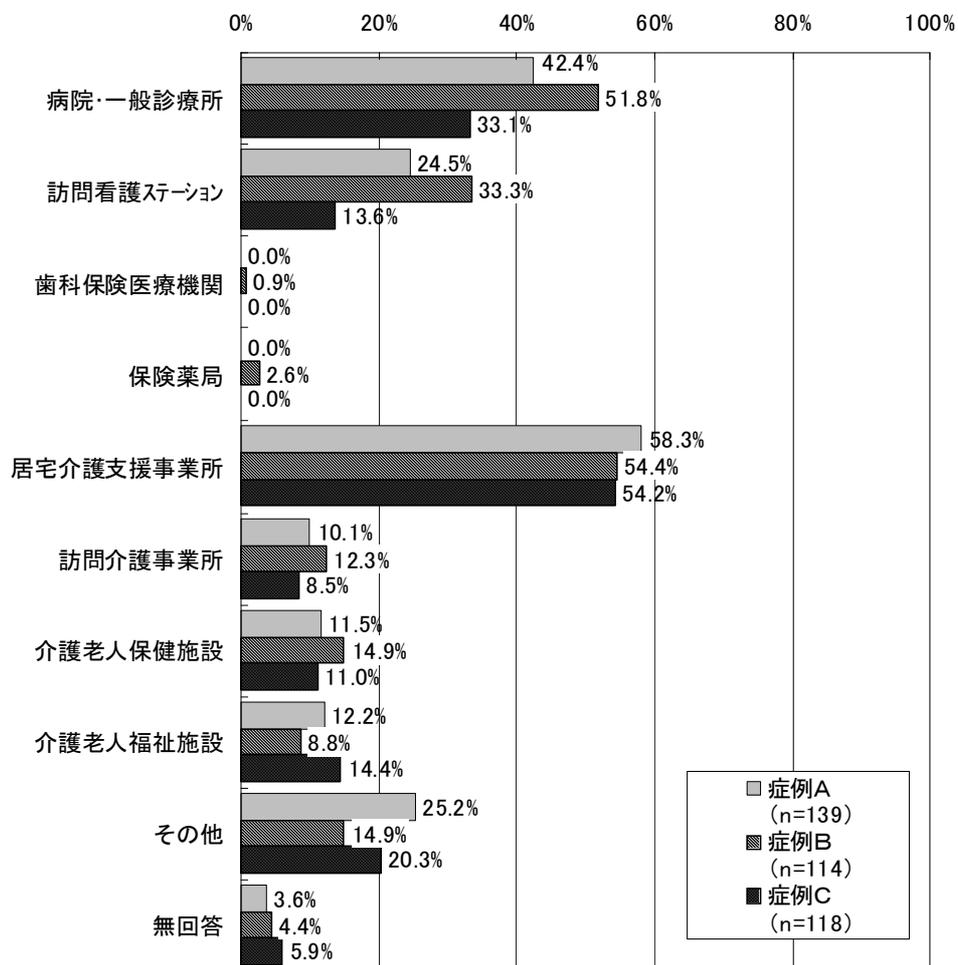


図表 100 退院調整部門が関与を開始した時期



⑩退院調整に際して連携した施設・事業所

図表 101 退院調整に際して連携した施設・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

図表 102 退院調整のカンファレンスの回数

(単位：回)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	117	2.3	2.2	2.0
症例B	103	2.6	3.3	2.0
症例C	100	2.0	2.0	1.0

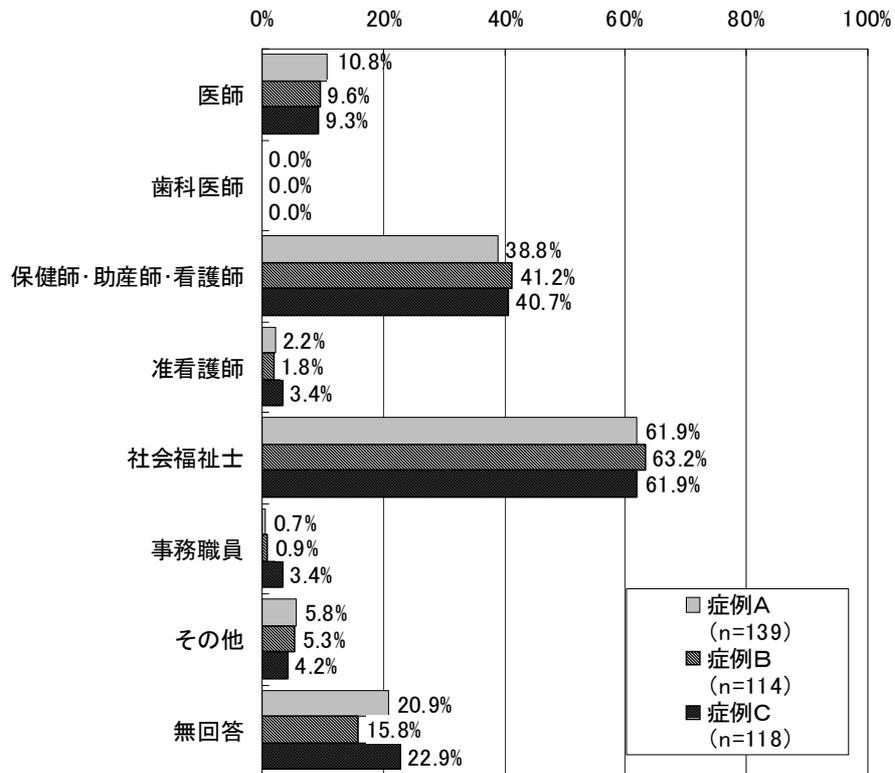
図表 103 退院調整のカンファレンスの1回当たりの平均所要時間

(単位：分)

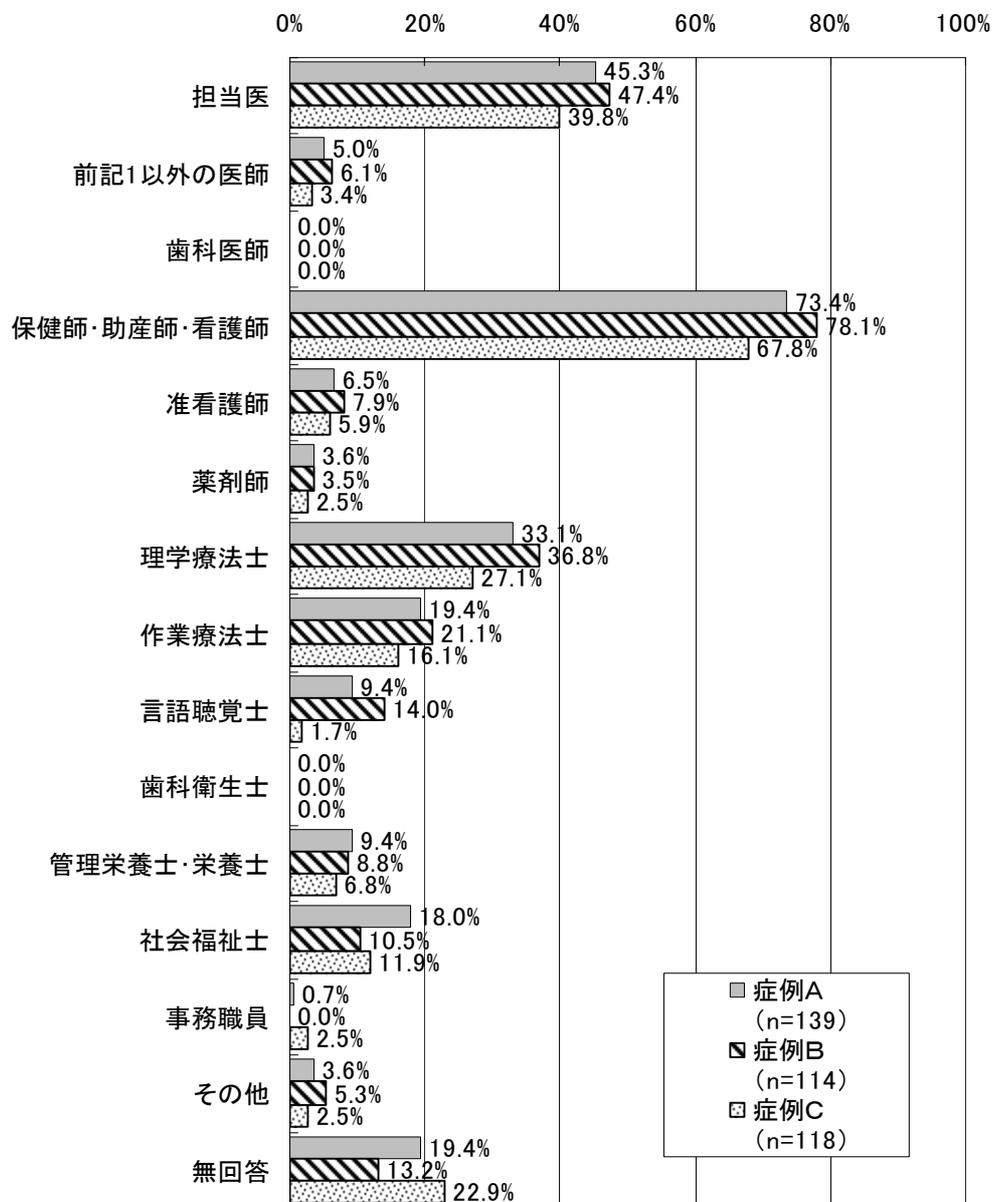
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	116	31.8	20.1	30.0
症例B	101	30.9	18.1	30.0
症例C	90	32.3	17.0	30.0

⑫退院調整のカンファレンスの参加者

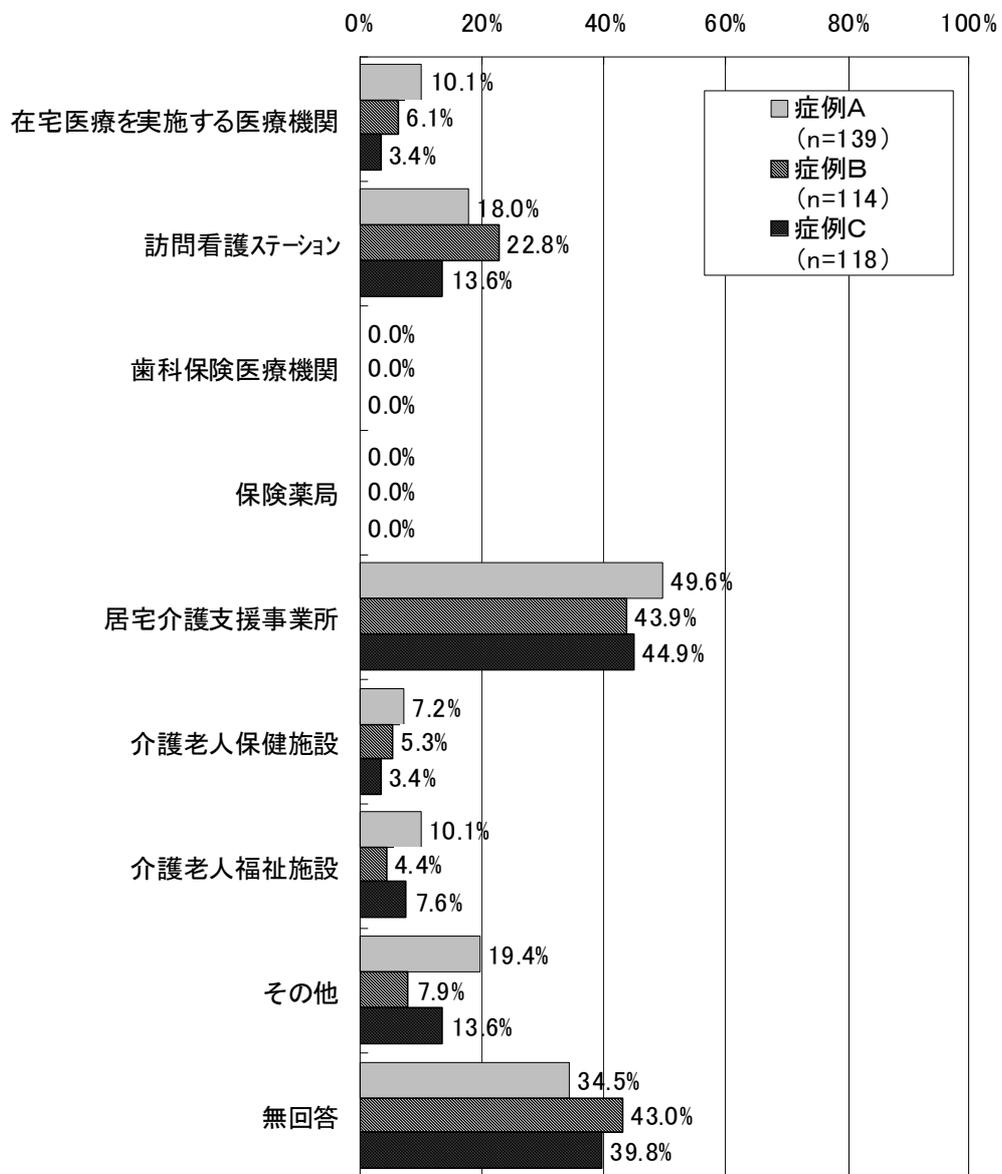
図表 104 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）
～退院調整部門～（複数回答）



図表 105 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）
 ～院内（退院調整部門を除く）～（複数回答）

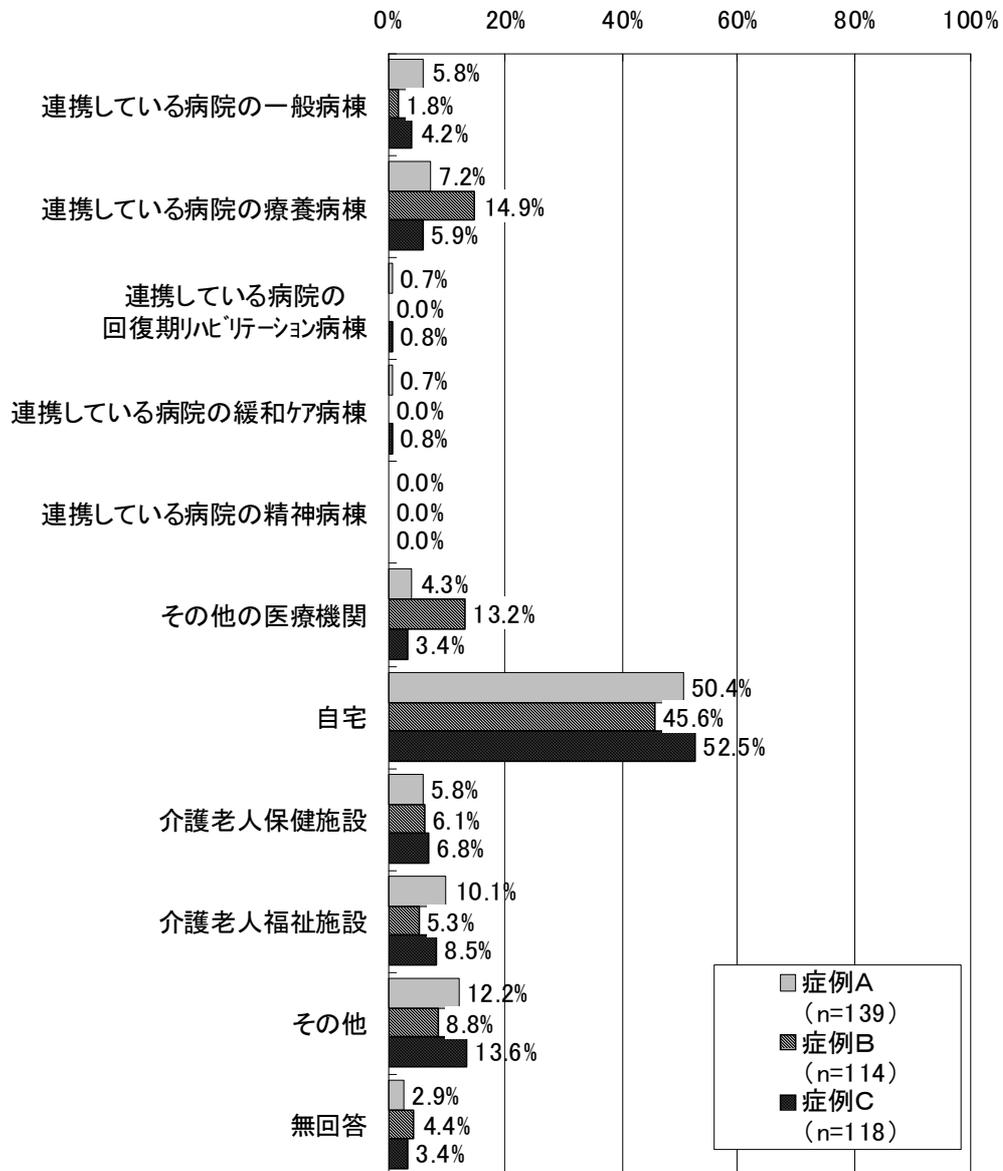


図表 106 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）
～外部～（複数回答）



⑬退院後の所在

図表 107 退院後の所在（単数回答）



⑭入院予定期間

図表 108 入院予定期間

(単位：日)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	112	31.1	32.4	21.0
症例B	94	37.4	46.3	21.0
症例C	105	24.2	19.8	14.0

⑮実際の入院期間

図表 109 実際の入院期間

	人数(人)	入院期間(日)			予定期間内退院者 (人)	
		平均値	標準偏差	中央値	人数	割合
症例A	129	60.7	54.3	40.0	24	18.6%
症例B	99	52.1	39.0	42.0	18	18.2%
症例C	112	40.5	32.2	31.0	20	17.9%

3. 在宅医療調査の結果

【調査対象等】

調査対象：①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）の中から無作為抽出した 1,500 施設、②在宅療養支援病院 500 施設（「入院医療機関調査」の対象）、及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない全国の保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設の計 2,500 施設

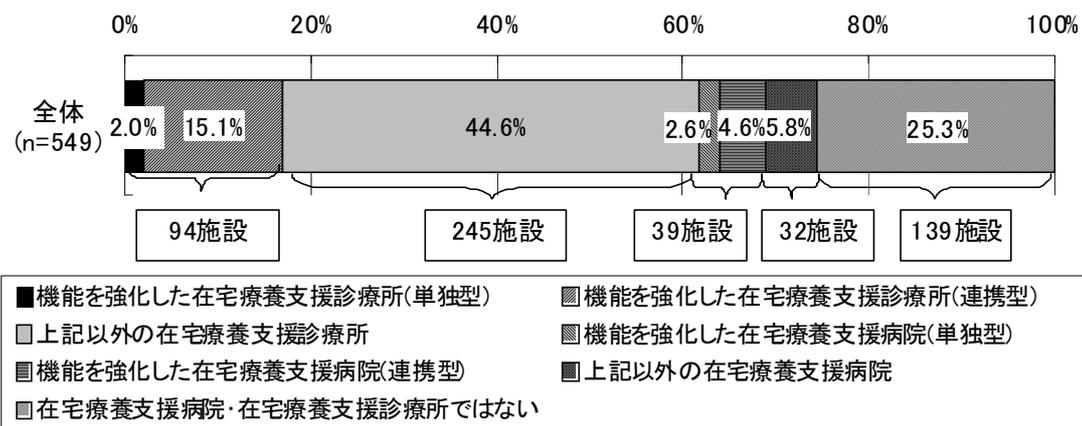
回答数：549 施設

回答者：管理者

（1）施設の概要

①届出区分

図表 110 届出区分



※上記「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」施設 139 施設中、病院が 2 施設、診療所が 137 施設であった。在支病以外の病院については本調査の対象ではないため、分析の対象から外した。

※本調査では、以下の分類で分析を実施した。

機能強化型在支診：94 施設

在支診：245 施設

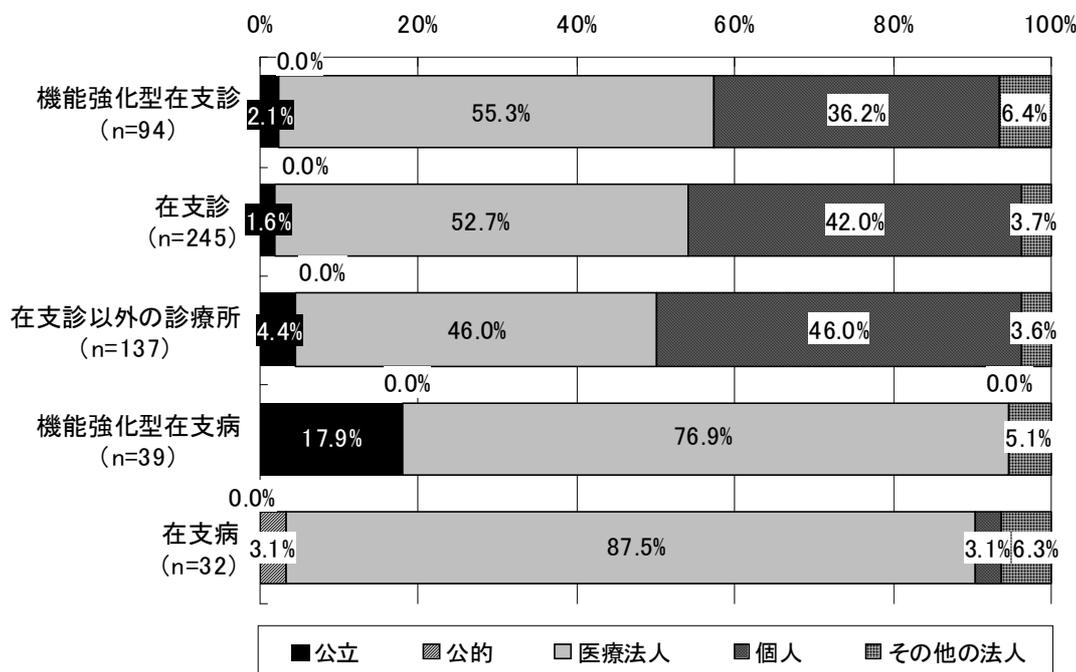
機能強化型在支病：39 施設

在支病：32 施設

在支診以外の診療所：137 施設

②開設者

図表 111 開設者



(注)「国」「社会保険関係」「学校法人」は該当がなかった。

③標榜診療科

図表 112 標榜診療科 (主たる診療科)

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	内科	外科	整形外科	脳神経外科	小児科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	皮膚科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	その他	無回答
機能強化型 在支診	94 100.0	69 73.4	8 8.5	3 3.2	2 2.1	0 0.0	0 0.0	1 1.1	3 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	4 4.3	3 3.2
在支診	245 100.0	189 77.1	17 6.9	11 4.5	1 0.4	3 1.2	1 0.4	4 1.6	2 0.8	0 0.0	2 0.8	1 0.4	4 1.6	9 3.7	1 0.4
在支診以外 の診療所	137 100.0	96 70.1	10 7.3	8 5.8	2 1.5	2 1.5	0 0.0	2 1.5	2 1.5	3 2.2	1 0.7	1 0.7	3 2.2	5 3.6	2 1.5
機能強化型 在支病	39 100.0	24 61.5	2 5.1	1 2.6	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 25.6	0 0.0
在支病	32 100.0	18 56.3	3 9.4	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	10 31.3	1 3.1

(注)「眼科」は該当がなかった。

④医療機関種別

図表 113 医療機関種別

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	有床 診療所	無床 診療所
機能強化型(単独型)在支診	11 100.0	4 36.4	7 63.6
機能強化型(連携型)在支診	83 100.0	7 8.4	76 91.6
在支診	245 100.0	36 14.7	209 85.3
在支診以外の診療所	137 100.0	9 6.6	128 93.4

図表 114 許可病床数

(単位：床)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	11	17.5	3.9	19.0
在支診	35	15.8	5.2	19.0
在支診以外の診療所	9	15.7	5.3	18.0
機能強化型在支病	36	116.3	49.5	110.5
在支病	31	120.6	50.0	120.0

(注) 診療所については、有床診療所での回答。

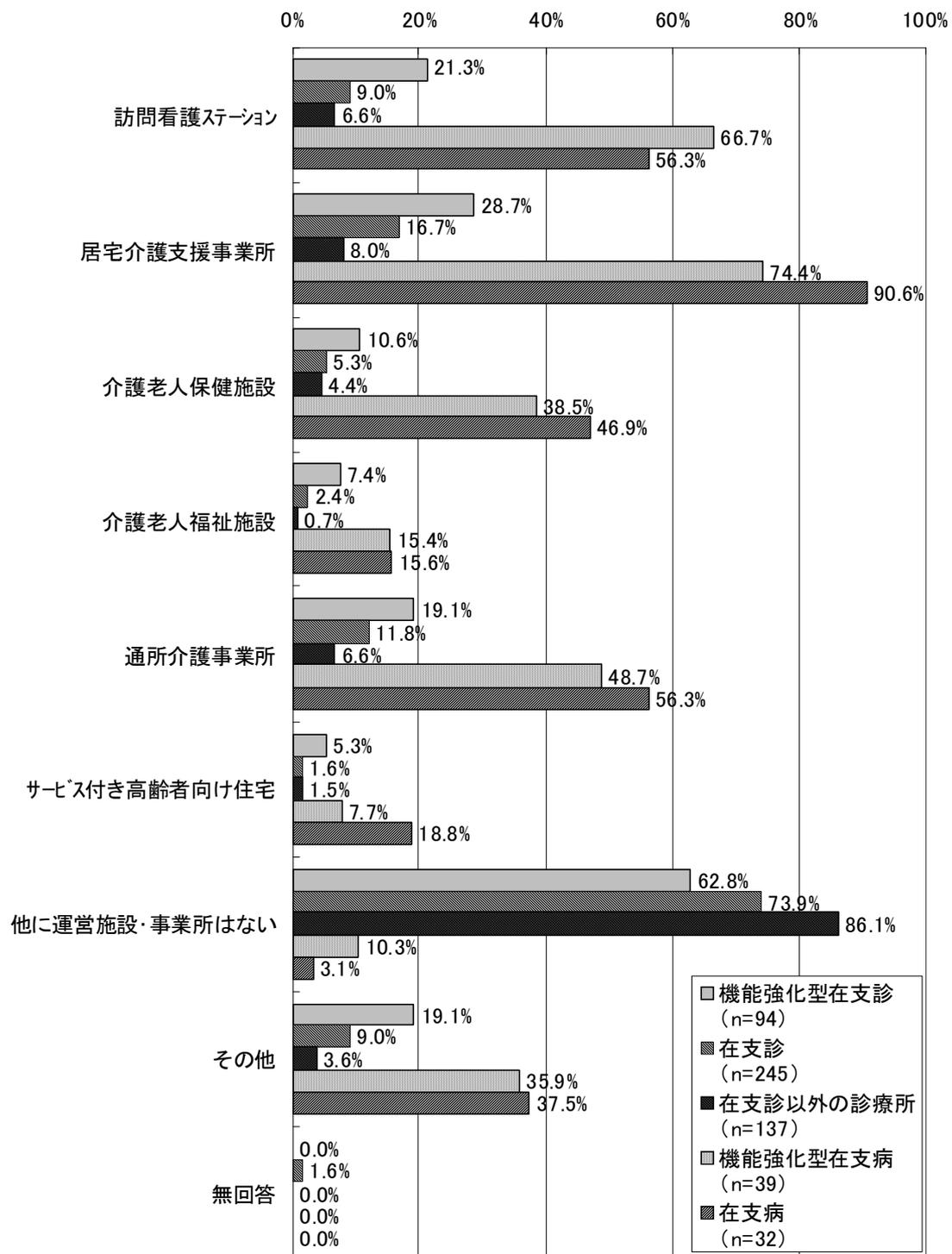
図表 115 平均在院日数

(単位：日)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	6	27.4	26.1	19.5
在支診	20	45.5	76.6	21.5
在支診以外の診療所	3	26.7	5.8	30.0
機能強化型在支病	32	38.4	52.8	18.5
在支病	25	86.3	140.9	20.1

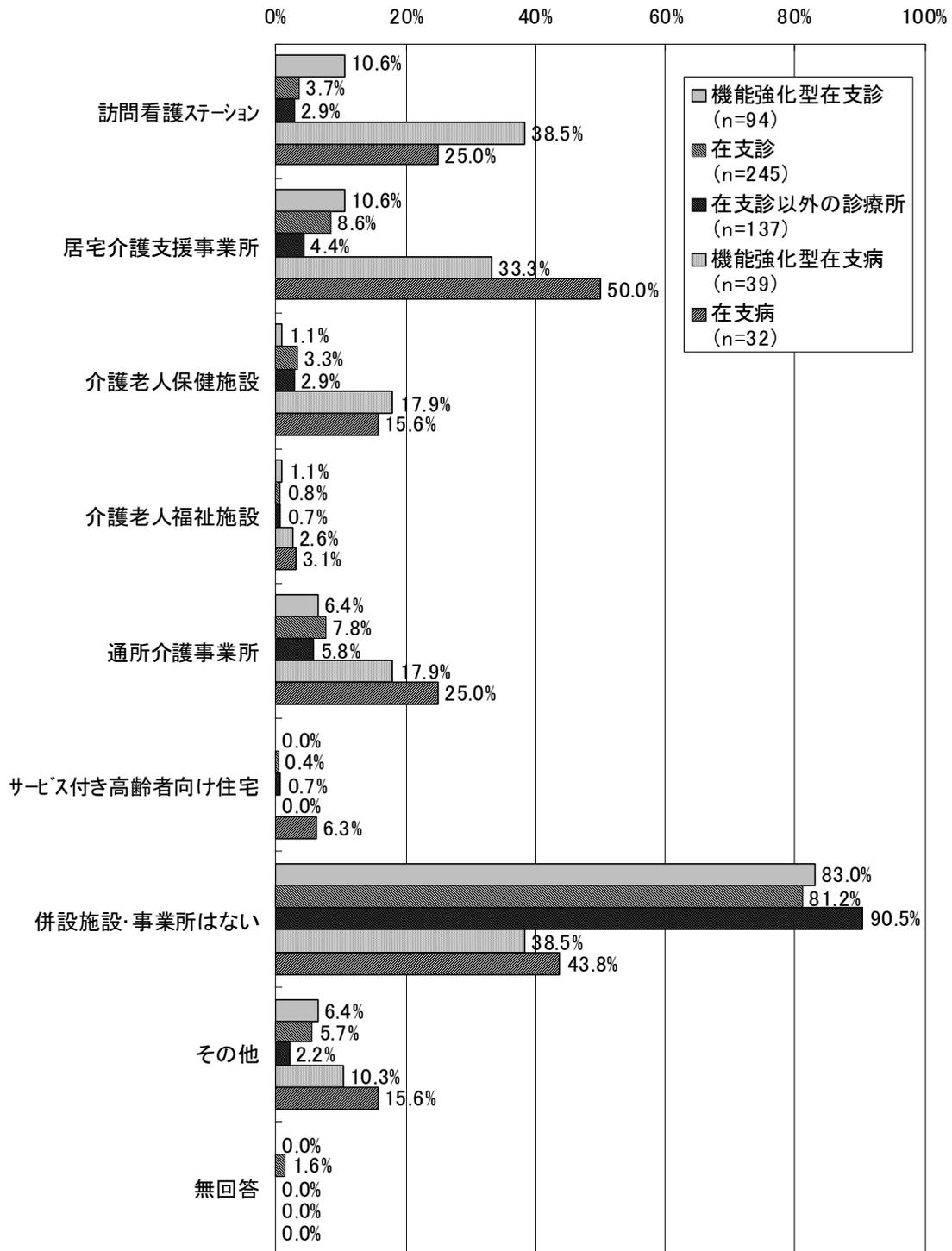
⑤自法人・関連法人が運営している施設・事業所

図表 116 自法人・関連法人が運営している施設・事業所（複数回答）



⑥自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所

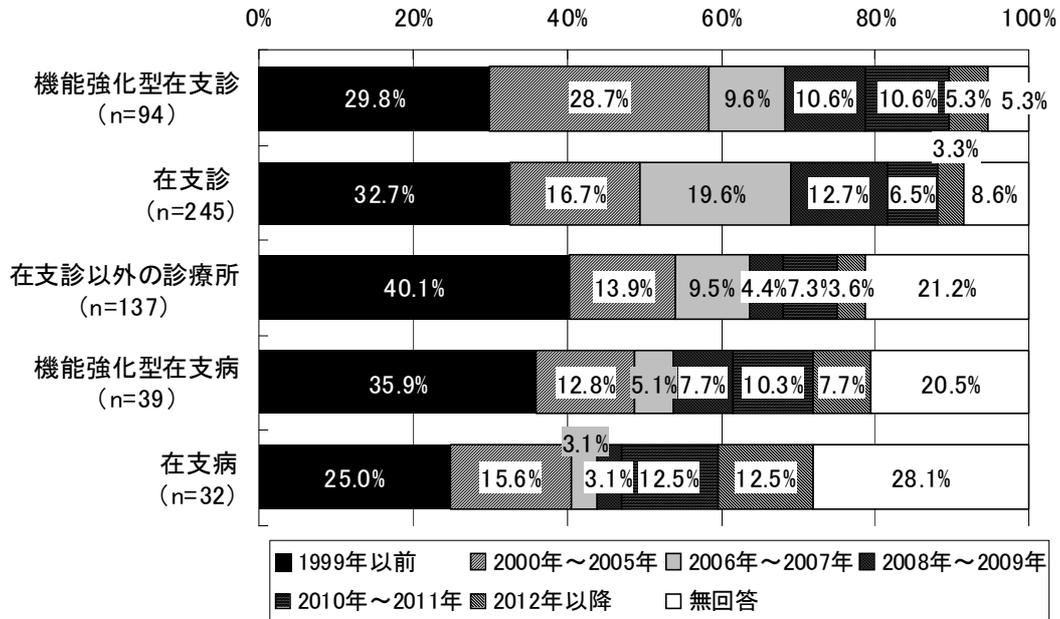
図表 117 自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所（複数回答）



(2) 在宅医療の体制等

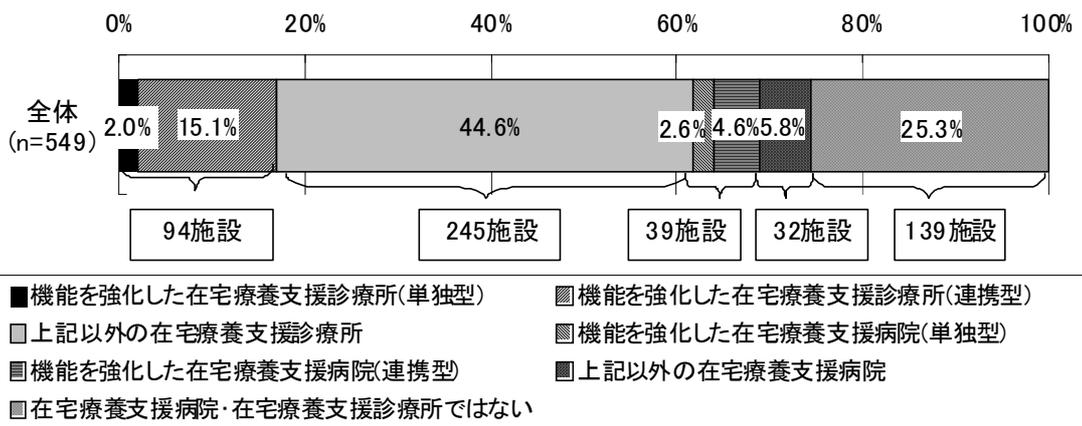
①在宅医療を開始した時期

図表 118 在宅医療を開始した時期



②在宅療養支援病院・診療所の届出状況

図表 119 在宅療養支援病院・診療所の届出状況 (再掲)



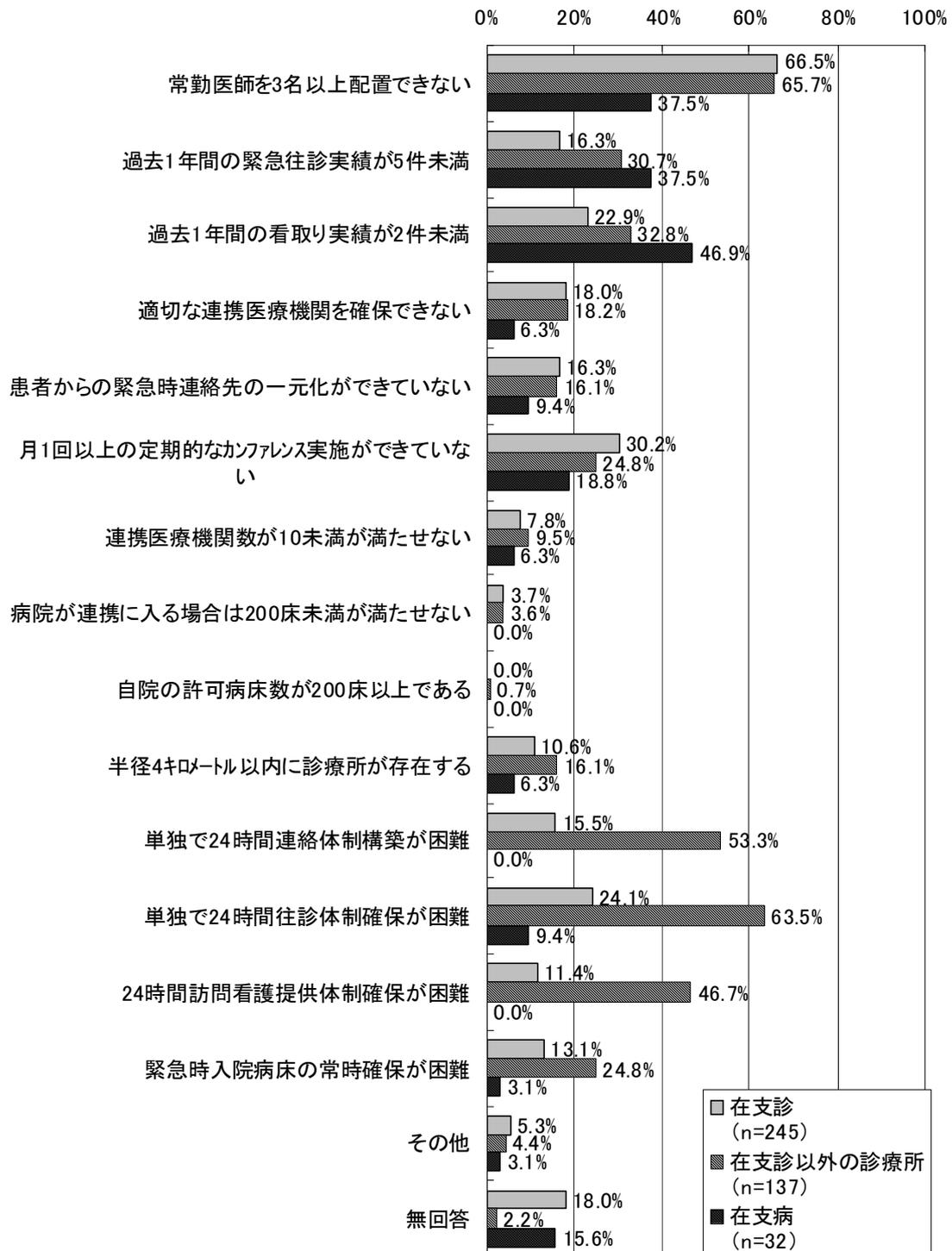
図表 120 在宅療養支援病院・診療所の届出時期

	機能強化型 在支診		在支診		機能強化型 在支病		在支病	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	40	42.6%	84	34.3%	1	2.6%	0	0.0%
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	9	9.6%	23	9.4%	1	2.6%	2	6.3%
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	12	12.8%	18	7.3%	22	56.4%	14	43.8%
平成 24 年 4 月～	9	9.6%	5	2.0%	13	33.3%	3	9.4%
無回答	24	25.5%	115	46.9%	2	5.1%	13	40.6%
合計	94	100.0%	245	100.0%	39	100.0%	32	100.0%

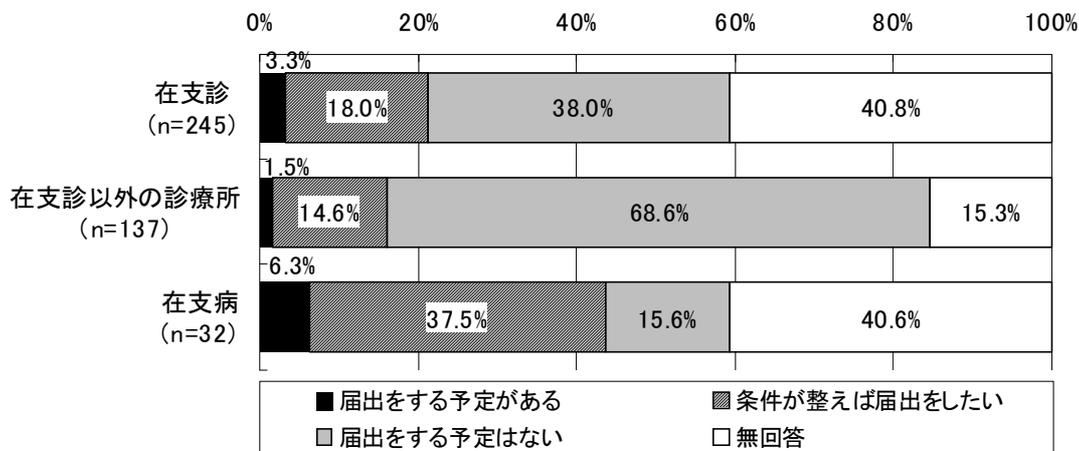
図表 121 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出時期

	機能強化型在支診		機能強化型在支病	
	施設数	割合	施設数	割合
4 月	66	70.2%	29	74.4%
5 月	2	2.1%	2	5.1%
6 月	5	5.3%	2	5.1%
7 月	6	6.4%	2	5.1%
8 月	2	2.1%	1	2.6%
9 月	1	1.1%	0	0.0%
無回答	12	12.8%	3	7.7%
合計	94	100.0%	39	100.0%

図表 122 機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない理由（複数回答）



図表 123 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定



③機能強化型（連携型）在宅支援連携体制

図表 124 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数

＜機能強化型（連携型）在支診＞ (n=82)

	平均値	標準偏差	中央値
連携診療所数(病床あり)	0.5	0.8	0.0
連携診療所数(病床なし)	2.9	2.3	3.0
連携病院数	1.0	1.5	1.0
合計	4.4	2.7	4.0

図表 125 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数

＜機能強化型（連携型）在支病＞ (n=25)

	平均値	標準偏差	中央値
連携診療所数(病床あり)	0.3	0.7	0.0
連携診療所数(病床なし)	2.4	1.8	2.0
連携病院数	0.2	0.4	0.0
合計	2.9	2.2	2.0

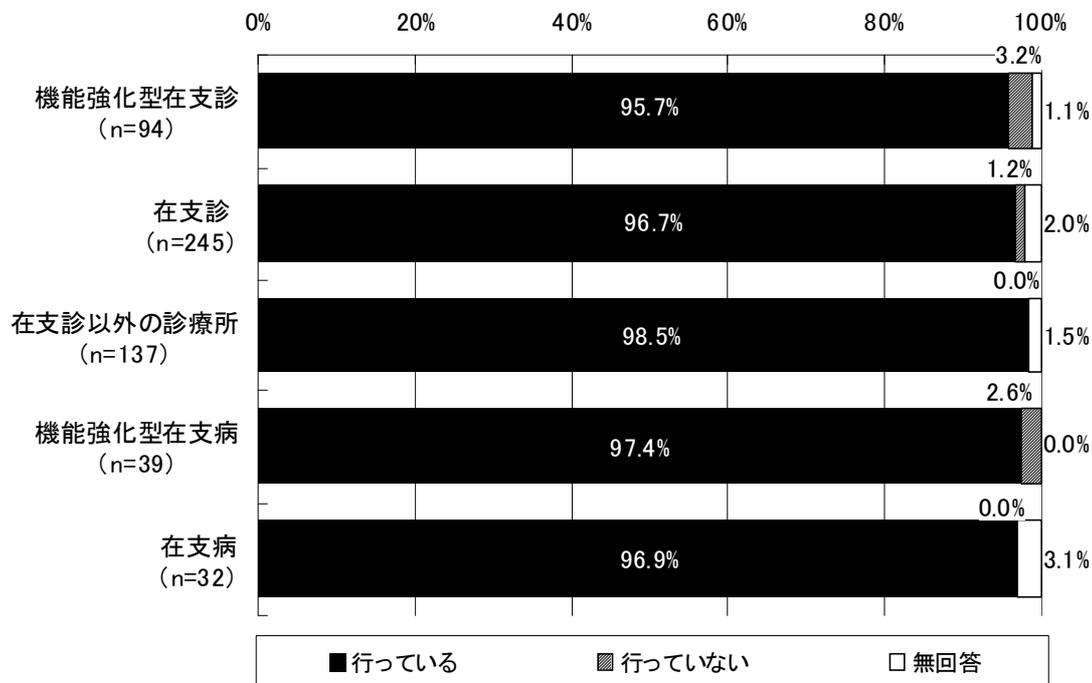
図表 126 在宅医療を担当する常勤医師数（自施設＋連携施設）

(単位：人)

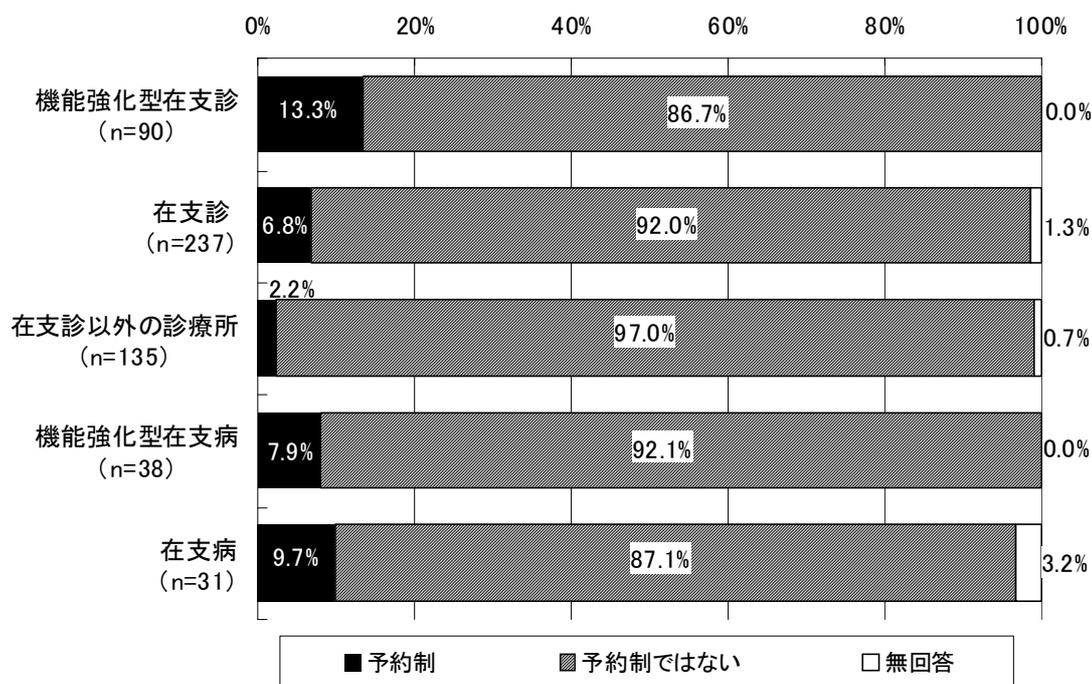
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型(連携型)在支診	78	4.7	2.6	4.0
機能強化型(連携型)在支病	24	5.2	2.5	4.0

④外来診療の実施状況

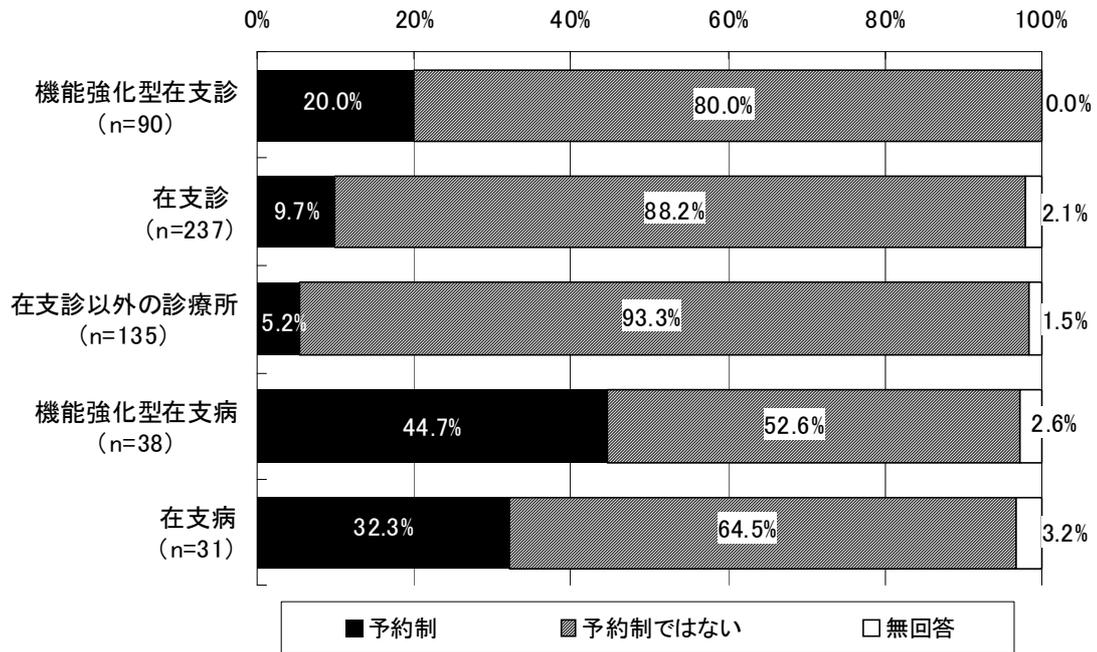
図表 127 外来診療の実施状況



図表 128 外来診療の予約制（初診）



図表 129 外来診療の予約制（再診）



図表 130 1施設あたり外来延べ患者数

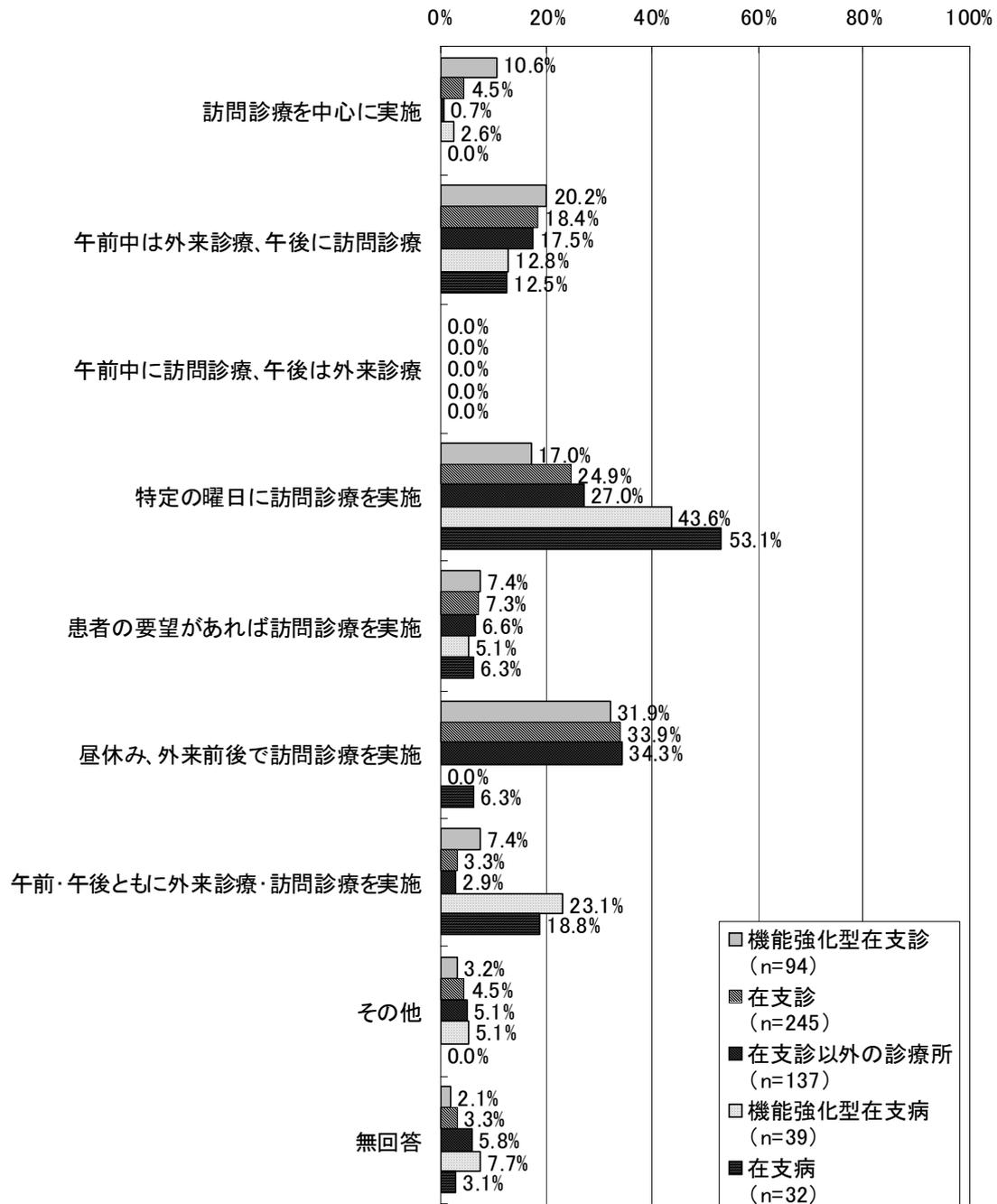
(単位：人)

	機能強化型在支診 (n=72)			在支診 (n=201)			在支診以外の診療所 (n=110)		
	平成 23 年	平成 24 年	前年 同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年 同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年 同月比
4 月	1,228.8	1,134.5	-7.7%	1,189.9	1,109.5	-6.8%	1,178.3	1,124.8	-4.5%
5 月	1,183.0	1,162.3	-1.8%	1,124.3	1,141.6	1.5%	1,116.1	1,142.8	2.4%
6 月	1,228.4	1,152.8	-6.2%	1,161.5	1,139.9	-1.9%	1,155.6	1,128.0	-2.4%
7 月	1,160.3	1,152.9	-0.6%	1,139.3	1,137.4	-0.2%	1,128.9	1,122.9	-0.5%
8 月	1,182.0	1,138.1	-3.7%	1,131.1	1,089.8	-3.7%	1,128.4	1,079.3	-4.3%
9 月	1,150.2	1,102.6	-4.1%	1,118.1	1,069.7	-4.3%	1,129.0	1,070.5	-5.2%

	機能強化型在支病 (n=34)			在支病 (n=29)		
	平成 23 年	平成 24 年	前年 同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年 同月比
4 月	4,882.3	4,546.9	-6.9%	3,284.9	3,204.8	-2.4%
5 月	4,829.2	4,830.5	0.0%	3,224.0	3,402.0	5.5%
6 月	5,011.8	4,748.6	-5.3%	3,337.3	3,336.9	0.0%
7 月	4,876.2	4,868.8	-0.2%	3,284.6	3,423.2	4.2%
8 月	5,093.2	4,884.9	-4.1%	3,419.3	3,514.6	2.8%
9 月	4,792.3	4,463.9	-6.9%	3,182.6	3,213.9	1.0%

⑤訪問診療を行う時間帯

図表 131 訪問診療を行う時間帯（単数回答）



⑥職員数

図表 132 1施設当たりの職員数（常勤換算）

（単位：人）

	機能強化型 在支診	在支診	在支診以外 の診療所	機能強化型 在支病	在支病
医師	2.17	1.37	1.14	11.27	10.11
歯科医師	0.02	0.03	0.01	0.42	0.18
保健師・助産師・看護師	3.06	1.76	1.22	48.51	42.06
准看護師	2.13	1.69	1.47	14.75	19.55
薬剤師	0.07	0.05	0.08	3.64	3.55
リハビリ職	0.78	0.31	0.36	15.78	18.24
その他医療職職員	0.88	0.74	0.55	25.71	24.05
社会福祉士	0.08	0.05	0.05	1.59	1.58
事務職員他	4.76	2.88	2.75	35.94	27.32
合計	13.95	8.89	7.63	157.60	146.63

図表 133 在宅医療のため、患者に訪問をする職員数

（単位：人）

	機能強化型 在支診	在支診	在支診以外 の診療所	機能強化型 在支病	在支病
医師	1.47	1.09	1.00	2.31	2.17
歯科医師	0.00	0.02	0.00	0.10	0.05
保健師・助産師・看護師	1.58	0.79	0.58	1.69	1.15
准看護師	0.55	0.75	0.57	0.34	0.43
薬剤師	0.00	0.01	0.01	0.21	0.07
リハビリ職	0.25	0.05	0.04	0.77	0.50
その他医療職職員	0.09	0.05	0.03	0.07	0.11
社会福祉士	0.05	0.00	0.00	0.13	0.11
事務職員他	0.32	0.16	0.16	1.03	0.22
合計	4.32	2.93	2.39	6.65	4.81

図表 134 在宅医療を担当する常勤の医師数（施設単独）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	93	1.3	0.8	1.0
在支診	231	1.0	0.3	1.0
在支診以外の診療所	124	1.0	0.4	1.0
機能強化型在支病	39	2.9	1.8	3.0
在支病	31	2.3	2.5	2.0

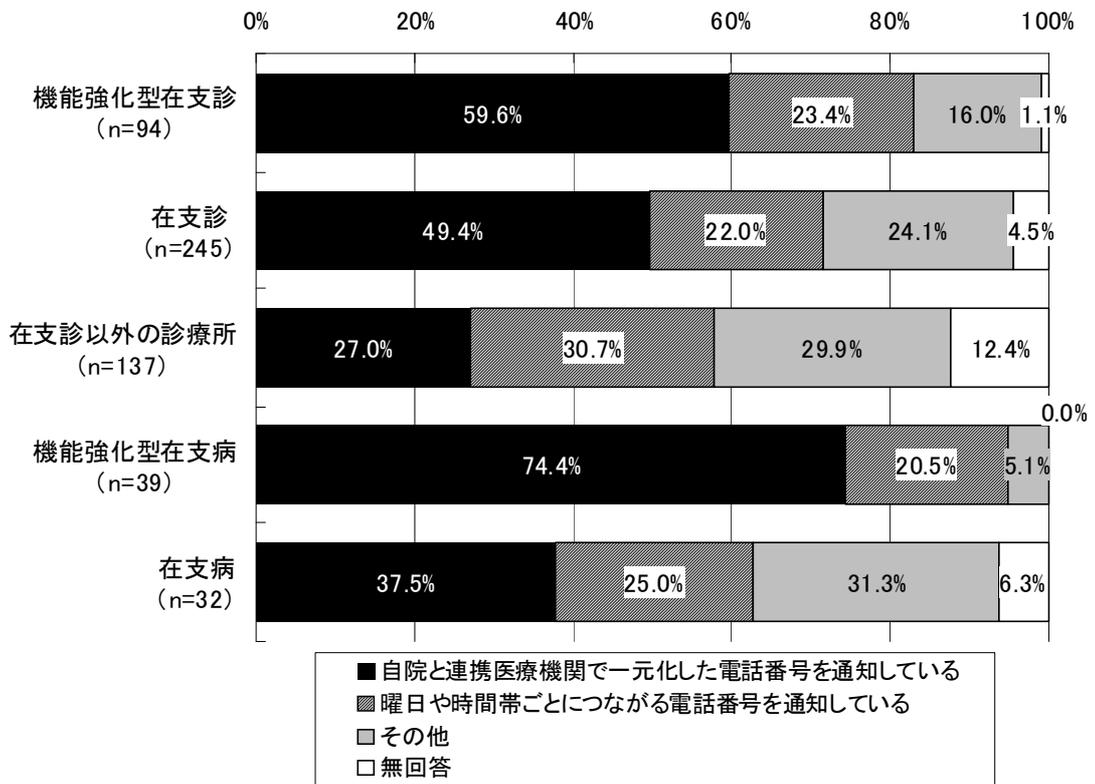
図表 135 介護支援専門員専従者数（常勤換算）

（単位：人）

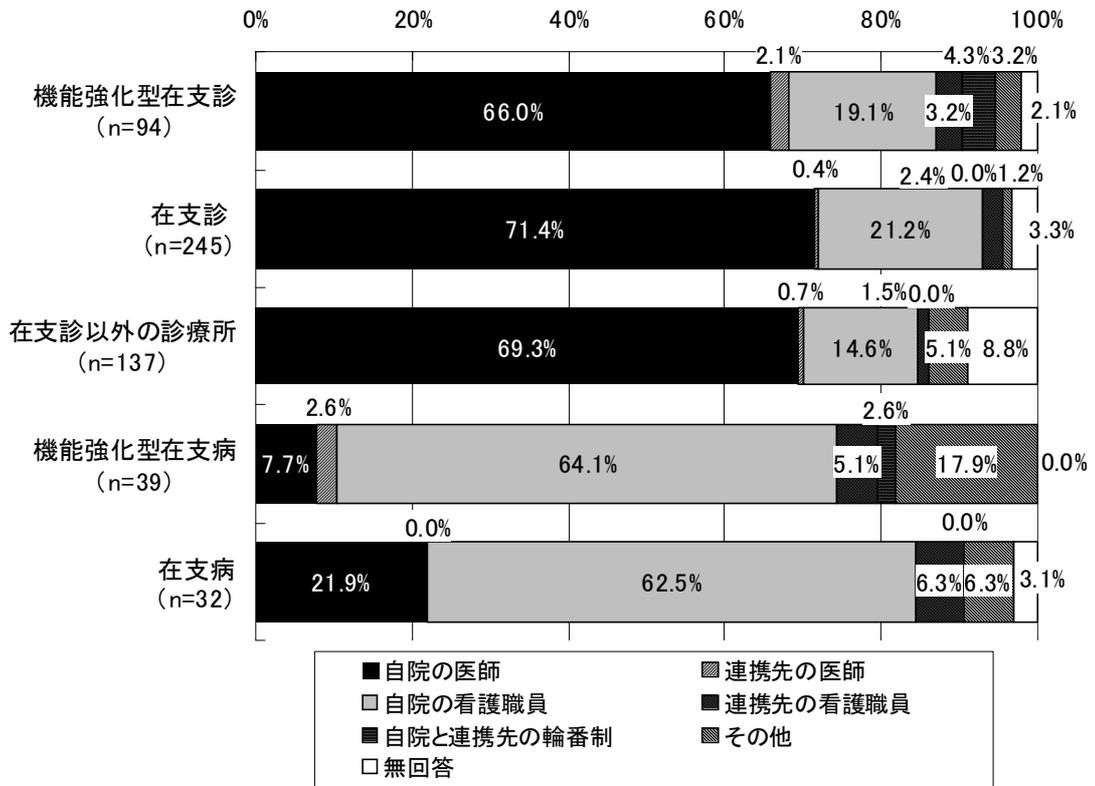
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	83	0.3	1.0	0.0
在支診	205	0.4	1.2	0.0
在支診以外の診療所	105	0.2	0.8	0.0
機能強化型在支病	32	1.5	2.1	0.5
在支病	27	0.7	1.0	0.5

⑦在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況

図表 136 在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況

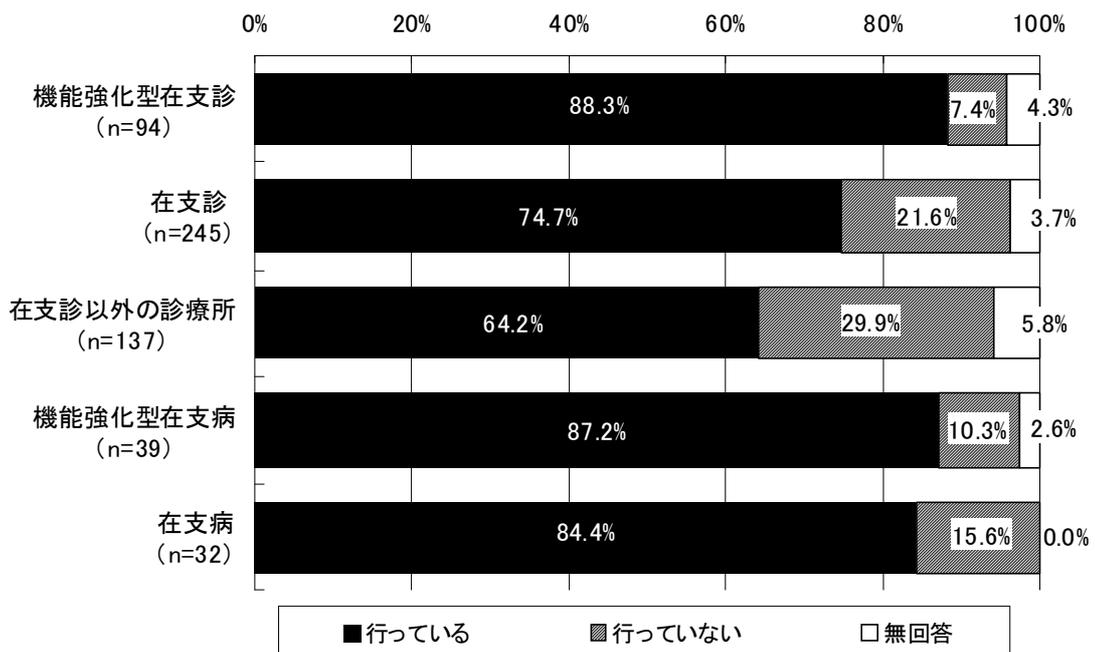


図表 137 緊急時におけるルール上の主たる連絡担当者

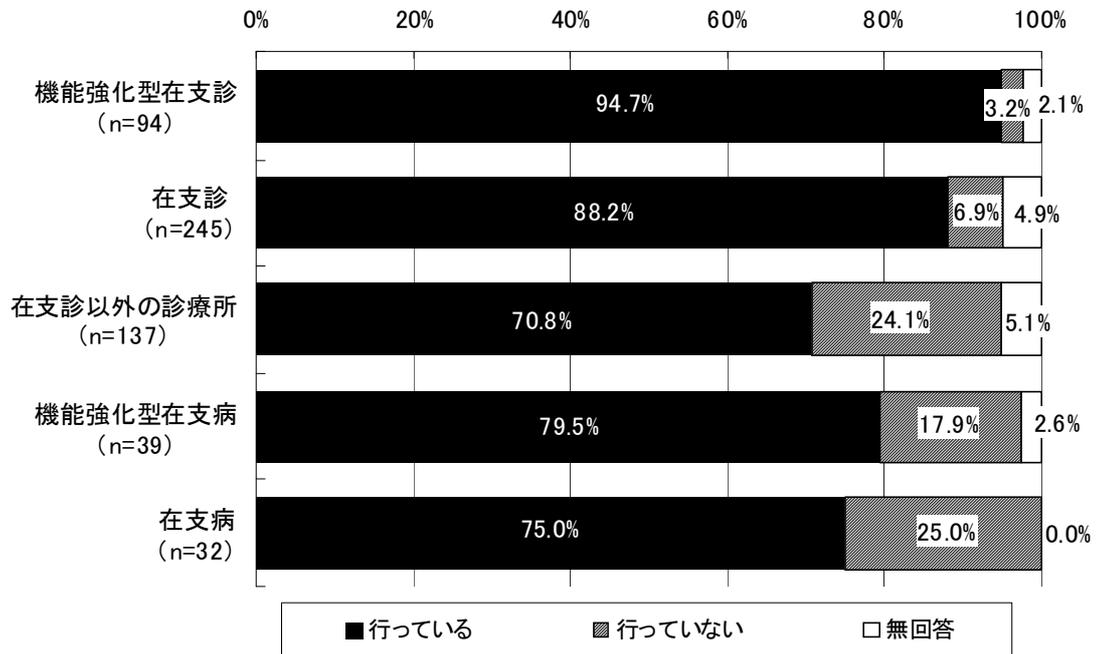


⑧在宅患者に対する緊急時の往診状況

図表 138 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間内）

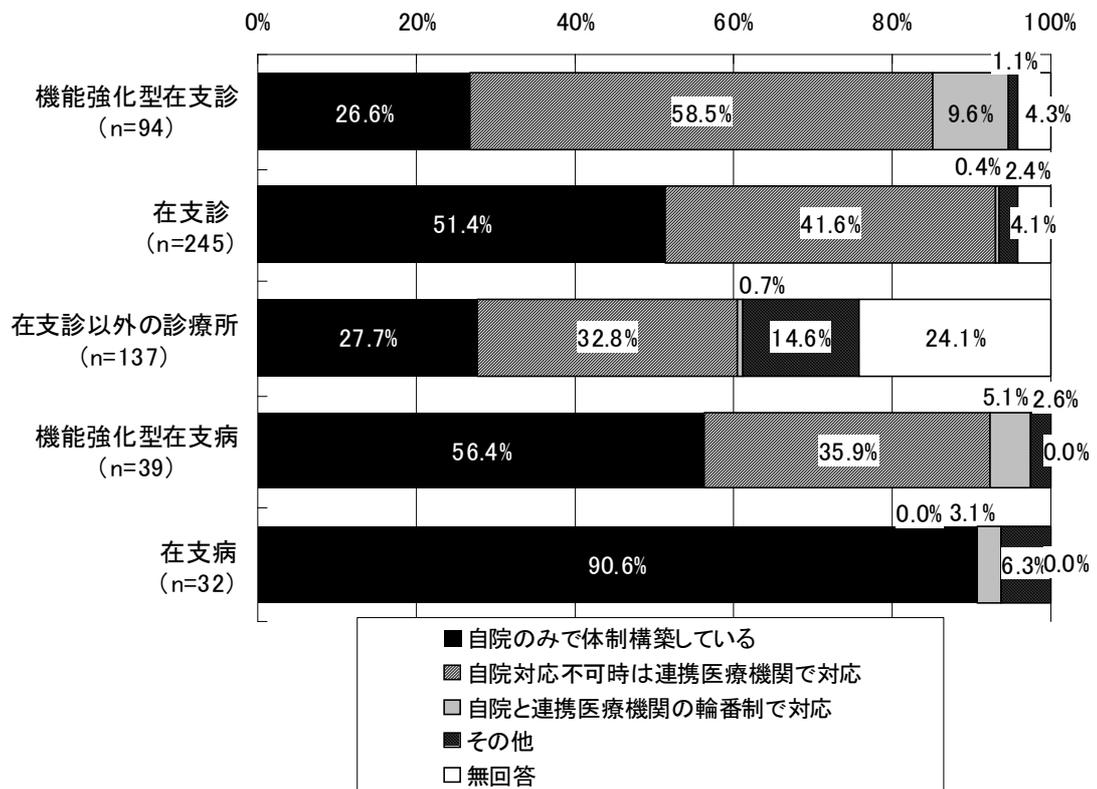


図表 139 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間外）

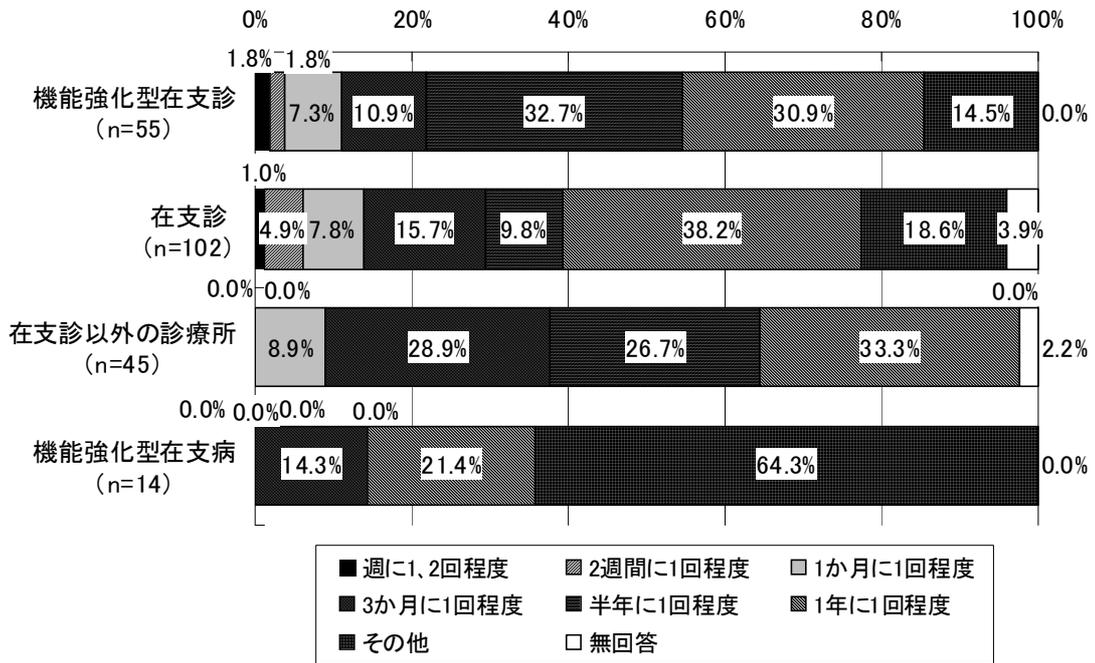


⑨24 時間往診が可能な体制の構築状況

図表 140 24 時間往診が可能な体制の構築状況

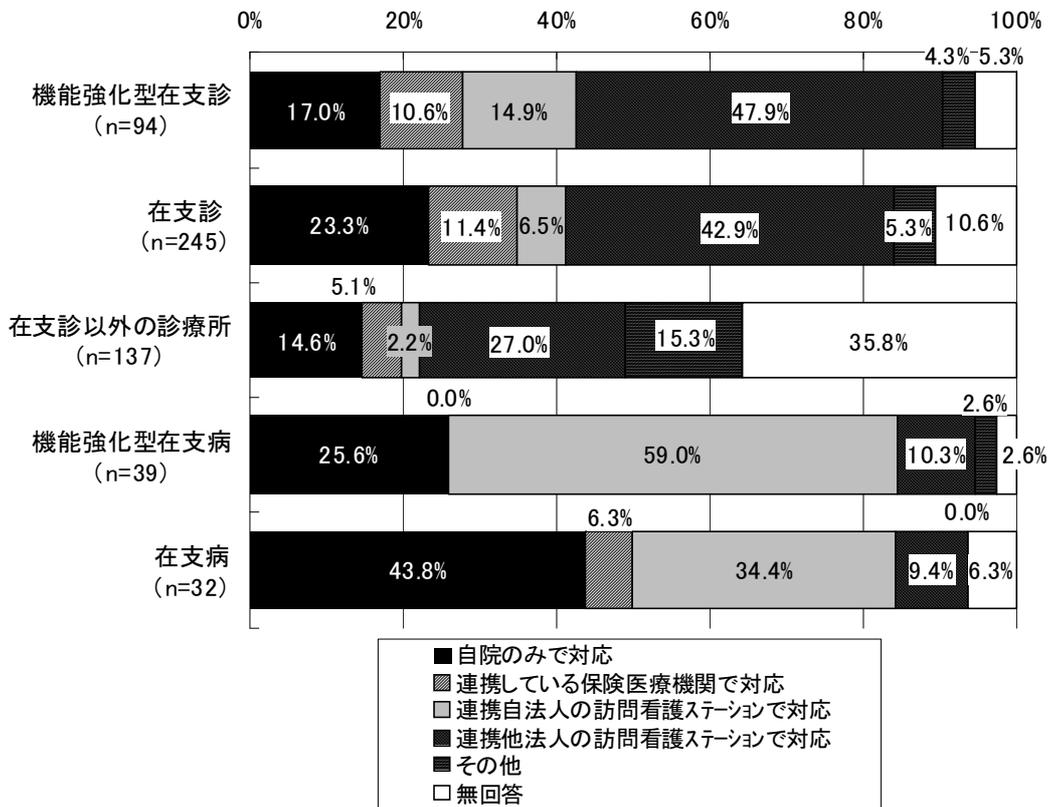


図表 141 緊急時に自院で対応できず、連携医療機関で対応している頻度
 (自院で対応できない場合は連携医療機関で対応している施設)



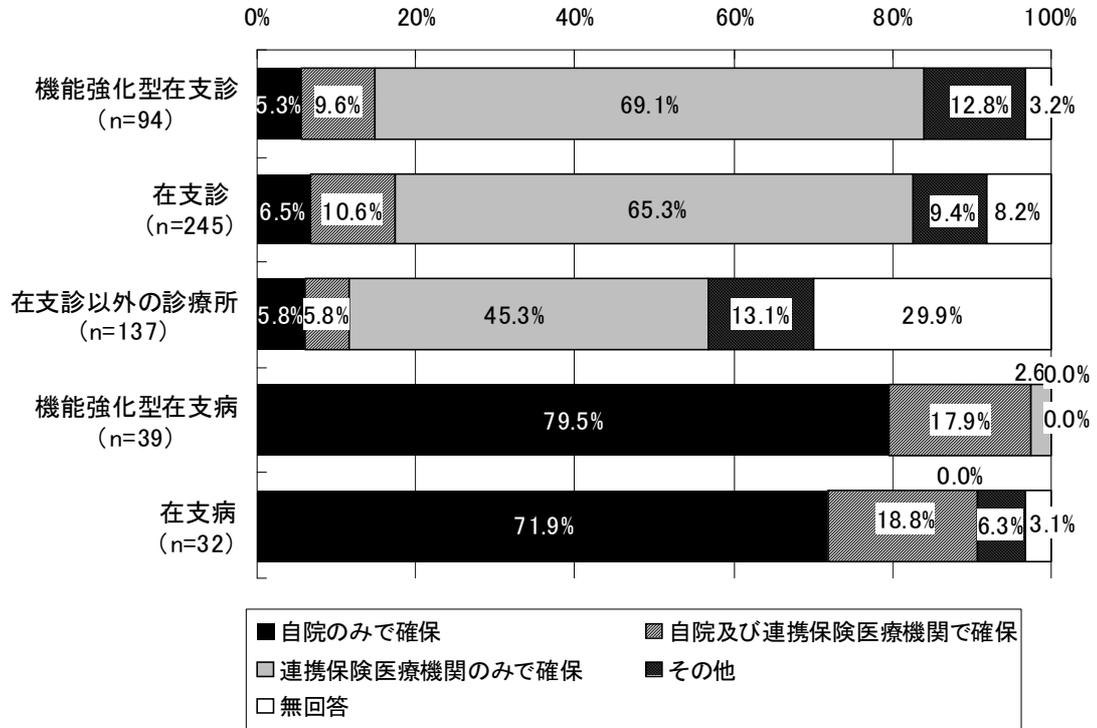
⑩24 時間訪問看護の体制の構築状況

図表 142 24 時間訪問看護の構築状況



⑪緊急時に入院できる病床の確保体制

図表 143 緊急時に入院できる病床の確保体制



(3) 在宅医療の実施状況等

①在宅医療提供場所

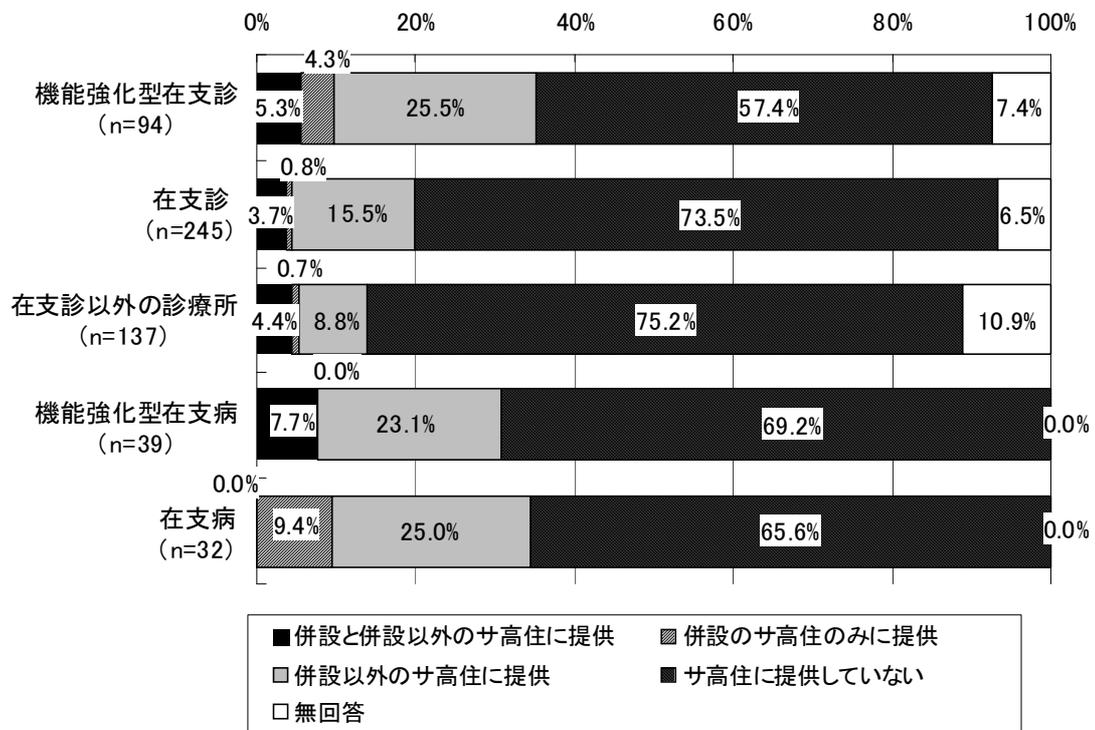
1) 在宅医療提供場所

図表 144 在宅医療提供場所別患者数等（平成 24 年 9 月 1 か月間）

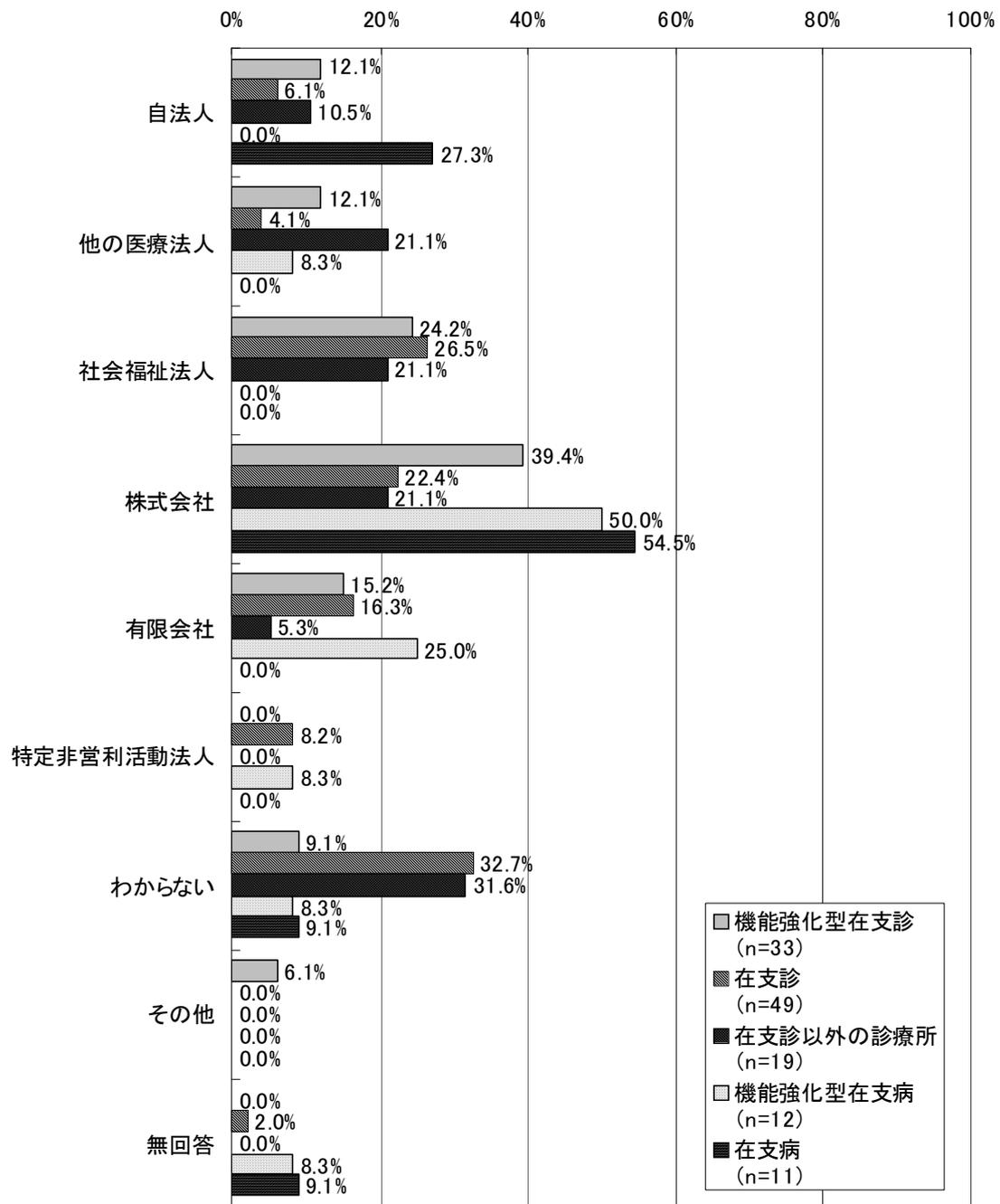
	施設数	自宅【患者数】 (人)			居住系施設【患者数】 (人)			居住系施設【施設数】 (箇所)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	90	27.0	43.0	13.5	27.2	52.7	5.5	2.6	4.2	1.0
在支診	230	11.8	19.8	5.0	20.8	62.5	0.0	1.5	3.4	0.0
在支診以外の診療所	123	6.2	11.3	3.0	11.5	29.1	0.0	0.7	1.2	0.0
機能強化型在支病	38	27.6	30.7	19.0	23.2	31.5	11.5	1.6	1.8	1.0
在支病	28	14.8	20.1	4.5	54.6	89.2	19.0	1.8	2.3	1.0

2) サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者への在宅医療の提供状況等

図表 145 サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者への在宅医療の提供状況等



図表 146 在宅医療を提供しているサービス付き高齢者向け住宅の設置主体（複数回答）



3) 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの訪問件数（提供場所）

図表 147 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの訪問件数（提供場所）

（単位：か所）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	85	5.6	5.9	4.0
在支診	202	4.0	5.6	2.3
在支診以外の診療所	107	2.4	3.2	1.5
機能強化型在支病	34	5.3	4.5	4.0
在支病	29	7.2	7.4	5.0

4) 在宅医療提供日（1日あたり）における移動時間、診療時間、カルテ等の記載時間

図表 148 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの
提供場所までの移動時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	81	43.7	46.9	25.0
在支診	195	32.4	32.1	20.0
在支診以外の診療所	103	23.7	24.5	15.0
機能強化型在支病	29	44.4	34.5	30.0
在支病	27	24.9	20.5	20.0

図表 149 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの
診療時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	81	63.7	64.2	30.0
在支診	196	54.9	64.5	30.0
在支診以外の診療所	102	41.3	41.0	27.5
機能強化型在支病	31	52.9	44.1	40.0
在支病	25	40.2	35.9	30.0

図表 150 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの
カルテ等の記載時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	80	31.2	32.5	17.5
在支診	194	25.8	41.3	12.5
在支診以外の診療所	103	16.2	14.6	10.0
機能強化型在支病	31	29.1	23.7	25.0
在支病	25	18.5	23.1	10.0

②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

図表 151 主治医として在宅医療を提供している患者数（年齢別、1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診 (n=80)			在支診 (n=197)			在支診以外の診療所 (n=114)		
	平成23 年9月	平成24 年9月	対前年 比増減 率	平成23 年9月	平成24 年9月	対前年 比増減 率	平成23 年9月	平成24 年9月	対前年 比増減 率
3歳未満	0.13	0.15	20.0%	0.09	0.10	17.6%	0.02	0.02	0.0%
3歳以上6歳未満	0.23	0.24	5.6%	0.13	0.13	0.0%	0.05	0.04	-16.7%
6歳以上15歳未満	0.53	0.46	-11.9%	0.18	0.19	2.8%	0.05	0.05	0.0%
15歳以上40歳未満	2.40	2.85	18.8%	0.70	0.92	32.1%	0.23	0.25	7.7%
40歳以上65歳未満	6.90	7.46	8.2%	2.57	2.98	16.0%	0.37	0.32	-14.3%
65歳以上75歳未満	8.24	8.34	1.2%	4.04	4.62	14.3%	1.10	1.22	11.2%
75歳以上	43.18	46.31	7.3%	30.46	32.32	6.1%	13.33	14.50	8.8%
合計	61.59	65.81	6.9%	38.17	41.27	8.1%	15.15	16.39	8.2%

	機能強化型在支病 (n=28)			在支病 (n=22)		
	平成23 年9月	平成24 年9月	対前年 比増減 率	平成23 年9月	平成24 年9月	対前年 比増減 率
3歳未満	0.00	0.00	—	0.00	0.00	—
3歳以上6歳未満	0.04	0.04	0.0%	0.00	0.00	—
6歳以上15歳未満	0.00	0.00	—	0.00	0.00	—
15歳以上40歳未満	0.43	0.46	8.3%	0.18	0.18	0.0%
40歳以上65歳未満	3.82	3.43	-10.3%	2.59	2.55	-1.8%
65歳以上75歳未満	5.11	5.46	7.0%	4.77	5.27	10.5%
75歳以上	41.54	42.04	1.2%	31.14	33.27	6.9%
合計	50.93	51.43	1.0%	38.68	41.27	6.7%

（注）平成23年9月及び平成24年9月のいずれについても回答のあった施設を集計対象とした。

2) 疾病別患者数

図表 152 主治医として在宅医療を提供している患者数（疾病別、1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診			在支診			在支診以外の診療所		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率
回答施設数	73	66		168	143		93	67	
悪性新生物	3.55	4.03	13.6%	1.31	1.43	9.5%	0.19	0.31	61.9%
認知症	17.81	22.00	23.5%	17.30	20.97	21.2%	6.08	7.75	27.5%
特定疾患(難病)	3.51	4.21	20.1%	3.49	3.29	-5.7%	0.56	0.57	1.4%

	機能強化型在支病			在支病		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比 増減率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比 増減率
回答施設数	26	23		19	16	
悪性新生物	2.96	3.96	33.6%	1.21	1.06	-12.2%
認知症	11.00	11.26	2.4%	14.26	16.88	18.3%
特定疾患(難病)	3.27	2.83	-13.6%	9.95	10.88	9.3%

3) 状態別患者数

図表 153 主治医として在宅医療を提供している患者数（状態別、1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診 (n=68)			在支診 (n=161)			在支診以外の診療所 (n=77)		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年 比増減 率
喀痰吸引	4.47	4.78	6.9%	1.48	1.59	7.1%	0.62	0.84	35.4%
胃ろう	3.94	4.13	4.9%	1.72	1.76	2.5%	1.25	1.35	8.3%
経鼻経管栄養	0.96	1.03	7.7%	0.43	0.50	14.3%	0.12	0.10	-11.1%
中心静脈栄養	0.65	0.60	-6.8%	0.24	0.24	0.0%	0.12	0.18	55.6%
気管切開又は 気管内挿管	0.93	1.15	23.8%	0.39	0.42	6.3%	0.17	0.18	7.7%
褥瘡処置	2.93	2.68	-8.5%	1.70	1.82	7.5%	0.74	0.84	14.0%
その他の創傷 処置	0.51	0.65	25.7%	0.40	0.53	32.8%	0.25	0.23	-5.3%
人工呼吸器	1.04	1.21	15.5%	0.32	0.36	13.7%	0.04	0.03	-33.3%

	機能強化型在支病 (n=25)			在支病 (n=16)		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比 増減率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比 増減率
喀痰吸引	3.36	2.92	-13.1%	3.13	2.69	-14.0%
胃ろう	4.48	4.04	-9.8%	3.25	2.56	-21.2%
経鼻経管栄養	0.36	0.28	-22.2%	1.38	1.25	-9.1%
中心静脈栄養	0.36	0.56	55.6%	0.25	0.31	25.0%
気管切開又は気管 内挿管	1.16	1.00	-13.8%	0.94	0.75	-20.0%
褥瘡処置	2.20	1.80	-18.2%	1.63	1.63	0.0%
その他の創傷処置	0.64	0.68	6.3%	0.38	0.56	50.0%
人工呼吸器	0.48	0.68	41.7%	0.38	0.31	-16.7%

③診療報酬項目別算定患者数と算定回数

1) 診療報酬項目別算定患者数

図表 154 診療報酬項目別算定患者数（1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	75	75	170	170	88	88
1) 往診料	10.24	9.77	5.16	5.17	3.36	3.70
2) 上記 1) の緊急加算	0.72	0.77	0.45	0.46	0.20	0.26
3) 上記 1) の夜間加算	0.69	0.47	0.38	0.43	0.13	0.23
4) 上記 1) の深夜加算	0.40	0.29	0.16	0.22	0.06	0.05
5) 在宅患者訪問診療料(同一	33.01	33.96	10.98	11.29	4.69	5.17
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	21.37	13.61	16.57	6.37	5.63	1.94
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		9.24		13.38		4.01
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.70	0.77	0.21	0.31	1.12	1.26
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.78		0.32		0.24
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.07	0.07	0.06	0.09	0.00	0.07
9) 在宅時医学総合管理料	29.08	32.51	21.01	23.55	5.39	5.58
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	12.84	12.86	7.02	8.21	4.76	4.91
11) 在宅患者緊急入院診療加算	0.02	0.02	0.01	0.02	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	0.24	0.35	0.09	0.10	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.03	0.07	0.02	0.04	0.05	0.05
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.02	0.01	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170点)	0.39	0.37	0.12	0.10	0.38	0.49
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	0.24	0.19	0.06	0.07	0.48	0.50

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれにおいても「往診料」について回答のあった施設を集計対象とした。

(単位：人)

	機能強化型在支病 (n=31)		在支病 (n=15)	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	31	31	15	15
1) 往診料	5.48	7.00	4.60	6.53
2) 上記 1) の緊急加算	0.16	0.52	0.33	0.47
3) 上記 1) の夜間加算	0.13	0.29	0.07	0.07
4) 上記 1) の深夜加算	0.13	0.16	0.07	0.00
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	19.00	21.11	12.71	11.24
在宅患者訪問診療料(同一建物・特定施設)	16.93	5.04	11.10	4.86
在宅患者訪問診療料(同一建物・特定施設以外)		9.14		8.43
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.14	0.32	0.09	0.18
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.27		0.14
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.00	0.00	0.00	0.00
9) 在宅時医学総合管理料	16.62	14.72	12.00	13.63
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	4.23	4.64	4.00	3.54
11) 在宅患者緊急入院診療加算	1.96	1.96	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	0.04	0.08	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.04	0.09	0.17	0.25
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170点)	1.74	1.91	0.33	0.33
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	1.13	0.96	1.00	1.08

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれにおいても「往診料」について回答のあった施設を集計対象とした。

2) 診療報酬項目別算定回数

図表 155 診療報酬項目別算定回数

(単位：回)

	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	75	75	170	169	88	88
1) 往診料	17.43	15.27	7.45	7.22	4.88	5.48
2) 上記 1) の緊急加算	0.83	0.92	0.51	0.58	0.20	0.27
3) 上記 1) の夜間加算	0.87	0.51	0.40	0.44	0.17	0.27
4) 上記 1) の深夜加算	0.49	0.33	0.18	0.23	0.07	0.05
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	86.11	86.73	24.64	25.14	8.33	8.89
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	64.59	47.06	37.01	12.53	13.40	4.60
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		20.27		30.73		9.80
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.72	0.80	0.21	0.31	1.12	1.26
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.76		0.32		0.24
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.10	0.19	0.21	0.27	0.00	0.02
9) 在宅時医学総合管理料	29.22	33.03	20.77	23.39	6.32	6.76
上記 9) 重症者加算算定回数	1.23	1.26	0.34	0.36	0.07	0.07
上記 9) 在宅移行早期加算算定回数	2.05	3.09	0.81	0.97	0.07	0.05
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	12.84	12.86	7.02	8.23	4.80	4.91
上記 10) 重症者加算算定回数	0.26	0.12	0.01	0.00	0.00	0.00
上記 10) 在宅移行早期加算算定回数	0.21	0.79	0.08	0.18	0.20	0.13
11) 在宅患者緊急入院診療加算	0.02	0.02	0.01	0.02	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	2.85	3.89	1.45	2.16	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.03	0.07	0.02	0.04	0.05	0.05
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.03	0.02	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170点)	0.39	0.37	0.13	0.11	0.38	0.49
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	1.03	0.83	0.13	0.23	2.14	2.17

(単位：回)

	機能強化型在支病		在支病	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	31	31	15	15
1) 往診料	7.68	8.45	5.40	16.20
2) 上記 1) の緊急加算	0.16	0.55	0.40	0.47
3) 上記 1) の夜間加算	0.13	0.29	0.07	0.07
4) 上記 1) の深夜加算	0.13	0.16	0.07	0.00
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	31.57	33.36	28.62	27.29
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	29.96	7.25	27.76	12.29
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		14.39		21.76
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.14	0.32	0.09	0.18
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.27		0.14
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.00	0.00	0.00	0.00
9) 在宅時医学総合管理料	16.72	14.79	12.00	13.63
上記 9) 重症者加算算定回数	0.07	0.17	0.06	0.06
上記 9) 在宅移行早期加算算定回数	1.31	1.83	1.00	1.56
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	4.27	4.64	4.00	3.54
上記 10) 重症者加算算定回数	0.00	0.00	0.00	0.00
上記 10) 在宅移行早期加算算定回数	0.32	0.00	0.08	0.15
11) 在宅患者緊急入院診療加算	11.00	9.35	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	0.29	0.96	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.04	0.09	0.17	0.25
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170 点)	1.74	1.91	0.33	0.33
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	6.78	5.70	3.42	3.83

④緊急時に往診した回数等

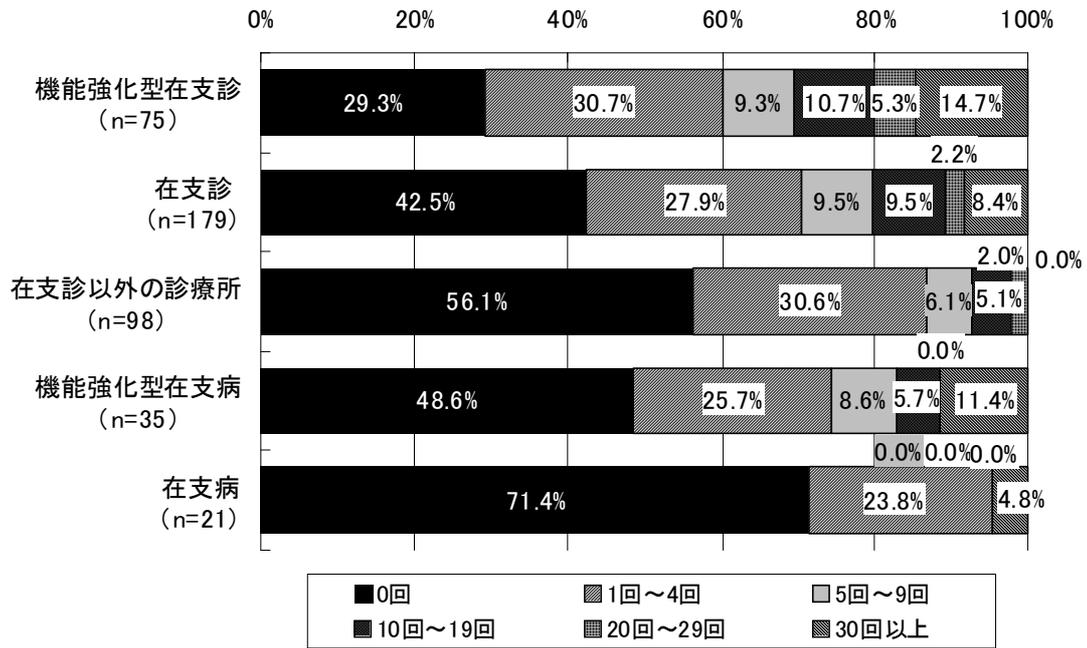
図表 156 緊急時に往診した回数等

(単位：回)

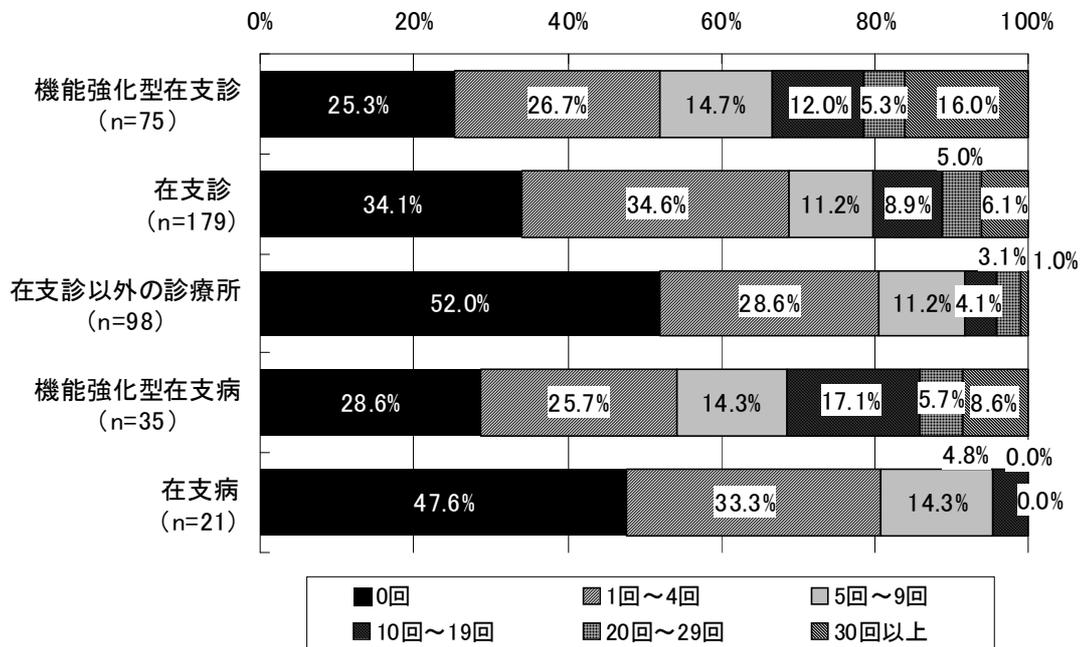
	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
回答施設数	75	75	179	179	98	98
1) 緊急時に往診した回数	17.8	19.8	8.0	9.5	2.1	2.7
2) 上記 1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	1.6	2.0	1.5	1.5	0.5	0.7
3) 上記 1)のうち、看取りを行った回数	2.7	3.3	1.0	1.1	0.3	0.4
4) 上記 1)のうち、自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0

	機能強化型在支病		在支病	
	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
回答施設数	35	35	21	21
1) 緊急時に往診した回数	11.2	12.4	3.0	2.2
2) 上記 1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	0.9	1.6	0.0	0.1
3) 上記 1)のうち、看取りを行った回数	1.0	1.8	0.2	0.6
4) 上記 1)のうち、自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数	0.0	0.0	0.0	0.0

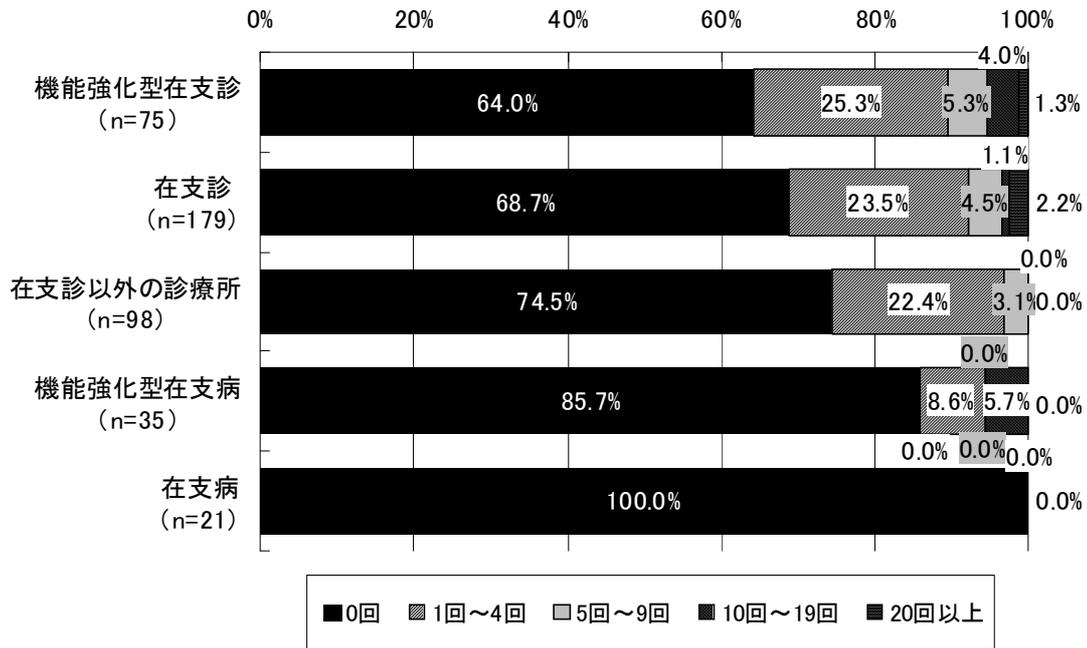
図表 157 緊急時に往診した回数【平成 23 年 4 月～9 月】



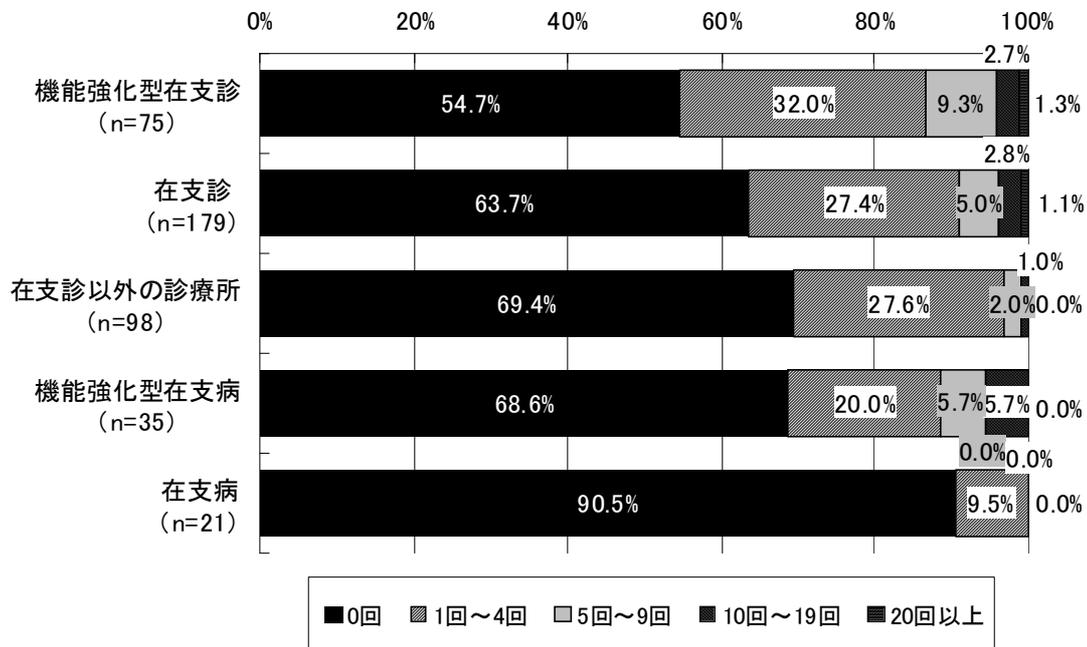
図表 158 緊急時に往診した回数【平成 24 年 4 月～9 月】



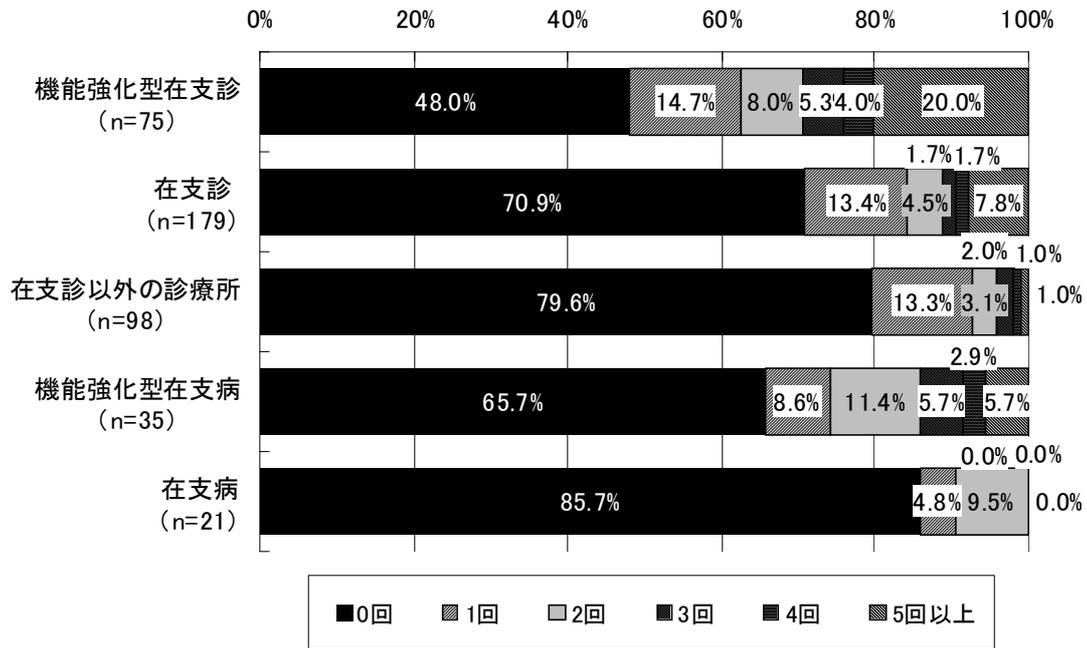
図表 159 緊急入院が必要と判断された回数【平成 23 年 4 月～9 月】



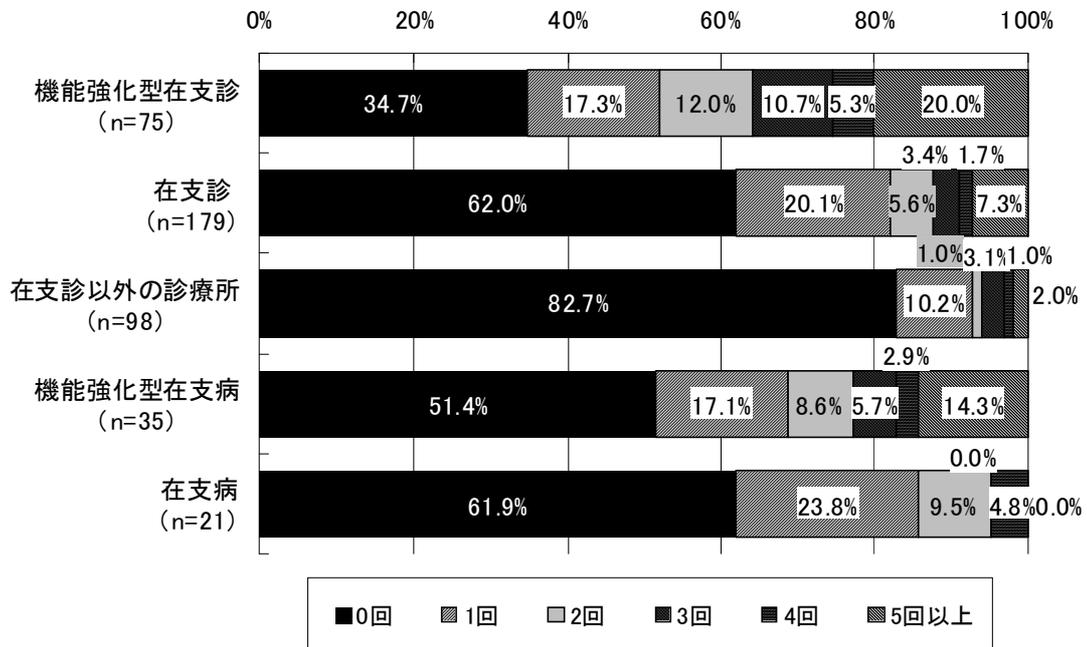
図表 160 緊急入院が必要と判断された回数【平成 24 年 4 月～9 月】



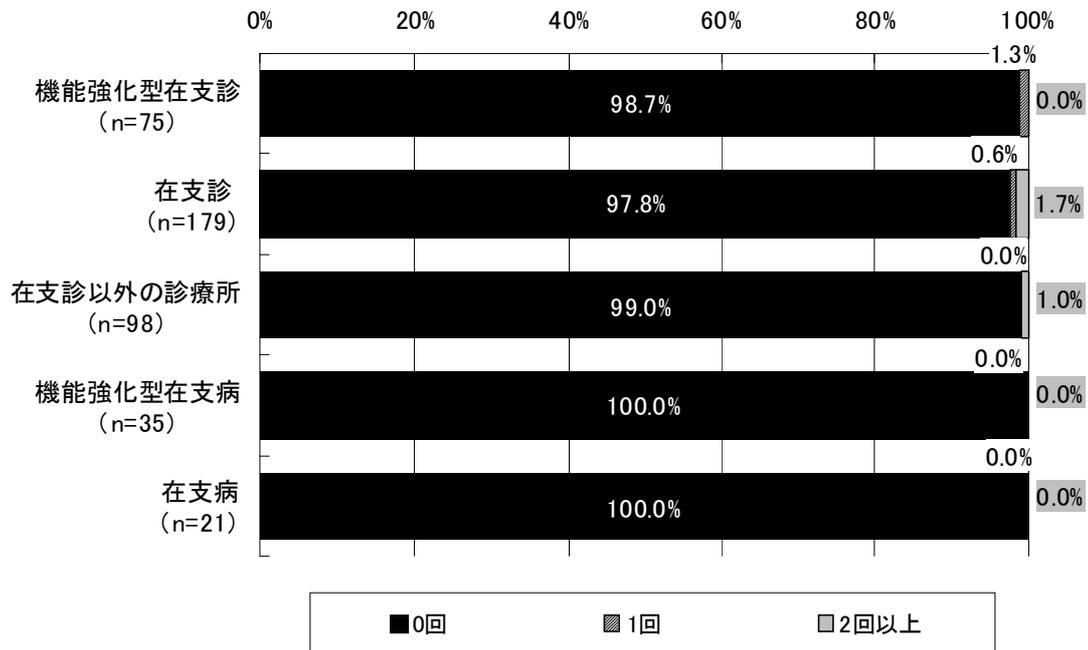
図表 161 在宅で看取りを行った回数【平成 23 年 4 月～9 月】



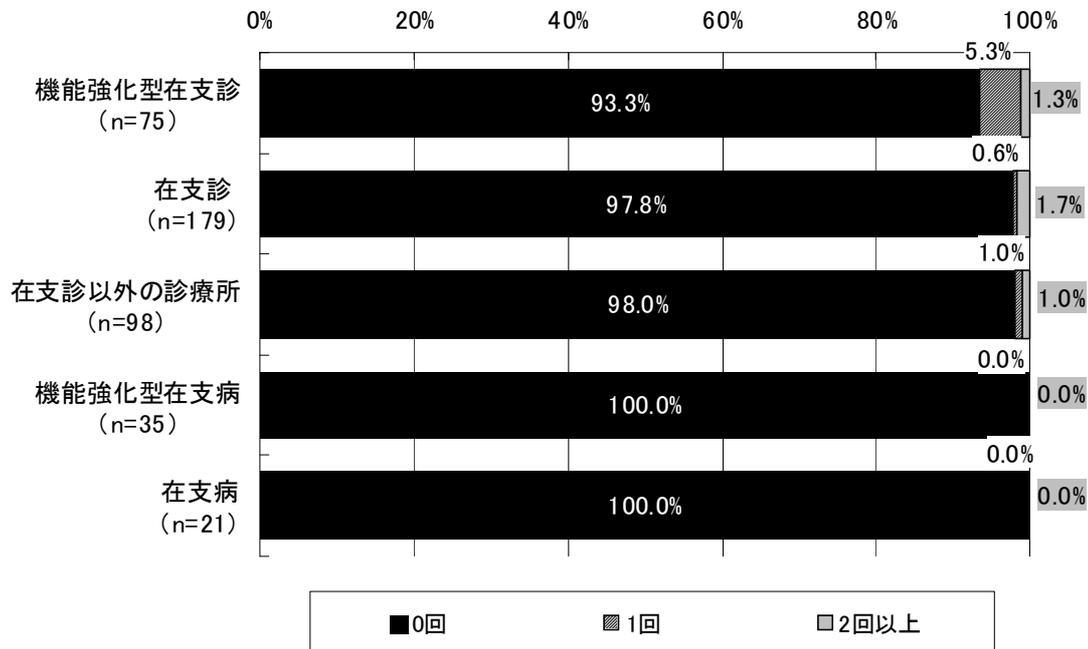
図表 162 在宅で看取りを行った回数【平成 24 年 4 月～9 月】



図表 163 自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数【平成 23 年 4 月～9 月】



図表 164 自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数【平成 24 年 4 月～9 月】



(4) 他の医療機関等との連携状況等

①連携している他の施設・事業所等

1) 連携している他の施設・事業所数

図表 165 連携している他の施設・事業所数（1施設あたり平均値）

(単位：か所)

	機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数	87	204	89	36	23
診療所・病院	4.85	3.38	2.15	11.08	7.35
届出上の在宅療養支援病院	0.94	1.21	0.37	0.15	0.00
届出上の在宅療養支援診療所	1.44	1.65	0.11	3.08	1.00
届出上の機能強化型在宅療養支援病院	0.75	0.26	0.03	0.11	0.00
届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	2.91	0.12	0.00	1.82	0.00
訪問看護ステーション	3.38	2.72	1.55	2.66	1.63
届出上の訪問看護ステーション	1.42	1.01	0.26	1.72	0.74
歯科保険医療機関	0.88	0.38	0.40	1.45	1.00
保険薬局	2.75	1.64	0.86	1.17	0.92
居宅介護支援事業所	7.65	3.58	0.77	7.82	6.17
地域包括支援センター	1.89	1.27	0.69	1.88	1.69

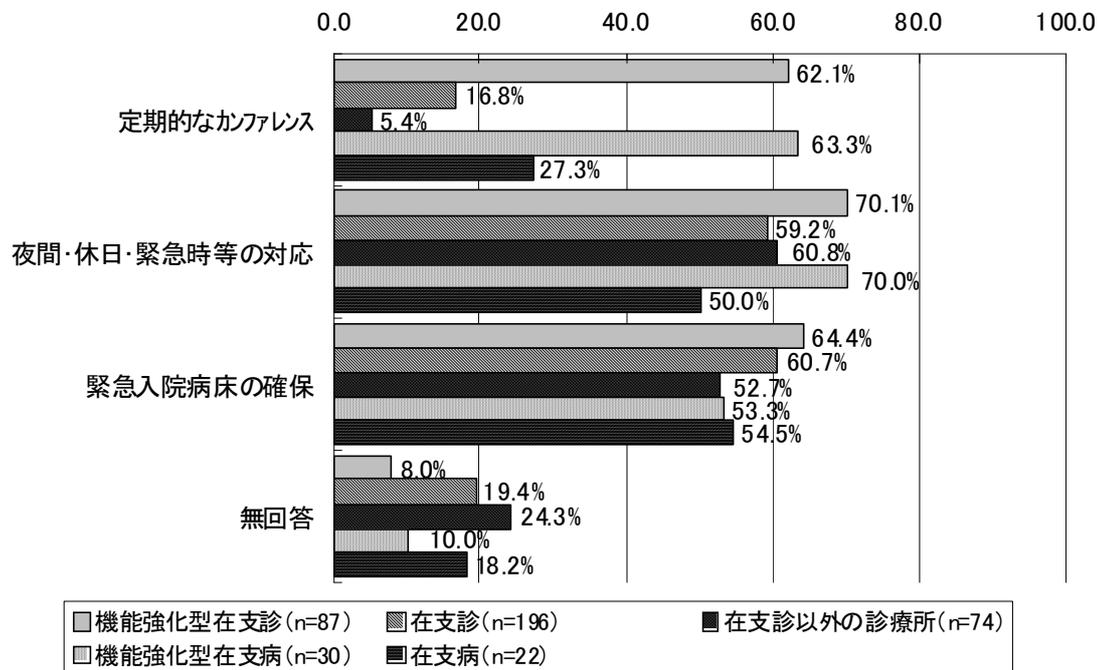
図表 166 連携している他の施設・事業所数（連携実績のある施設）

(単位：か所)

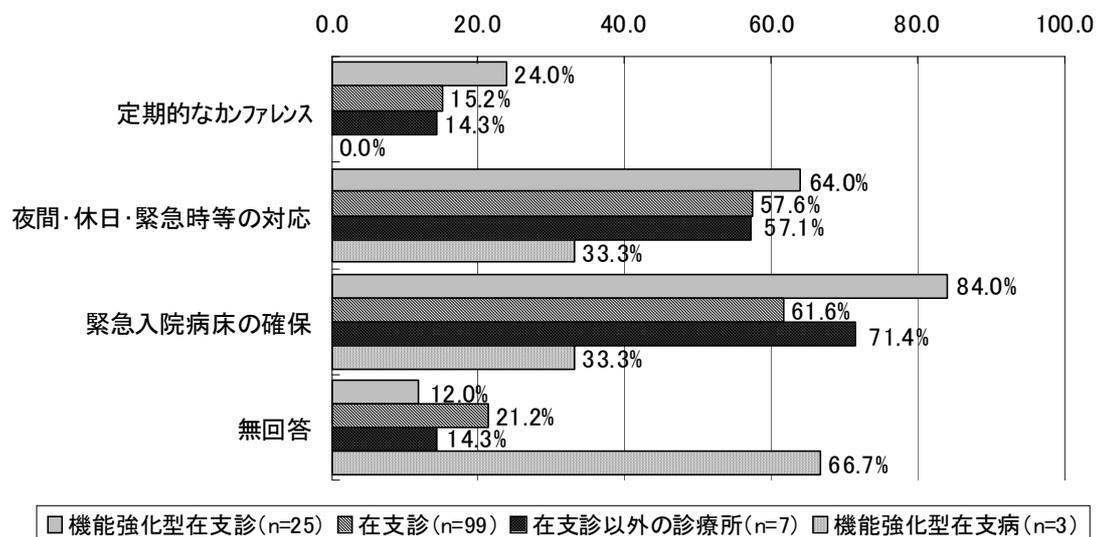
	機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数	87	196	74	30	22
診療所・病院	4.85	3.52	2.58	13.30	7.68
届出上の在宅療養支援病院	1.76	1.63	2.00	1.00	—
届出上の在宅療養支援診療所	3.25	3.25	1.00	6.15	1.50
届出上の機能強化型在宅療養支援病院	1.39	1.82	1.00	1.00	—
届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	3.31	1.80	—	2.55	—
訪問看護ステーション	3.61	2.96	2.09	3.27	2.07
届出上の訪問看護ステーション	2.14	1.73	1.90	2.75	1.75
歯科保険医療機関	2.06	1.26	2.33	3.20	1.50
保険薬局	3.15	2.37	1.73	2.00	1.33
居宅介護支援事業所	9.95	5.12	2.13	9.52	6.53
地域包括支援センター	2.64	1.89	1.42	2.35	2.20

2) 連携の内容等

図表 167 連携している施設における連携内容：診療所・病院（複数回答）

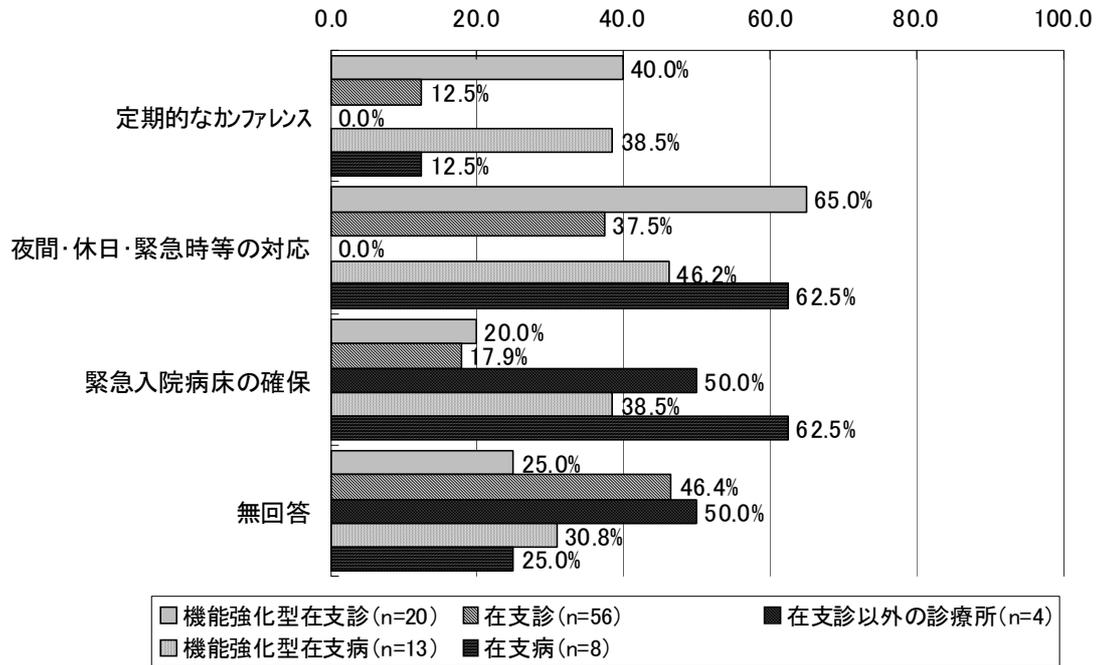


図表 168 連携している施設における連携内容：届出上の在宅療養支援病院（複数回答）

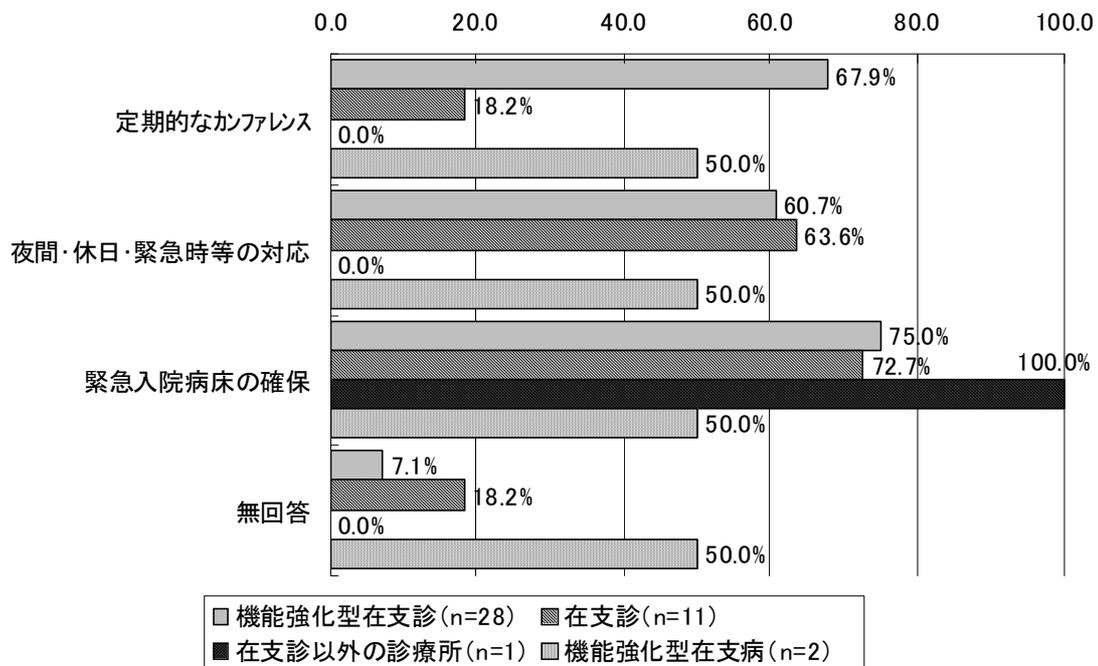


(注) 在支病の回答はなかった。

図表 169 連携している施設における連携内容：届出上の在宅療養支援診療所（複数回答）

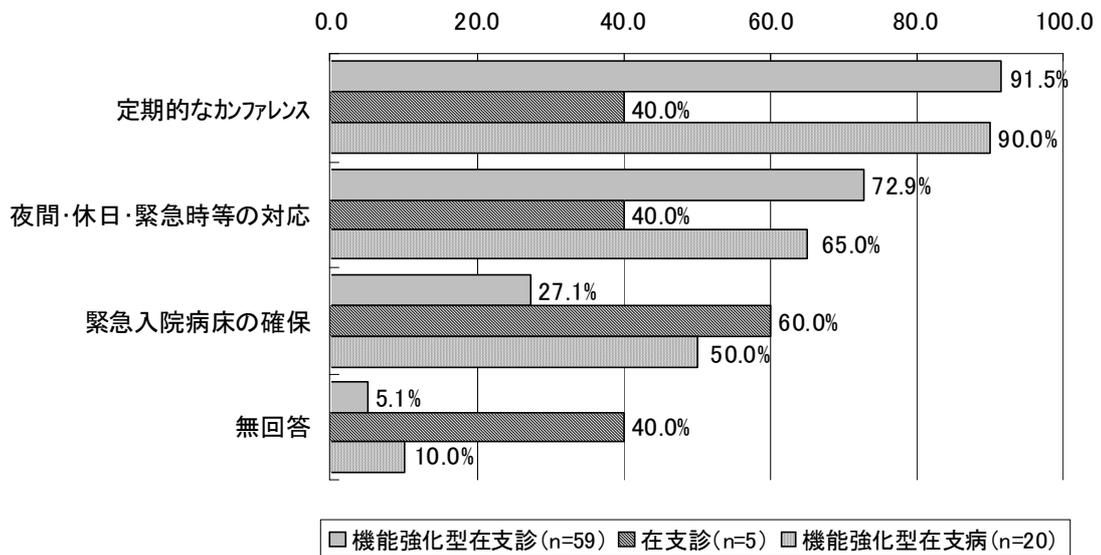


図表 170 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援病院（複数回答）



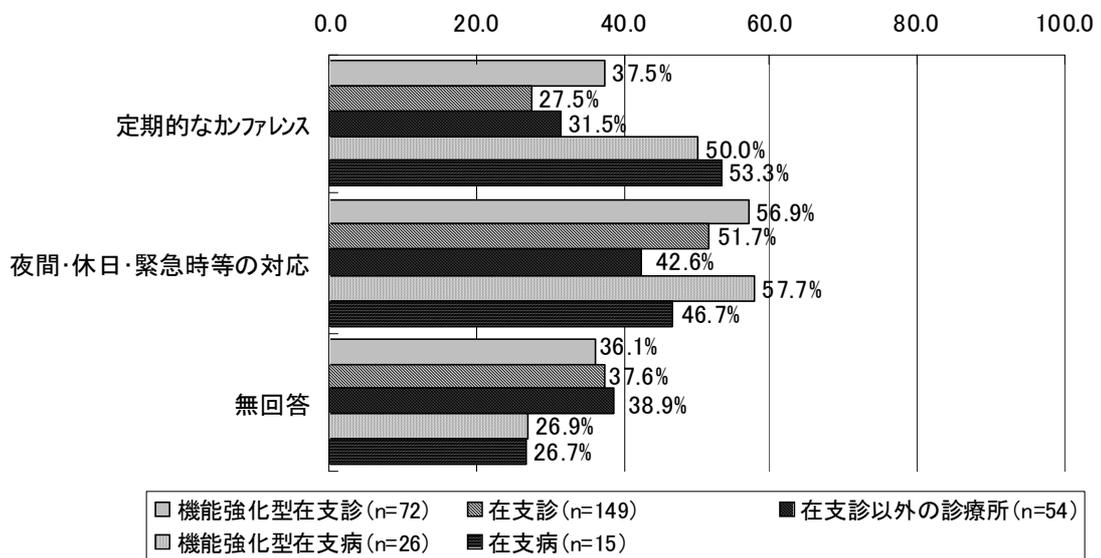
(注) 在支病の回答はなかった。

図表 171 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援診療所
(複数回答)

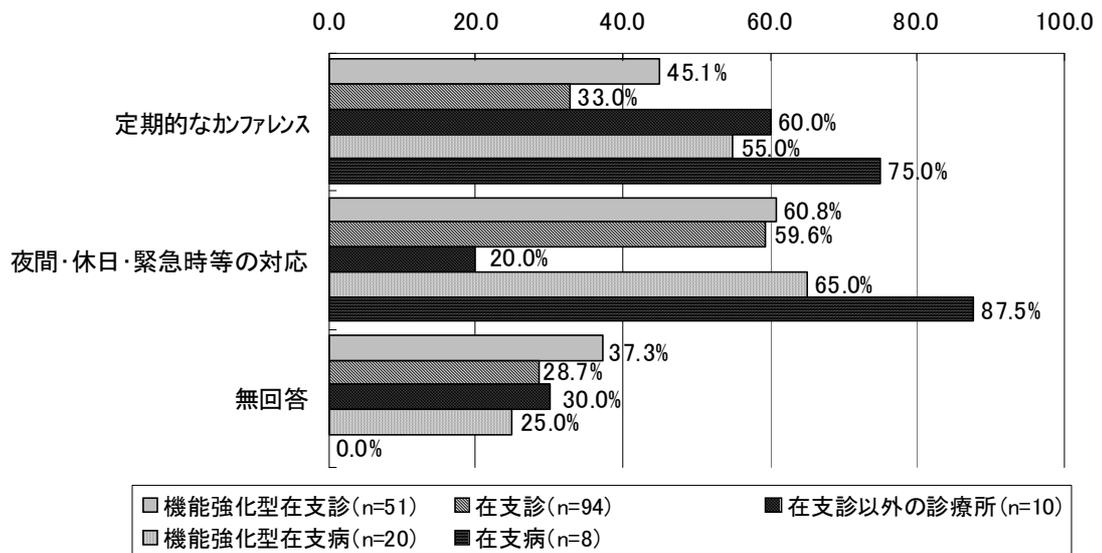


(注) 在支診以外の診療所、在支病の回答はなかった。

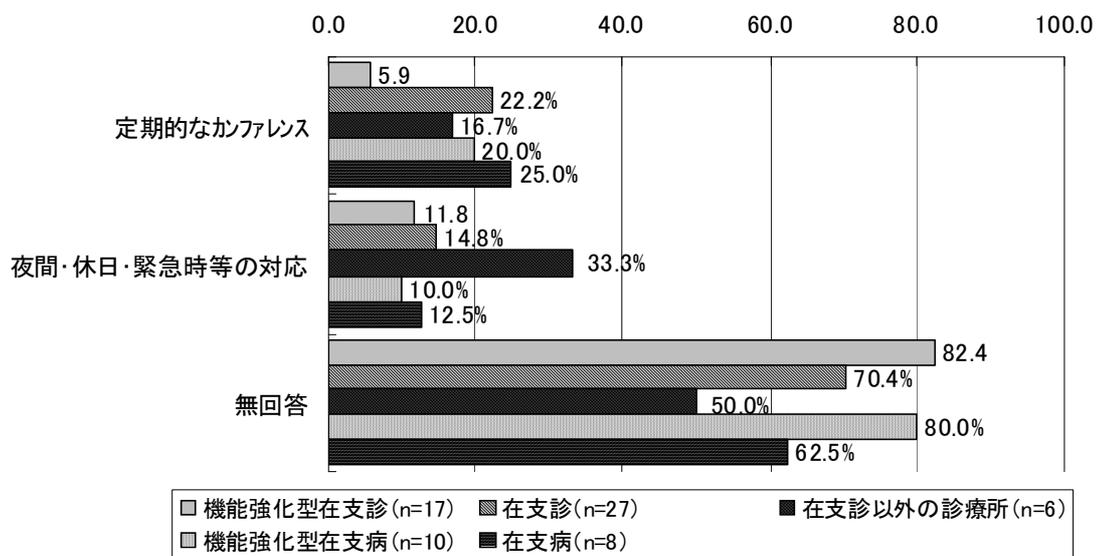
図表 172 連携している施設における連携内容：訪問看護ステーション (複数回答)



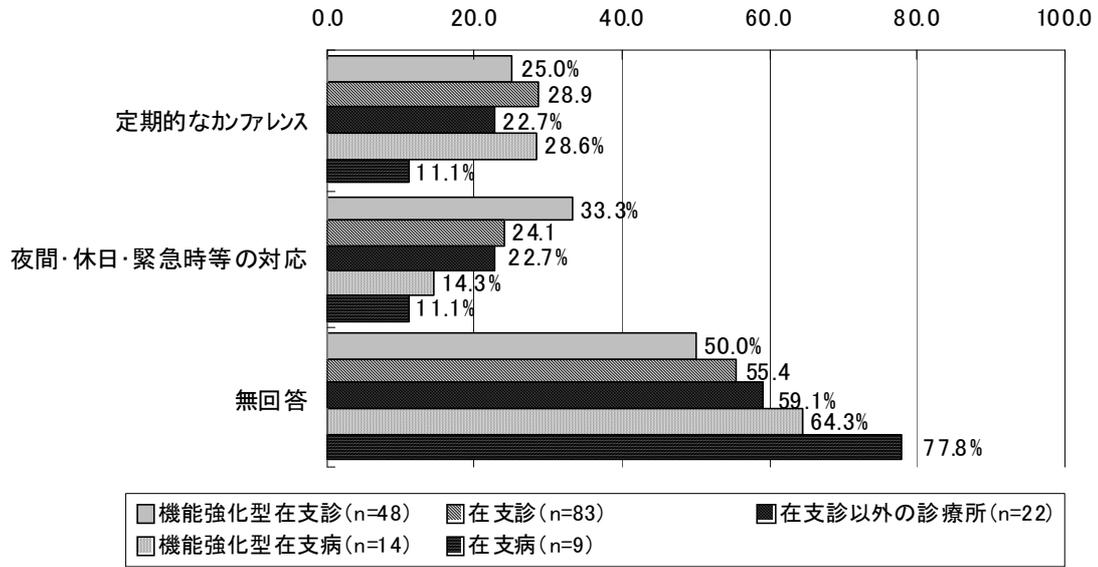
図表 173 連携している施設における連携内容：届出上の訪問看護ステーション



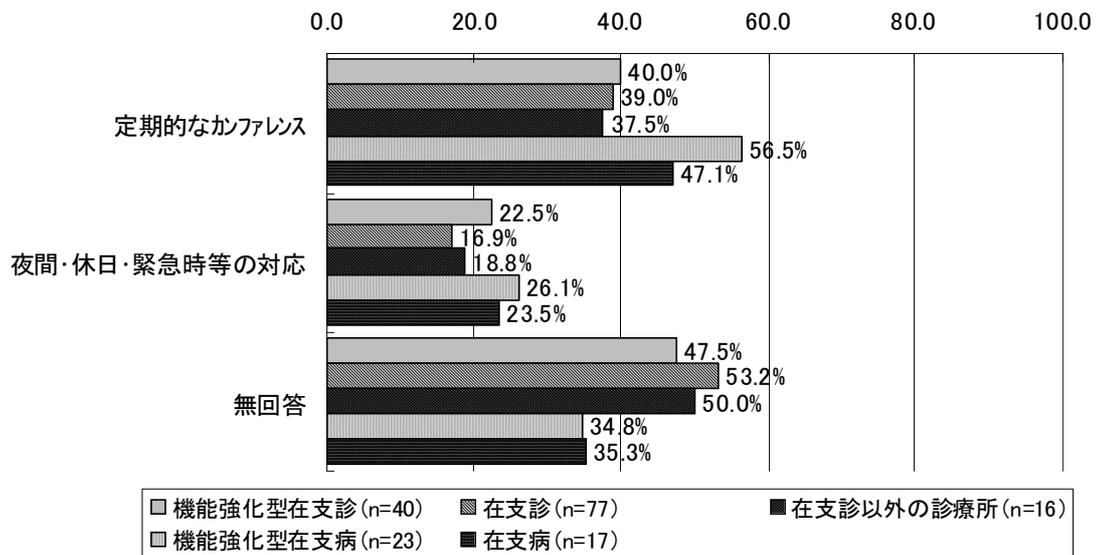
図表 174 連携している施設における連携内容：歯科保険医療機関（複数回答）



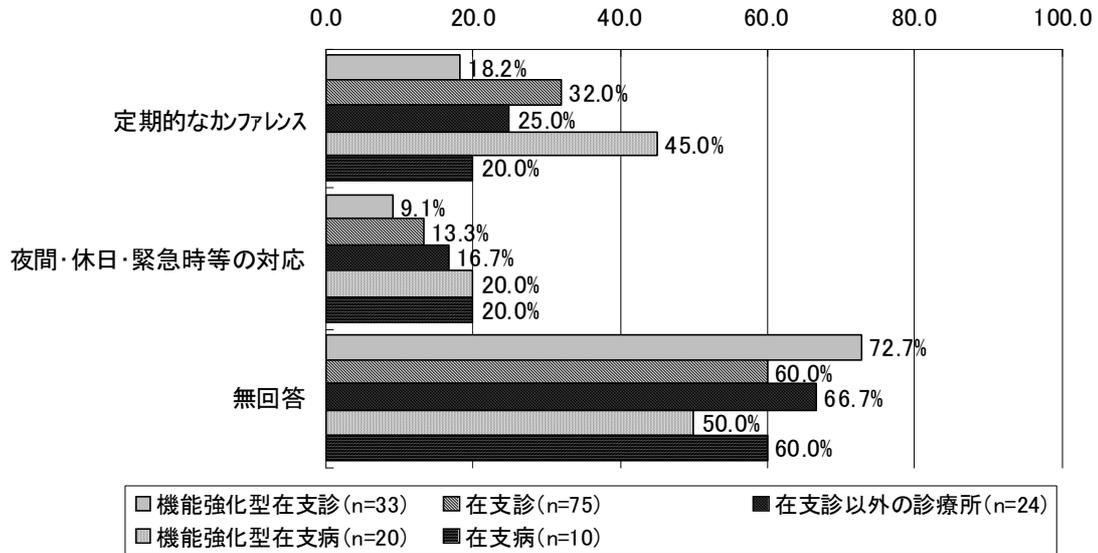
図表 175 連携している施設における連携内容：保険薬局（複数回答）



図表 176 連携している施設における連携内容：居宅介護支援事業所（複数回答）



図表 177 連携している施設における連携内容：地域包括支援センター（複数回答）



3) 定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の開催数

図表 178 定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の回数
（平成 24 年 9 月 1 か月間）

（単位：回）

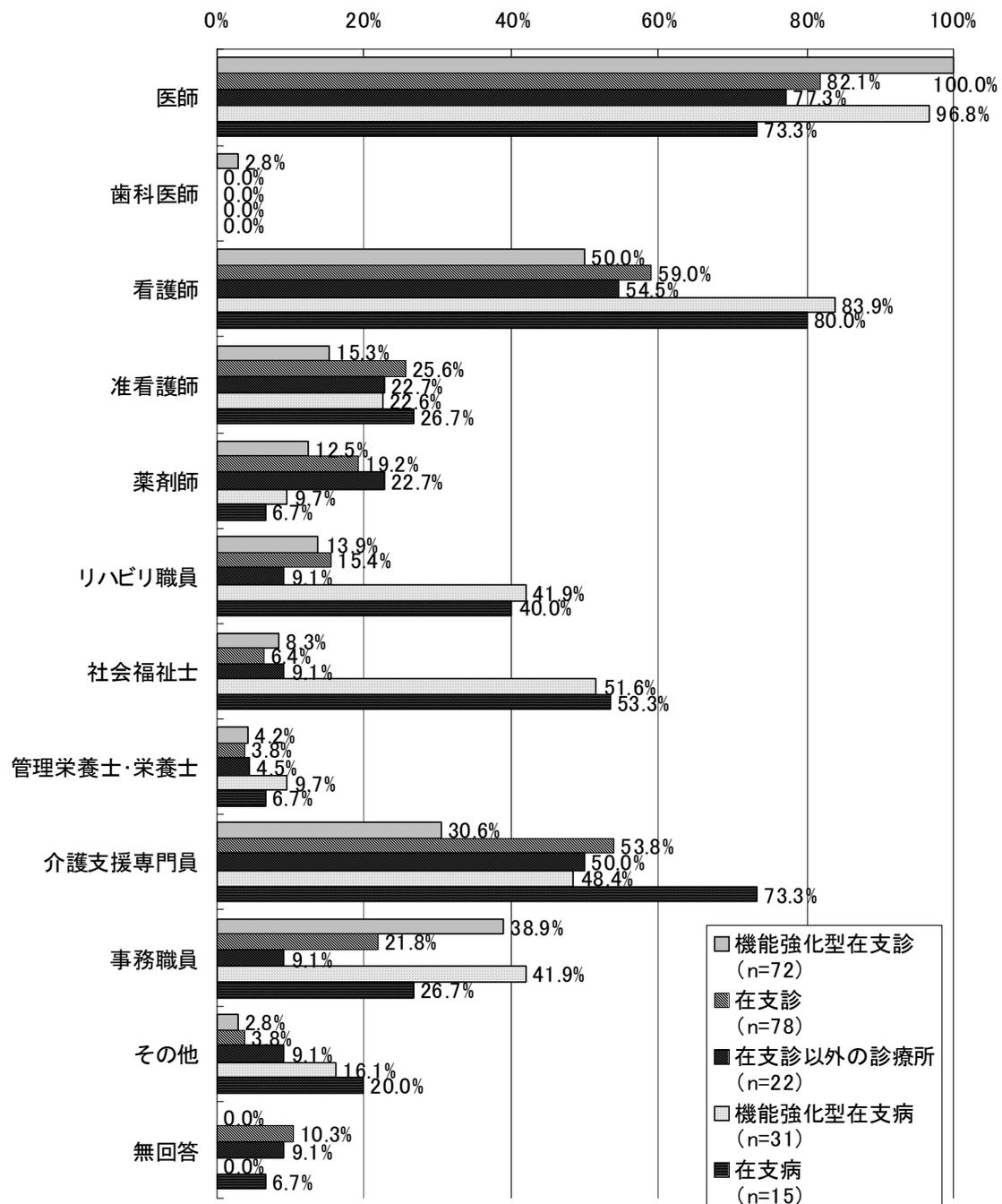
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	72	1.5	1.1	1.0
在支診	72	2.1	3.3	1.0
在支診以外の診療所	22	2.9	4.1	1.0
機能強化型在支病	31	3.4	6.6	1.0
在支病	15	3.1	2.2	4.0

図表 179 定期的なカンファレンスの 1 回あたりの平均時間（平成 24 年 9 月 1 か月間）

（単位：分）

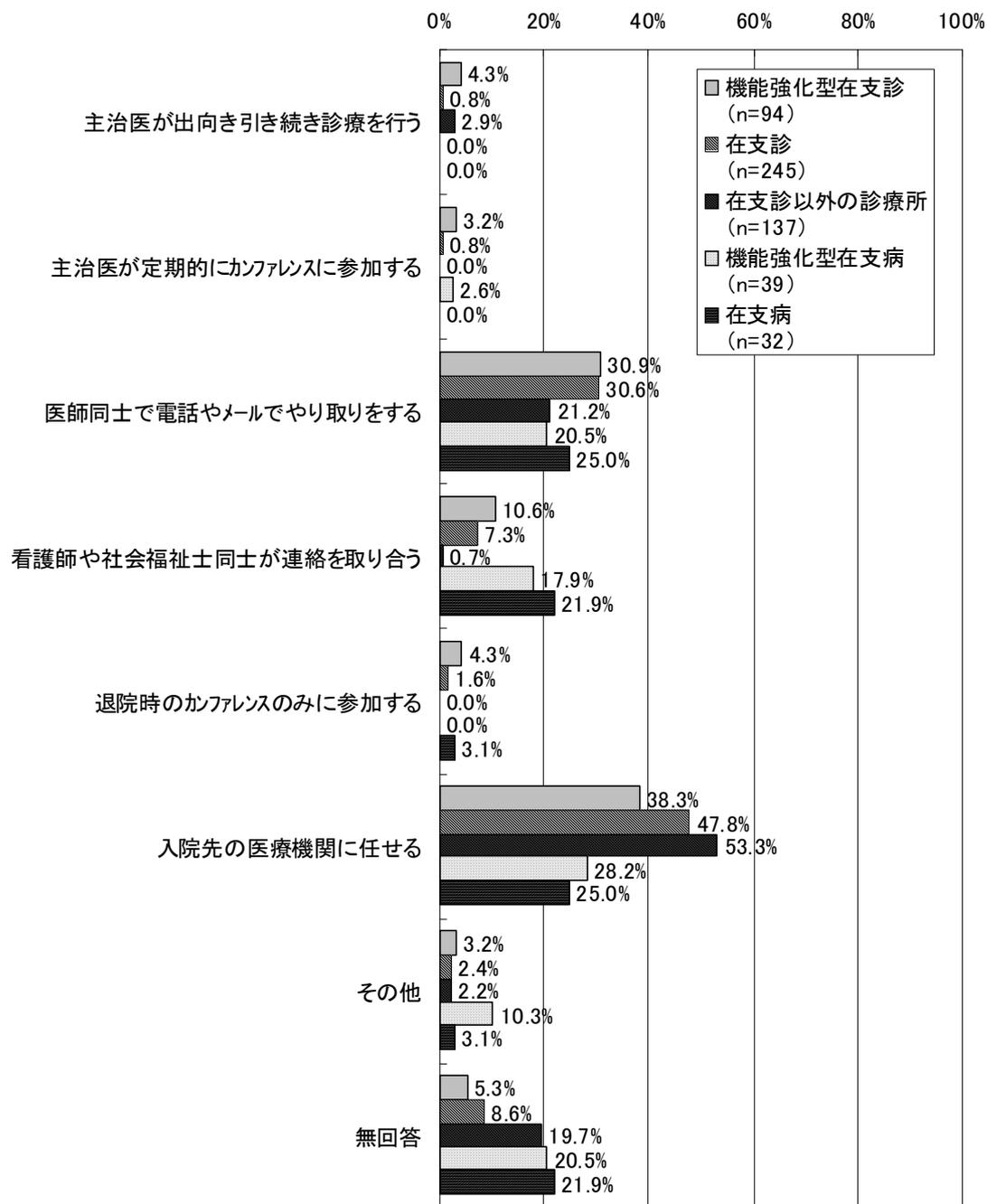
	件数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	72	60.3	35.6	60.0
在支診	70	32.9	27.3	30.0
在支診以外の診療所	20	28.3	22.6	20.0
機能強化型在支病	31	48.5	25.2	40.0
在支病	15	19.7	10.8	20.0

図表 180 定期的なカンファレンスの出席者（自施設+連携施設）（複数回答）

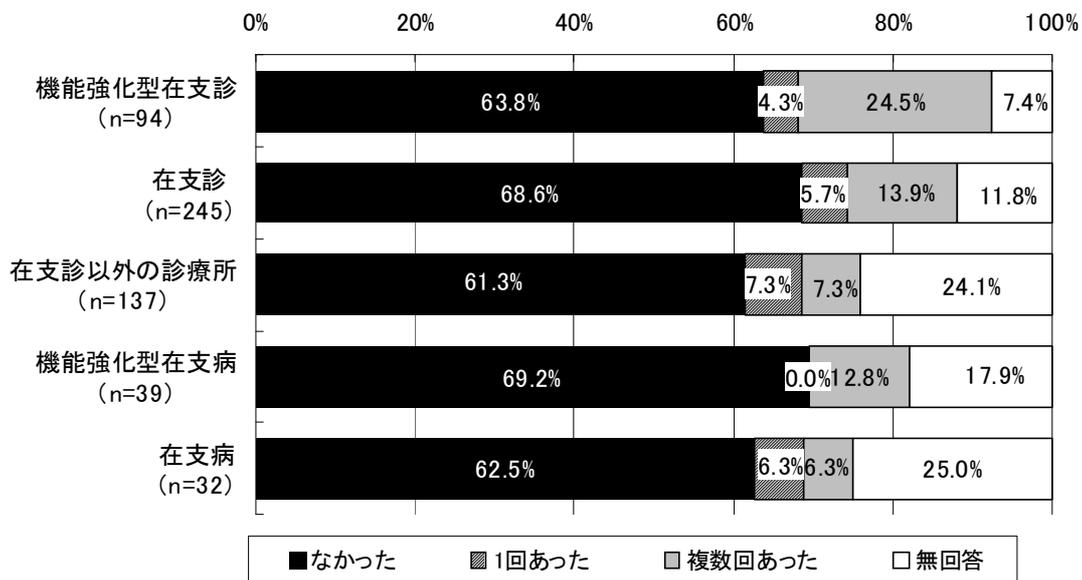


②患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方

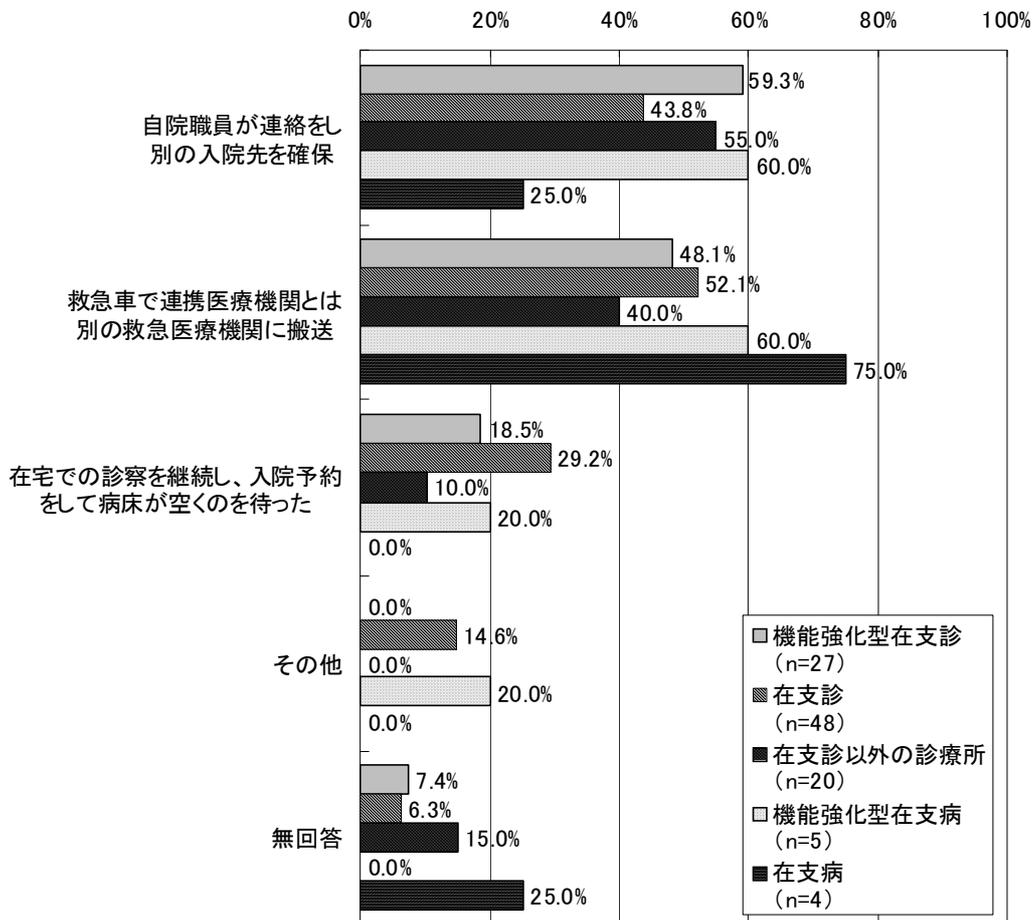
図表 181 患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方（単数回答）



図表 182 平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無

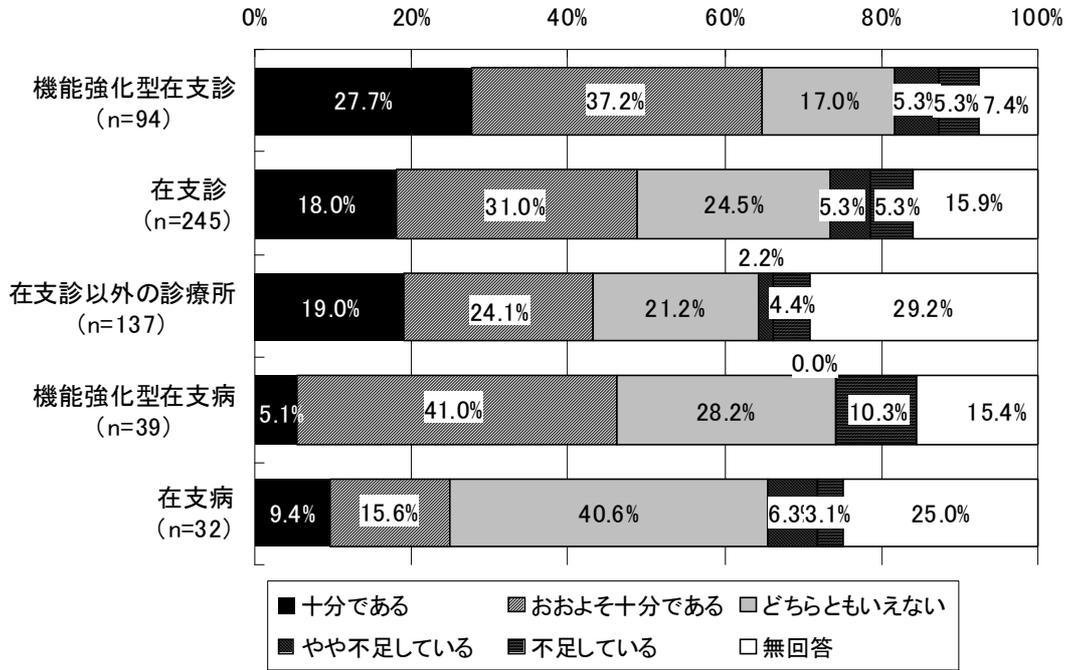


図表 183 平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったときの対応（複数回答）

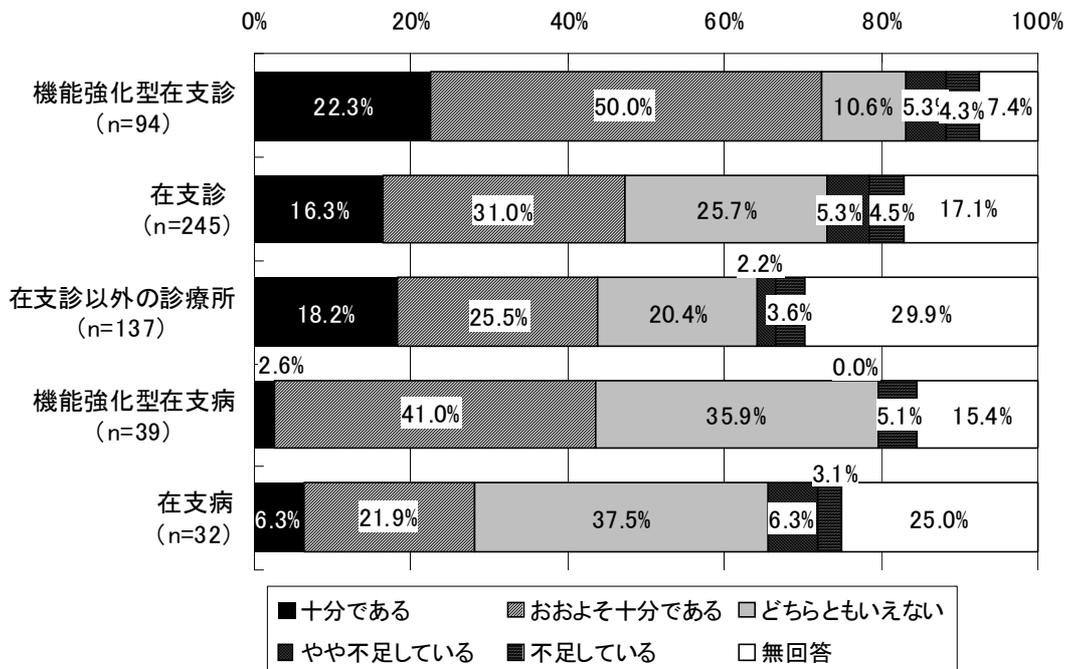


③連携の充足感

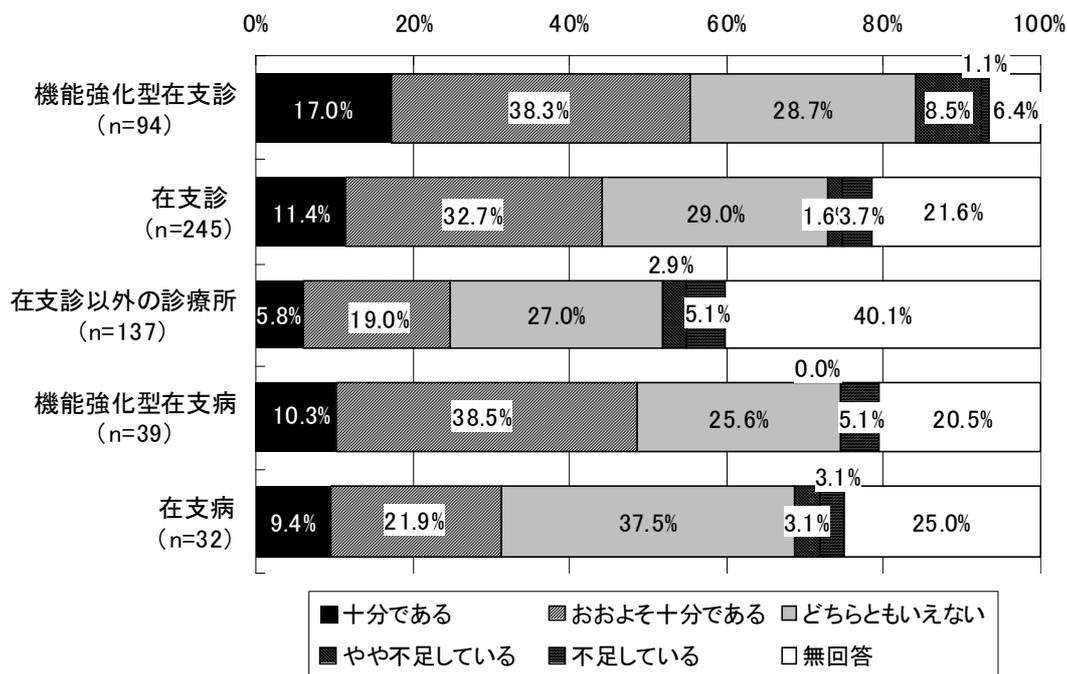
図表 184 連携の充足感：医療機関の連携数



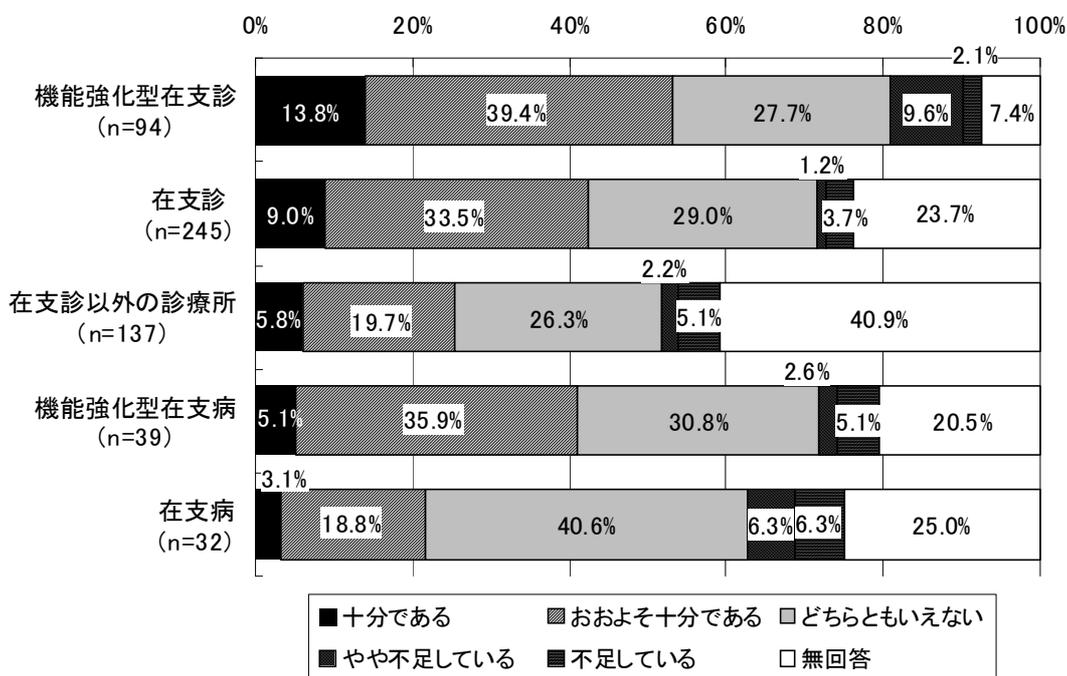
図表 185 連携の充足感：医療機関の連携内容



図表 186 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携数



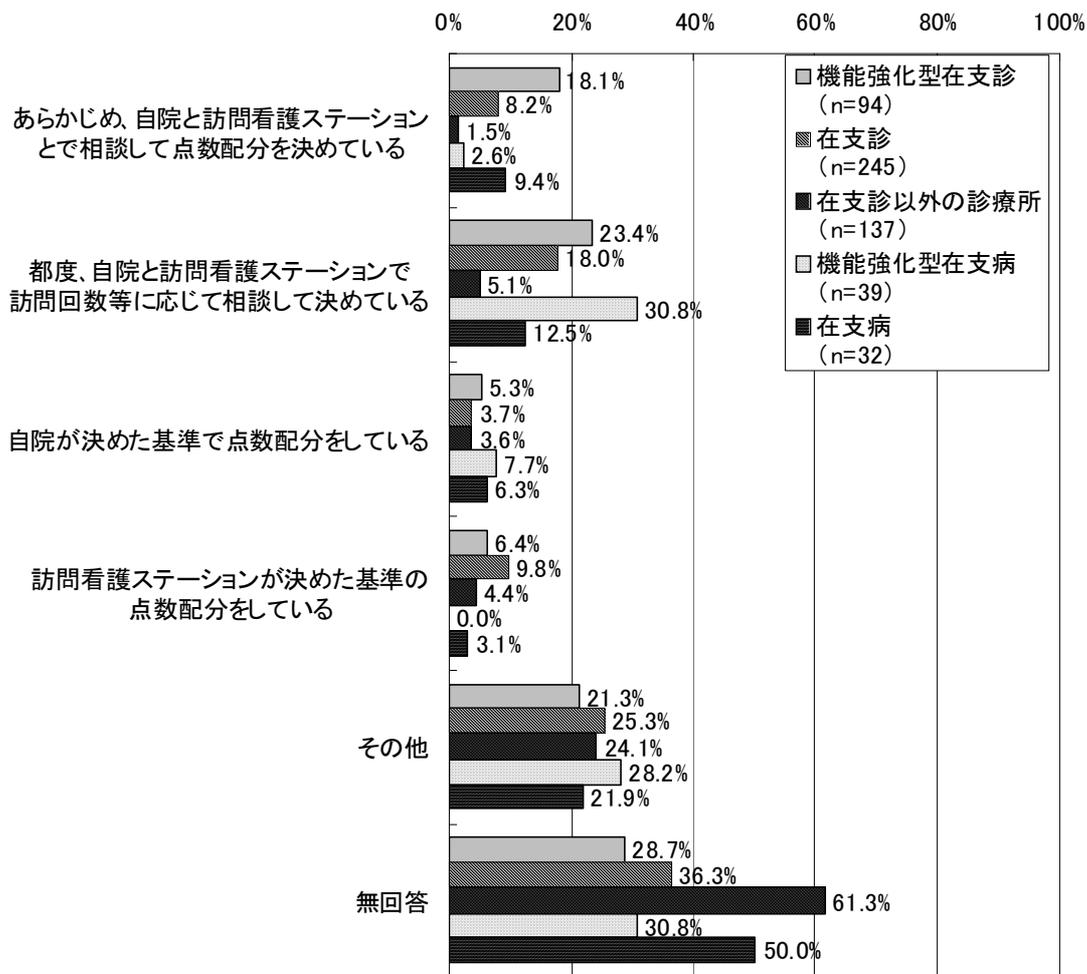
図表 187 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携内容



④連携している施設・事業所との報酬配分の取り決め

1) 連携している訪問看護ステーション等との報酬配分方法

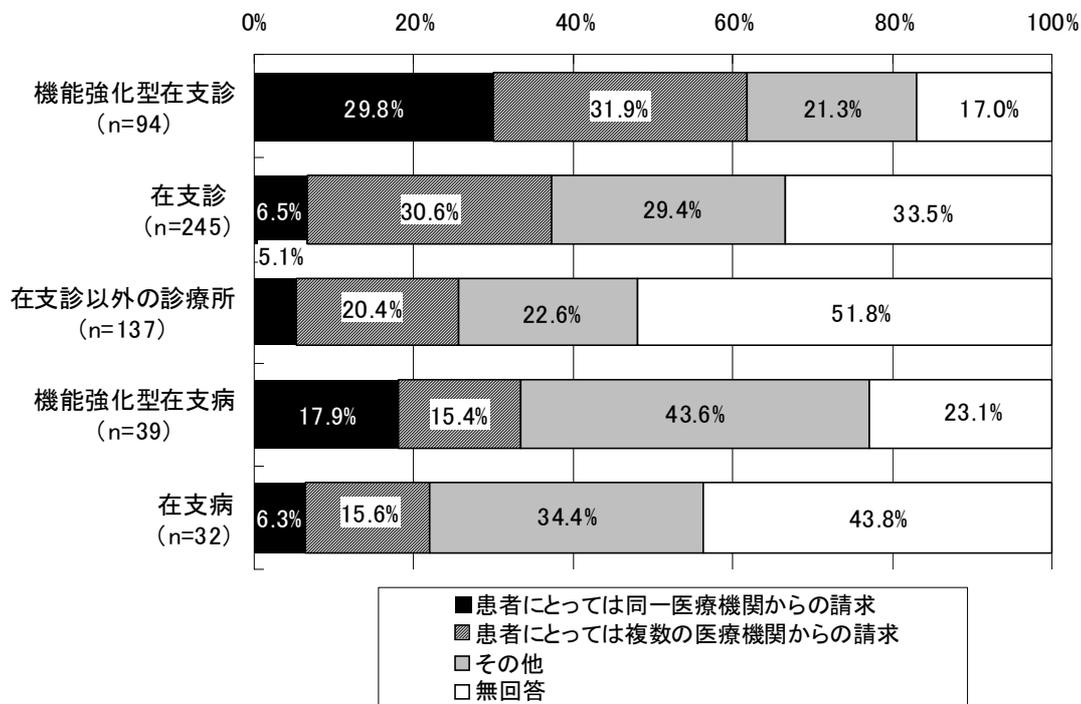
図表 188 連携している訪問看護ステーションとの報酬配分方法（複数回答）



(注) 「在宅がん医療総合診療料」のように医療機関が一括して算定し、訪問看護ステーションに点数配分する必要がある場合の対応方法について尋ねた質問。

2) 連携している医療機関との報酬配分方法

図表 189 連携している医療機関との報酬配分方法



(注)・調査票での質問は「主治医として在宅医療を行っている患者について、当該医師の不在時の対応として、連携している医療機関の医師が当該患者の看取りを行った場合、連携している医療機関との間で「看取り加算」の配分をどのように行うかを尋ねた。

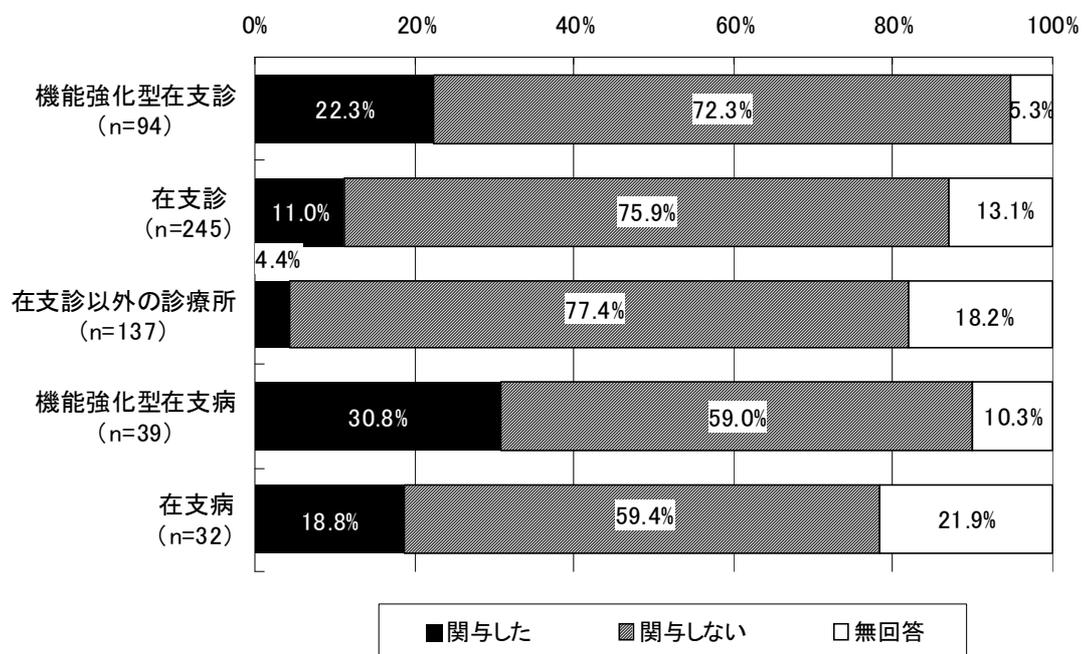
・凡例の詳細は以下のとおり。

「患者にとっては同一医療機関からの請求」:「自院が『看取り加算』等診療報酬を請求し、看取りを行った連携医療機関の医師は自院の非常勤医師として報酬を得ている」

「患者にとっては複数の医療機関からの請求となる」:「看取りを実際に行った連携医療機関が診療報酬を請求している」

⑤退院調整への関与の状況等

図表 190 平成 24 年 4 月以降、他の施設に入院中の患者に対しての退院調整への関与の有無



図表 191 他の施設に入院中の患者に対する退院調整で関与した患者数 (平成 24 年 4 月～9 月)

(他の施設に入院中の患者に対する退院調整へ関与したことがある施設)

(単位：人)

		機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数		19	27	4	10	3
退院調整に関与した患者数合計	平均値	11.5	4.3	2.0	19.1	105.3
	標準偏差	15.7	6.0	1.2	34.4	100.0
	中央値	5.0	2.0	2.0	4.0	60.0
(うち)入院前から自施設で在宅医療を提供していた患者数	平均値	2.8	1.6	1.0	3.8	9.0
	標準偏差	3.5	1.6	1.2	6.7	5.6
	中央値	1.0	1.0	1.0	0.0	10.0
(うち)入院前は自施設で在宅医療を提供していなかった患者数	平均値	7.7	2.7	0.8	15.3	96.3
	標準偏差	11.9	5.0	0.5	33.8	96.2
	中央値	3.0	1.0	1.0	2.0	57.0

⑥各診療報酬項目の算定患者数等

図表 192 退院時共同指導料 1 (平成 24 年 9 月 1 か月分)

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	19	1.89	3.62	0.00	1.89	3.62	0.00
在支診	27	0.22	0.51	0.00	0.22	0.51	0.00
在支診以外の診療所	6	0.50	1.22	0.00	0.50	1.22	0.00
機能強化型在支病	11	0.18	0.40	0.00	0.18	0.40	0.00
在支病	5	0.80	1.30	0.00	0.80	1.30	0.00

図表 193 退院時共同指導料 1 (平成 24 年 9 月 1 か月分) (実績のある施設)

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	9	4.00	4.47	2.00	4.00	4.47	2.00
在支診	5	1.20	0.45	1.00	1.20	0.45	1.00
在支診以外の診療所	1	3.00	-	3.00	3.00	-	3.00
機能強化型在支病	2	1.00	-	1.00	1.00	-	1.00
在支病	2	2.00	1.41	2.00	2.00	1.41	2.00

図表 194 特別管理指導加算 (平成 24 年 9 月 1 か月分)

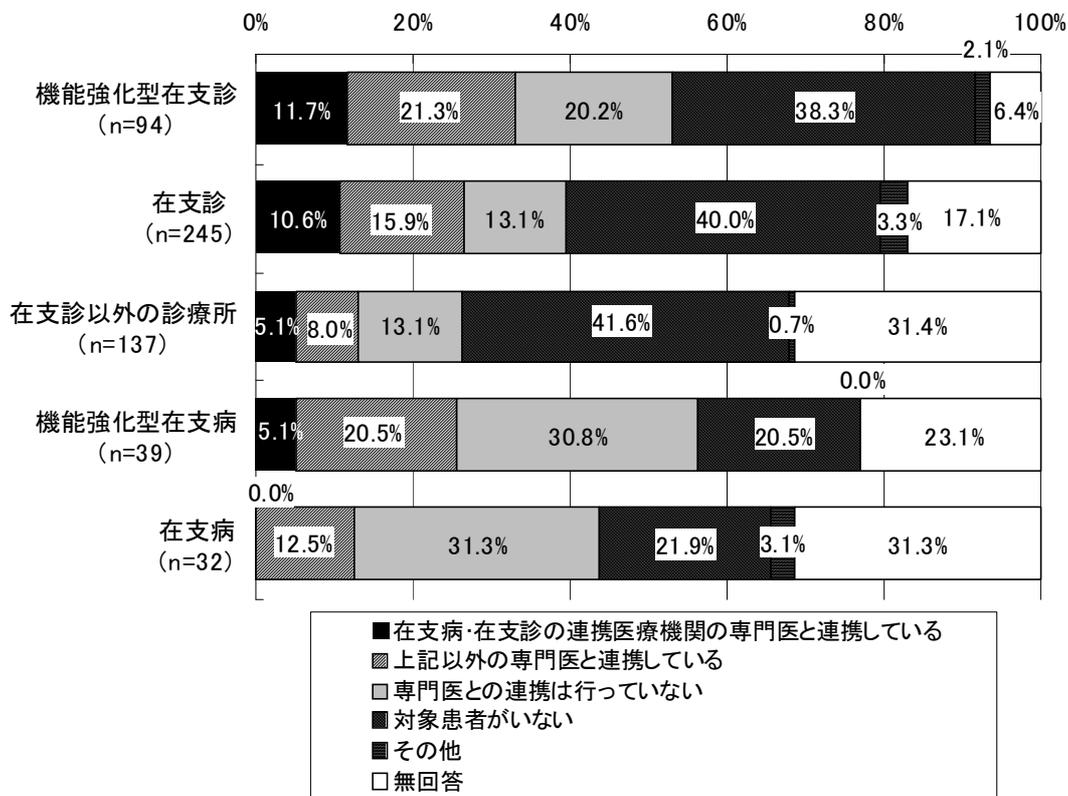
	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	19	0.21	0.54	0.00	0.21	0.54	0.00
在支診	27	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
在支診以外の診療所	6	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
機能強化型在支病	11	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
在支病	5	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00

図表 195 特別管理指導加算 (平成 24 年 9 月 1 か月分) (実績のある施設)

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	3	1.33	0.58	1.00	1.33	0.58	1.00

⑦専門医との連携状況等

図表 196 専門医との連携状況等：悪性新生物

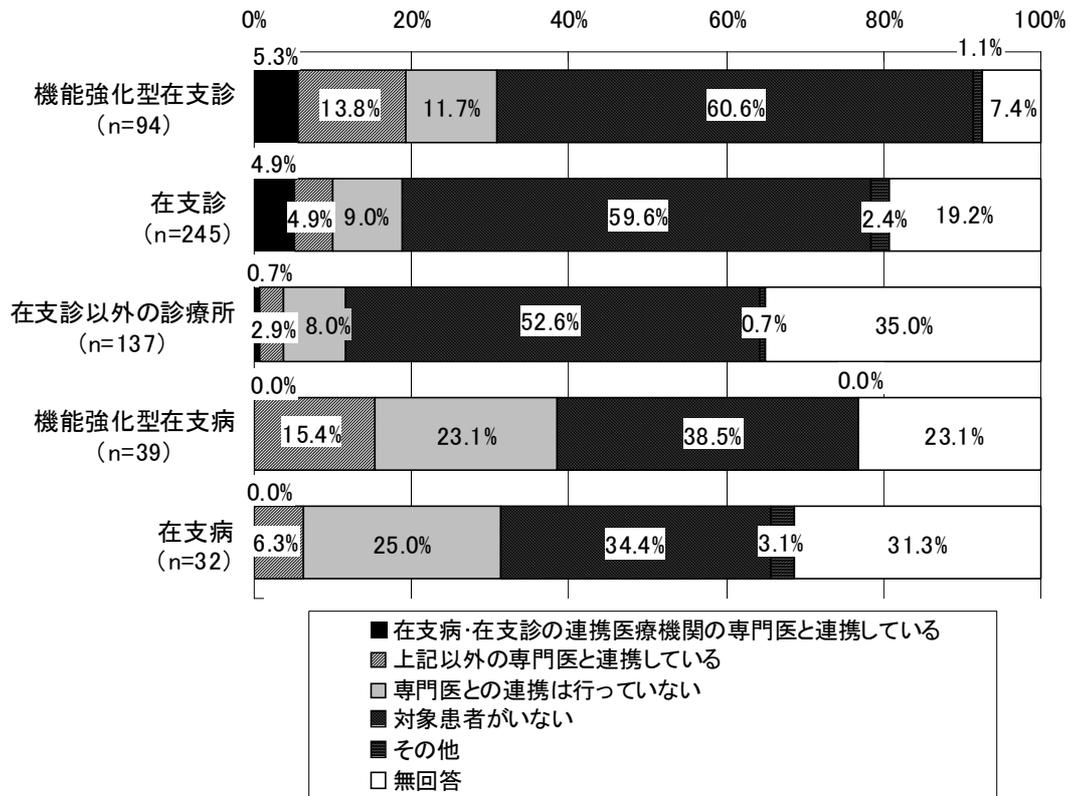


図表 197 専門医と連携して対応した患者数（平成 24 年 9 月 1 か月間）：悪性新生物

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	20	4.6	5.6	2.0
在支診	39	2.3	2.6	1.0
在支診以外の診療所	13	1.8	1.5	1.0
機能強化型在支病	6	4.2	4.1	2.5
在支病	1	3.0	—	3.0

図表 198 専門医との連携状況等：難治性皮膚疾患

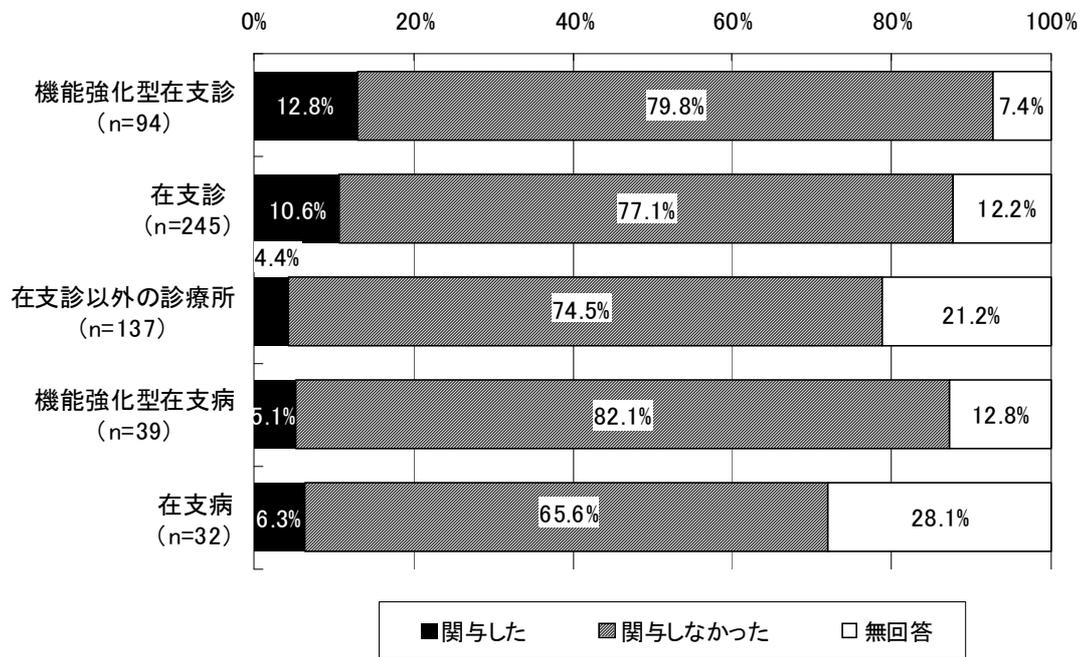


図表 199 専門医と連携して対応した患者数（平成 24 年 9 月 1 か月間）：難治性皮膚疾患

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	8	3.4	3.8	2.0
在支診	8	2.1	1.6	1.0
在支診以外の診療所	5	1.2	0.4	1.0
機能強化型在支病	4	1.0	—	1.0
在支病	0	—	—	—

⑧在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等

図表 200 在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等



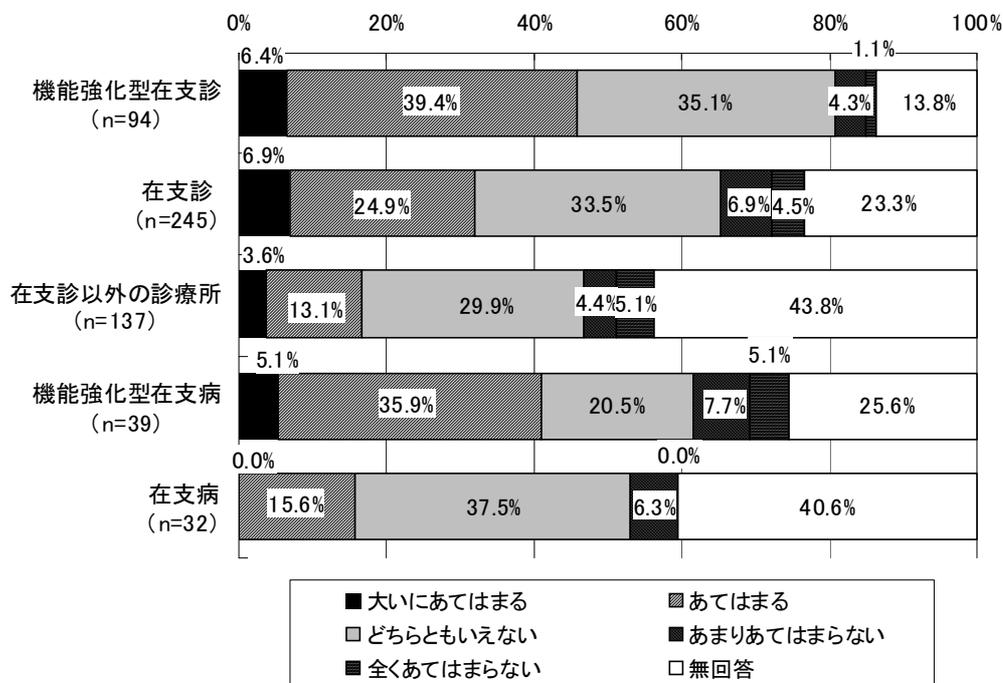
図表 201 他医療機関入院中に治療方針等に関与した患者数等
(平成 24 年 4 月～9 月、実績のある施設)

(単位：人)

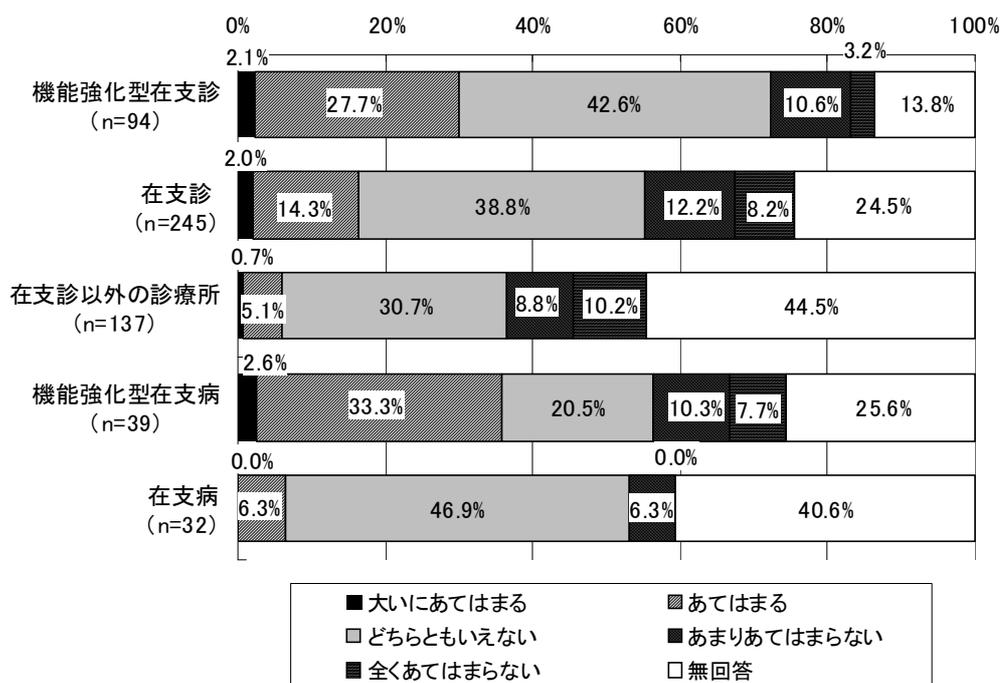
		機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
		1) 在宅医療を提供していた患者で、他の医療機関での入院中に継続して関与した患者数	施設数	10	24	6
	平均値	12.2	3.7	5.7	10.0	1.0
	標準偏差	24.1	4.1	9.6		
	中央値	4.0	2.0	1.0	10.0	1.0
2) 上記 1) のうち他の医療機関から退院した患者数	施設数	10	23	5	2	1
	平均値	10.7	3.2	5.6	8.0	1.0
	標準偏差	20.4	3.5	8.2	2.8	
	中央値	3.5	1.0	1.0	8.0	1.0
3) 上記 2) のうち再び自施設で在宅医療を提供した患者数	施設数	8	20	3	2	1
	平均値	12.8	3.0	1.7	7.0	1.0
	標準偏差	22.6	3.2	1.2	4.2	
	中央値	5.0	1.0	1.0	7.0	1.0

⑨他の医療機関等との連携による効果等

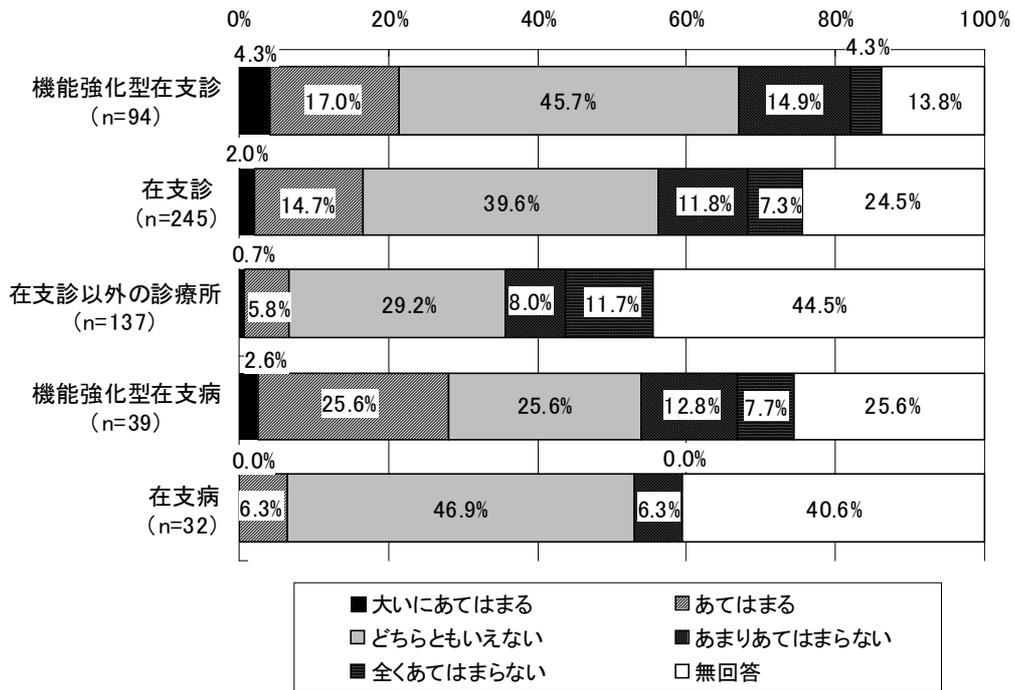
図表 202 他の医療機関等との連携による効果
～患者の在宅医療への移行がスムーズになった～



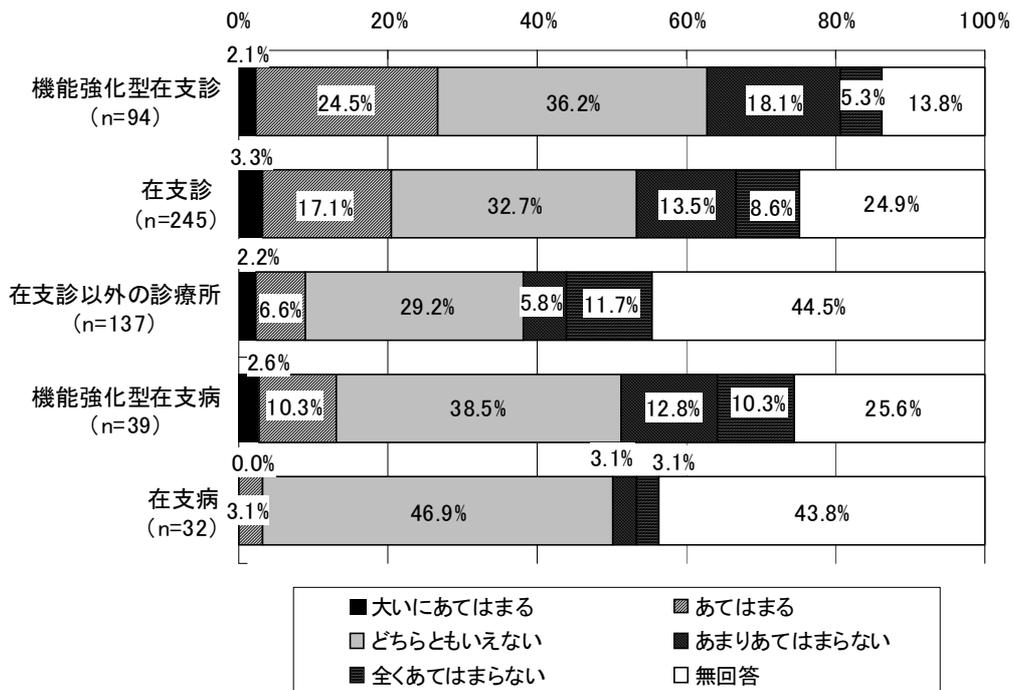
図表 203 他の医療機関等との連携による効果
～在宅医療を提供できる患者数が増えた～



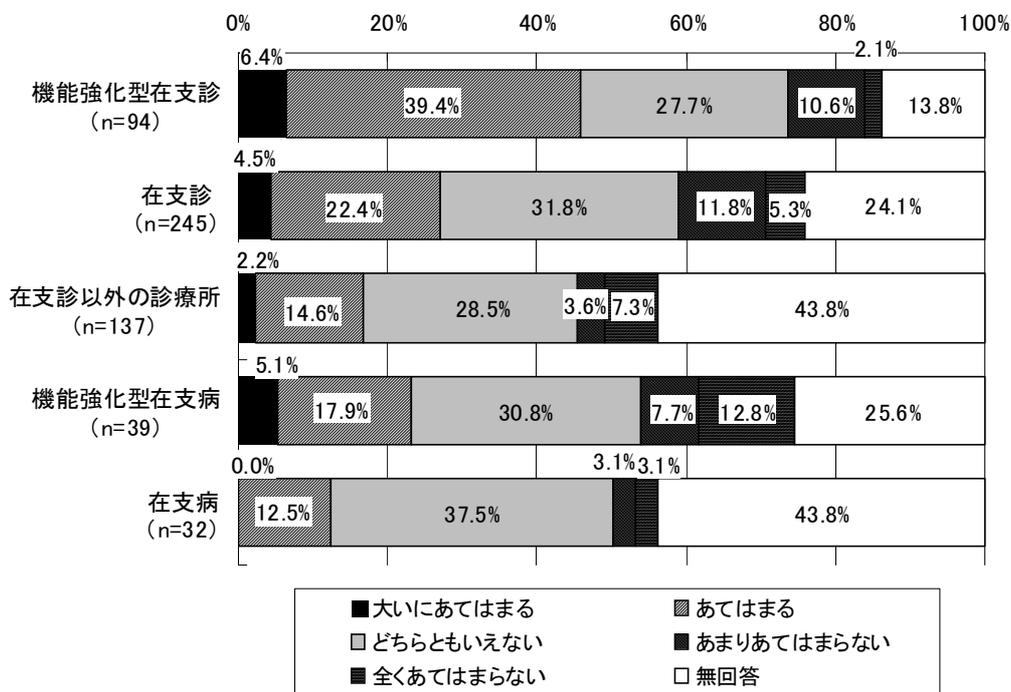
図表 204 他の医療機関等との連携による効果
～在宅医療で対応できる疾患が増えた～



図表 205 他の医療機関等との連携による効果
～24 時間体制の負担が軽減された～



図表 206 他の医療機関等との連携による効果
 ～緊急時の対応がより可能となった～



(5) 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付等

①特別訪問看護指示書を交付した患者数

図表 207 特別訪問看護指示書を交付した患者数【医療保険】

(単位：人)

	機能強化型 在支診		在支診		在支診以外の 診療所		機能強化型 在支病		在支病	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	78	78	177	177	87	87	34	34	21	21
1)特別訪問看護指示書 を交付した人数	0.63	0.79	0.43	0.49	0.59	0.74	0.32	0.59	1.38	1.90
2)うち、急性増悪	0.37	0.59	0.23	0.27	0.03	0.06	0.21	0.41	0.14	0.14
3)うち、非がんの終末期	0.06	0.06	0.04	0.03	0.01	0.01	0.03	0.03	0.00	0.14
4)うち、退院直後	0.01	0.03	0.02	0.02	0.07	0.10	0.09	0.09	0.00	0.05
5)うち、胃ろう、経管栄 養の管理が必要な人	0.08	0.13	0.05	0.06	0.18	0.33	0.06	0.00	0.19	0.19

図表 208 特別訪問看護指示書を交付した患者数【介護保険】

(単位：人)

	機能強化型 在支診		在支診		在支診以外の 診療所		機能強化型 在支病		在支病	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	64	64	138	138	73	73	29	29	17	17
1)特別訪問看護指示書 を交付した人数	1.30	1.28	0.32	0.39	0.27	0.47	0.21	0.28	0.00	0.00
2)うち、急性増悪	0.48	0.83	0.04	0.07	0.03	0.03	0.17	0.00	0.00	0.00
3)うち、非がんの終末期	0.03	0.05	0.02	0.03	0.01	0.04	0.03	0.03	0.00	0.00
4)うち、退院直後	0.02	0.00	0.04	0.04	0.00	0.01	0.00	0.24	0.00	0.00
5)うち、胃ろう、経管栄 養の管理が必要な人	0.16	0.09	0.03	0.02	0.16	0.30	0.03	0.21	0.00	0.00

②各指示料を算定した患者数

図表 209 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	71	0.0	0.3	0.0
在支診	157	0.1	0.5	0.0
在支診以外の診療所	73	0.0	0.2	0.0
機能強化型在支病	35	0.0	—	0.0
在支病	21	0.0	—	0.0

図表 210 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数

（1施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	2	1.5	0.7	1.5
在支診	9	1.8	1.4	1.0
在支診以外の診療所	1	2.0	—	2.0
機能強化型在支病	0	—	—	—
在支病	0	—	—	—

図表 211 精神科訪問看護指示料を算定した患者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	73	0.0	0.1	0.0
在支診	155	0.0	0.5	0.0
在支診以外の診療所	72	0.0	—	0.0
機能強化型在支病	35	0.0	—	0.0
在支病	21	0.0	—	0.0

図表 212 精神科訪問看護指示料を算定した患者数

（1施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	1	1.0	—	1.0
在支診	1	6.0	—	6.0
在支診以外の診療所	0	—	—	—
機能強化型在支病	0	—	—	—
在支病	0	—	—	—

図表 213 訪問看護指示料を算定した患者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	82	14.1	29.6	5.0
在支診	185	6.3	13.2	2.0
在支診以外の診療所	92	2.1	3.5	1.0
機能強化型在支病	33	19.3	23.2	13.0
在支病	21	8.6	15.0	1.0

図表 214 訪問看護指示料を算定した患者数

（1施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	64	18.1	32.4	8.0
在支診	123	9.5	15.2	4.0
在支診以外の診療所	47	4.1	4.0	2.0
機能強化型在支病	29	22.0	23.6	15.0
在支病	15	12.1	16.6	3.0

図表 215 訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
又は複合型サービスの利用者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	82	1.0	3.7	0.0
在支診	185	0.3	1.5	0.0
在支診以外の診療所	92	0.2	0.8	0.0
機能強化型在支病	33	0.2	0.7	0.0
在支病	21	0.0		0.0

図表 216 訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
又は複合型サービスの利用者数（1施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	9	8.8	7.9	6.0
在支診	20	3.2	3.5	2.0
在支診以外の診療所	7	2.3	2.2	1.0
機能強化型在支病	2	2.5	2.1	2.5
在支病	0	-	-	-

③介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等

図表 217 介護職員等喀痰吸引等指示書の平均指示期間（実績のある施設）

（単位：日）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	2	48.5	58.7	48.5
在支診	6	60.0	26.8	60.0
在支診以外の診療所	1	3.0	-	3.0
機能強化型在支病	0	-	-	-
在支病	0	-	-	-

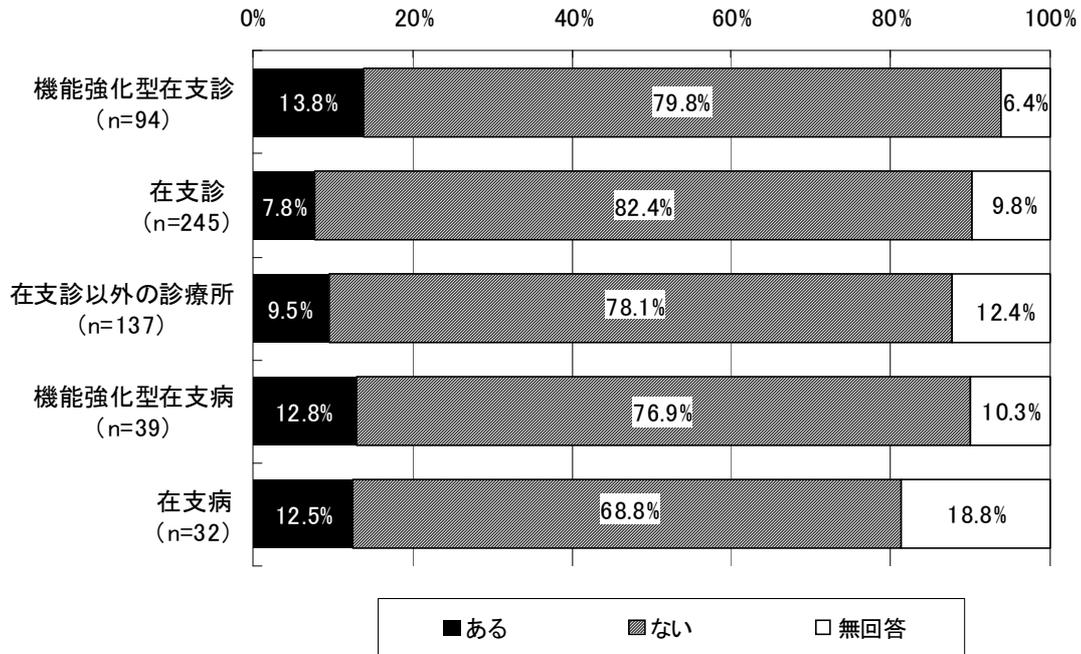
上記のうち、現行の指示期間が望ましいと思わない施設で回答があった2施設の内容は、以下の通り。

現行の平均指示期間	実際に望ましいと考えられる指示期間
7日	22.5日
90日	180日

(6) 緩和ケア・ターミナルケア及び看取りの状況等

①介護老人福祉施設における看取りの有無等

図表 218 介護老人福祉施設における看取りの有無（平成 24 年 4 月～9 月）



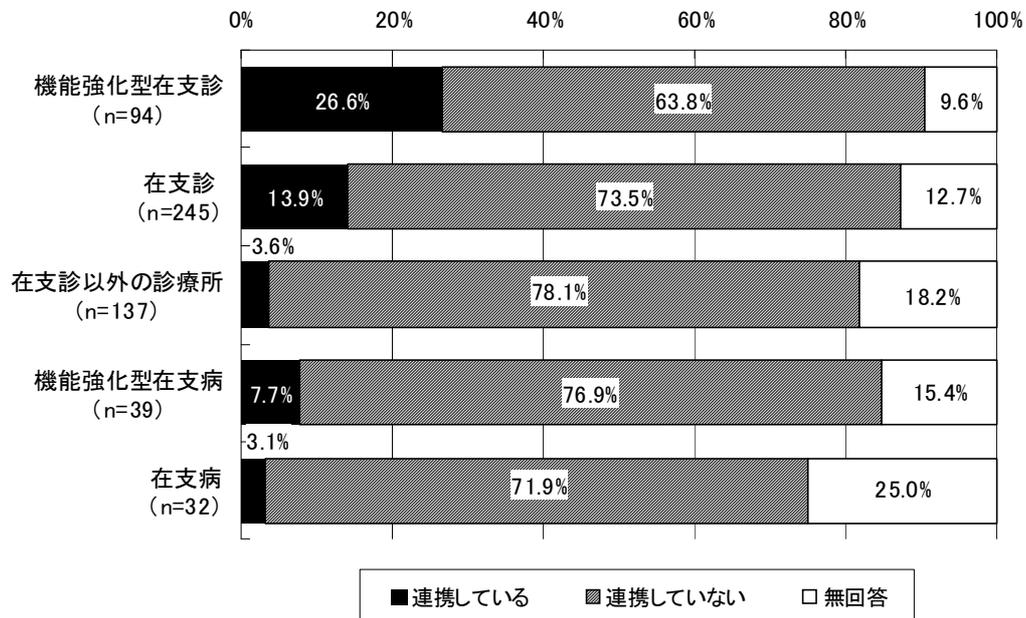
図表 219 介護老人福祉施設において看取りを行った患者数
（平成 24 年 4 月～9 月、実績のある施設）

（単位：人）

		機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
1) 介護老人福祉施設で看取りを行った患者数	施設数	13	17	13	4	4
	平均値	3.23	3.82	4.69	3.75	2.00
	中央値	2.00	2.00	3.00	2.50	2.00
2) うち在宅患者訪問診療料を算定した患者数	施設数	6	7	1	1	2
	平均値	2.67	2.86	1.00	3.00	2.50
	中央値	1.50	2.00	1.00	3.00	2.50
3) うち特定施設入居時等医学管理料を算定した患者数	施設数	3	6	1	0	0
	平均値	2.00	1.50	1.00	-	-
	中央値	2.00	1.50	1.00	-	-
4) うち末期の悪性腫瘍の患者数	施設数	1	2	0	0	0
	平均値	1.00	1.00	-	-	-
	中央値	1.00	1.00	-	-	-

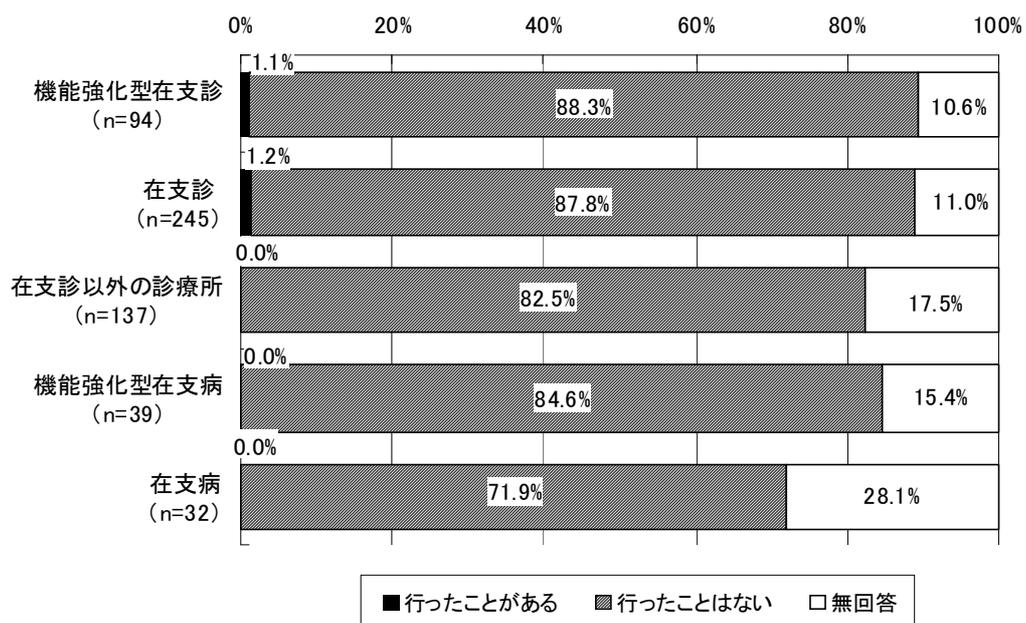
②在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無

図表 220 在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無



③他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無

図表 221 他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無



④定例報告による在宅医療の実績

図表 222 定例報告による在宅医療の実績（1年間の実績）

（単位：人）

		機能強化型在 支診	在支診	在支診 以外の 診療所	機能強化型在 支病	在支病	
回答施設数		76	173	24	29	19	
①在宅療養を担当した患者のうち、1年間に死亡した患者数		平均値	25.6	6.9	1.0	39.4	6.9
		標準偏差	39.9	13.3	1.5	52.6	9.2
		中央値	13.5	3.0	0.0	17.0	3.0
②上記①のうち、医療機関以外で死亡した患者数		平均値	15.9	4.0	0.6	18.0	2.5
		標準偏差	24.0	9.4	1.2	26.0	4.2
		中央値	7.5	1.0	0.0	7.0	1.0
③上記②のうち、自宅での死亡者数		平均値	12.9	2.9	0.5	14.6	2.2
		標準偏差	21.9	8.3	0.9	20.7	4.0
		中央値	6.0	0.0	0.0	5.0	1.0
④上記②のうち、自宅以外での死亡者数		平均値	3.0	1.1	0.1	3.4	0.3
		標準偏差	5.5	3.4	0.4	7.3	0.7
		中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記①のうち、医療機関で死亡した患者数		平均値	9.7	2.8	0.3	21.4	4.4
		標準偏差	18.9	5.4	0.8	42.2	5.9
		中央値	4.0	1.0	0.0	9.0	3.0
⑥上記⑤のうち、連携医療機関で死亡した患者数		平均値	3.0	1.7	0.1	8.3	3.3
		標準偏差	5.1	3.8	0.4	13.9	6.1
		中央値	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0
⑦上記⑤のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数		平均値	6.7	1.2	0.3	13.1	1.1
		標準偏差	17.8	3.0	0.5	31.0	2.1
		中央値	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0

4. 患者調査の結果

【調査対象等】

調査票の種類：患者票（施設記入分）、患者票（患者記入分）

調査対象：①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）1,500施設、及び②在宅療養支援病院500施設において、調査期間中に在宅医療を提供した患者。医療区分1～3に該当する患者で、同意を得られた順。

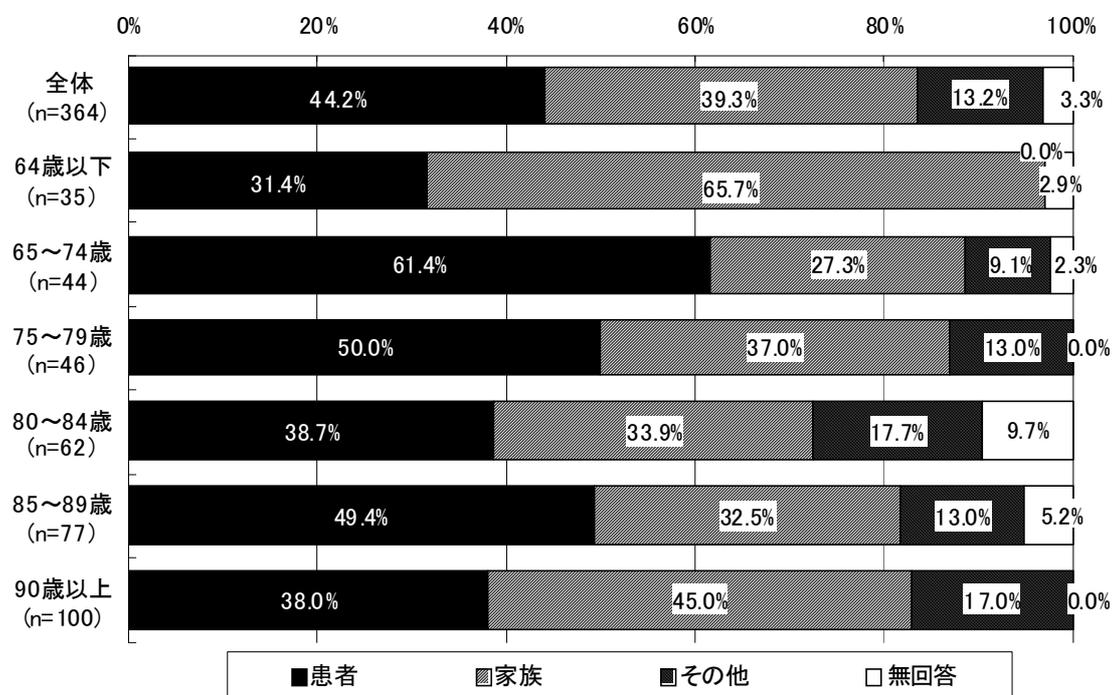
回答数：患者票（施設記入分）と患者票（患者記入分）のID番号、性別、年齢（±1歳の範囲）が一致した調査票364票。

回答者：患者票（施設記入分）：施設職員
患者票（患者記入分）：患者本人・家族等

（1）患者の属性等

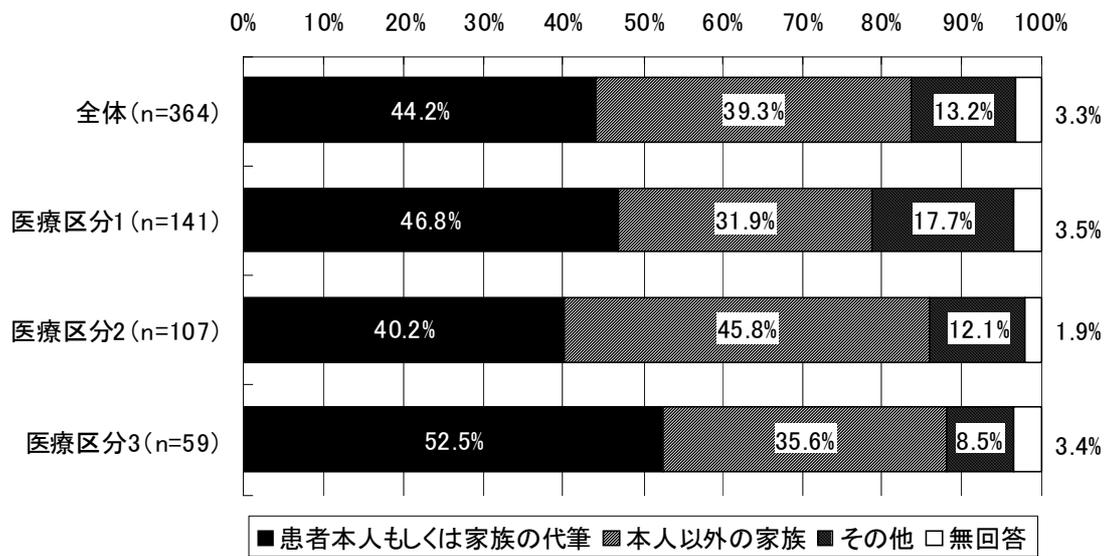
①調査票記入者

図表 223 調査票記入者（患者の年齢階級別）



（注）年齢は患者本人の年齢。

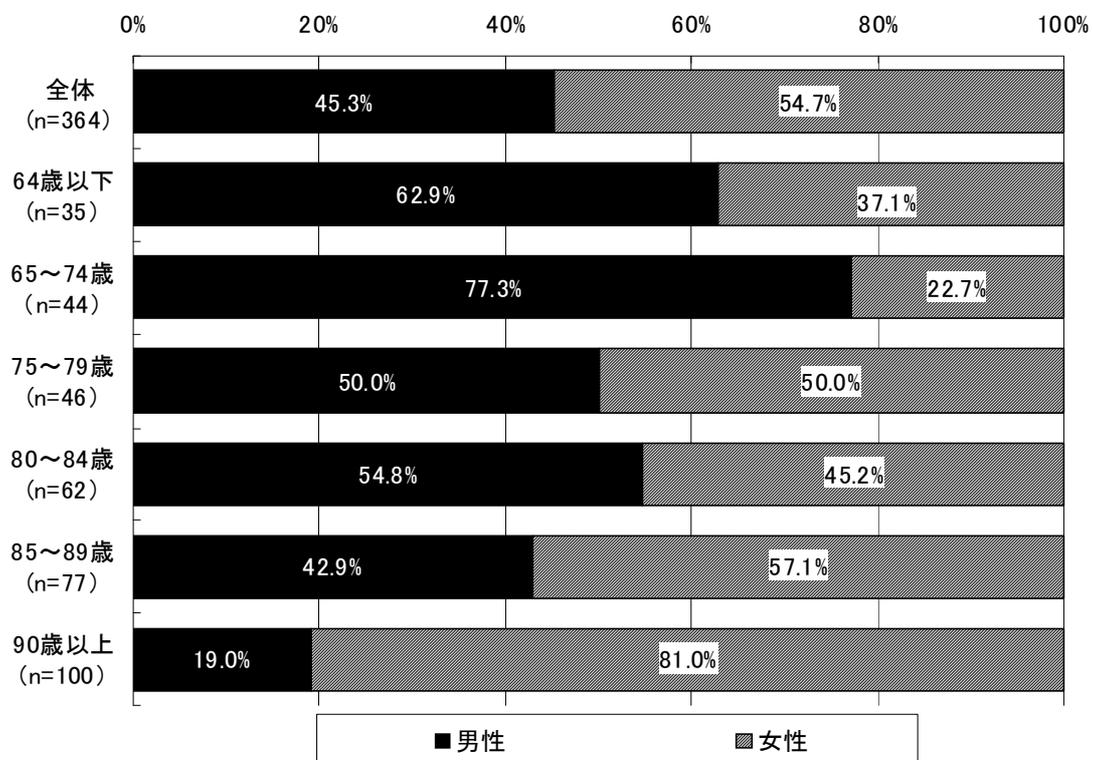
図表 224 調査票記入者（医療区分別）



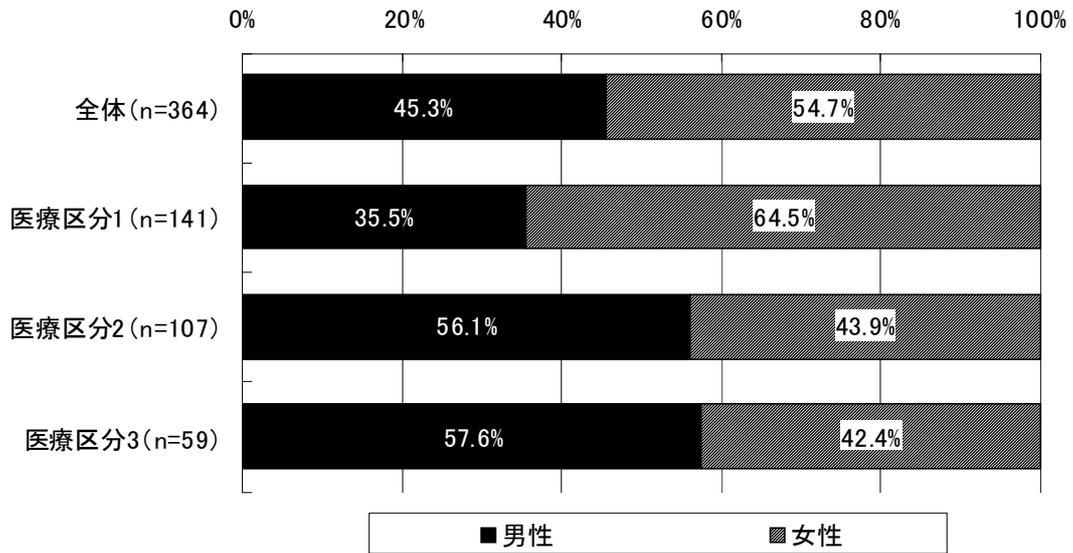
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

②性別

図表 225 性別（年齢階級別）



図表 226 性別（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

③年齢

図表 227 年齢（男女別）

(単位：歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	364	81.6	12.8	84.0
男性	165	77.6	11.8	80.0
女性	199	84.9	12.6	88.0

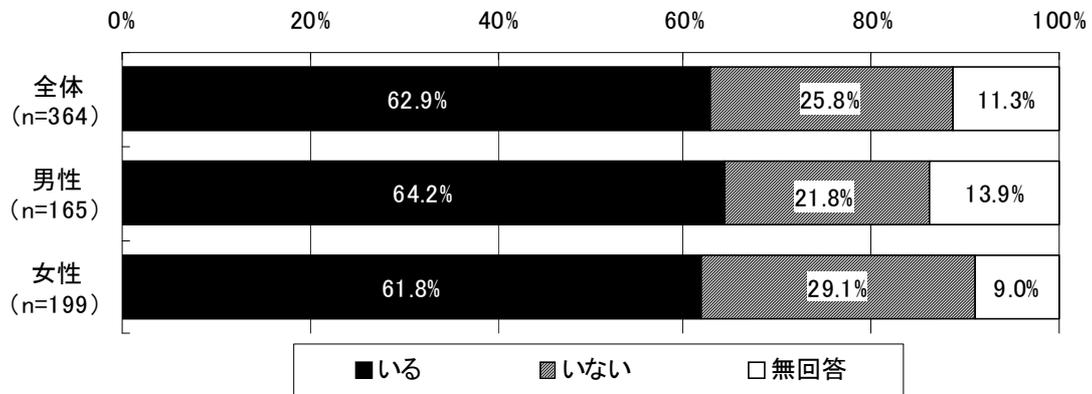
図表 228 年齢（医療区分別）

(単位：歳)

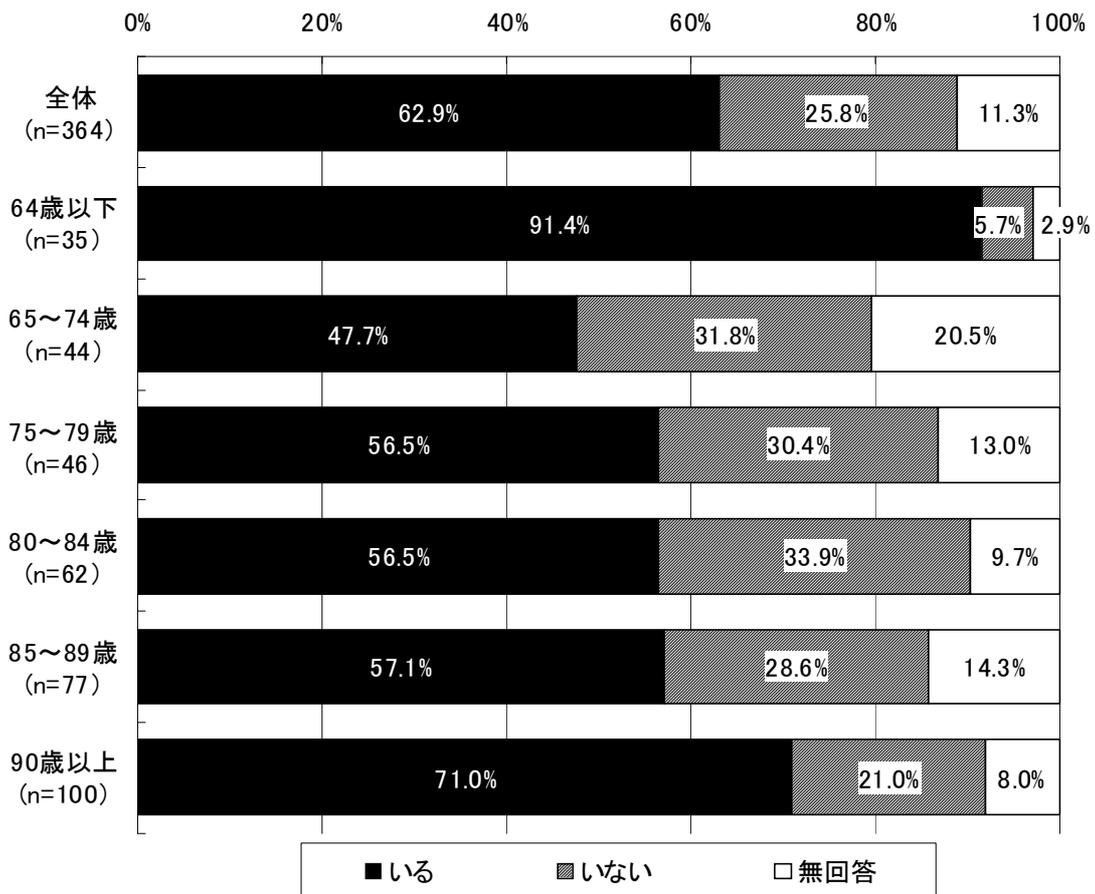
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	364	81.6	12.8	84.0
医療区分1	141	83.7	10.4	86.0
医療区分2	107	77.9	13.4	81.0
医療区分3	59	80.4	16.5	84.0

④同居家族の有無

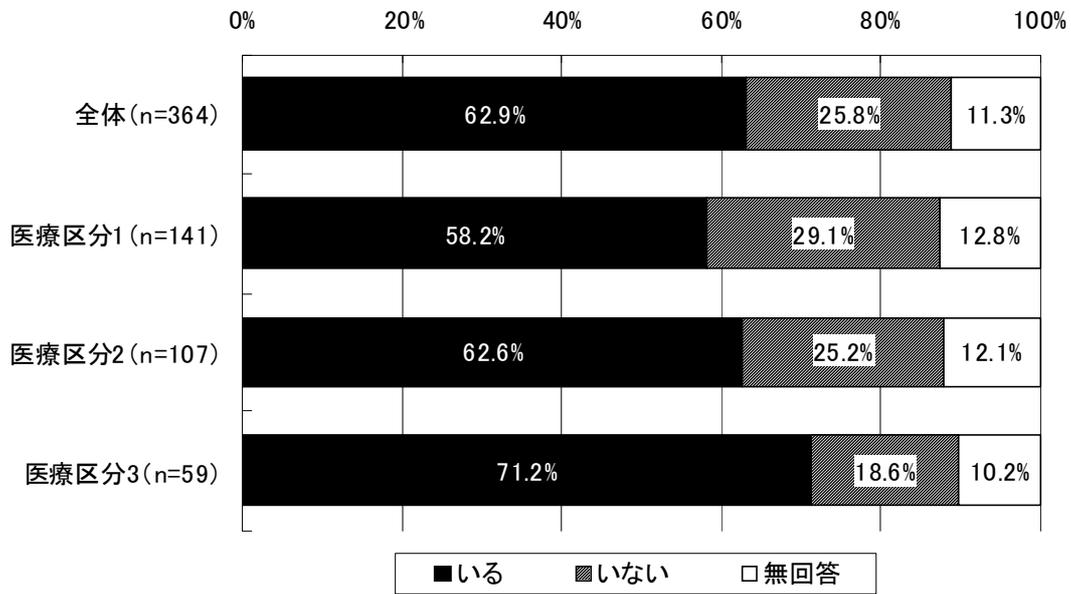
図表 229 同居家族の有無（男女別）



図表 230 同居家族の有無（年齢階級別）



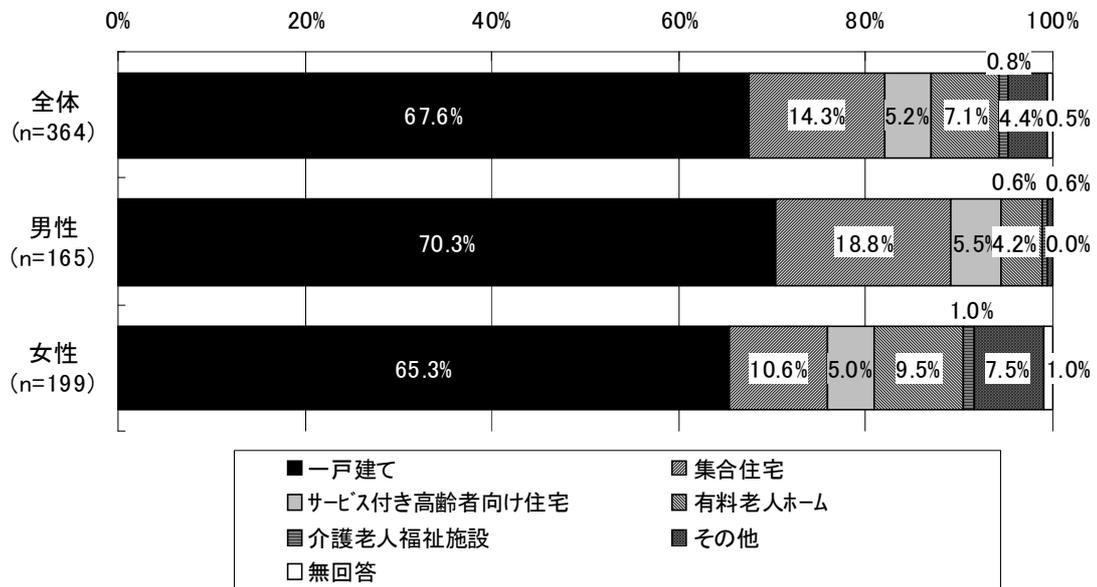
図表 231 同居家族の有無（医療区分別）



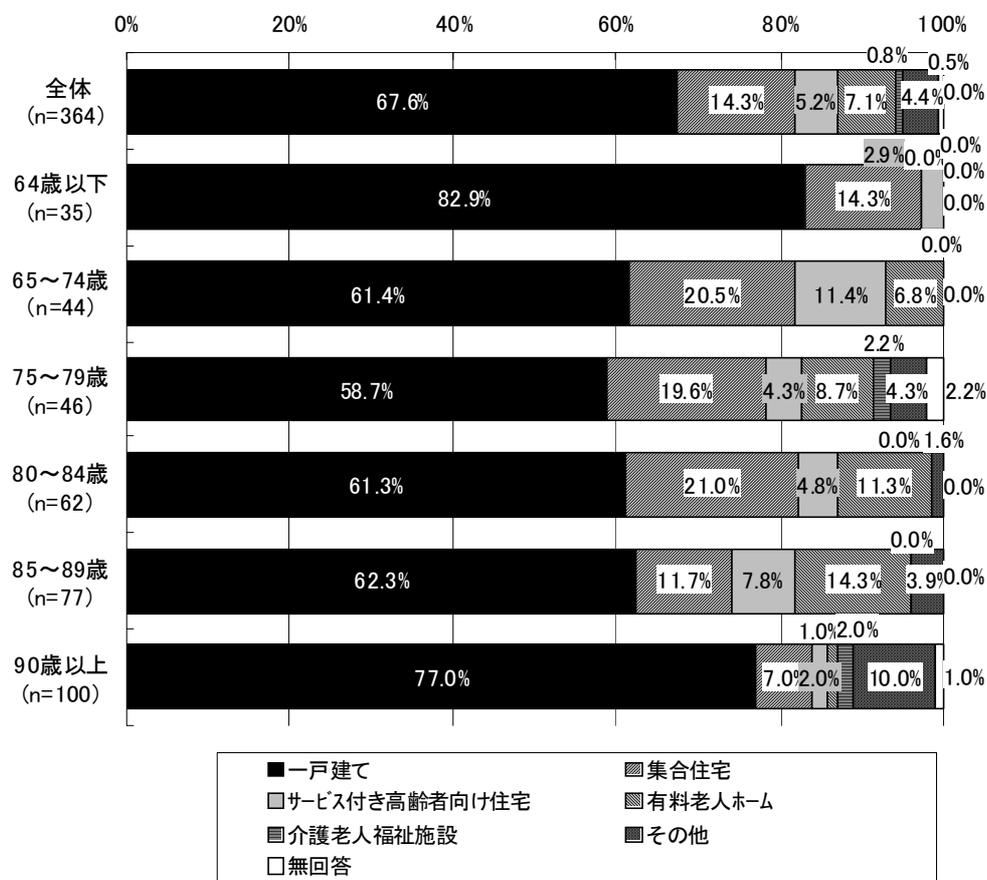
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑤現在の住まい

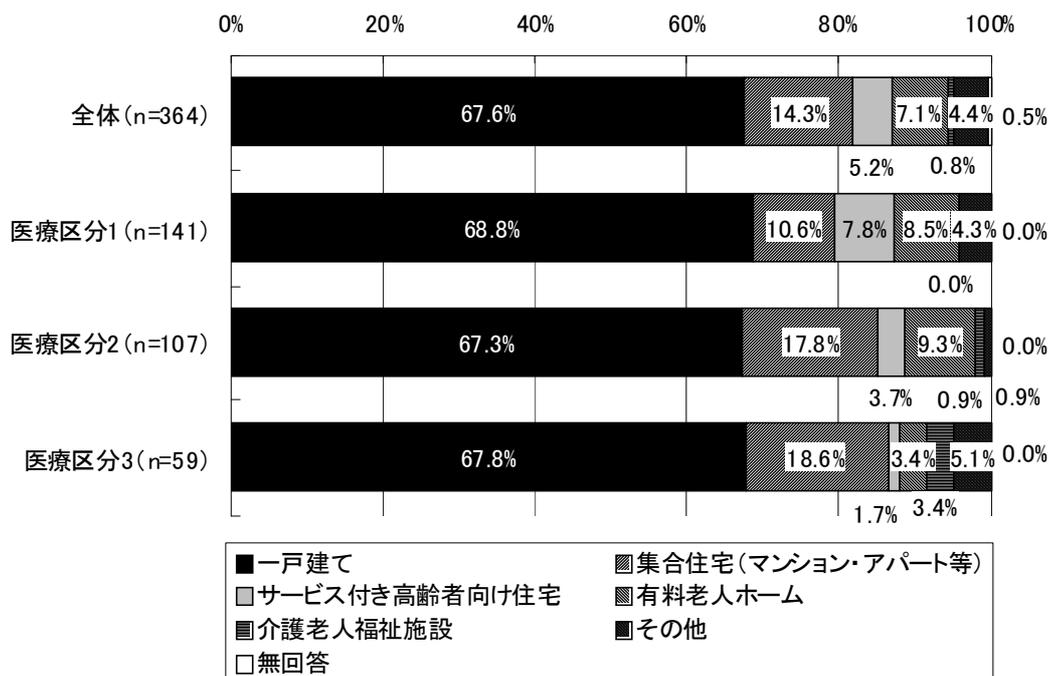
図表 232 現在の住まい（男女別）



図表 233 現在の住まい（年齢階級別）

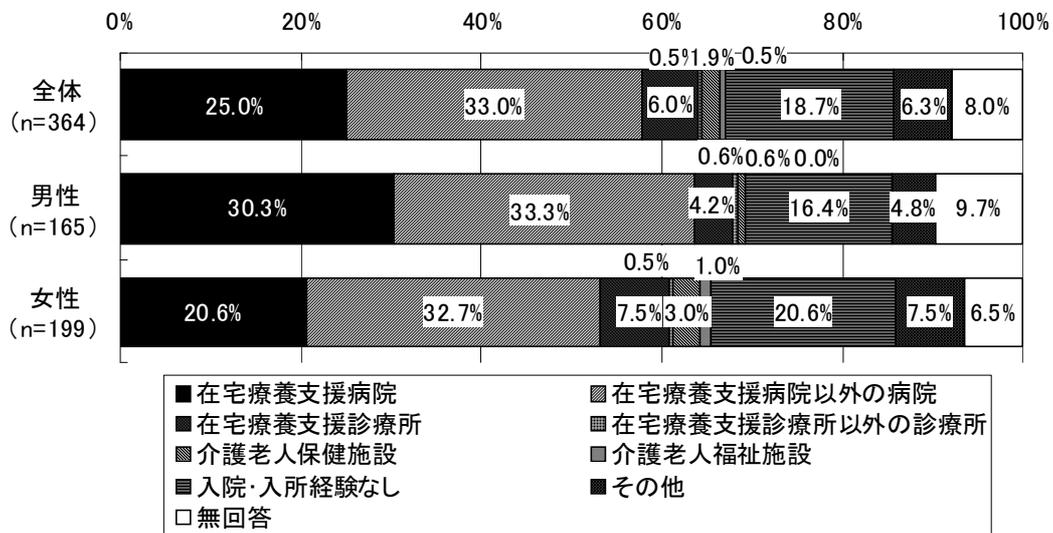


図表 234 現在の住まい（医療区分別）

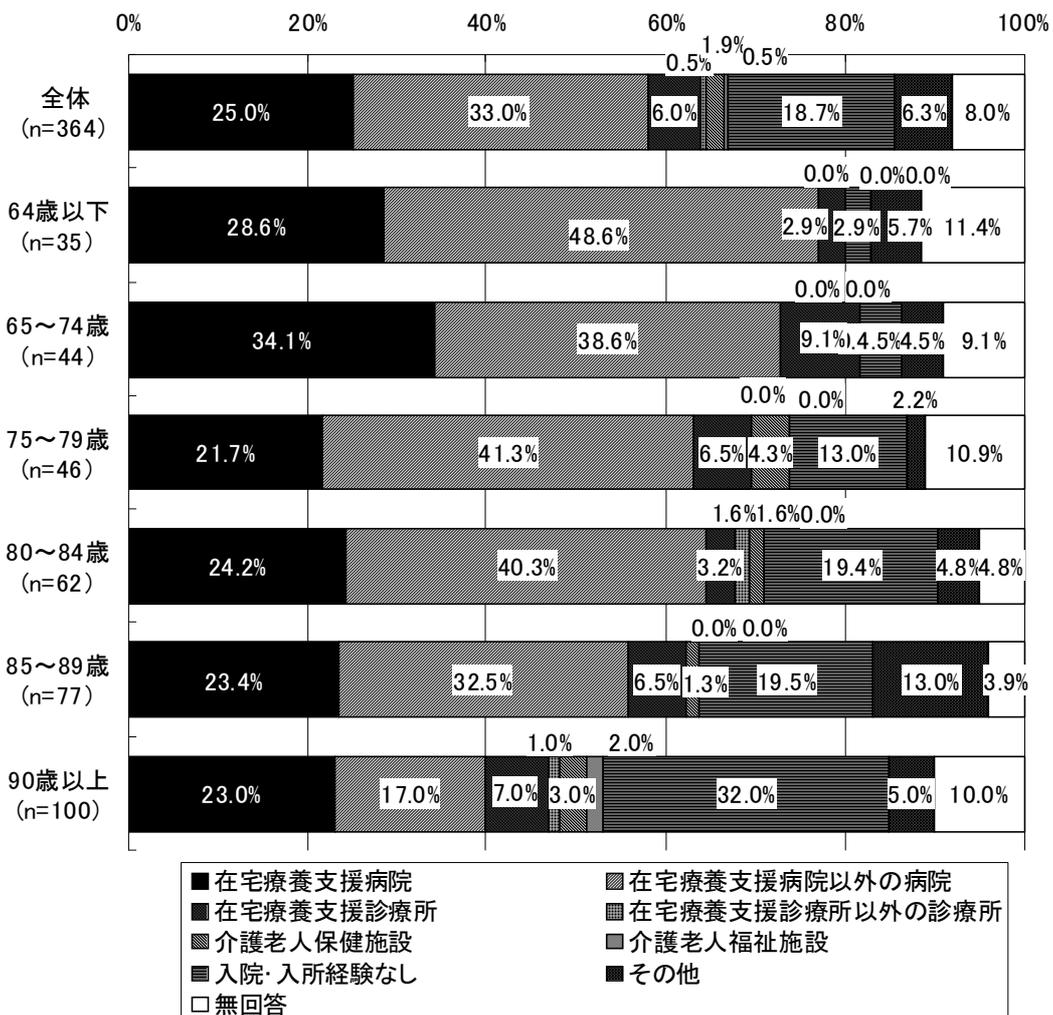


⑥在宅移行前の入院・入所場所

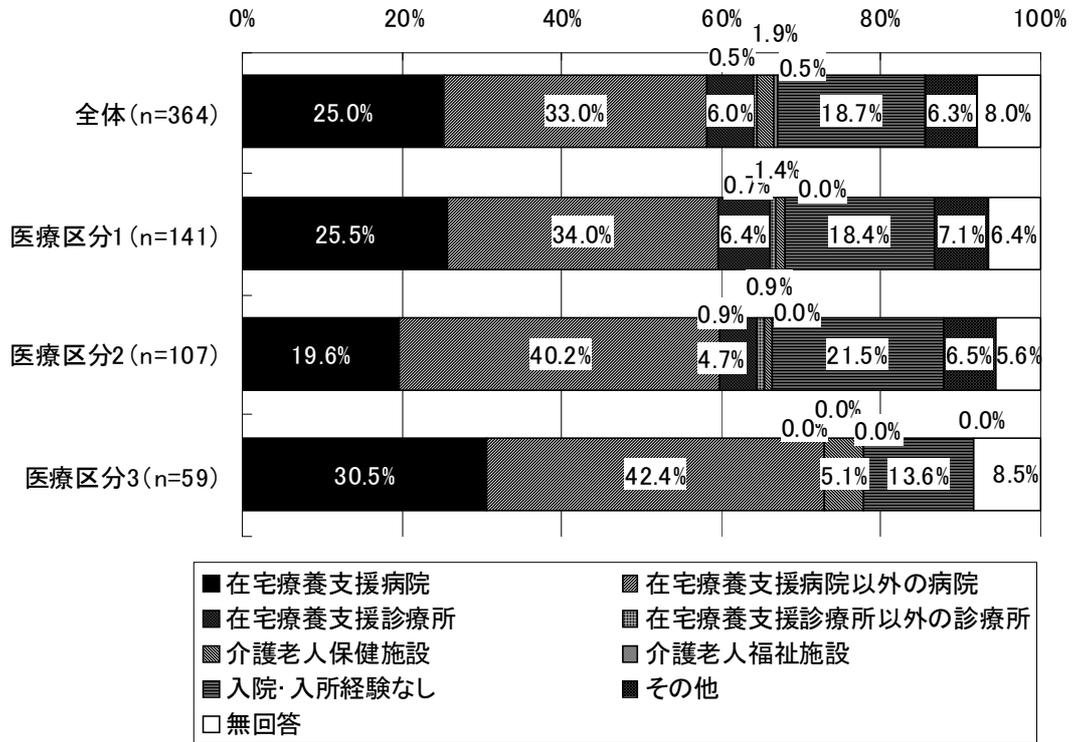
図表 235 在宅移行前の入院・入所場所（男女別）



図表 236 在宅移行前の入院・入所場所（年齢階級別）



図表 237 在宅移行前の入院・入所場所（医療区分別）

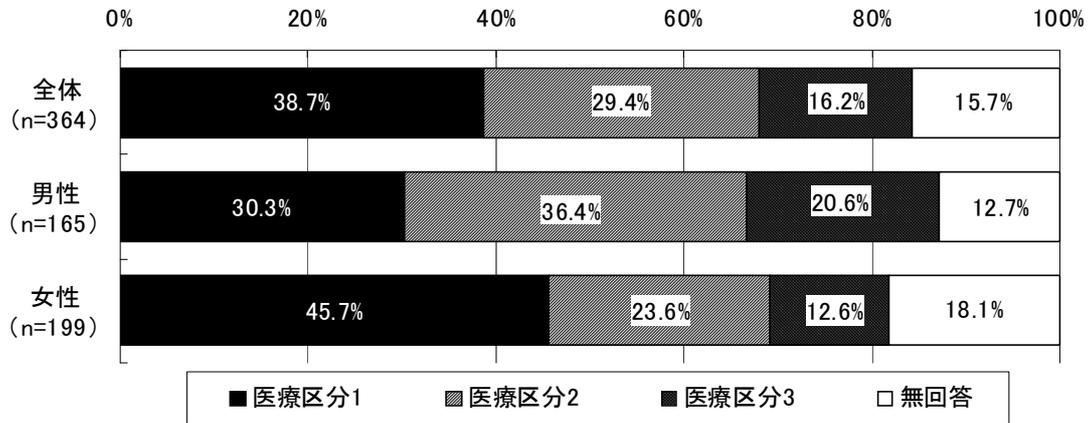


(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

(2) 患者の状態・病状等

①医療区分

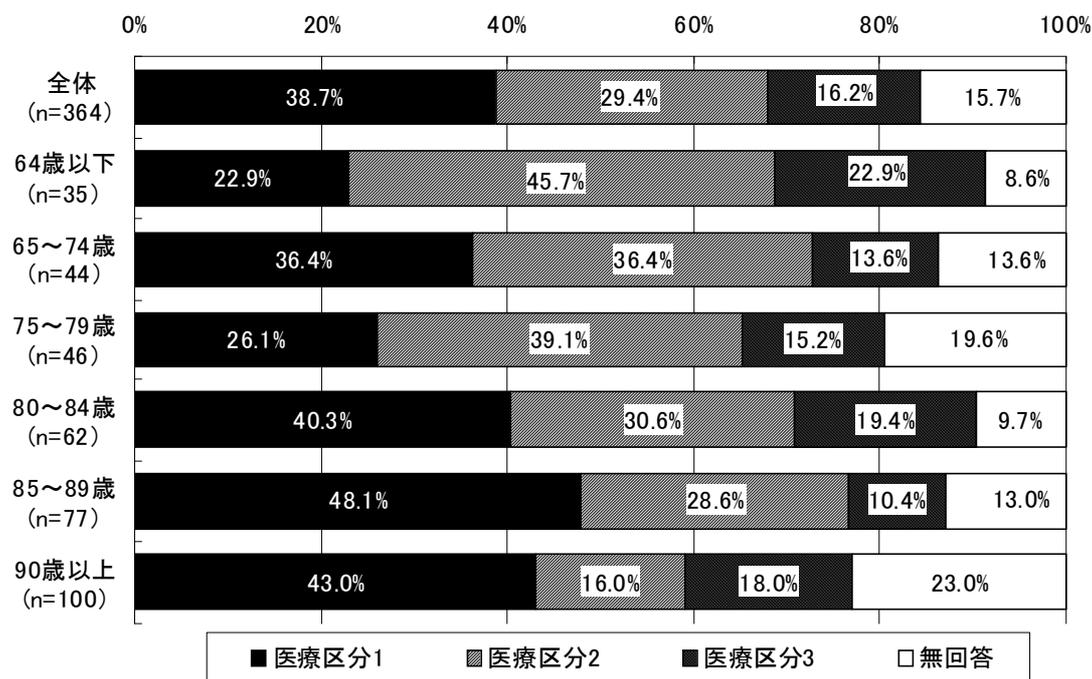
図表 238 医療区分（男女別）



【医療区分の分類】

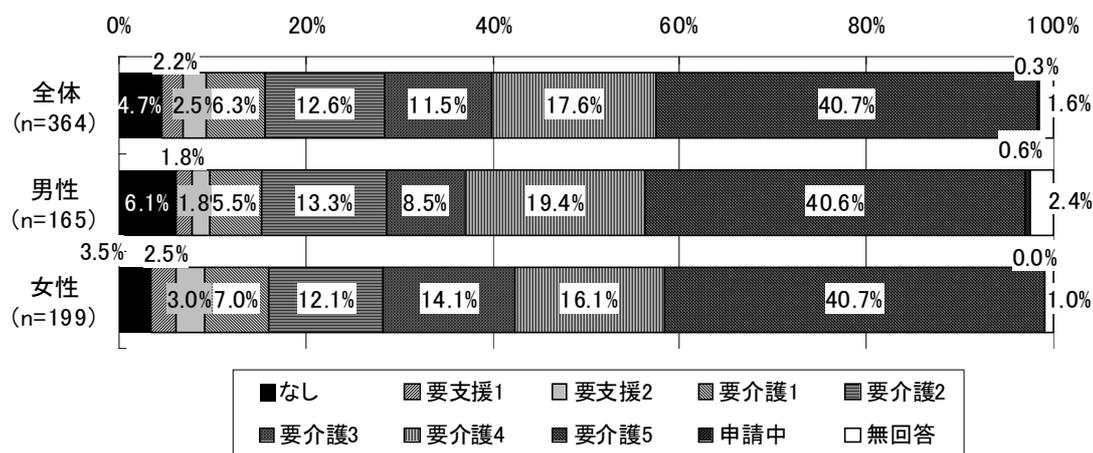
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・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 ・うっ血性潰瘍 ・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

図表 239 医療区分（年齢階級別）

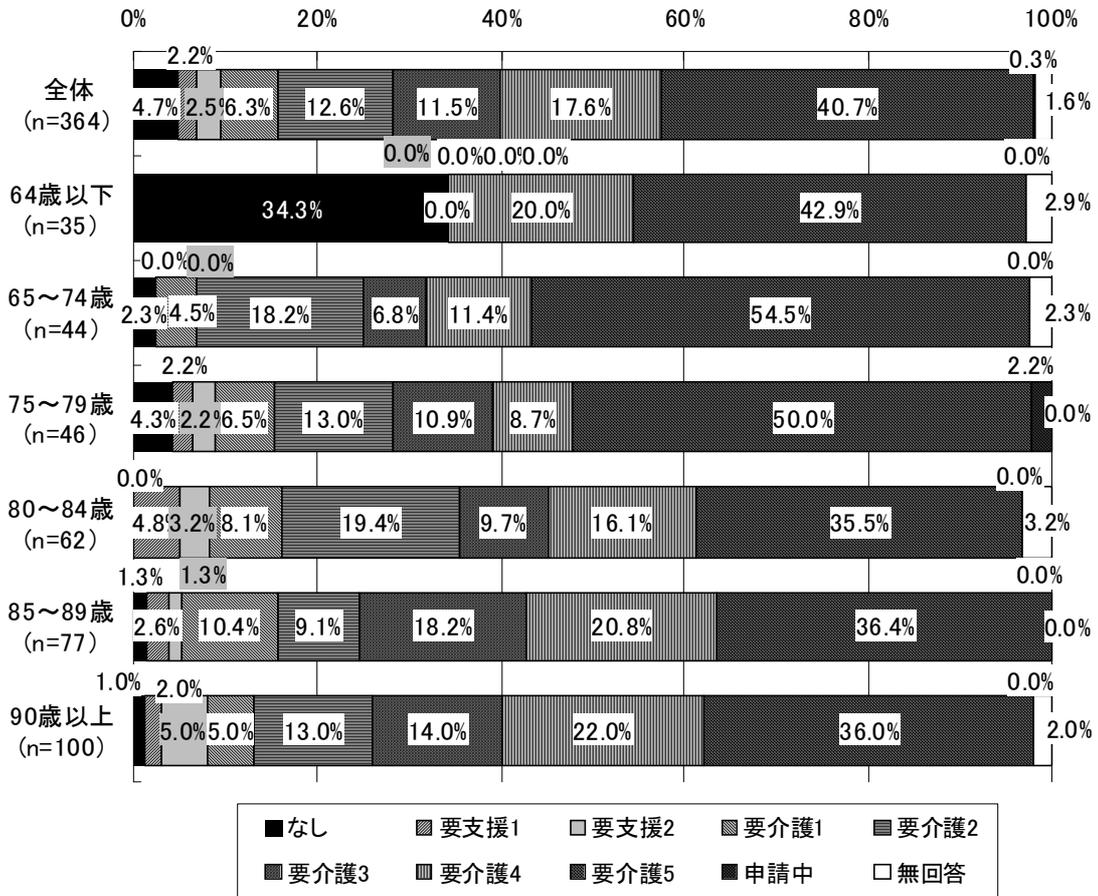


②要介護度

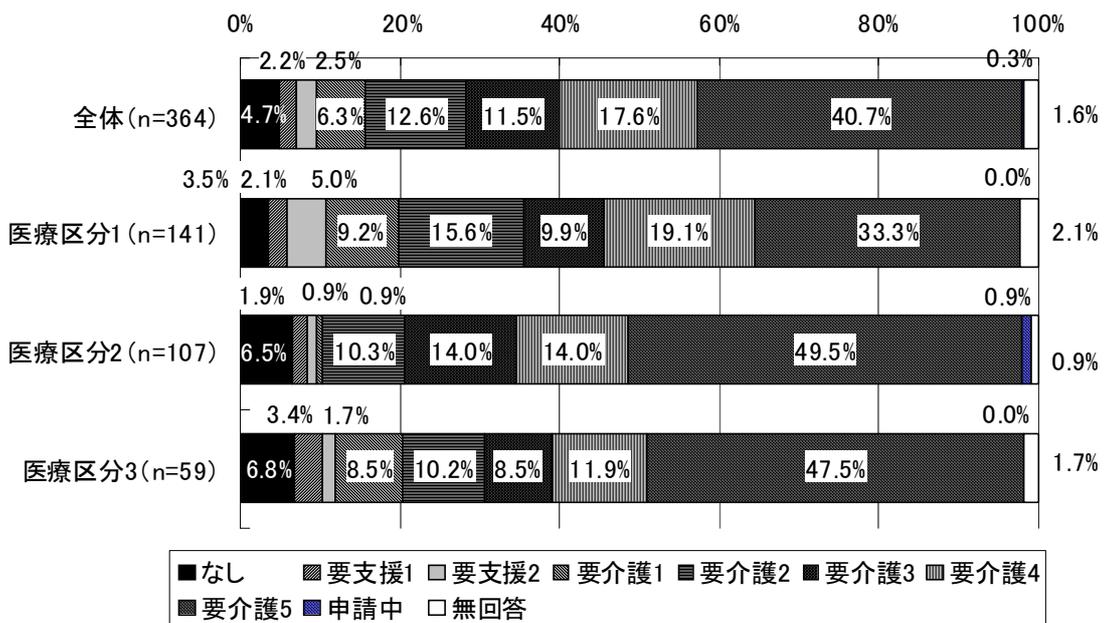
図表 240 要介護度（男女別）



図表 241 要介護度（年齢階級別）



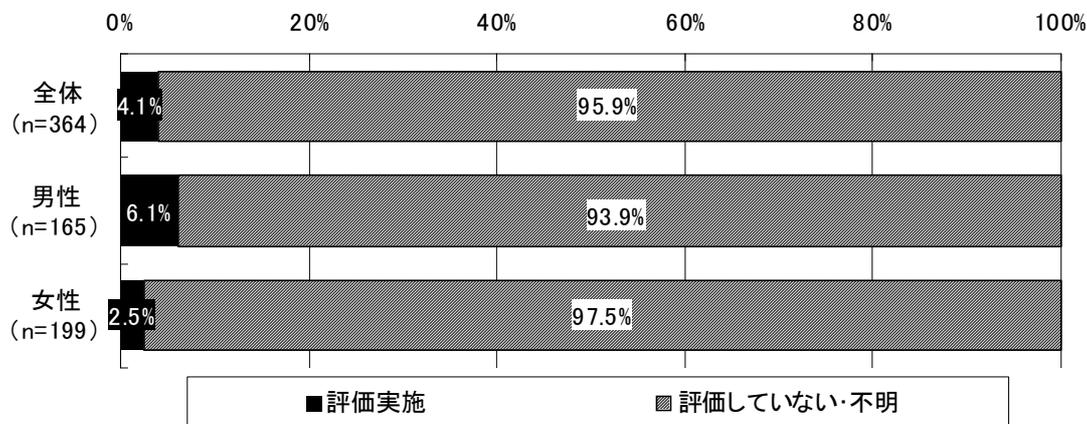
図表 242 要介護度（医療区分別）



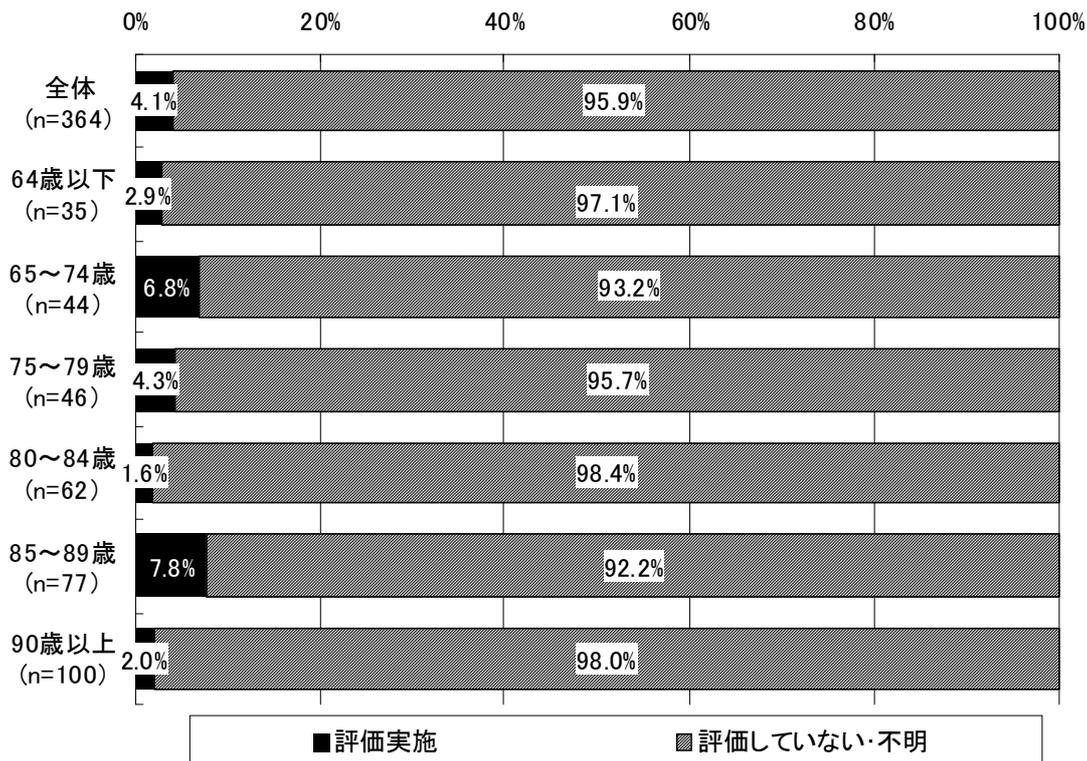
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

③機能的自立度評価表（FIM）点数

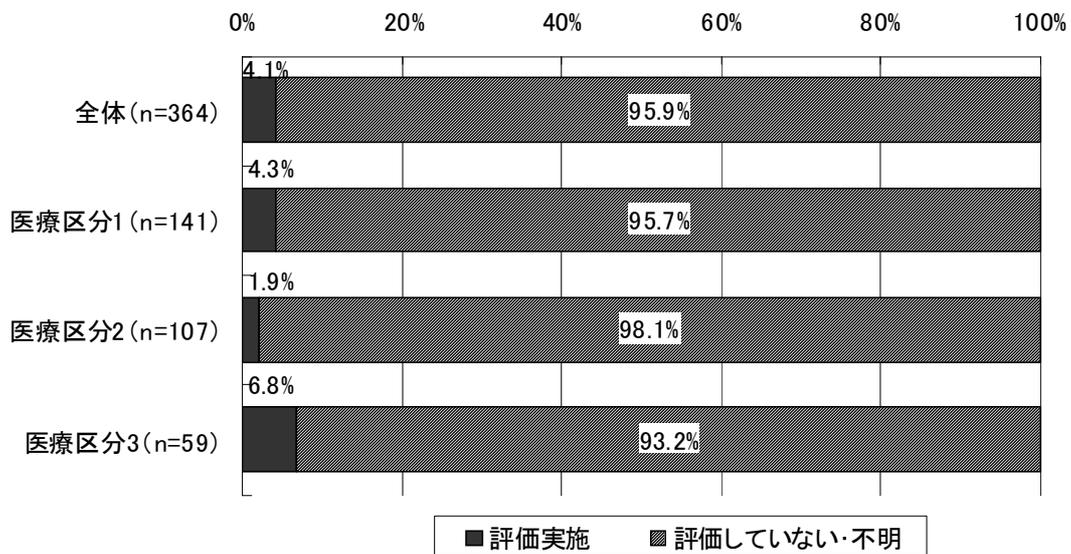
図表 243 機能的自立度評価表（FIM）点数（男女別）



図表 244 機能的自立度評価表（FIM）点数（年齢階級別）



図表 245 機能的自立度評価表（FIM）点数（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

図表 246 機能的自立度評価表（FIM）点数（男女別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
男性	10	36.5	32.5	26.0
女性	5	34.0	34.2	33.0

図表 247 機能的自立度評価表（FIM）点数（年齢階級別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
64 歳以下	1	18.0	-	18.0
65～74 歳	3	32.0	14.1	34.0
75～79 歳	2	28.5	14.8	28.5
80～84 歳	1	18.0	-	18.0
85～89 歳	6	43.3	49.3	29.0
90 歳以上	2	43.0	14.1	43.0

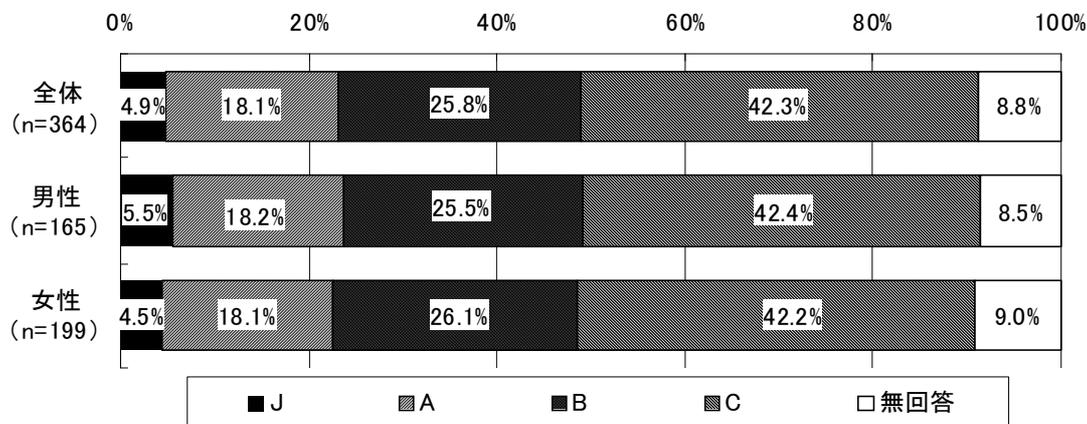
図表 248 機能的自立度評価表（FIM）点数（医療区分別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
医療区分1	6	59.5	35.7	53.5
医療区分2	2	28.0	15.6	28.0
医療区分3	4	25.3	18.0	26.0

(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

④障害高齢者の日常生活自立度

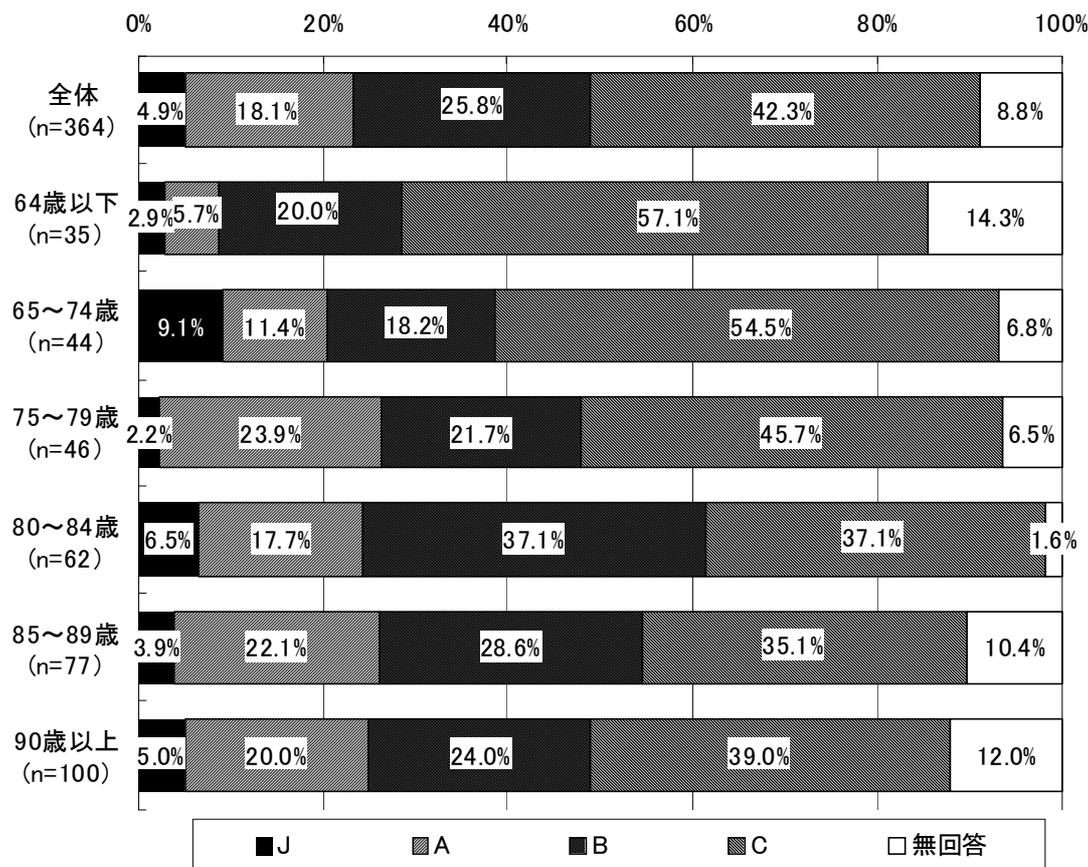
図表 249 障害高齢者の日常生活自立度（男女別）



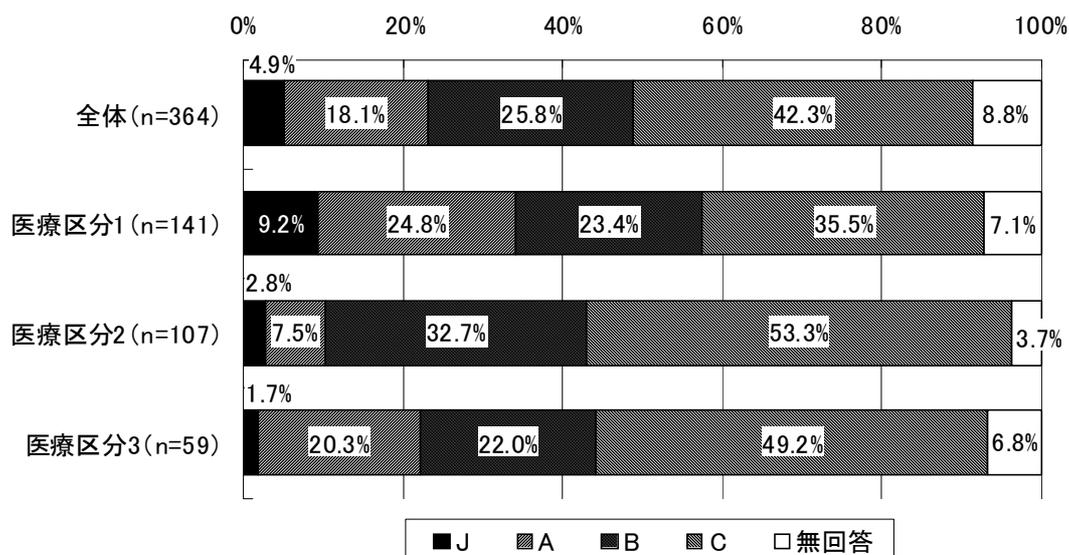
【障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）】

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

図表 250 障害高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



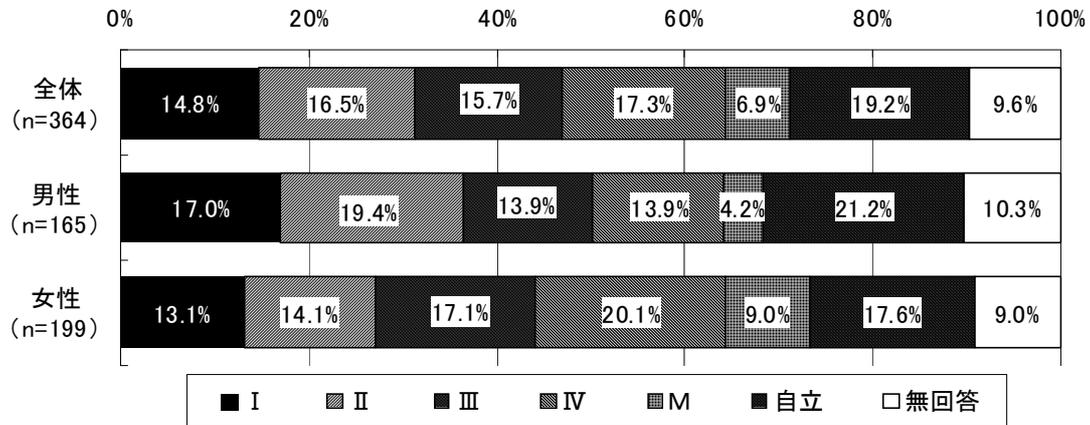
図表 251 障害高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑤認知症高齢者の日常生活自立度

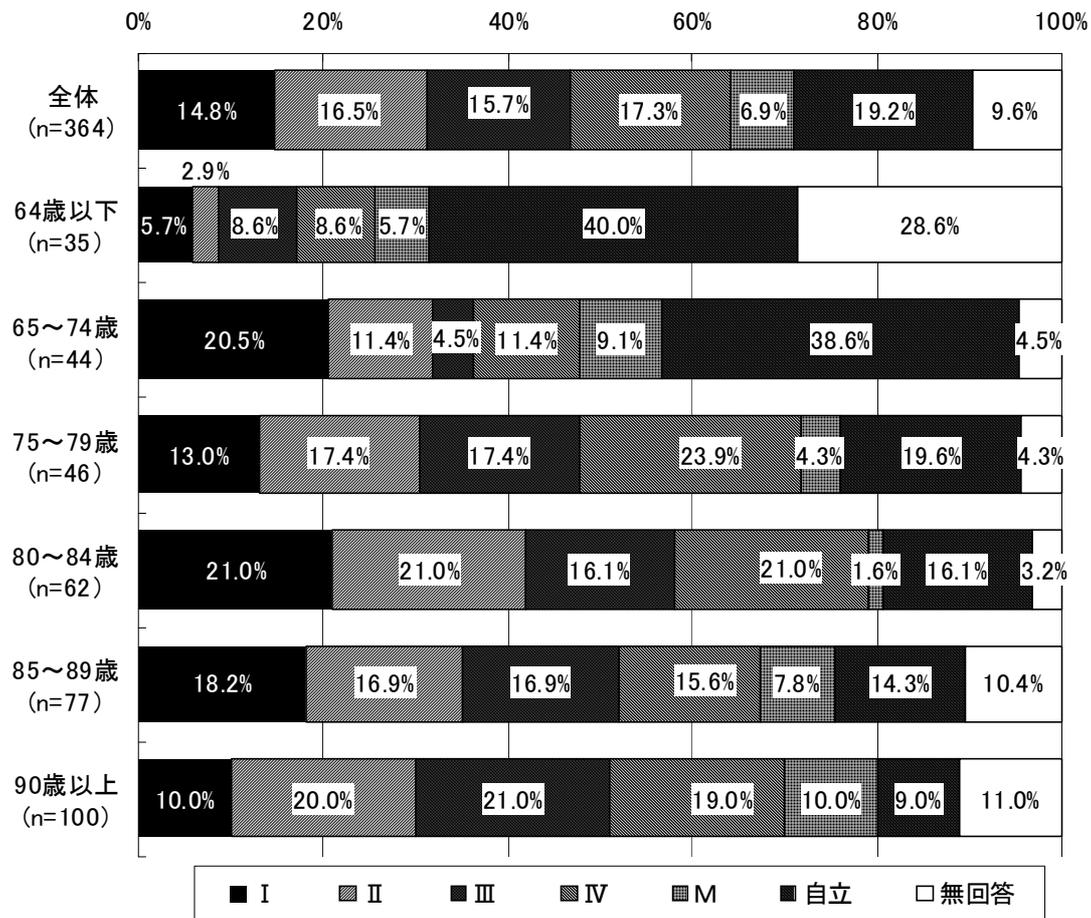
図表 252 認知症高齢者の日常生活自立度（男女別）



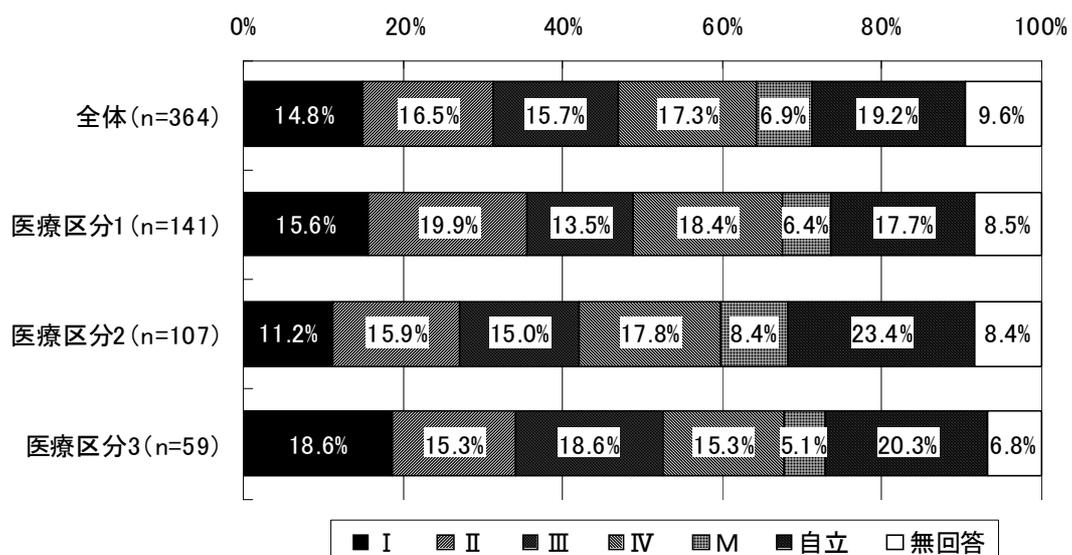
【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

図表 253 認知症高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



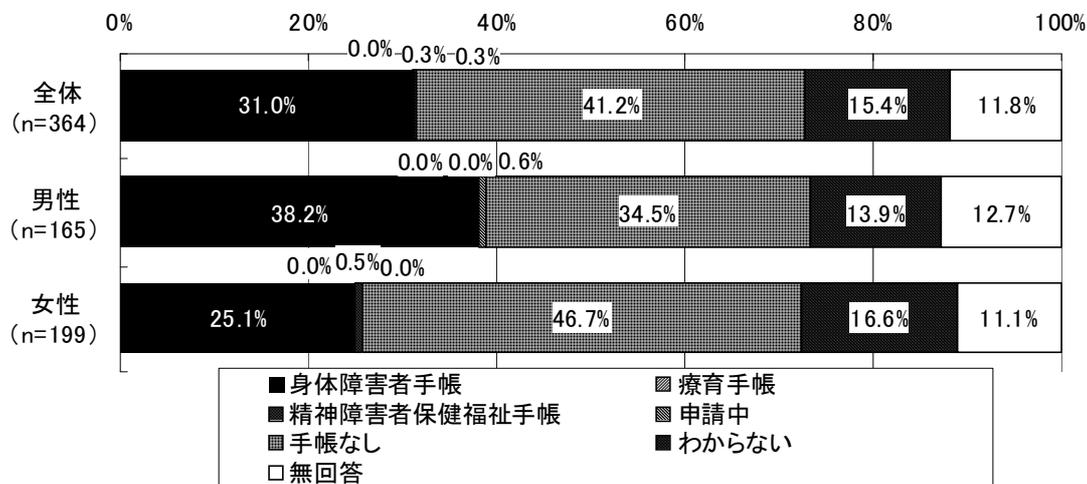
図表 254 認知症高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



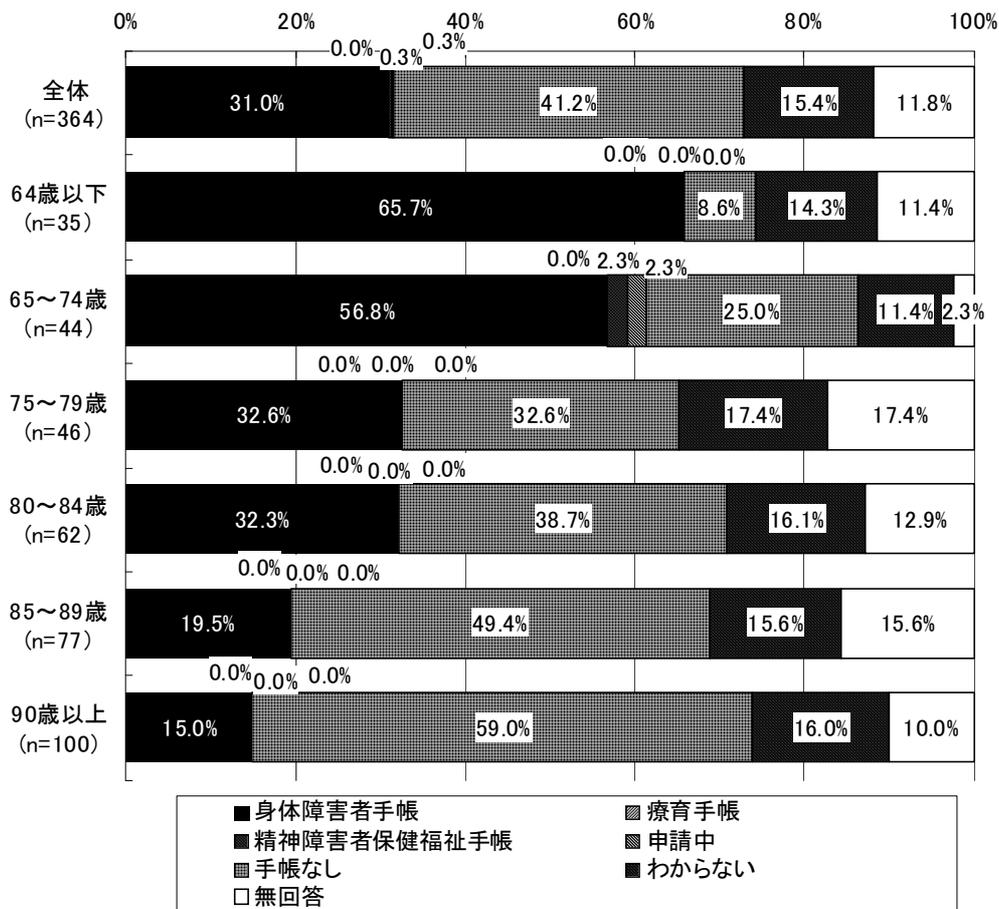
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑥障害者手帳などの種類

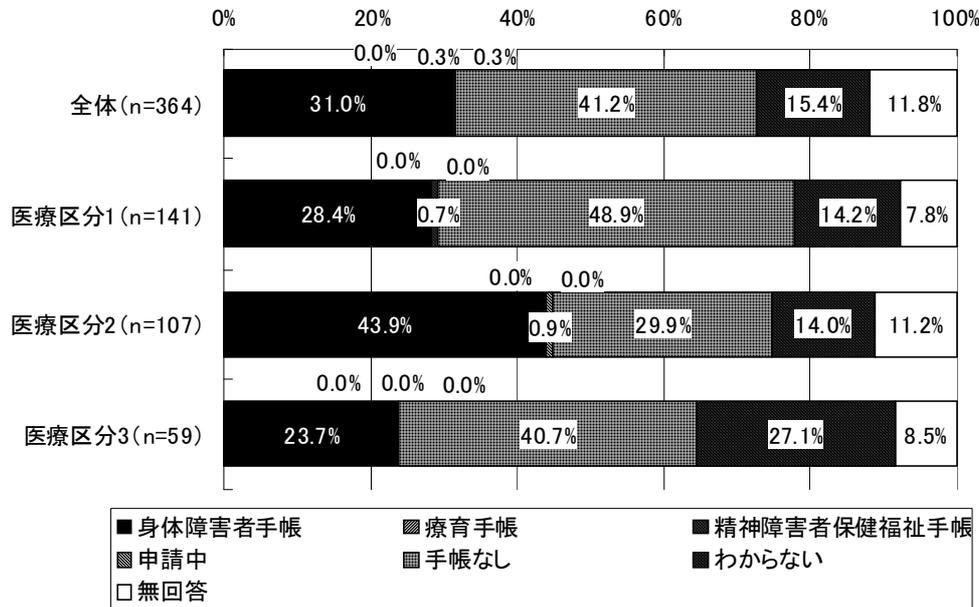
図表 255 障害者手帳などの種類（男女別）



図表 256 障害者手帳などの種類（年齢階級別）



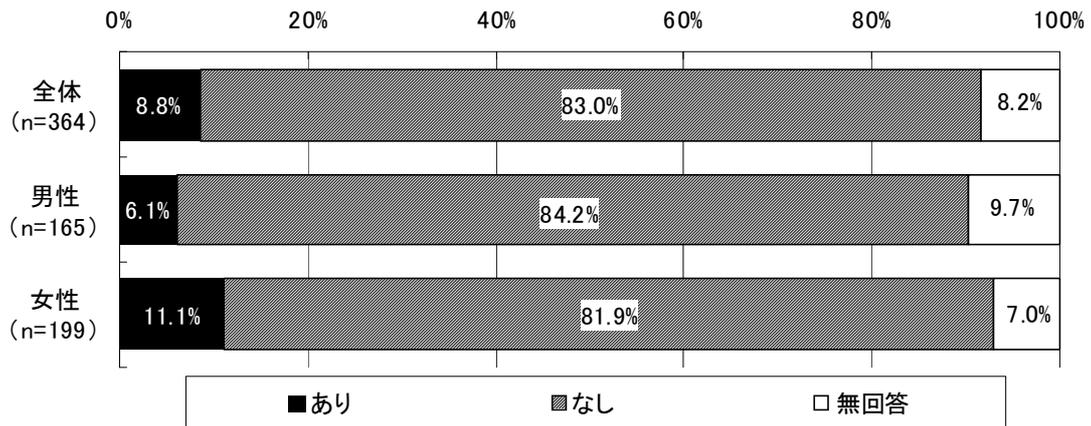
図表 257 障害者手帳などの種類（医療区分別）



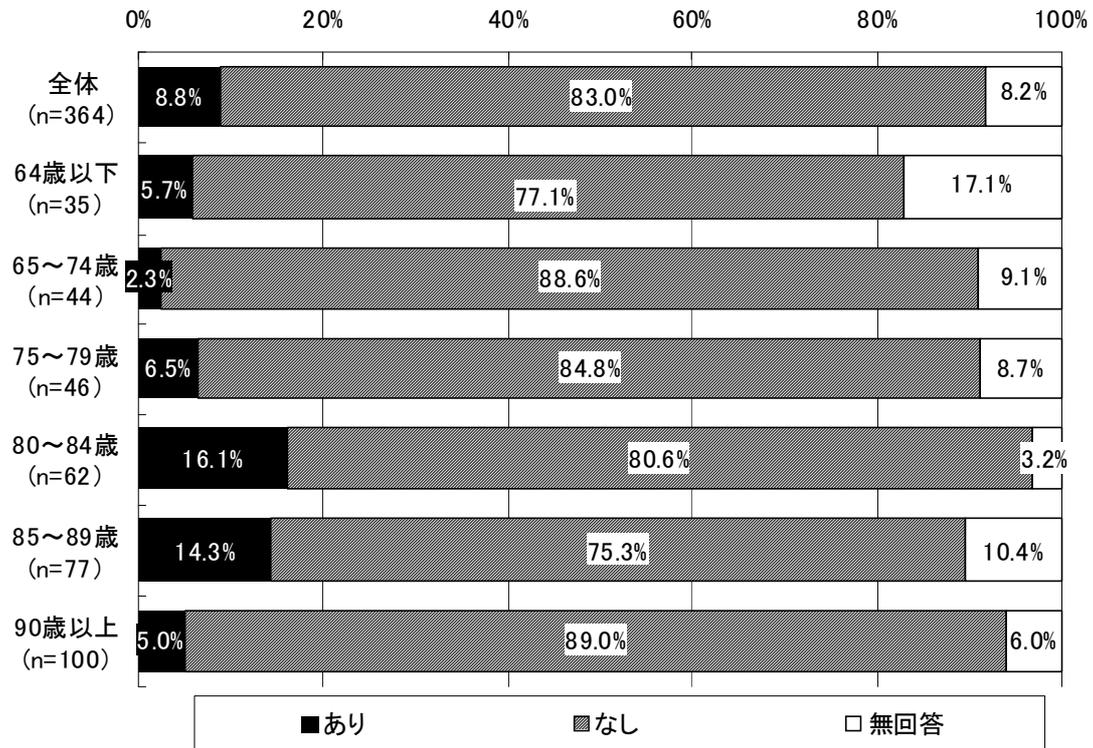
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑦精神疾患の有無

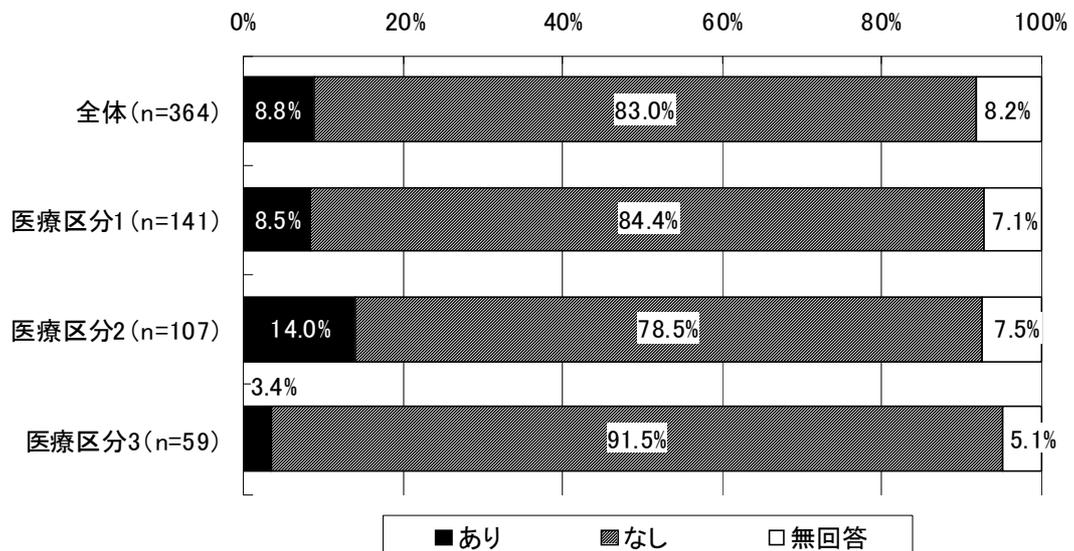
図表 258 精神疾患の有無（男女別）



図表 259 精神疾患の有無（年齢階級別）



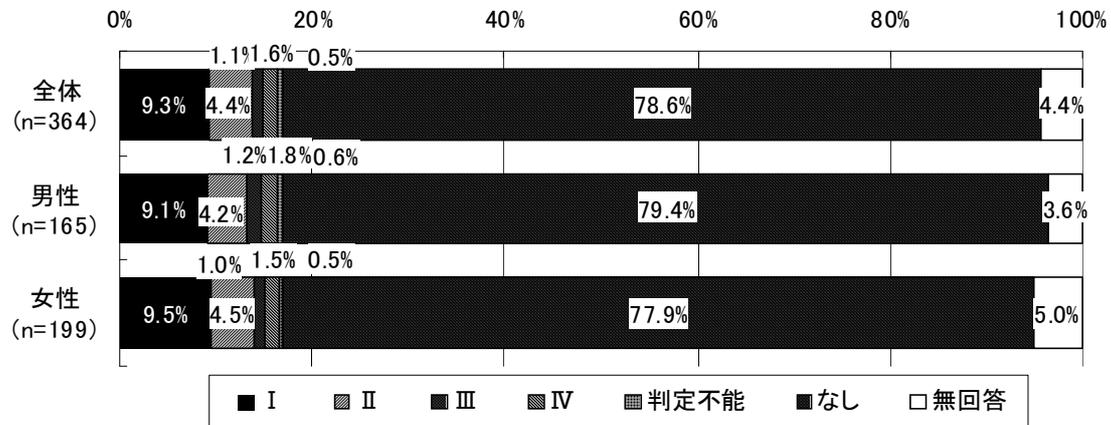
図表 260 精神疾患の有無（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑧褥瘡の状態（NPUAP）

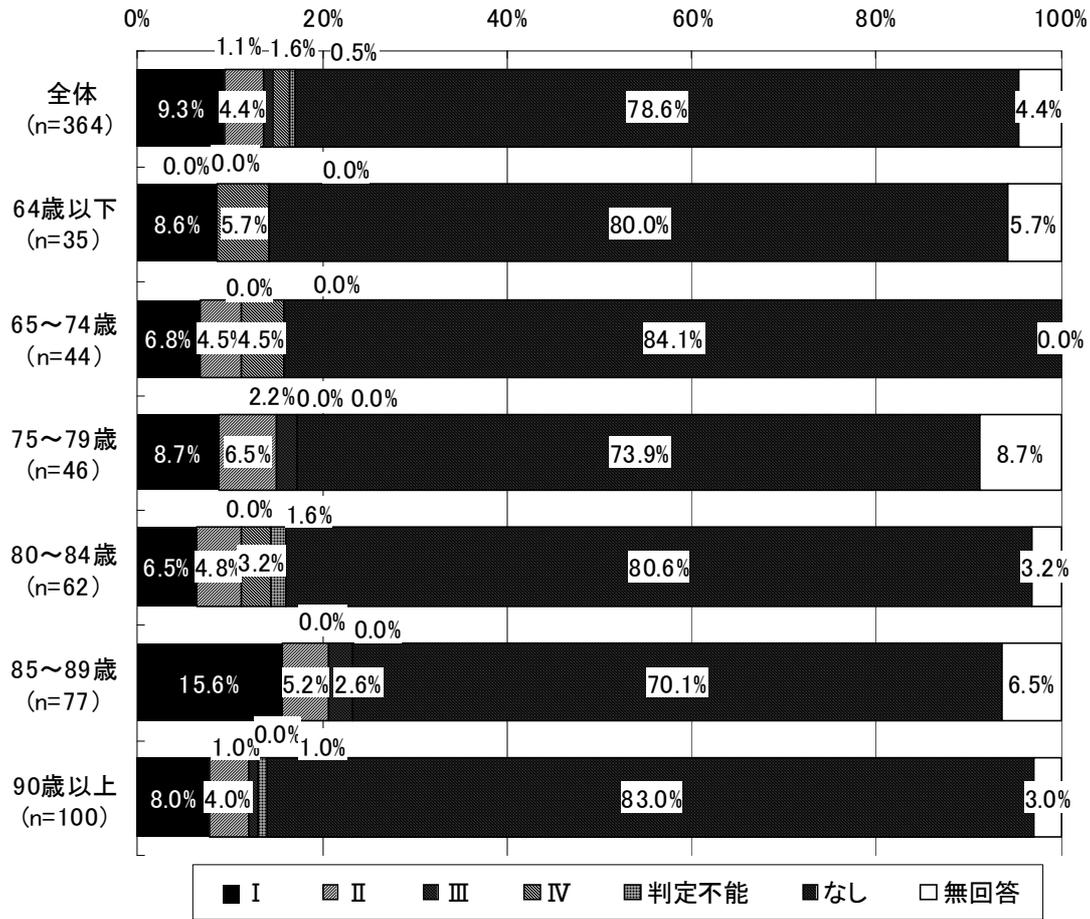
図表 261 褥瘡の状態（NPUAP）（男女別）



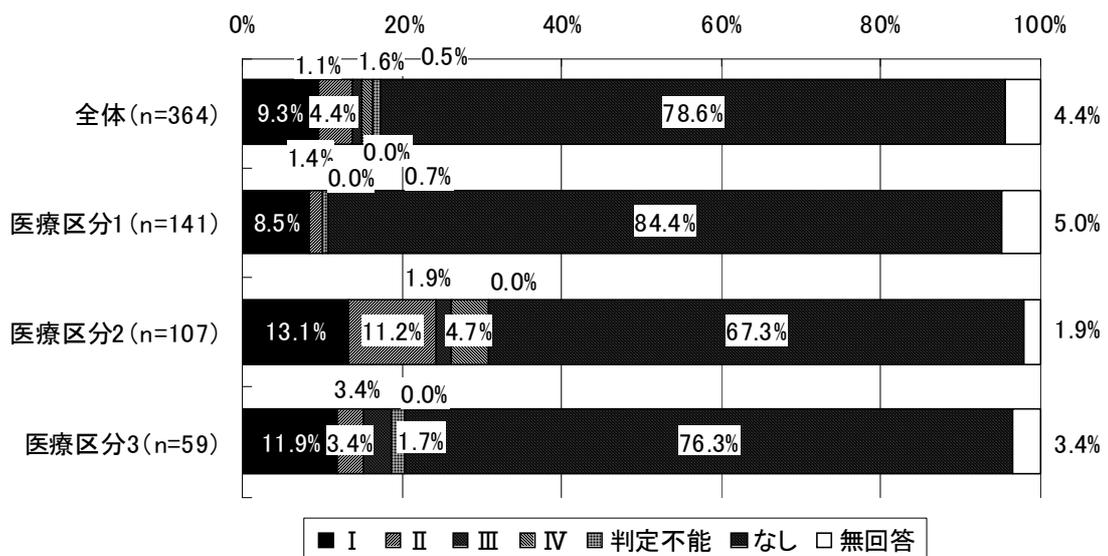
【褥瘡の状態（NPUAP 分類）】

ステージ I	通常骨突出部位に限局する消退しない発赤を伴う、損傷のない皮膚。暗色部位の明白な消退は起こらず、その色は周囲の皮膚と異なることがある。
ステージ II	スラフを伴わない、赤色または薄赤色の創底をもつ、浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは開放した/破裂した血清で満たされた水疱として現れることがある。
ステージ III	全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。スラフが存在することがあるが、組織欠損の深度が分からなくなるほどではない。ポケットや瘻孔が存在することがある。
ステージ IV	骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。黄色または黒色壊死が創底に存在することがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い。
判定不能	創底で、潰瘍の底面がスラフ（黄色、黄褐色、灰色または茶色）および/またはエスカー（黄褐色、茶色、または黒色）で覆われている全層組織欠損。

図表 262 褥瘡の状態 (NPUAP) (年齢階級別)



図表 263 褥瘡の状態 (NPUAP) (医療区分別)



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑨褥瘡の状態 (DESIGN)

図表 264 褥瘡の状態 (DESIGN) (男女別)

(単位：上段「人」、下段「%」)

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364 100.0	32 8.8	10 2.7	5 1.4	7 1.9	0 0.0	0 0.0	100 27.5	210 57.7
男性	165 100.0	13 7.9	6 3.6	2 1.2	4 2.4	0 0.0	0 0.0	46 27.9	94 57.0
女性	199 100.0	19 9.5	4 2.0	3 1.5	3 1.5	0 0.0	0 0.0	54 27.1	116 58.3

【褥瘡の状態 (DESIGN)】

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織を越える損傷
D5	関節腔・体腔に至る損傷
U	深さ判定が不能な場合

図表 265 褥瘡の状態 (DESIGN) (年齢階級別)

(単位：上段「人」、下段「%」)

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364 100.0	32 8.8	10 2.7	5 1.4	7 1.9	0 0.0	0 0.0	100 27.5	210 57.7
64 歳以下	35 100.0	3 8.6	0 0.0	0 0.0	2 5.7	0 0.0	0 0.0	8 22.9	22 62.9
65～74 歳	44 100.0	3 6.8	1 2.3	0 0.0	2 4.5	0 0.0	0 0.0	17 38.6	21 47.7
75～79 歳	46 100.0	4 8.7	1 2.2	2 4.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	17 37.0	22 47.8
80～84 歳	62 100.0	3 4.8	3 4.8	1 1.6	1 1.6	0 0.0	0 0.0	22 35.5	32 51.6
85～89 歳	77 100.0	10 13.0	3 3.9	2 2.6	1 1.3	0 0.0	0 0.0	16 20.8	45 58.4
90 歳以上	100 100.0	9 9.0	2 2.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	0 0.0	20 20.0	68 68.0

図表 266 褥瘡の状態 (DESIGN) (医療区分別)

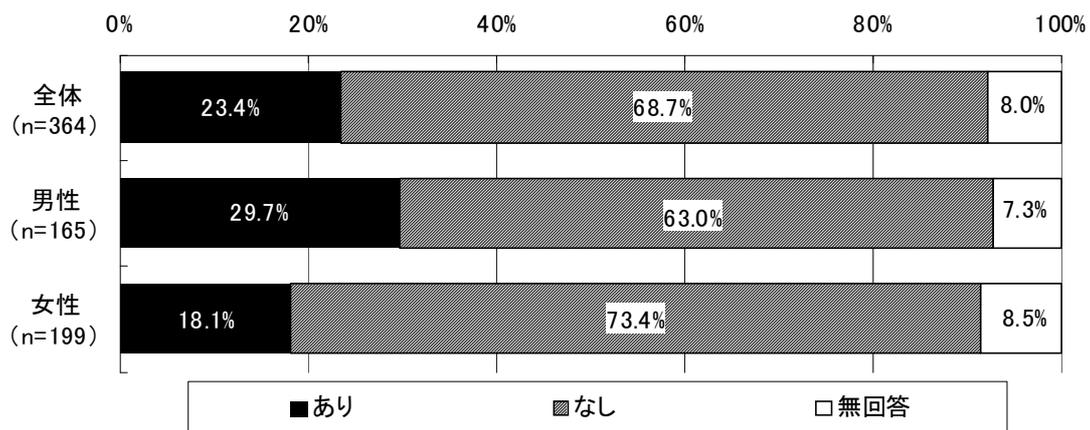
(単位：上段「人」、下段「%」)

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364	32	10	5	7	0	0	100	210
	100.0	8.8	2.7	1.4	1.9	0.0	0.0	27.5	57.7
医療 区分 1	141	10	1	1	0	0	0	46	83
	100.0	7.1	0.7	0.7	0.0	0.0	0.0	32.6	58.9
医療 区分 2	107	15	8	2	5	0	0	28	49
	100.0	14.0	7.5	1.9	4.7	0.0	0.0	26.2	45.8
医療 区分 3	59	6	1	1	2	0	0	19	30
	100.0	10.2	1.7	1.7	3.4	0.0	0.0	32.2	50.8

(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑩厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七)

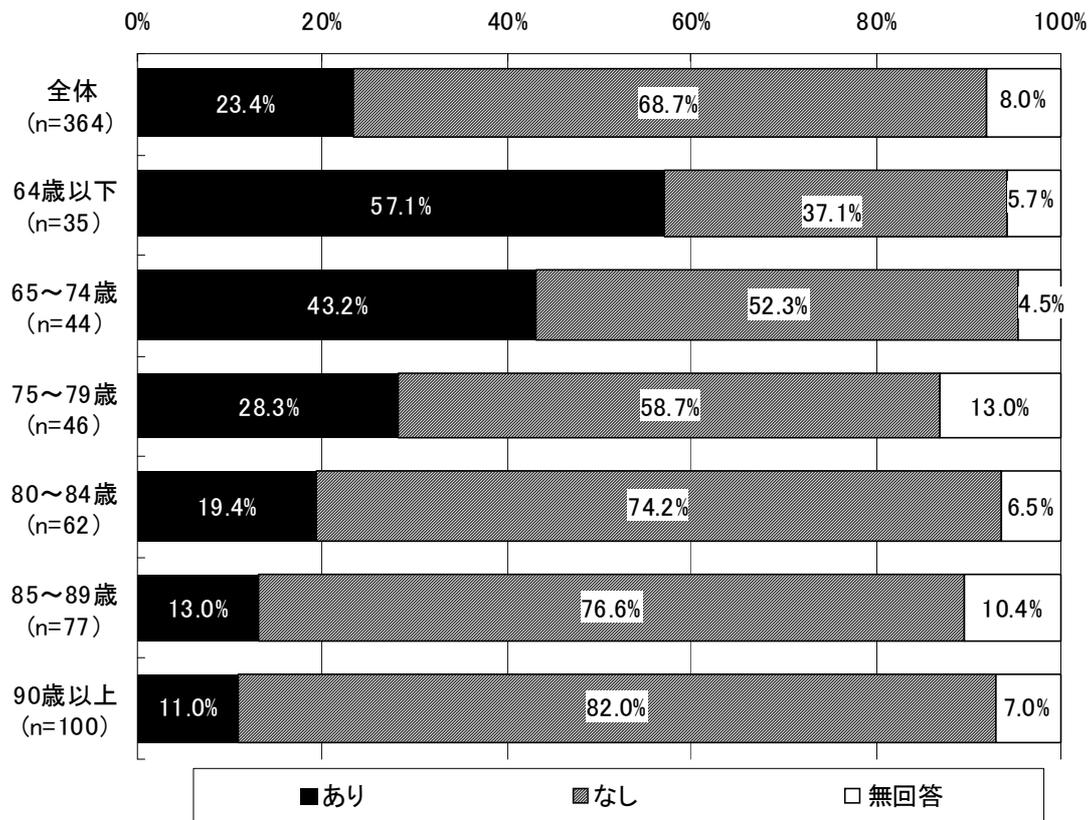
図表 267 厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七) (男女別)



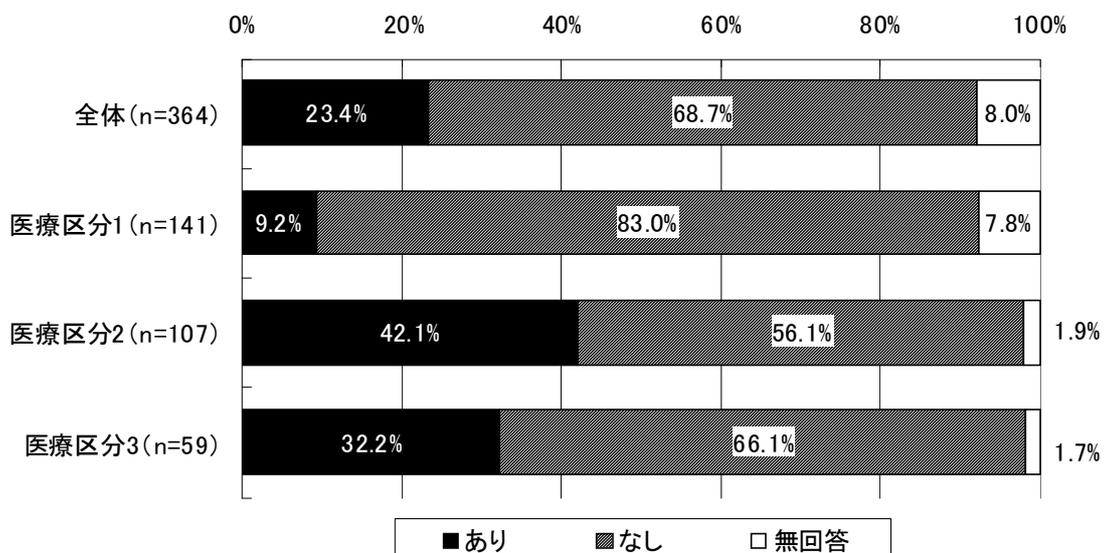
【厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (特掲診療料の施設基準等別表七)】

- 末期の悪性腫瘍
- 筋萎縮性側索硬化症
- 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
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 頸髄損傷
- 多発性硬化症
- 脊髄小脳変性症
- 脊髄性筋萎縮症
- 人工呼吸器を使用している状態
- 重症筋無力症
- ハンチントン病
- 球脊髄性筋萎縮症
- 後天性免疫不全症候群
- スモン
- ライソゾーム病

図表 268 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）（年齢階級別）



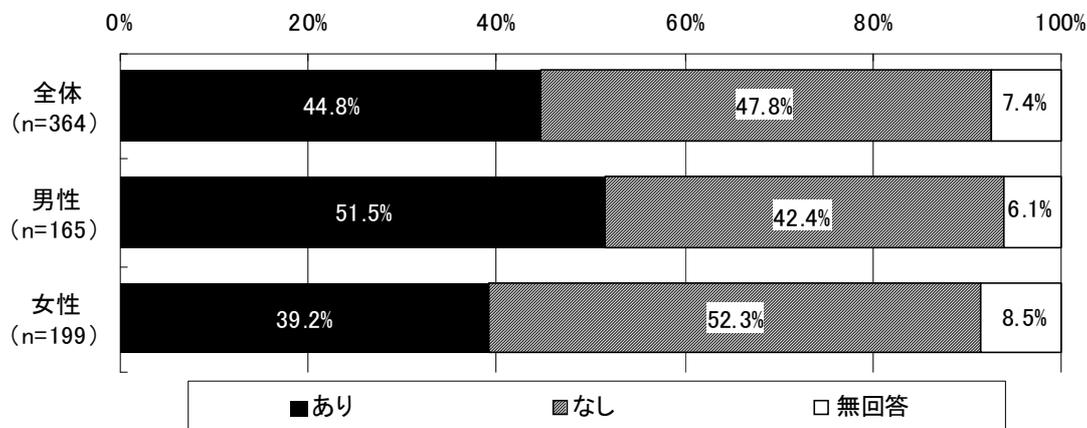
図表 269 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）

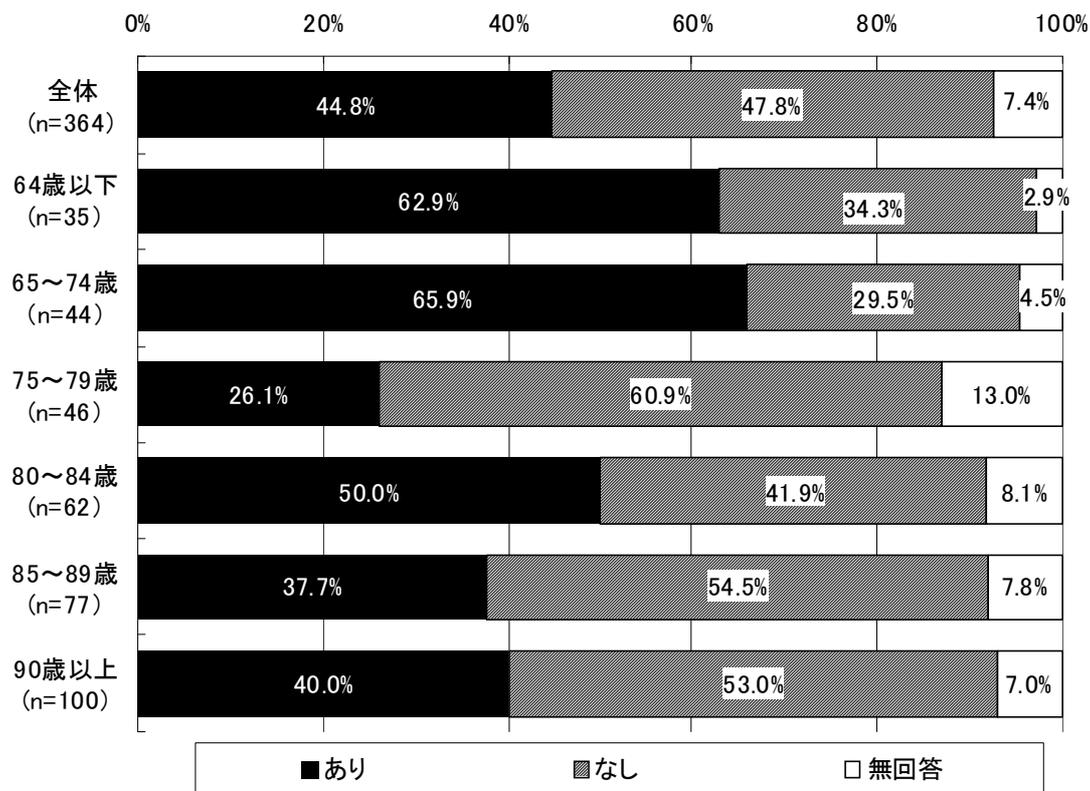
図表 270 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（男女別）



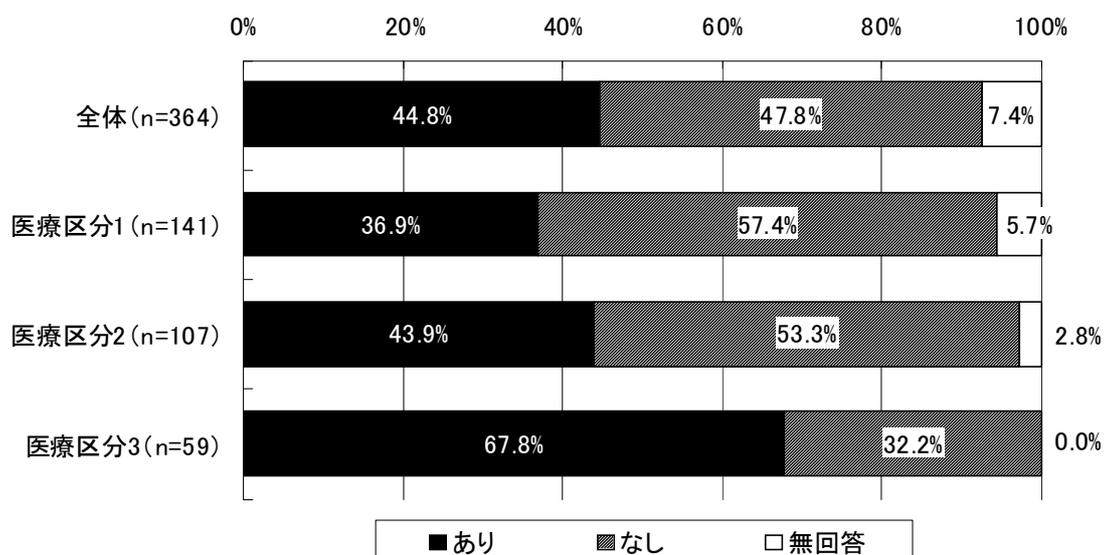
【在宅医療の指導管理料の算定の有無（特掲診療料の施設基準等別表八）】

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

図表 271 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（年齢階級別）



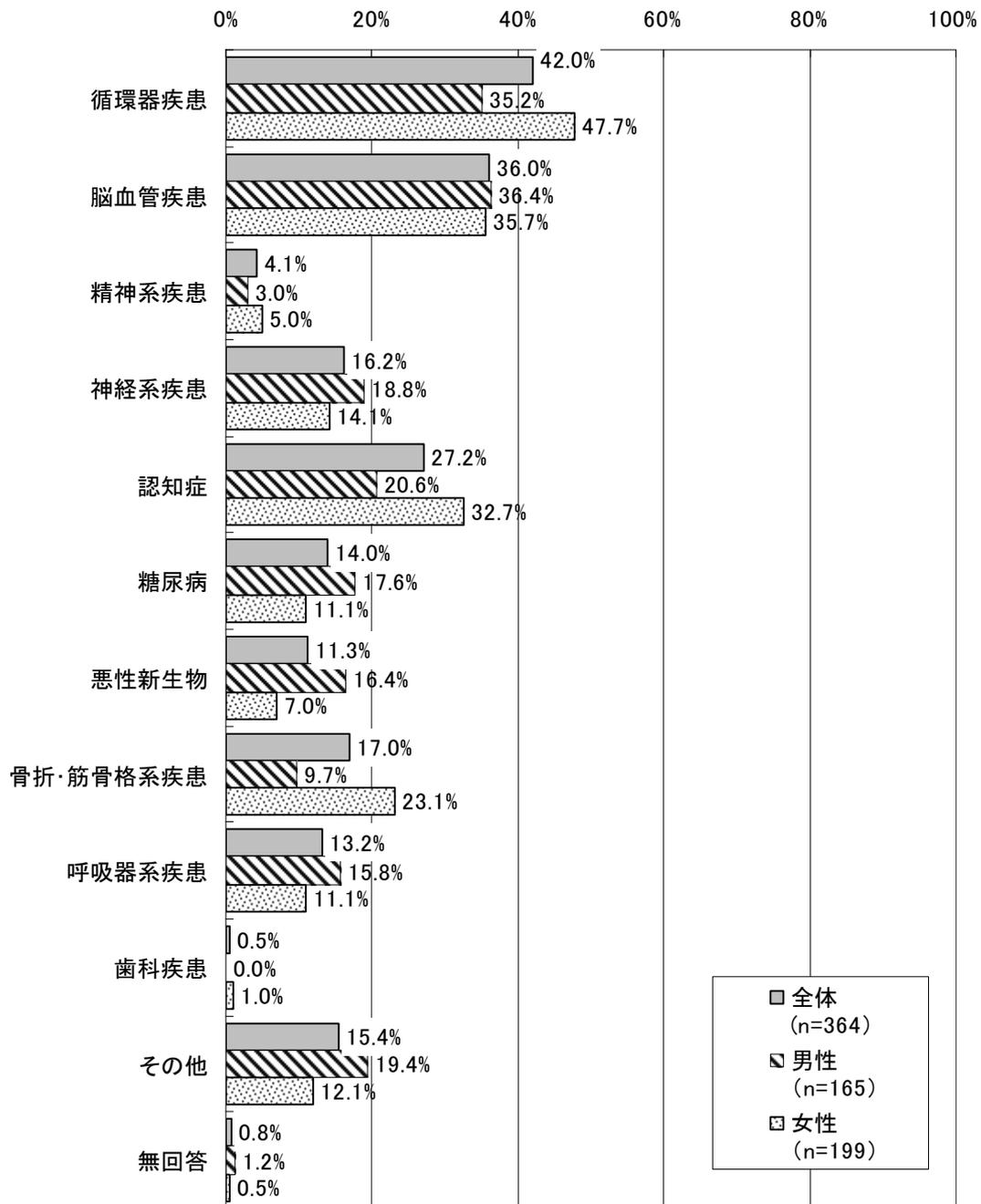
図表 272 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑫現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）

図表 273 現在、在宅医療を受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）

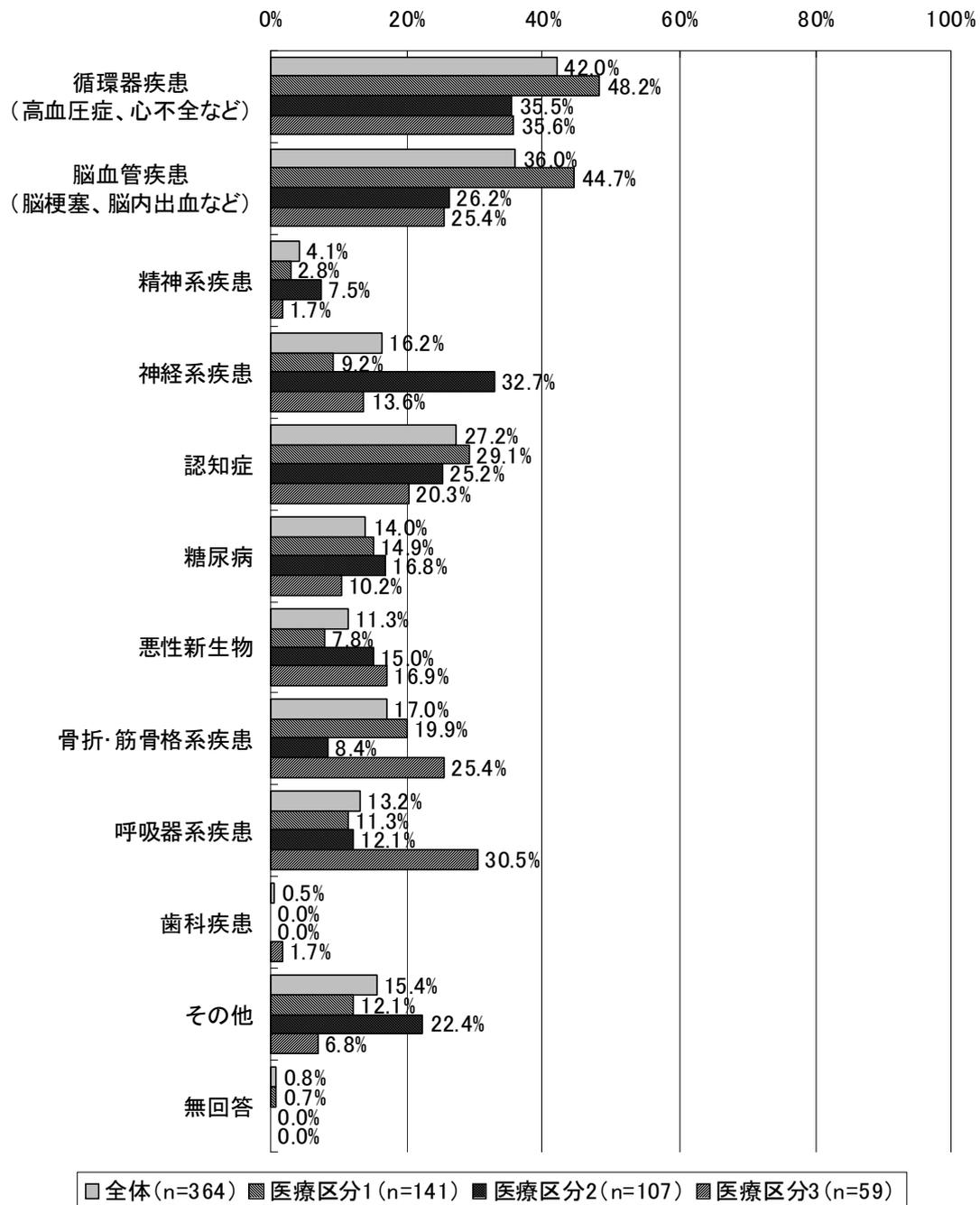


図表 274 現在在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）

（年齢階級別、複数回答）

	総数	循環器疾患	脳血管疾患	精神系疾患	神経系疾患	認知症	糖尿病	悪性新生物	骨折・筋骨格系疾患	呼吸器系疾患	歯科疾患	その他	無回答
全体	364 100.0	153 42.0	131 36.0	15 4.1	59 16.2	99 27.2	51 14.0	41 11.3	62 17.0	48 13.2	2 0.5	56 15.4	3 0.8
64歳以下	35 100.0	2 5.7	9 25.7	0 0.0	12 34.3	1 2.9	4 11.4	4 11.4	2 5.7	2 5.7	0 0.0	8 22.9	0 0.0
65～74歳	44 100.0	14 31.8	22 50.0	1 2.3	14 31.8	4 9.1	11 25.0	5 11.4	2 4.5	5 11.4	0 0.0	4 9.1	0 0.0
75～79歳	46 100.0	14 30.4	19 41.3	3 6.5	11 23.9	15 32.6	6 13.0	10 21.7	5 10.9	6 13.0	0 0.0	9 19.6	0 0.0
80～84歳	62 100.0	28 45.2	22 35.5	6 9.7	6 9.7	16 25.8	11 17.7	8 12.9	13 21.0	12 19.4	1 1.6	8 12.9	0 0.0
85～89歳	77 100.0	44 57.1	26 33.8	3 3.9	8 10.4	24 31.2	12 15.6	9 11.7	17 22.1	8 10.4	0 0.0	13 16.9	1 1.3
90歳以上	100 100.0	51 51.0	33 33.0	2 2.0	8 8.0	39 39.0	7 7.0	5 5.0	23 23.0	15 15.0	1 1.0	14 14.0	2 2.0

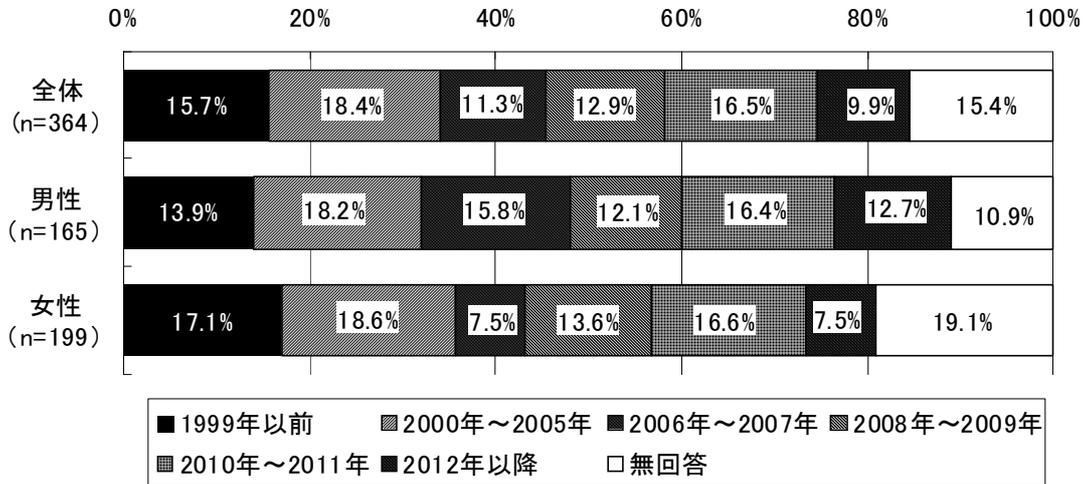
図表 275 現在在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（医療区分別、複数回答）



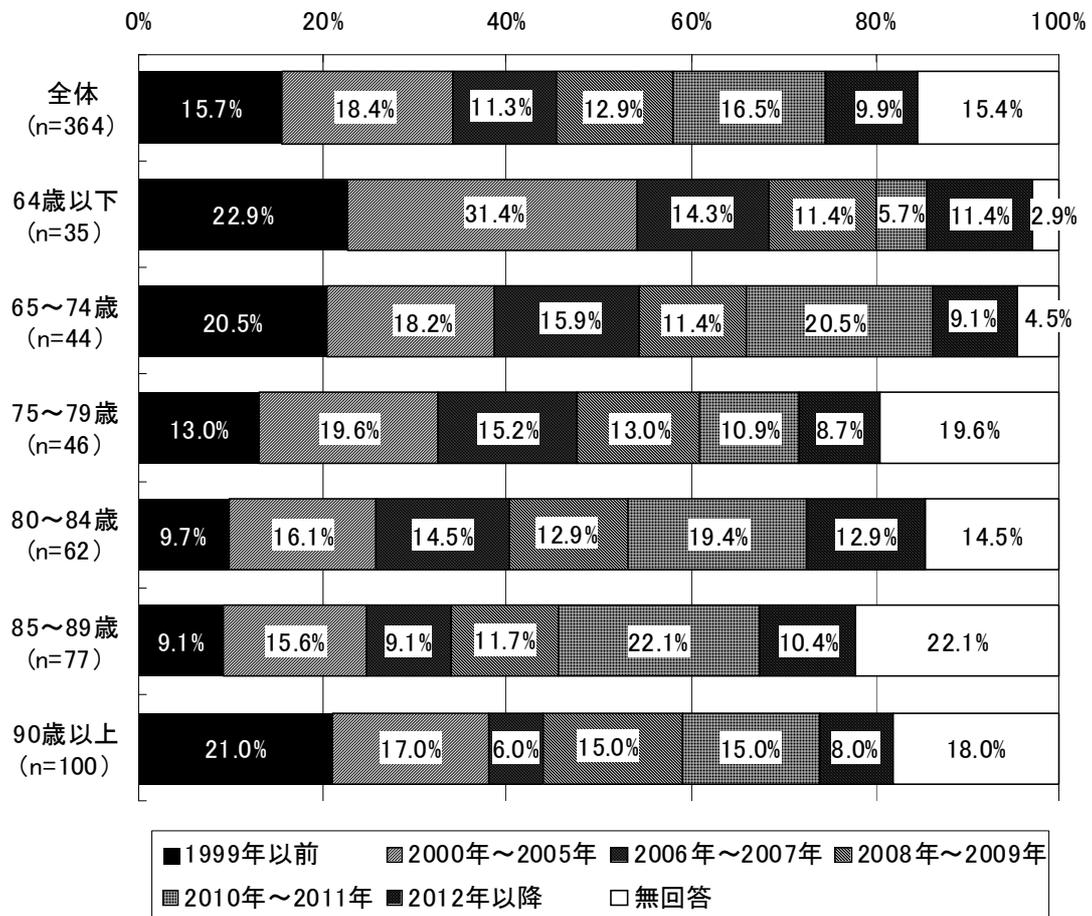
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑬病気が発症した時期

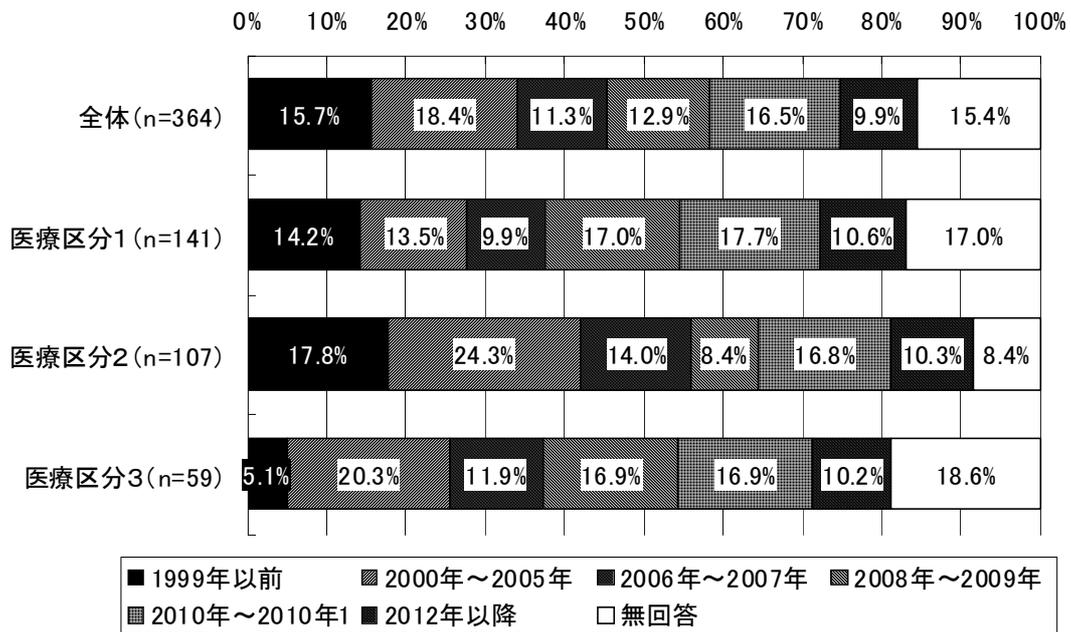
図表 276 病気が発症した時期（男女別）



図表 277 病気が発症した時期（年齢階級別）



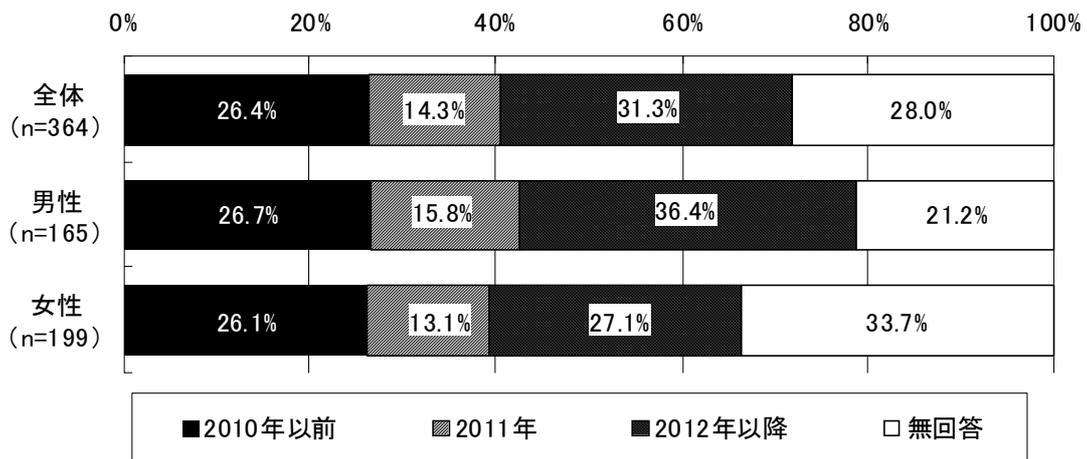
図表 278 病気が発症した時期（医療区分別）



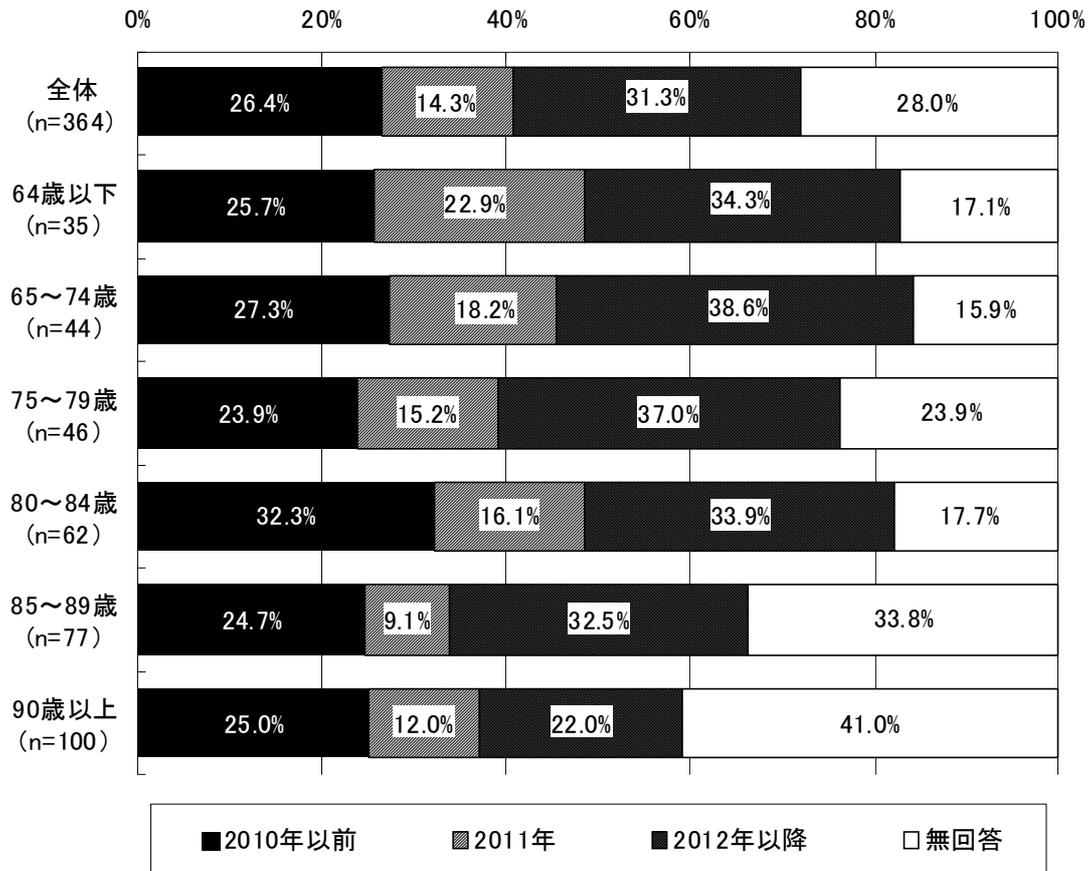
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑭直近の入院日

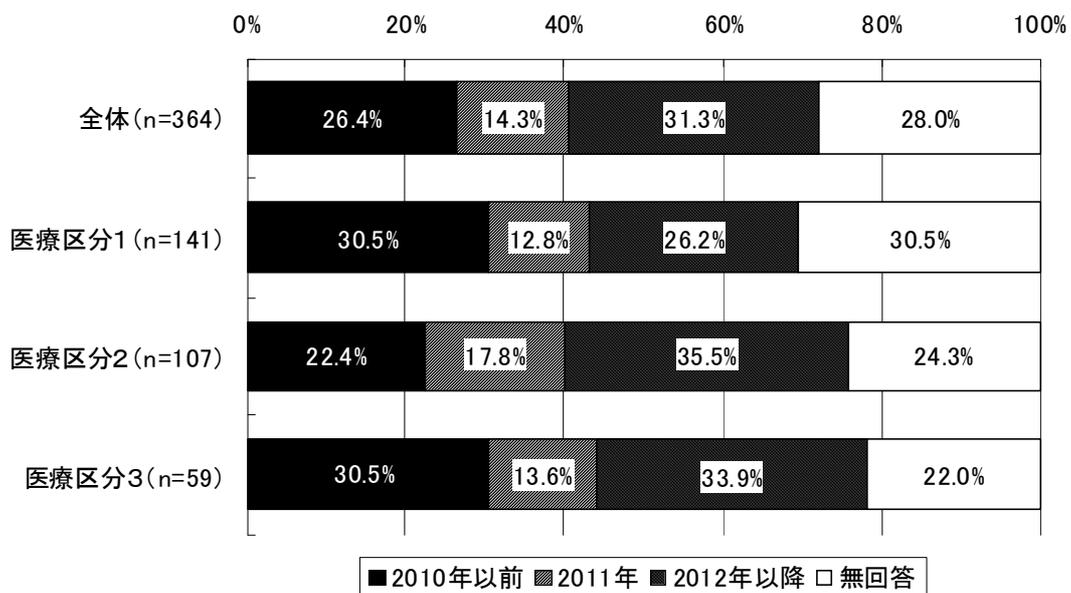
図表 279 直近の入院日（男女別）



図表 280 直近の入院日（年齢階級別）



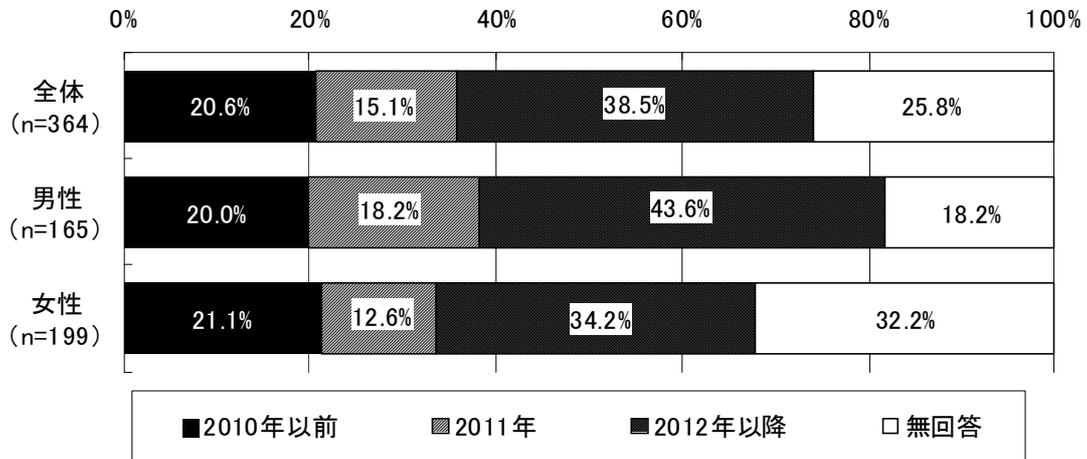
図表 281 直近の入院日（医療区分別）



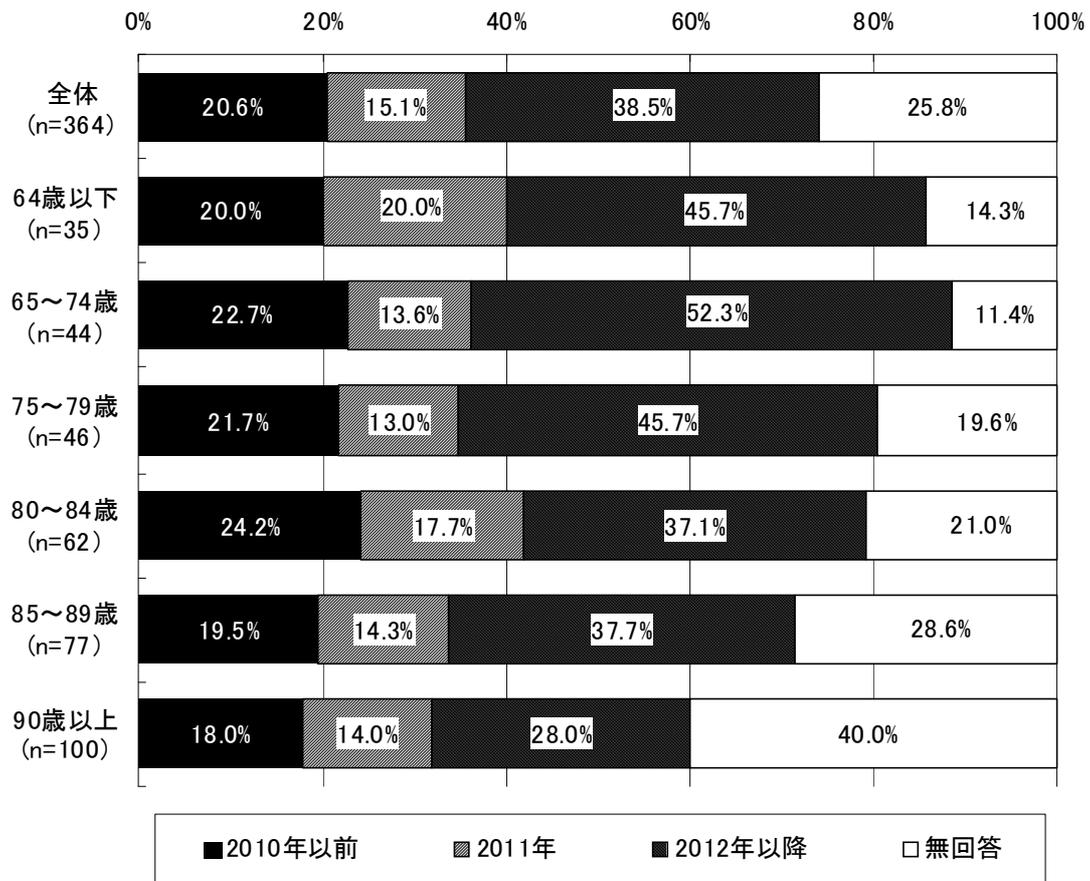
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑮直近の退院日

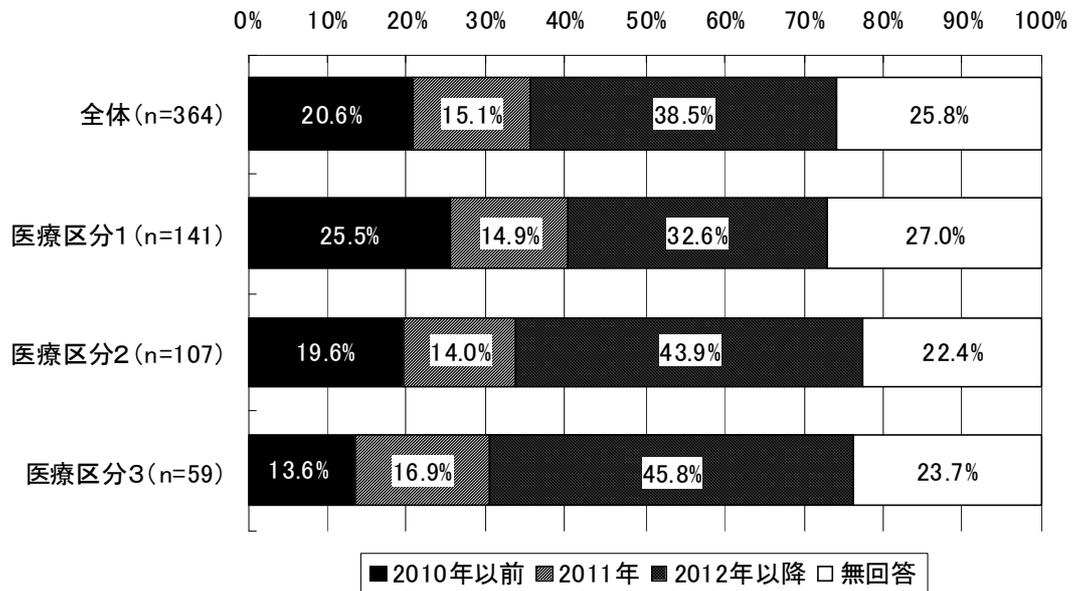
図表 282 直近の退院日（男女別）



図表 283 直近の退院日（年齢階級別）



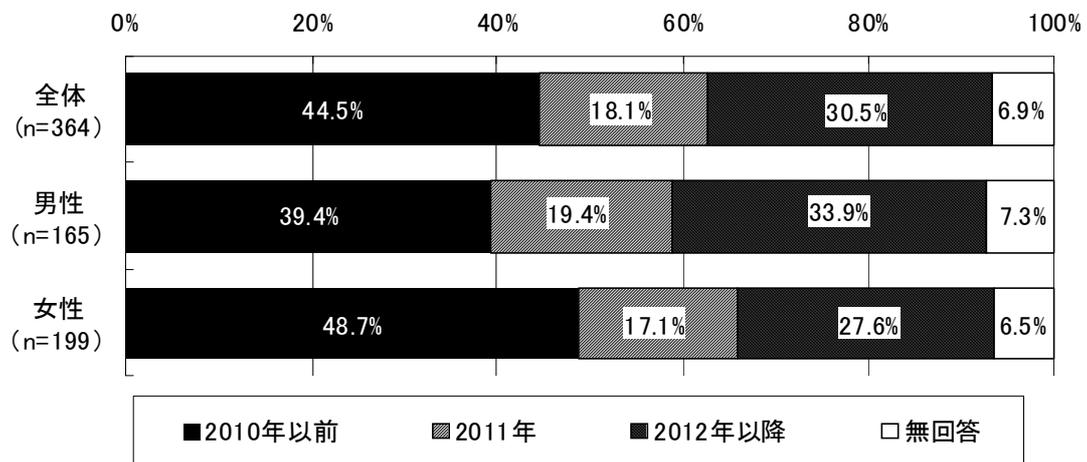
図表 284 直近の退院日（医療区分別）



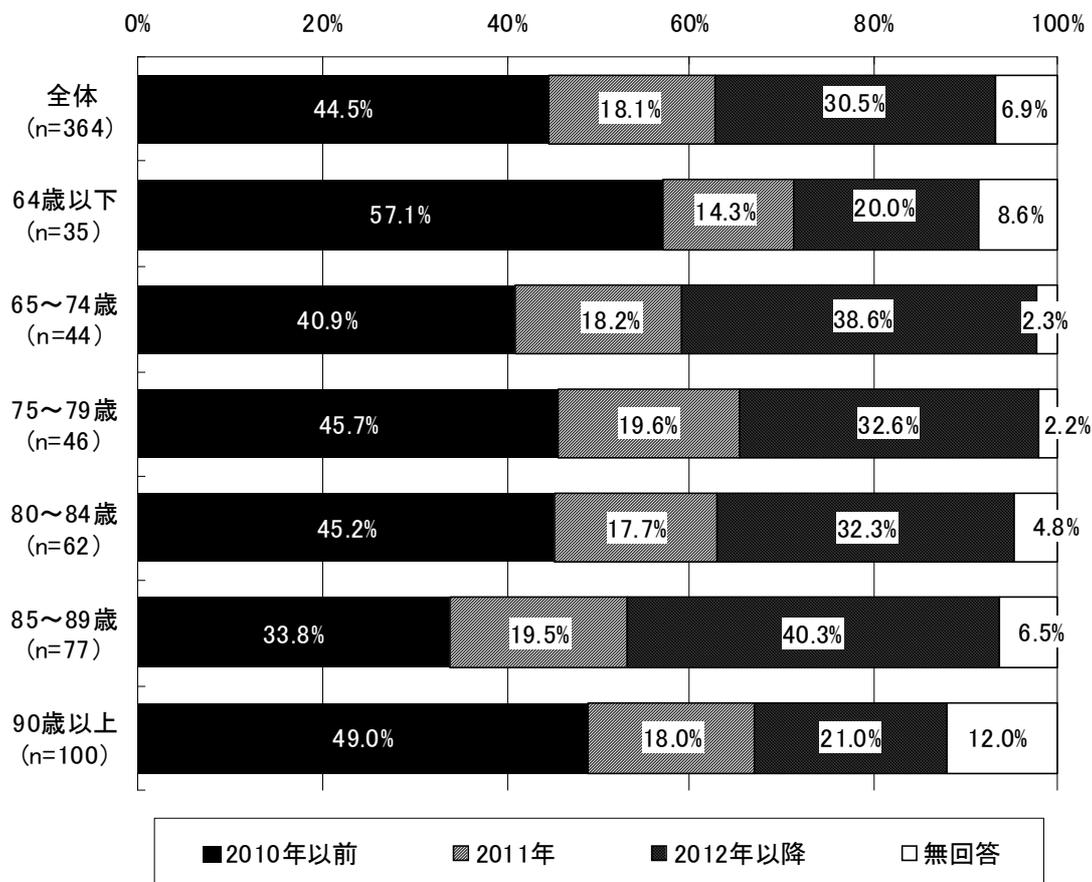
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑩往診を開始した時期

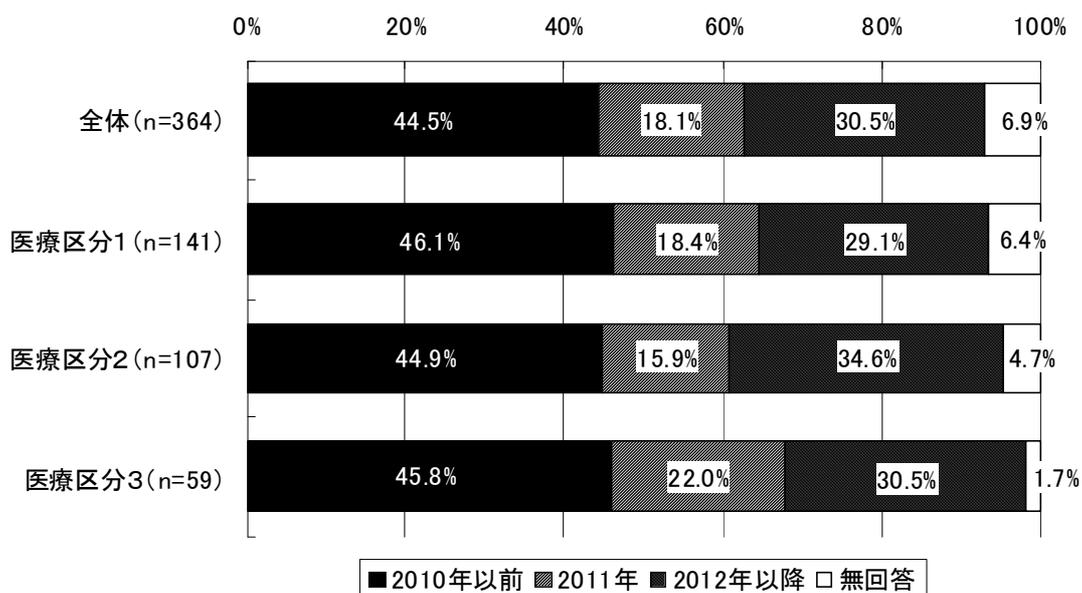
図表 285 往診を開始した時期（男女別）



図表 286 往診を開始した時期（年齢階級別）



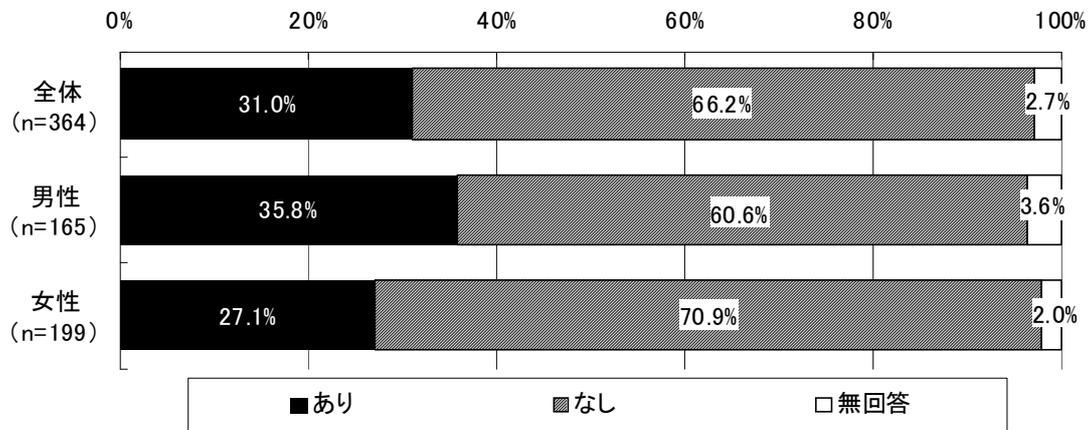
図表 287 往診を開始した時期（医療区分別）



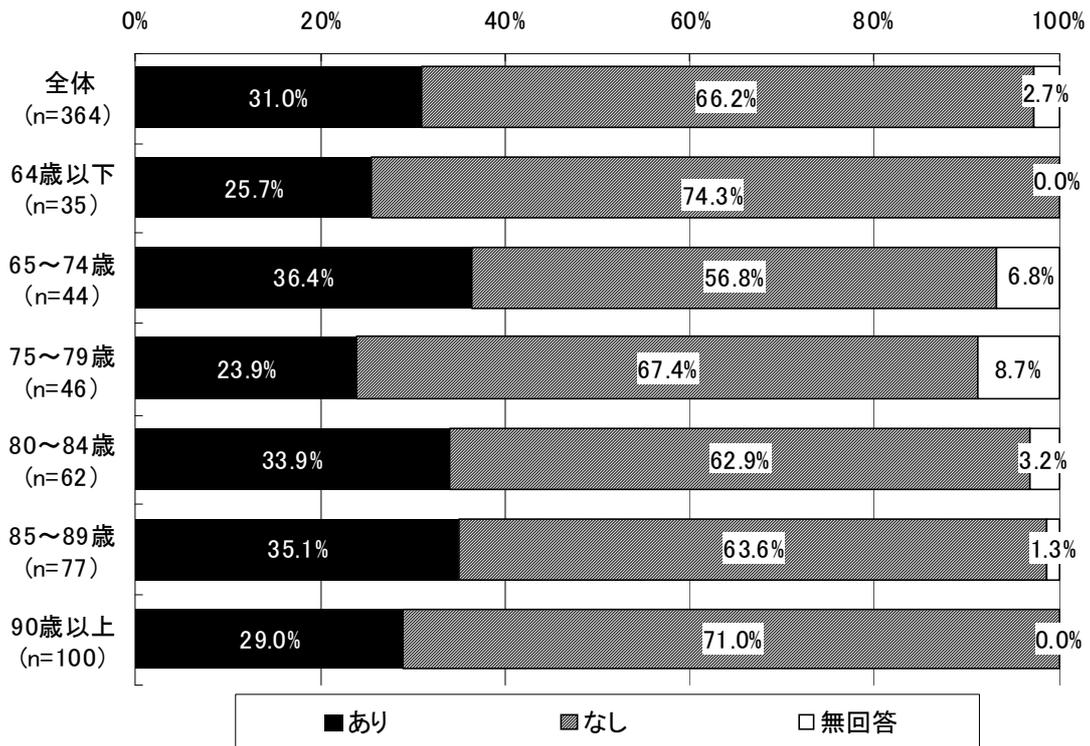
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑰在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無

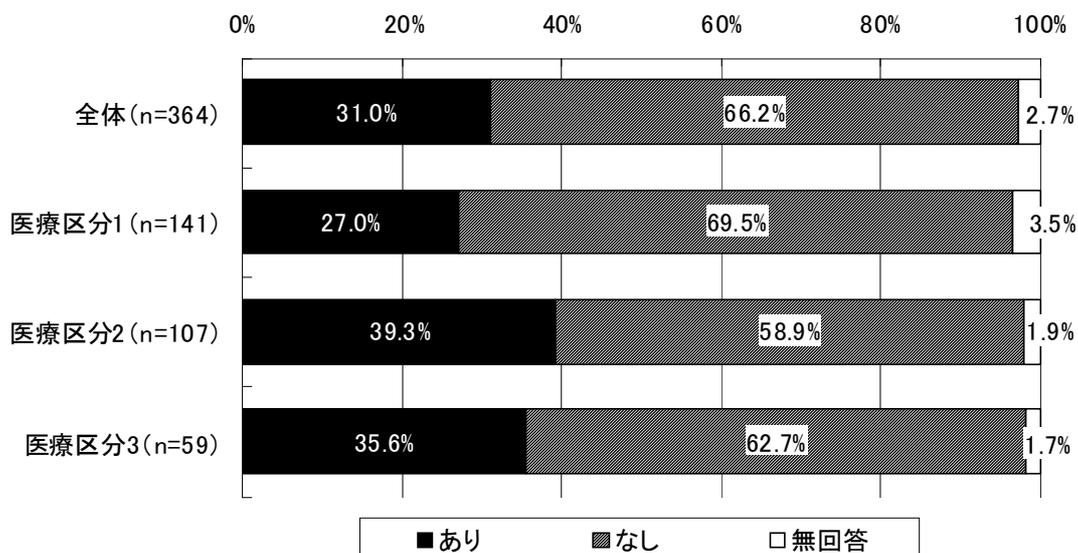
図表 288 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（男女別）



図表 289 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（年齢階級別）



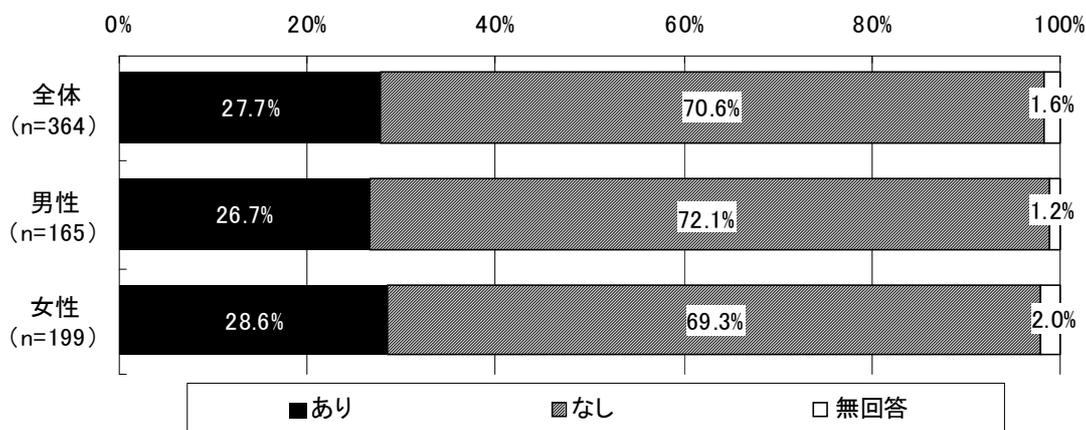
図表 290 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（医療区分別）



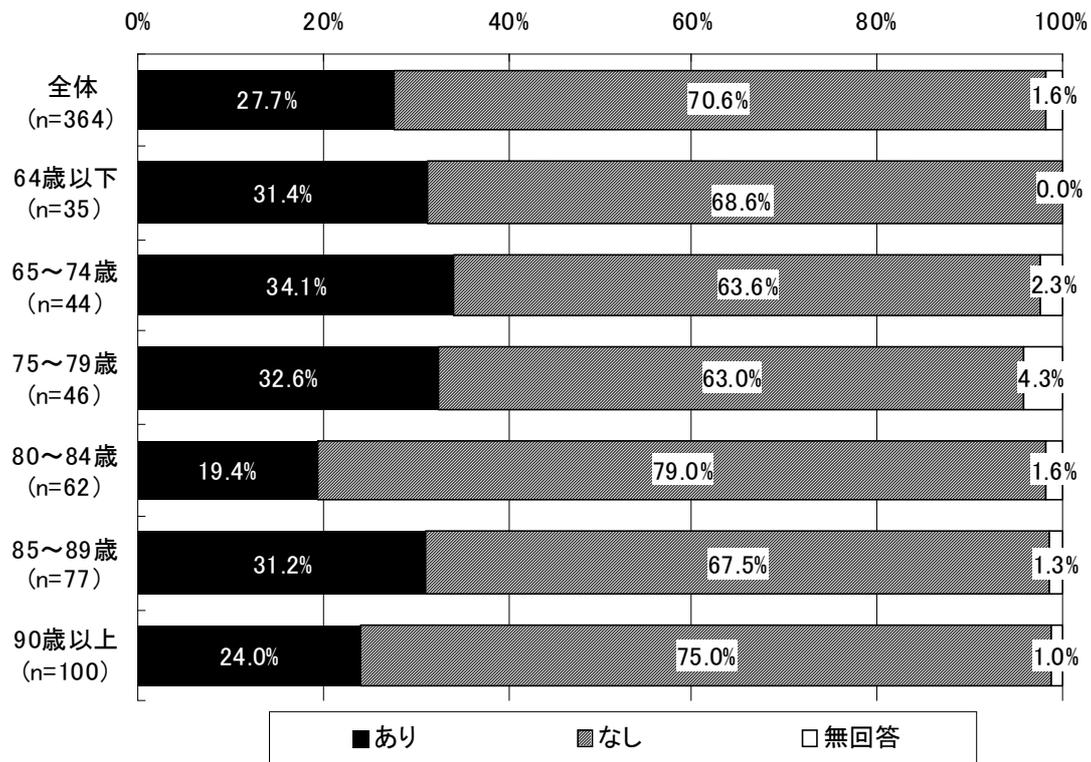
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑩在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無

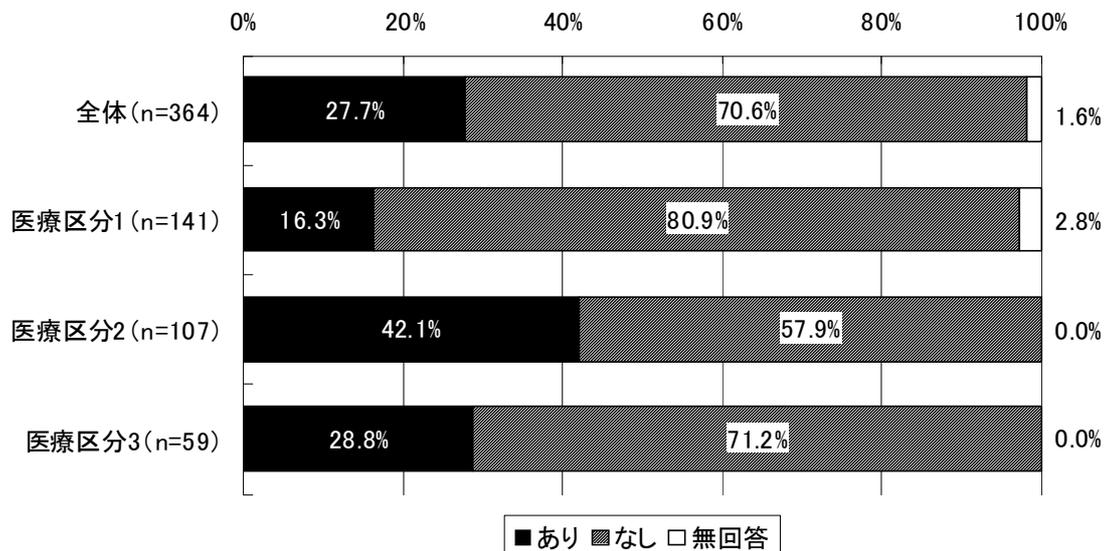
図表 291 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（男女別）



図表 292 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（年齢階級別）



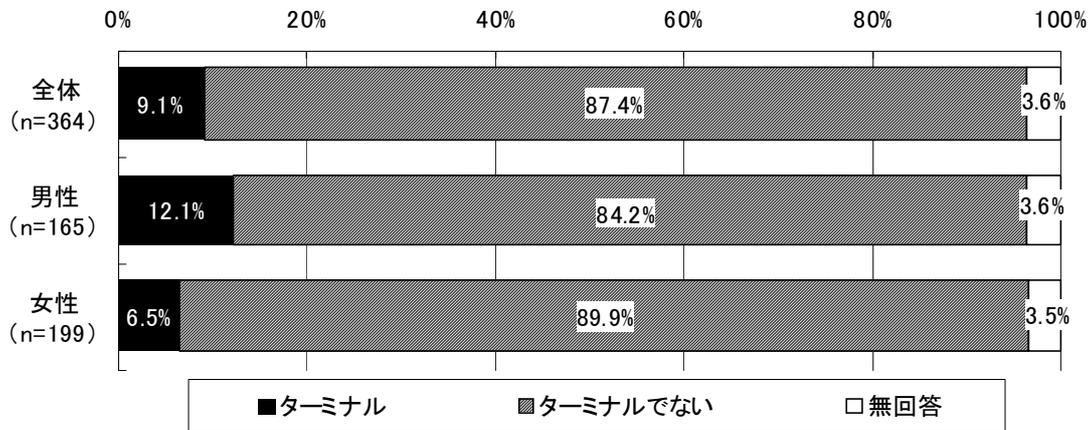
図表 293 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（医療区分別）



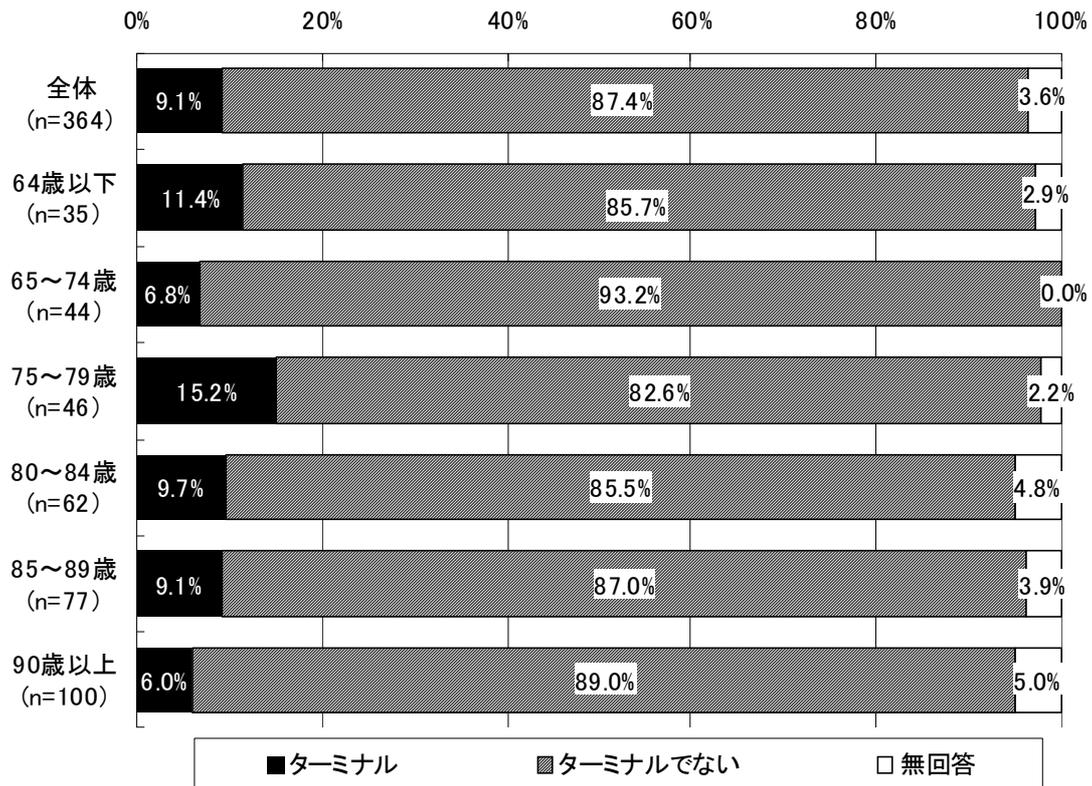
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑱ターミナルかどうか

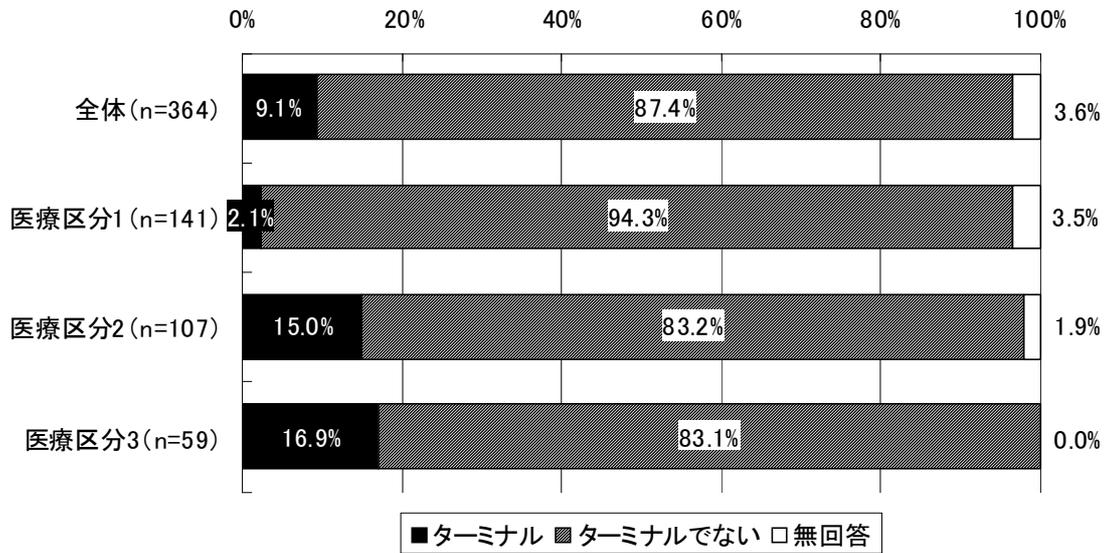
図表 294 ターミナルかどうか（男女別）



図表 295 ターミナルかどうか（年齢階級別）



図表 296 ターミナルかどうか（医療区分別）

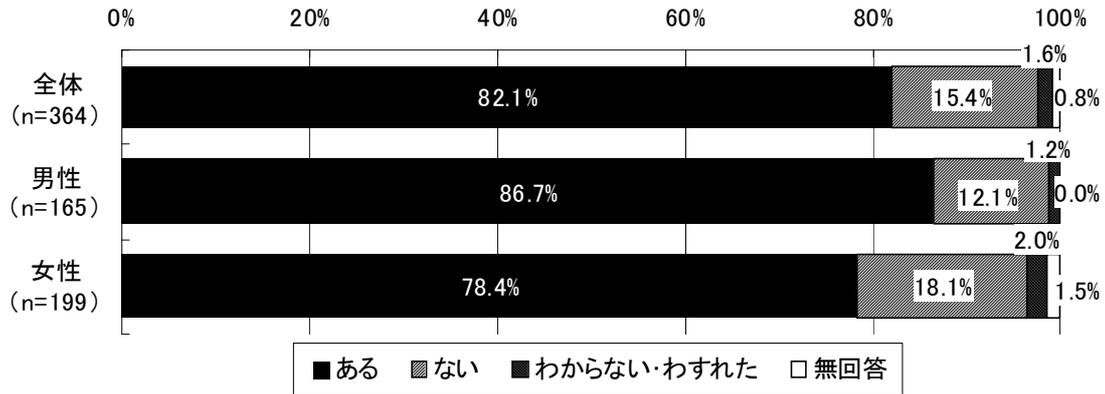


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

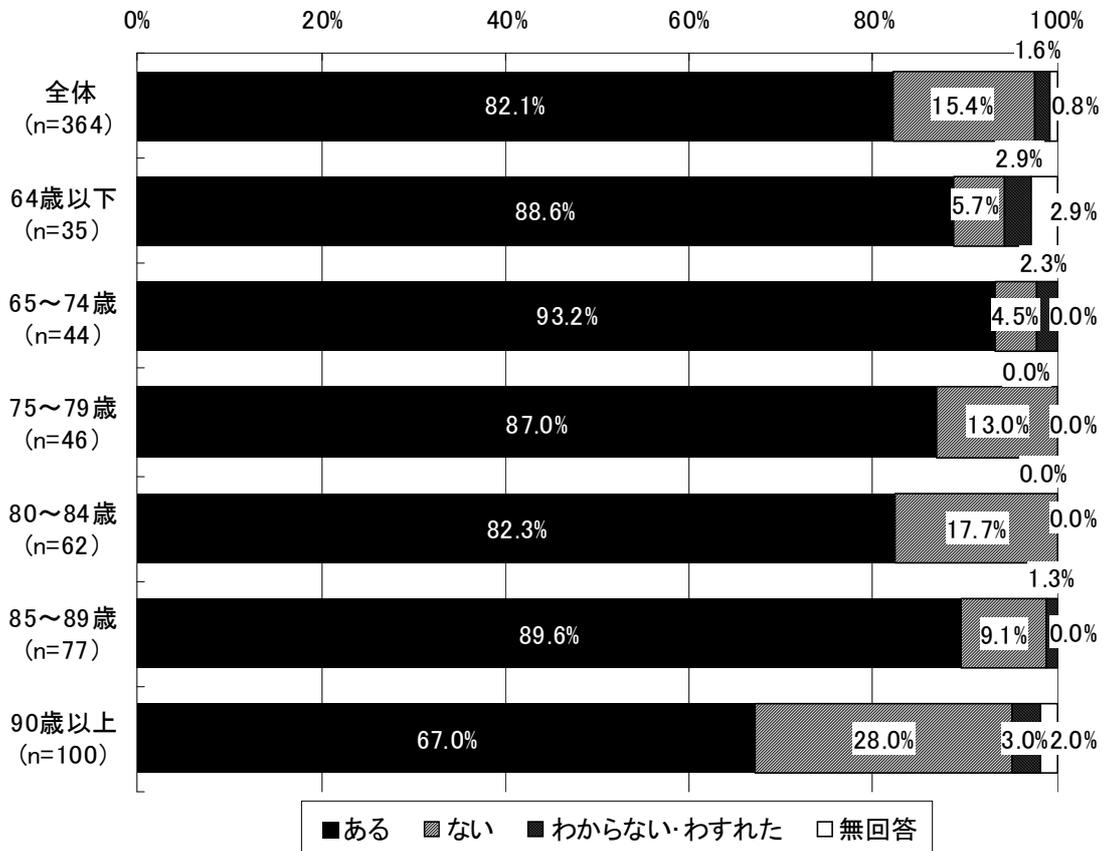
(3) 入院中の状況等

①在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無

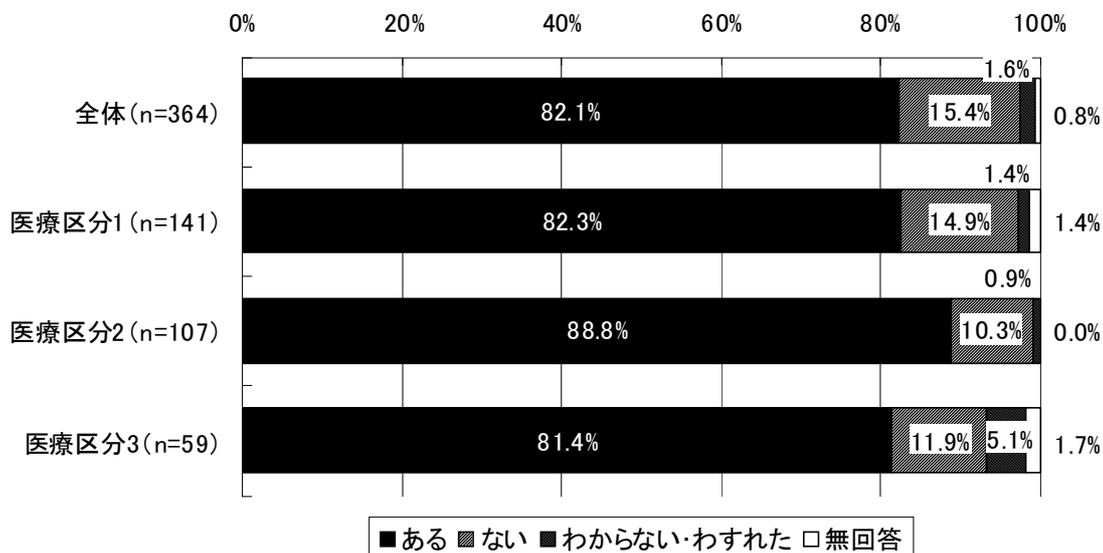
図表 297 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(男女別)



図表 298 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(年齢階級別)



図表 299 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(医療区分別)

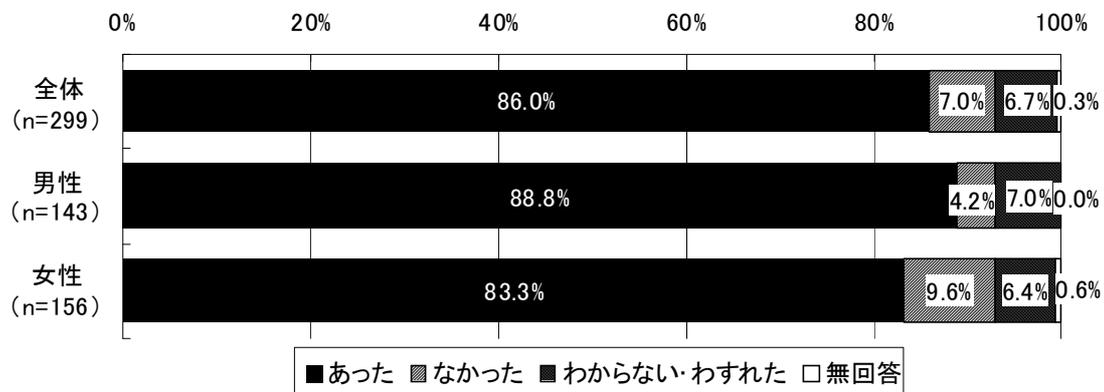


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

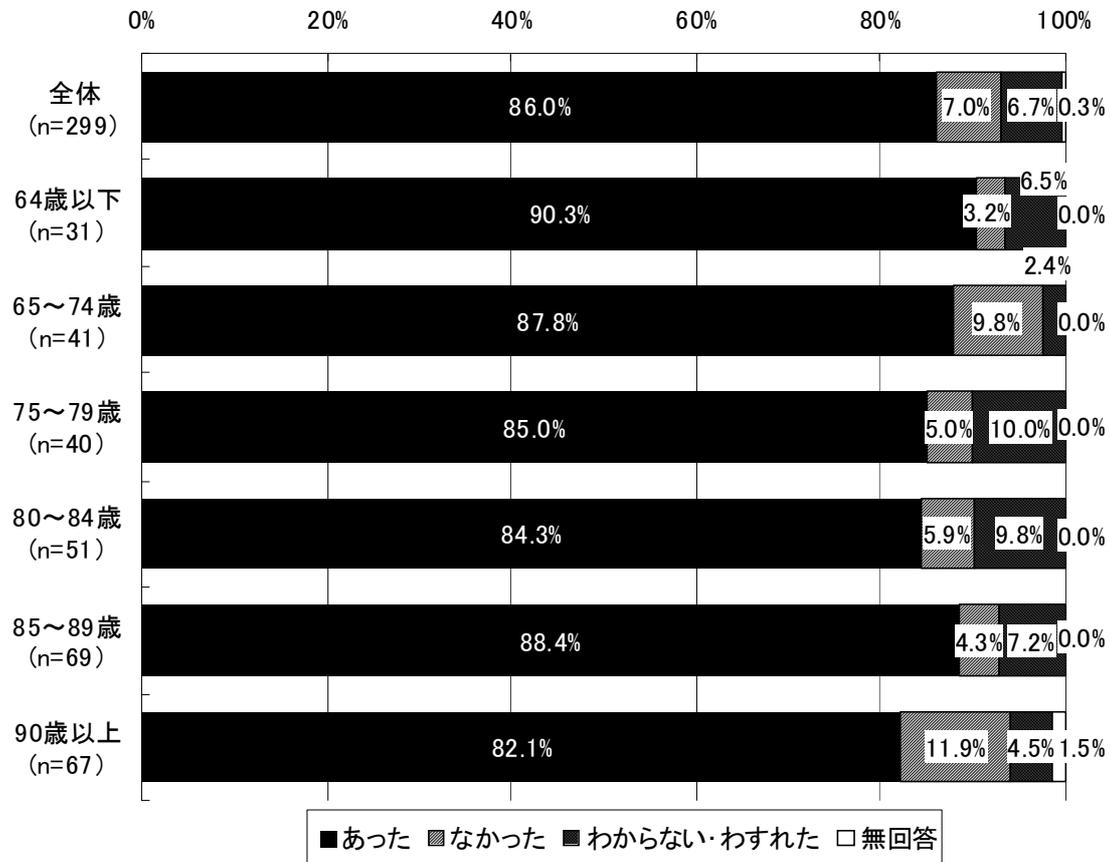
②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無等

1) 退院後の医療や介護サービスについての説明を受けた経験の有無

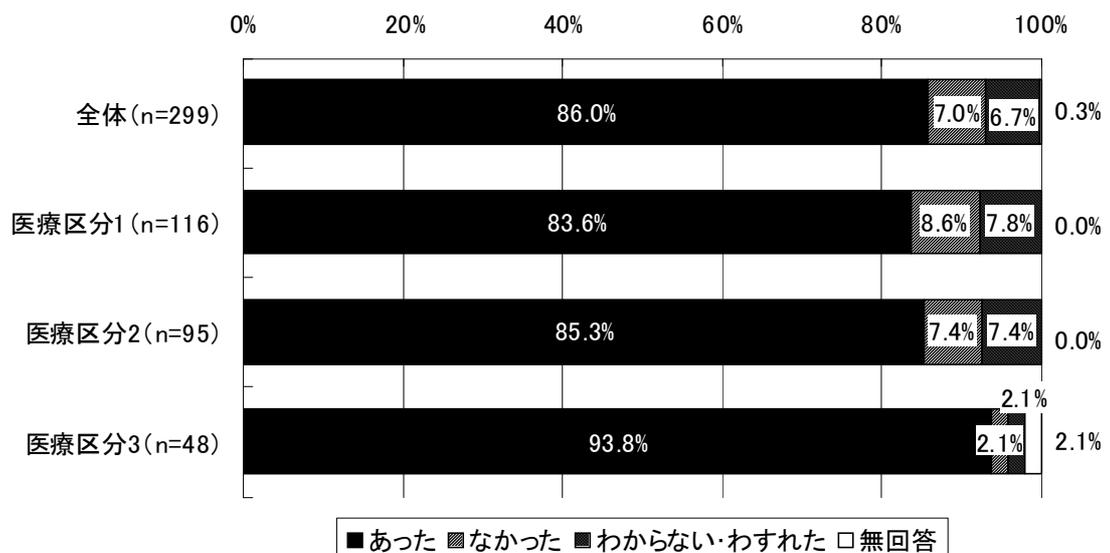
図表 300 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無 (入院経験のある人、男女別)



図表 301 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無（入院経験のある人、年齢階級別）



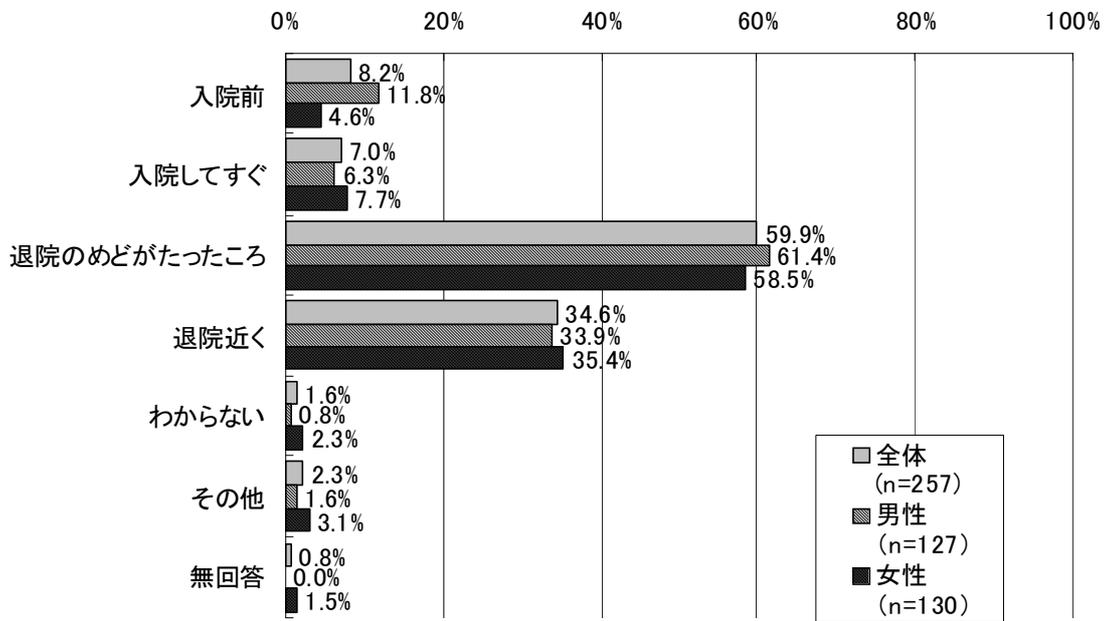
図表 302 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無（入院経験のある人、医療区分別）



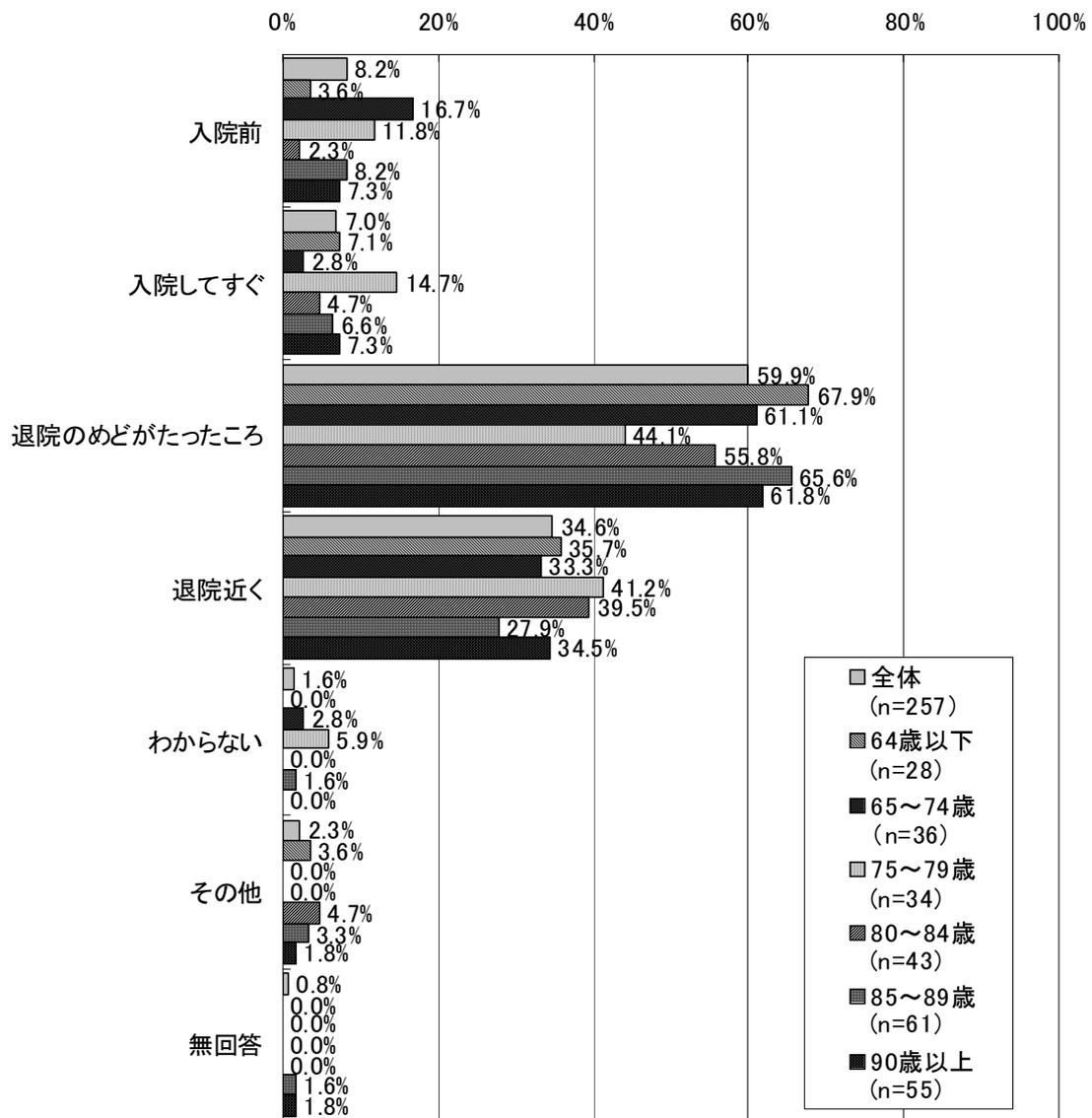
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 退院後の医療や介護サービスについての説明を受けた時期

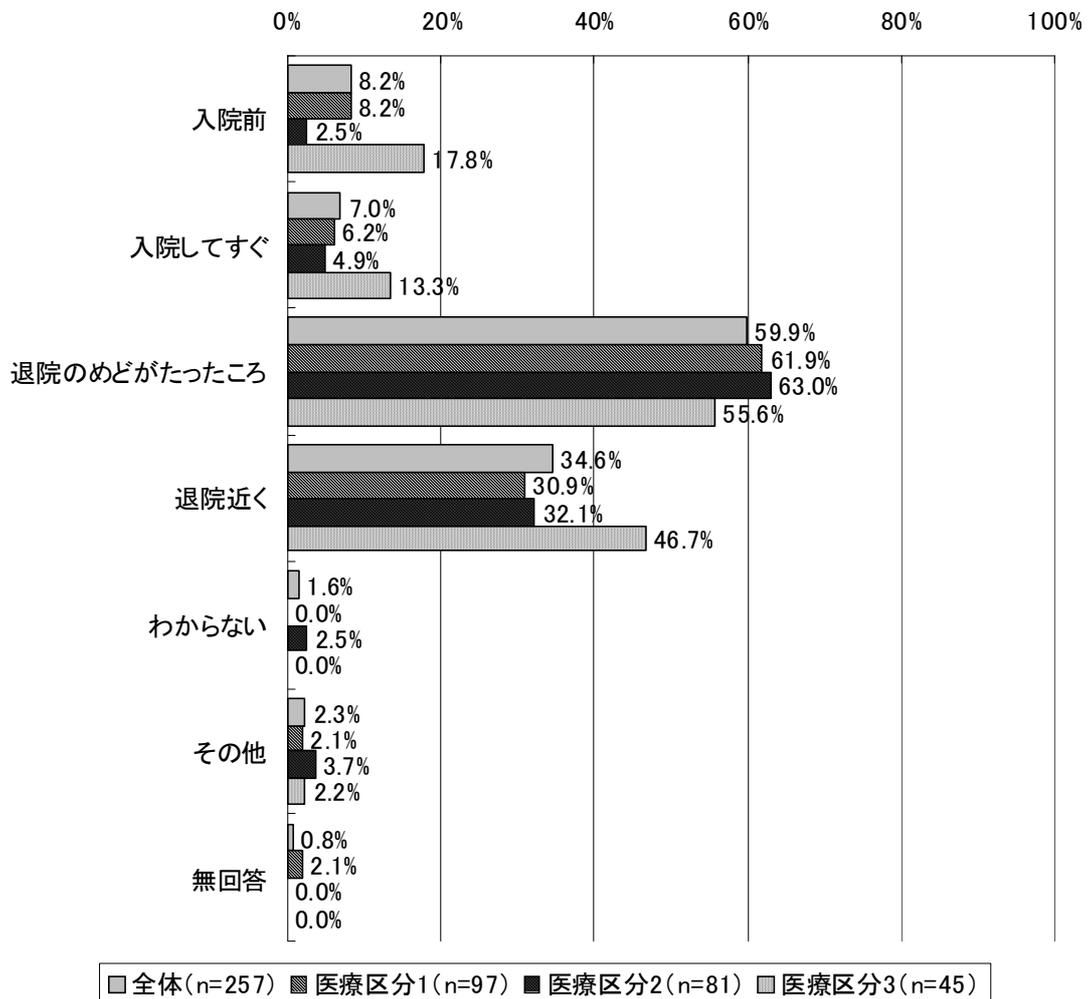
図表 303 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
(説明を受けた人、男女別、複数回答)



図表 304 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
 (説明を受けた人、年齢階級別、複数回答)



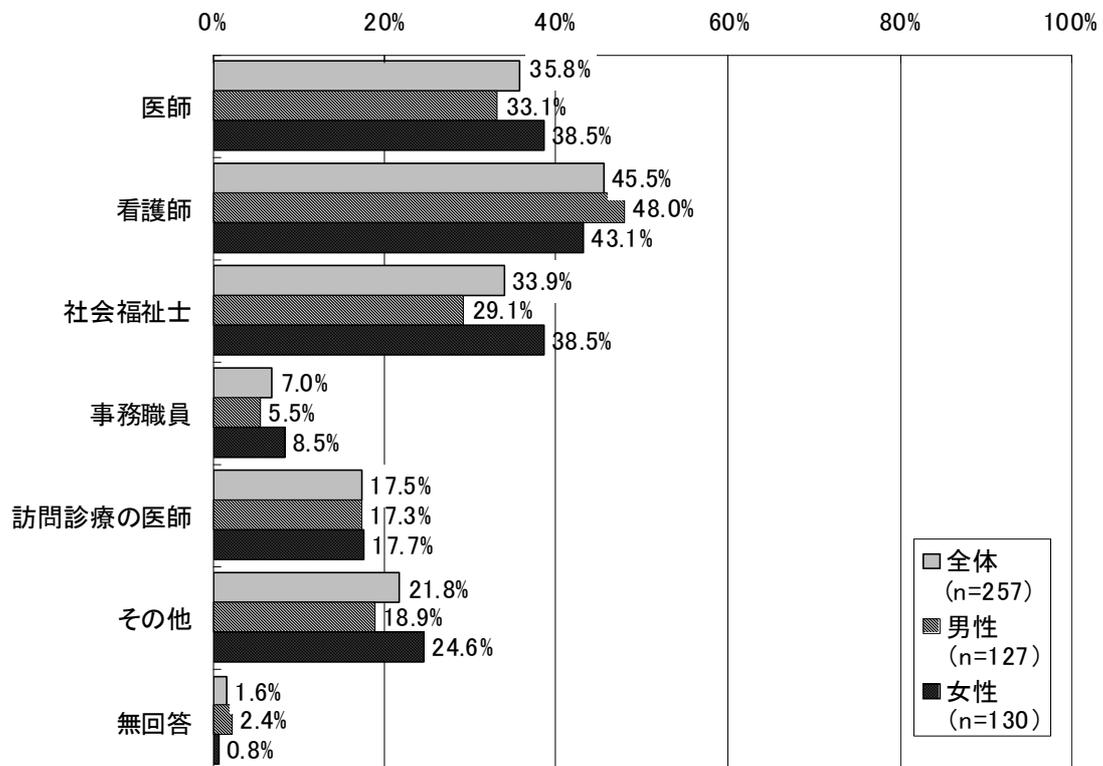
図表 305 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
 (説明を受けた人、医療区分別、複数回答)



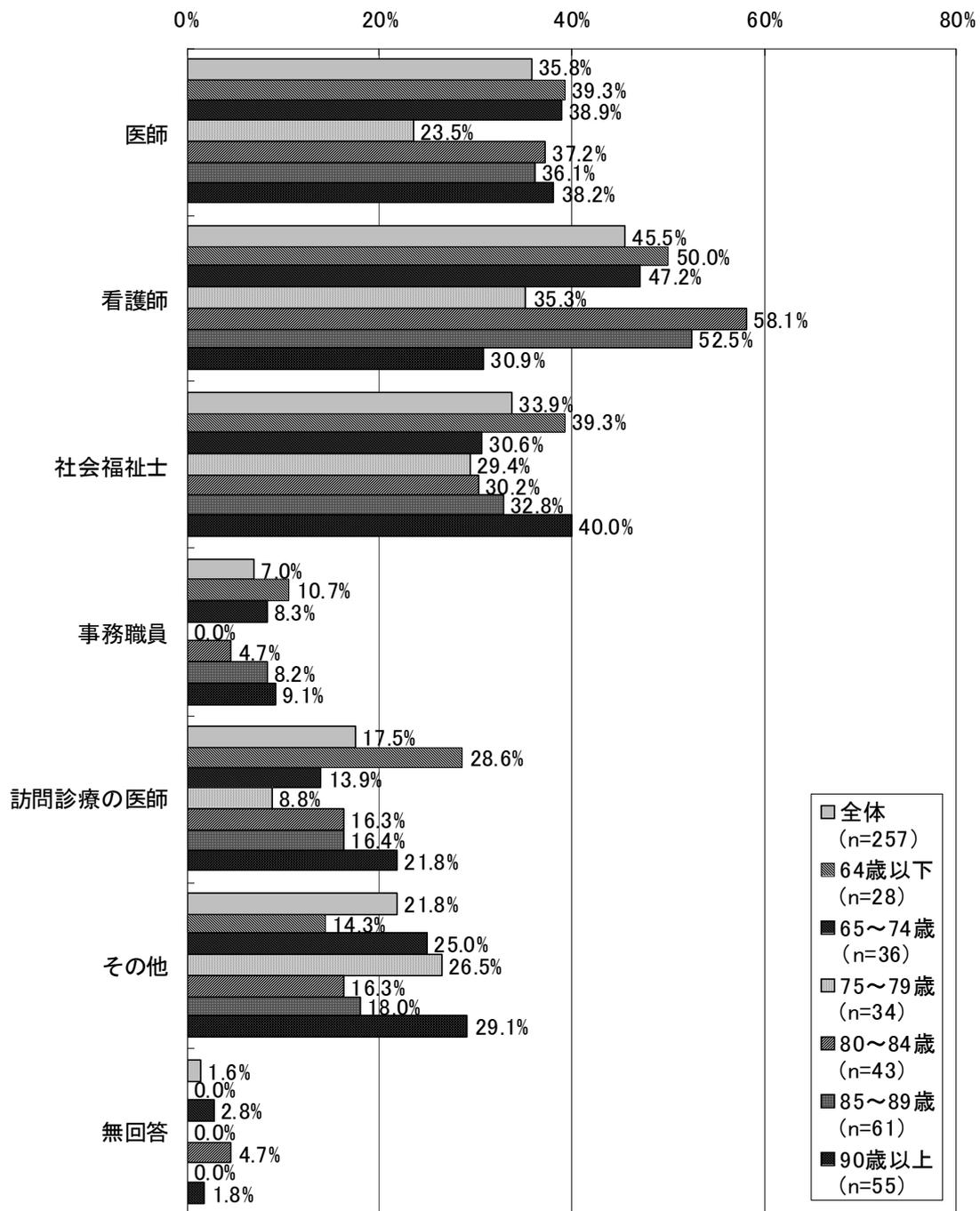
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の34人が含まれる。

3) 退院後の医療や介護サービスについての説明者

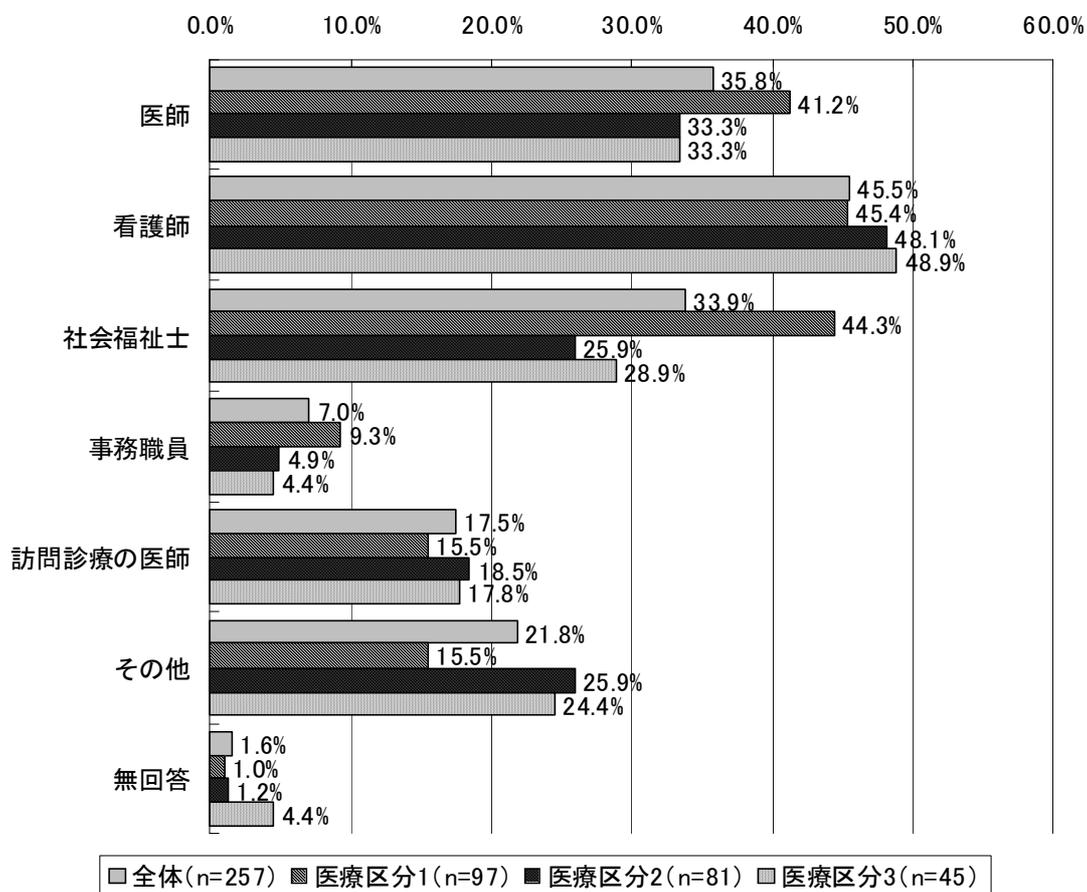
図表 306 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
(説明を受けた人、男女別、複数回答)



図表 307 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
 (説明を受けた人、年齢階級別、複数回答)



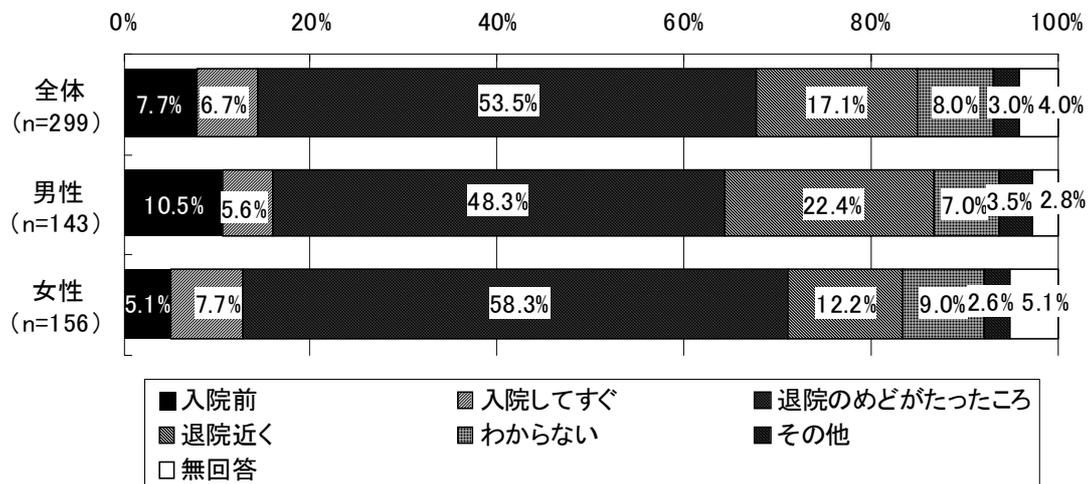
図表 308 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
 (説明を受けた人、医療区分別、複数回答)



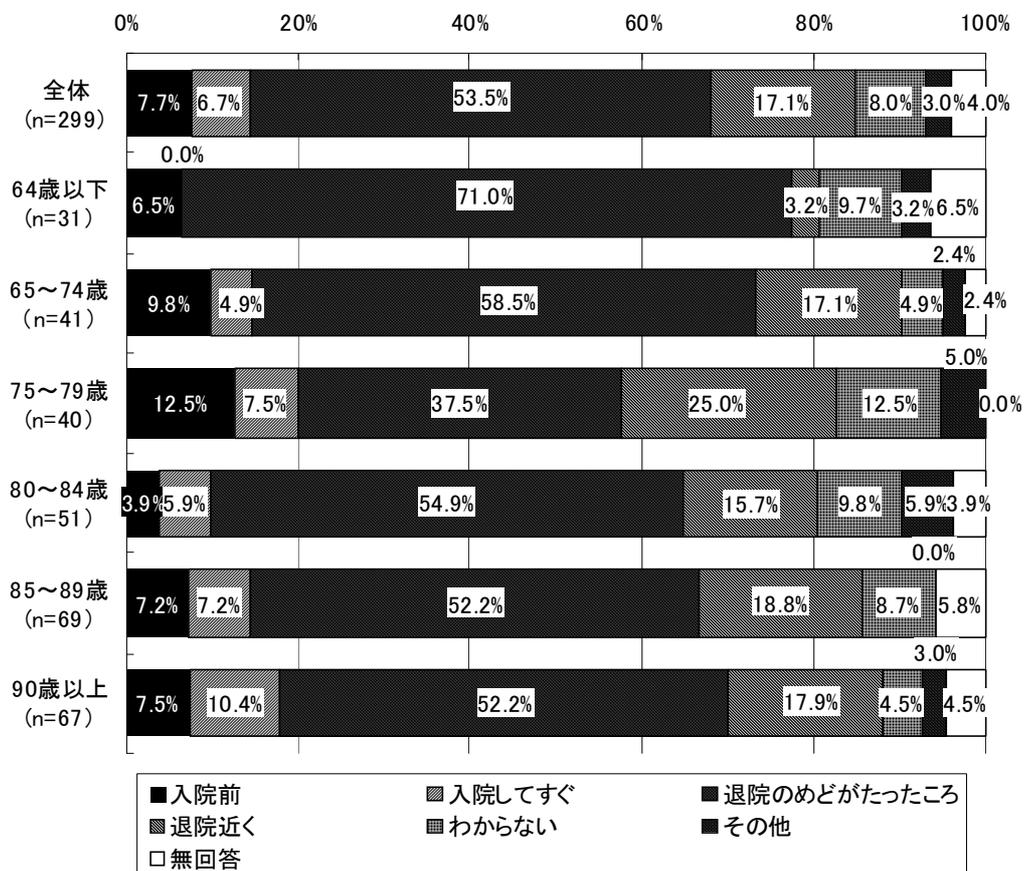
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の34人が含まれる。

4) 退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミング

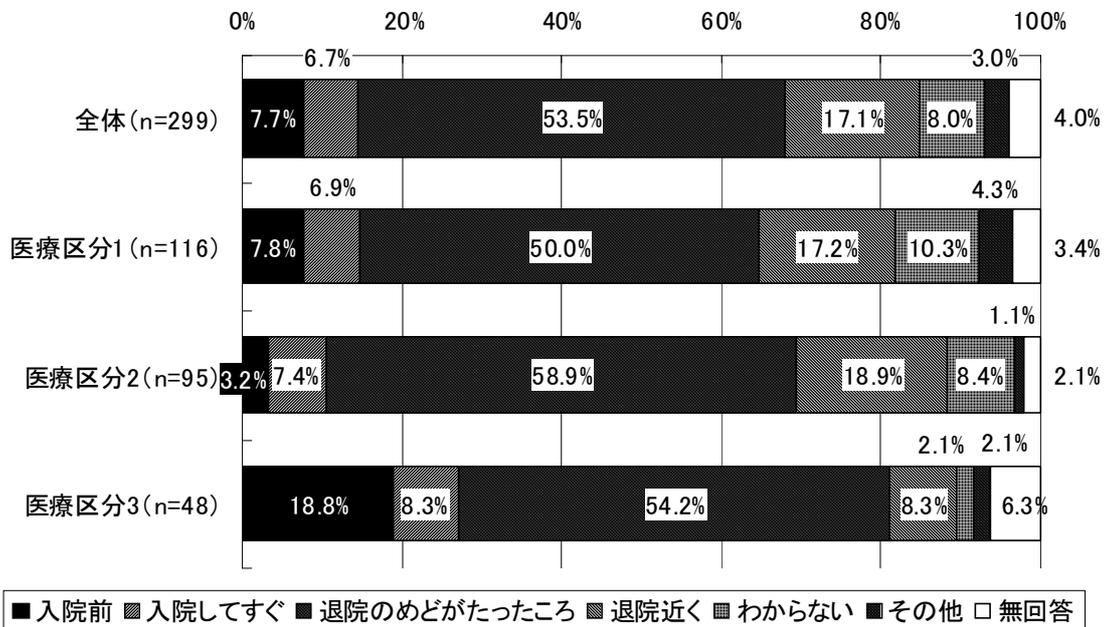
図表 309 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、男女別)



図表 310 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、年齢階級別)



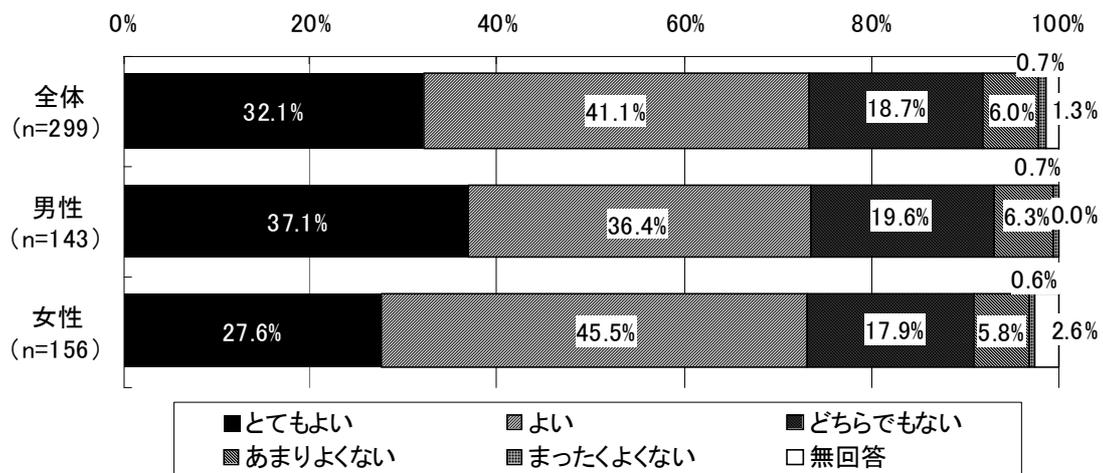
図表 311 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、医療区分別)



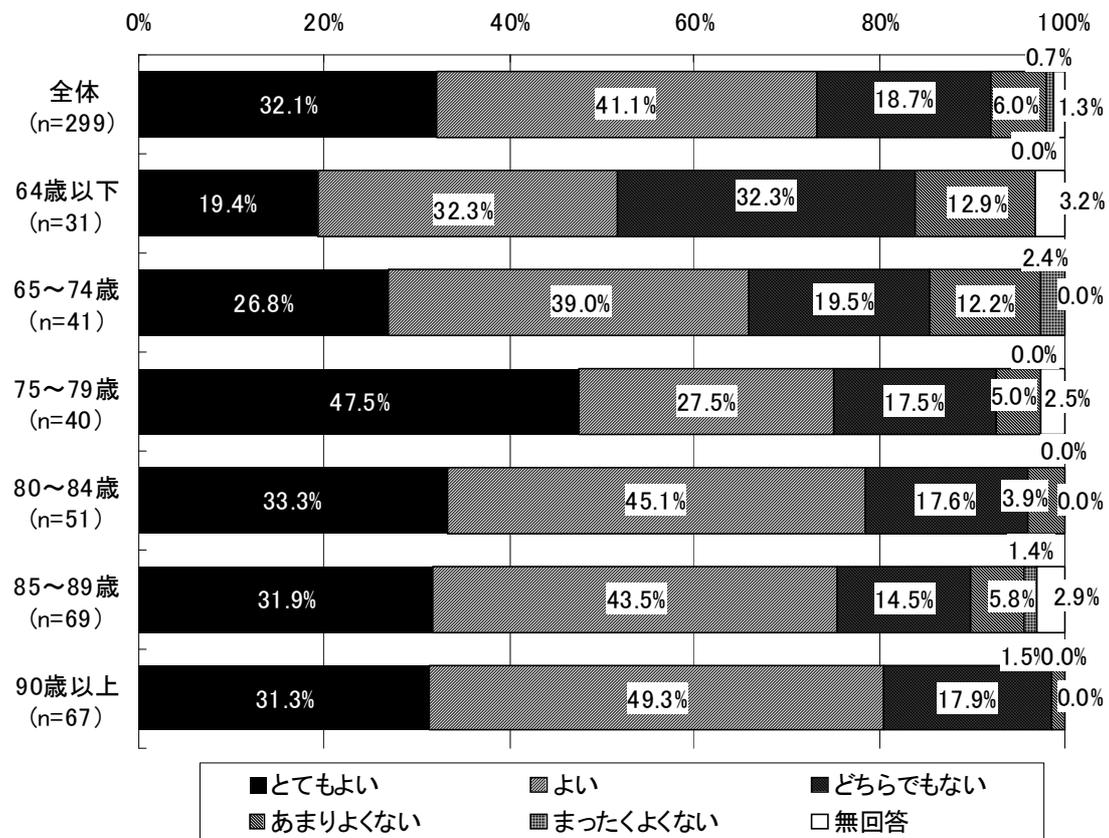
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

5) 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価

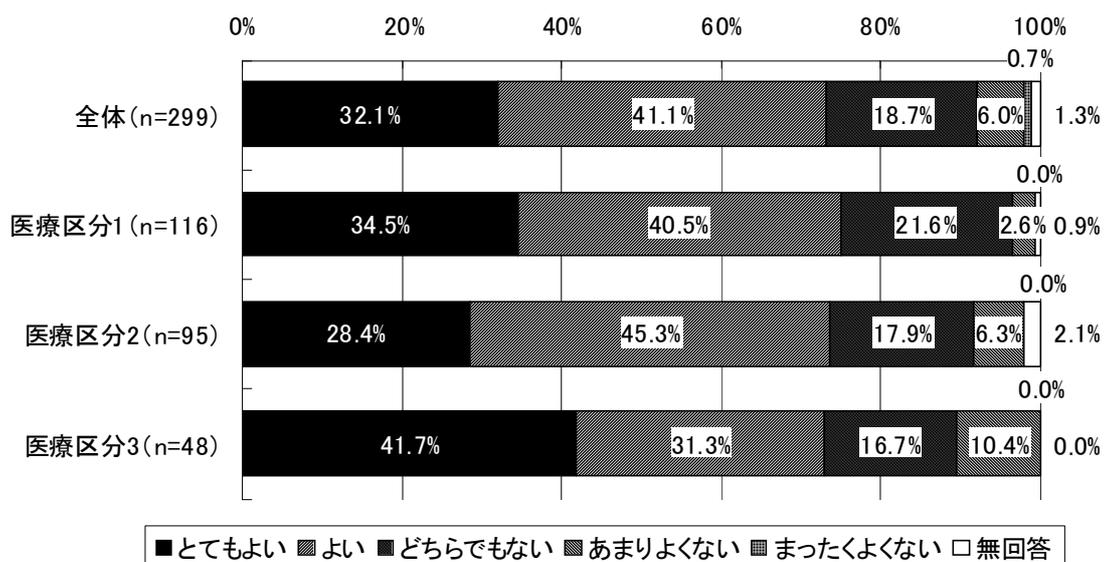
図表 312 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価 (入院経験のある人、男女別)



図表 313 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、年齢階級別）



図表 314 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、医療区分別）

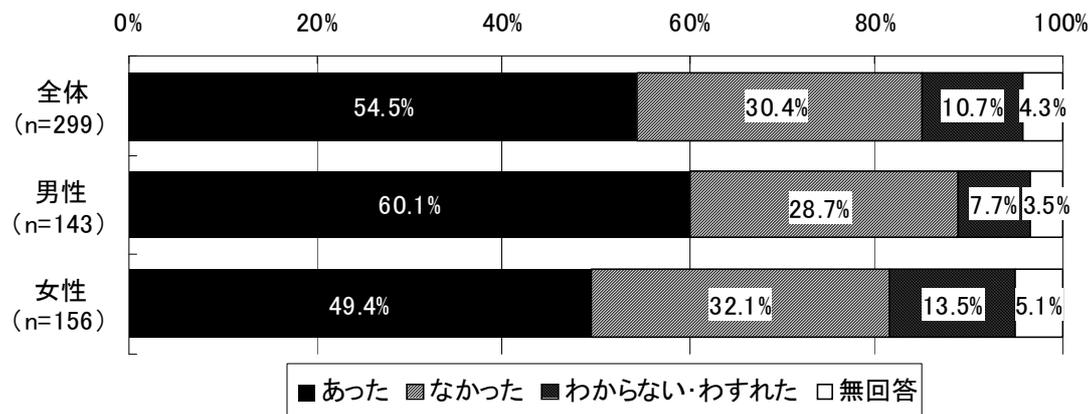


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

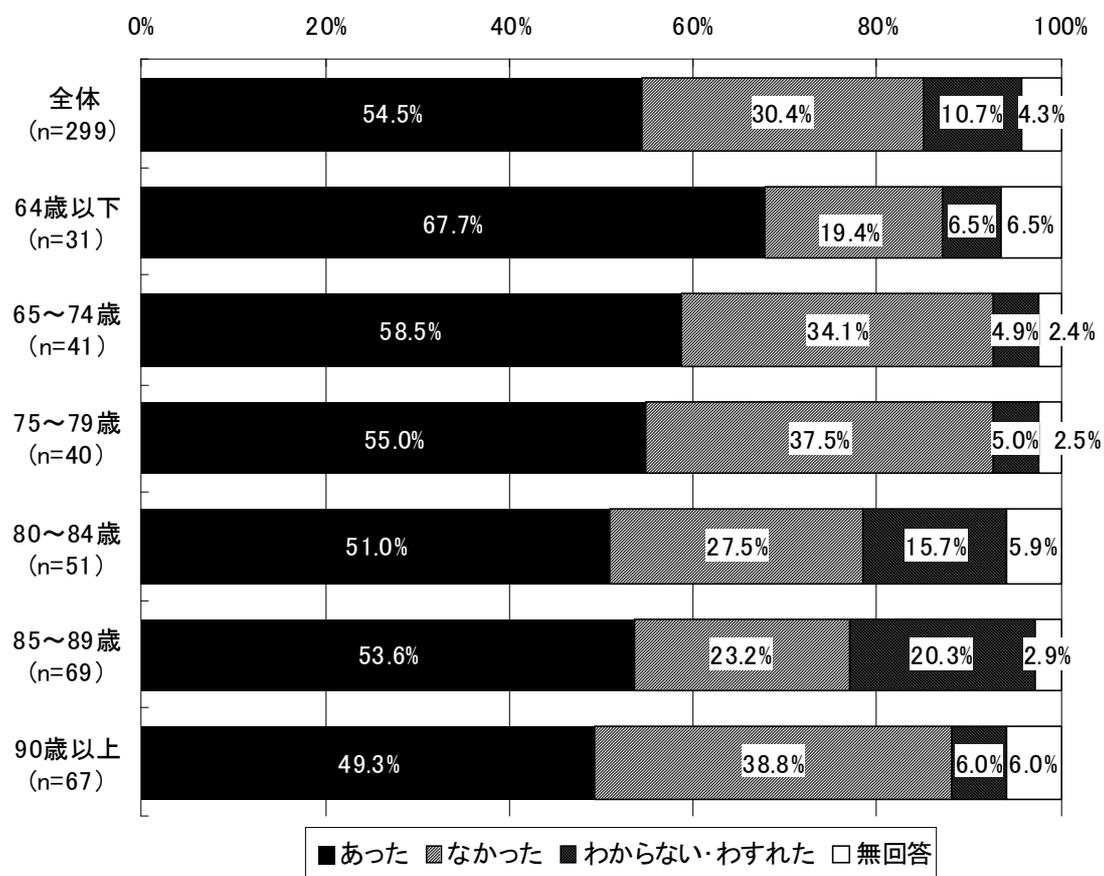
③入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無と満足度

1) 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無

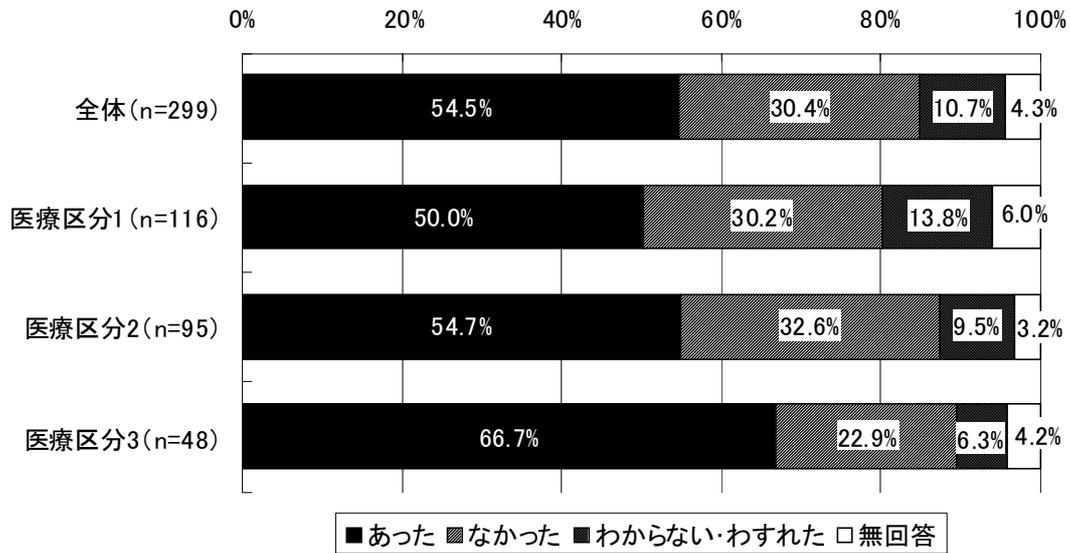
図表 315 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、男女別）



図表 316 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、年齢階級別）



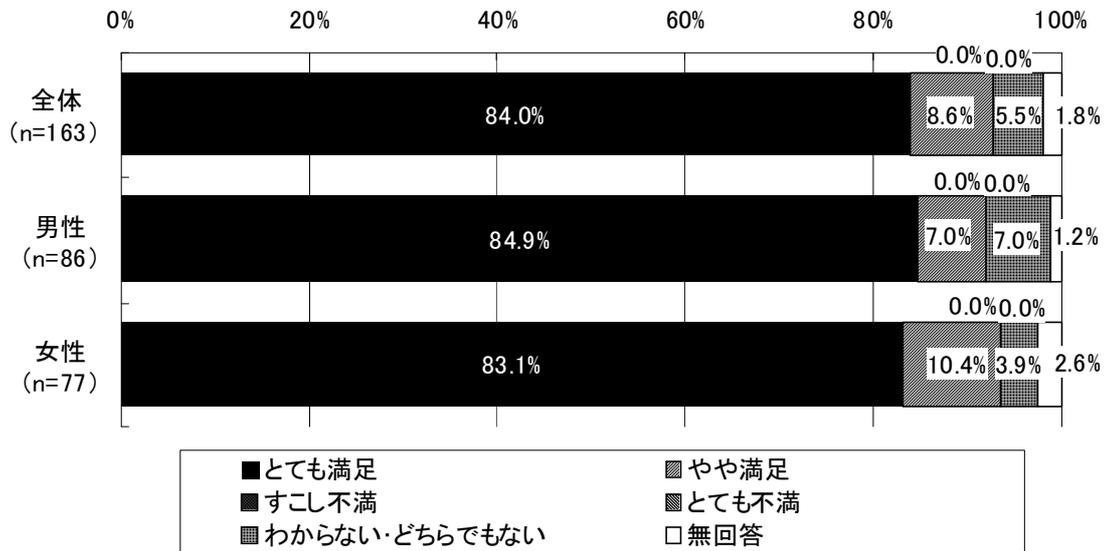
図表 317 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、医療区分別）



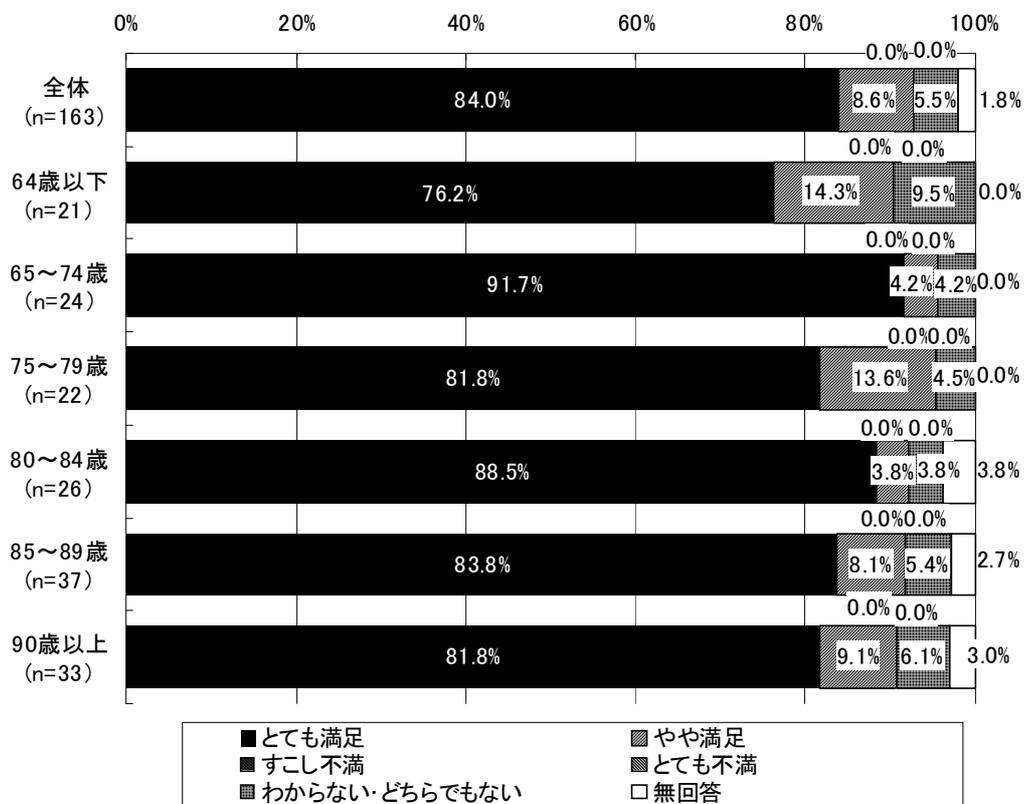
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度

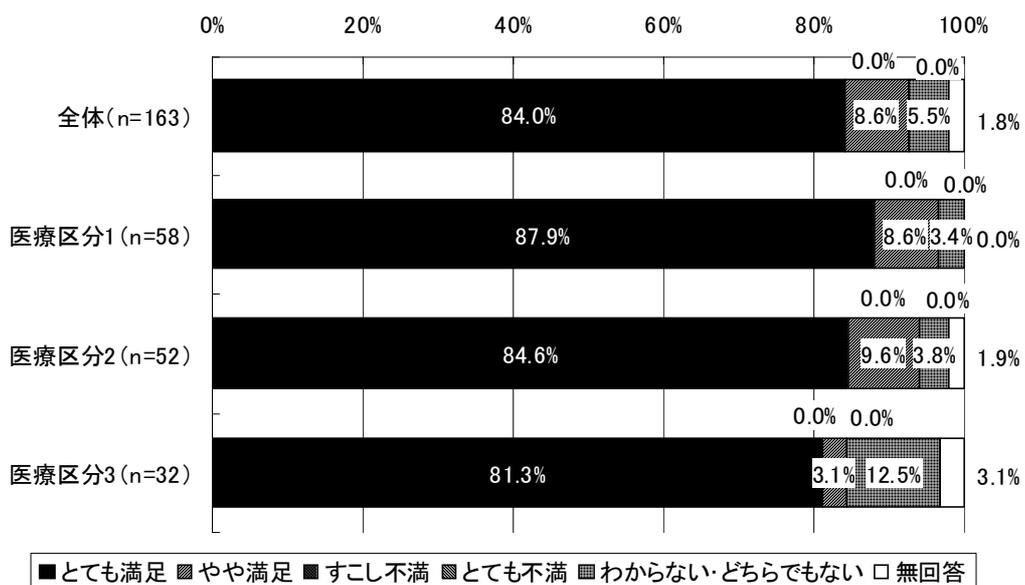
図表 318 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、男女別)



図表 319 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、年齢階級別)



図表 320 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、医療区分別)

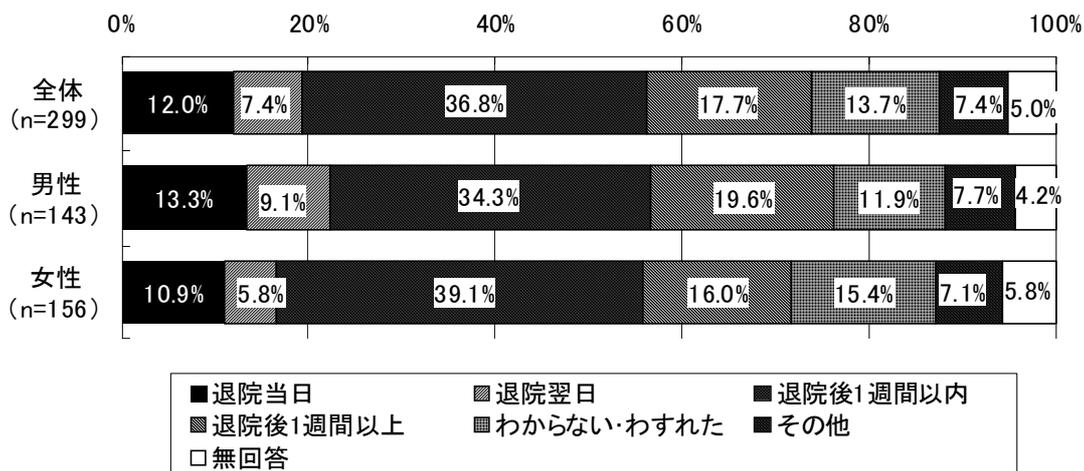


(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の21人が含まれる。

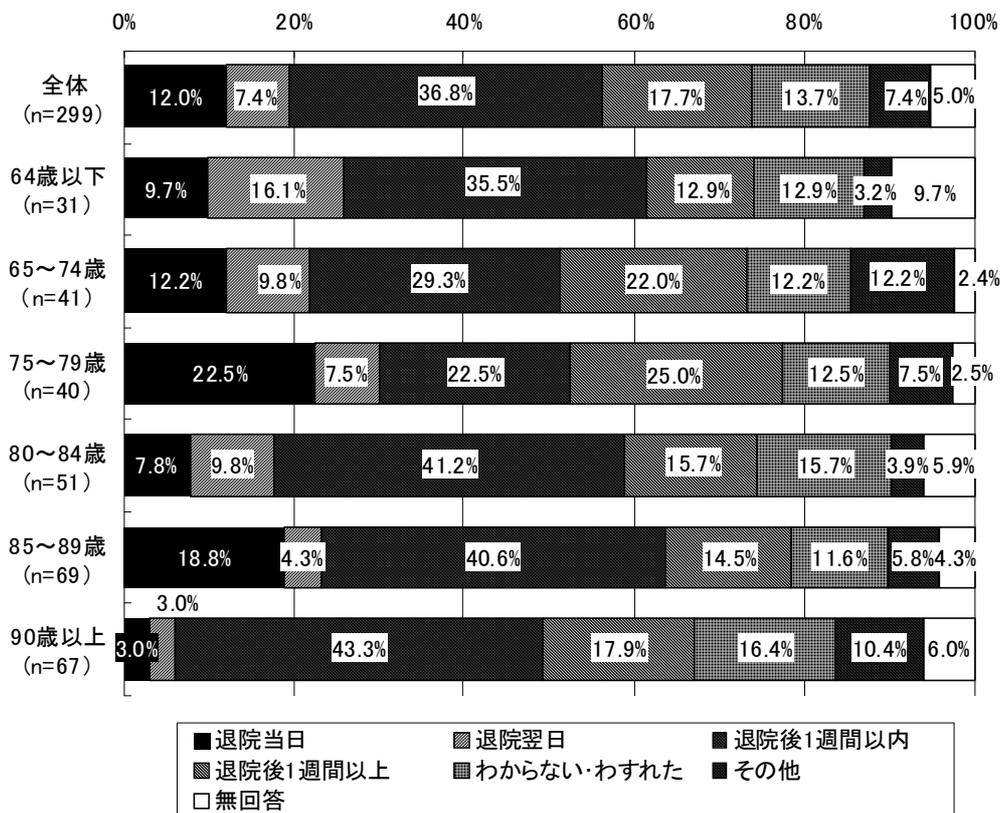
④退院してから医師による初めての訪問診療があった時期と満足度

1) 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期

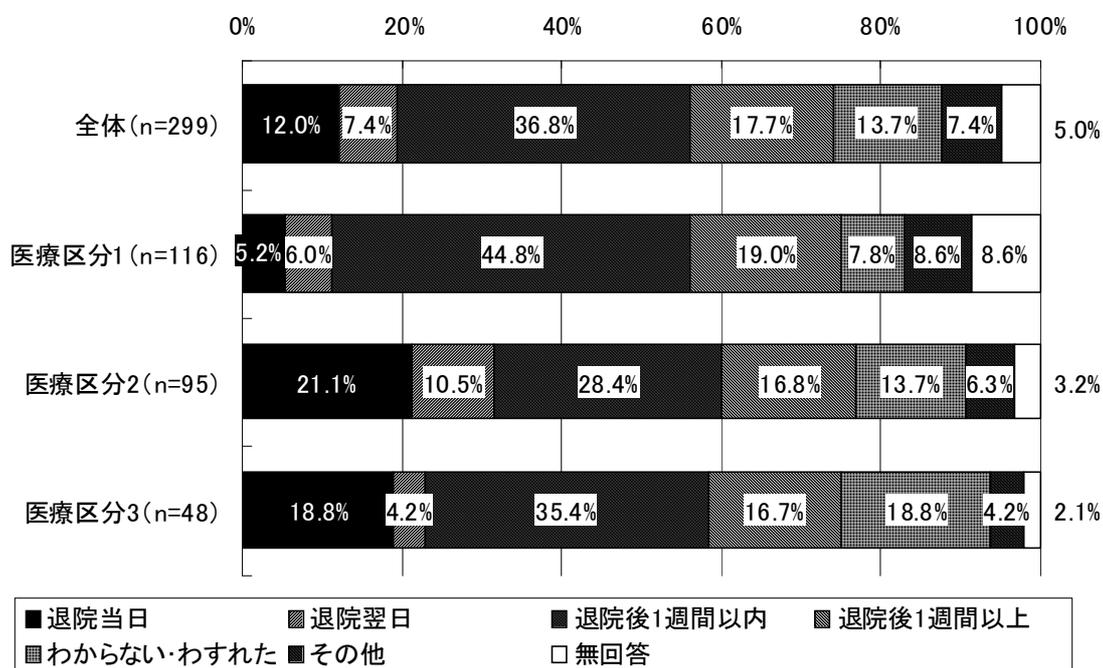
図表 321 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、男女別)



図表 322 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、年齢階級別)



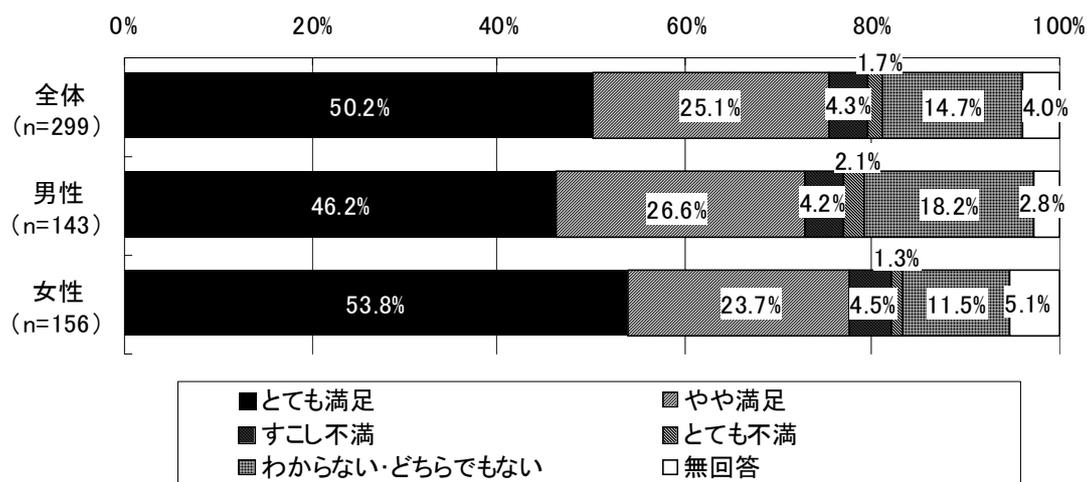
図表 323 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、医療区分別)



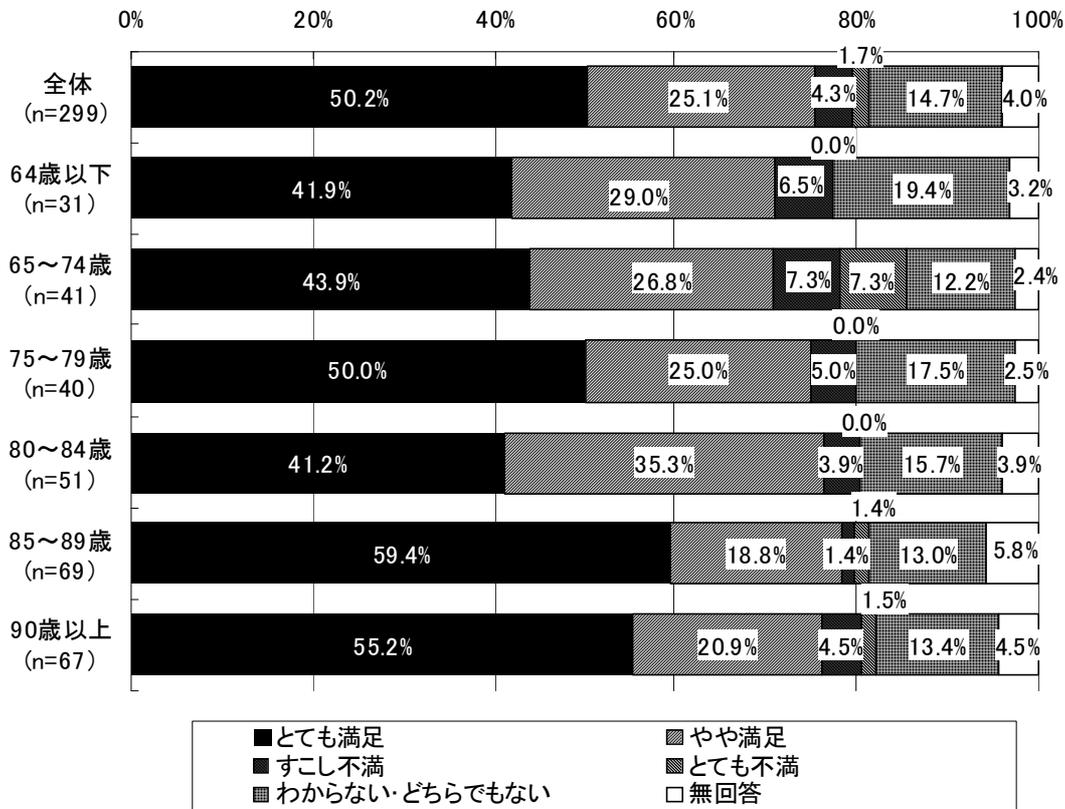
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度

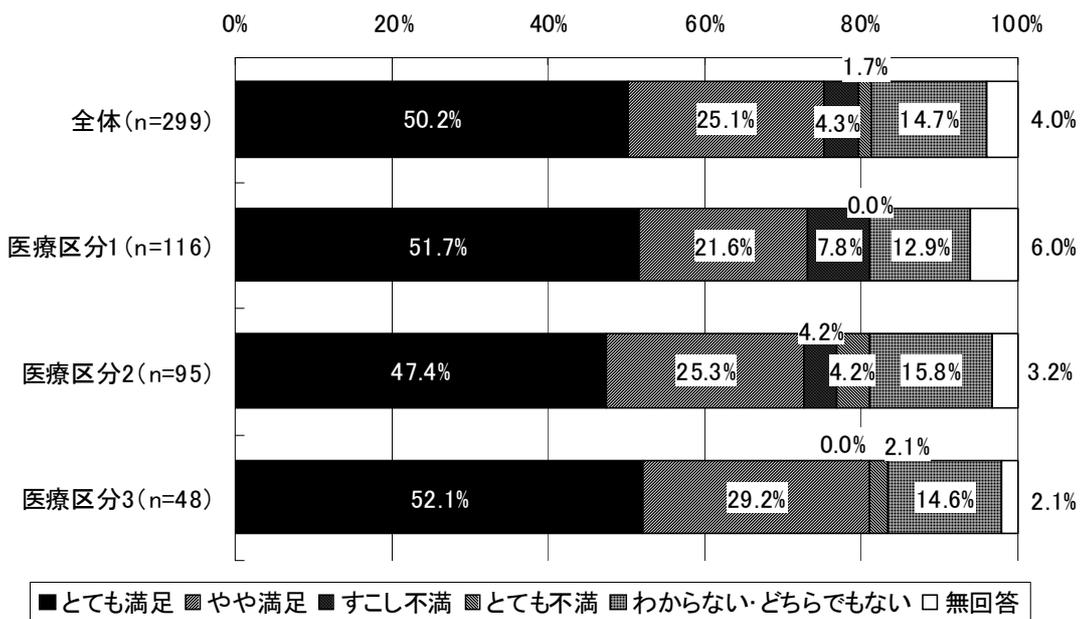
図表 324 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、男女別)



図表 325 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、年齢階級別)

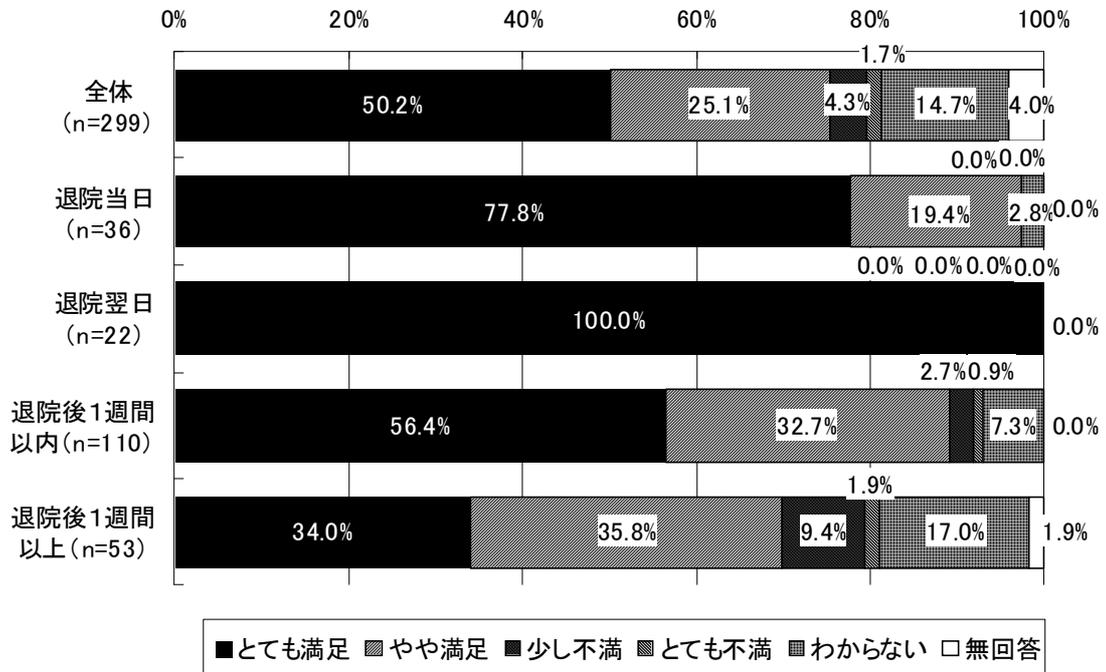


図表 326 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、医療区分別)



(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

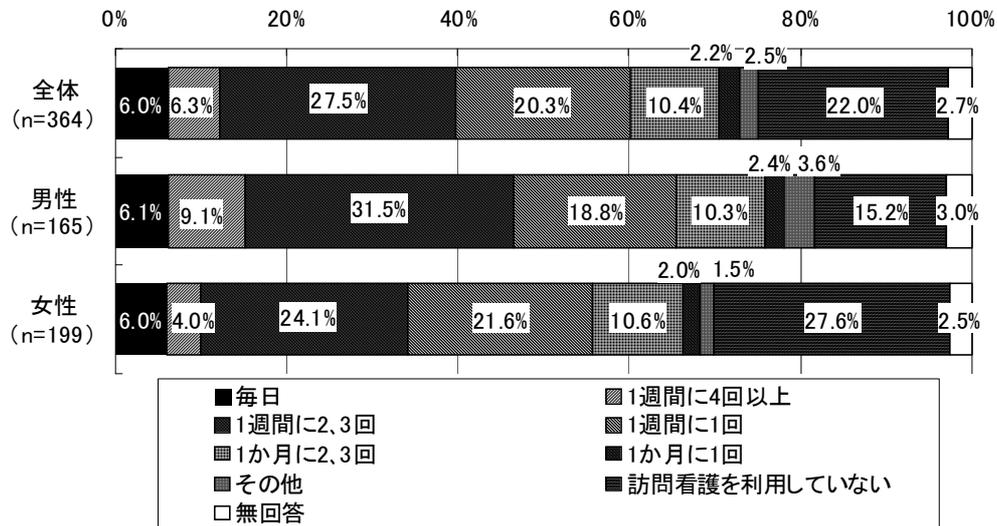
図表 327 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
 (入院経験のある人、医師の初回訪問時期別)



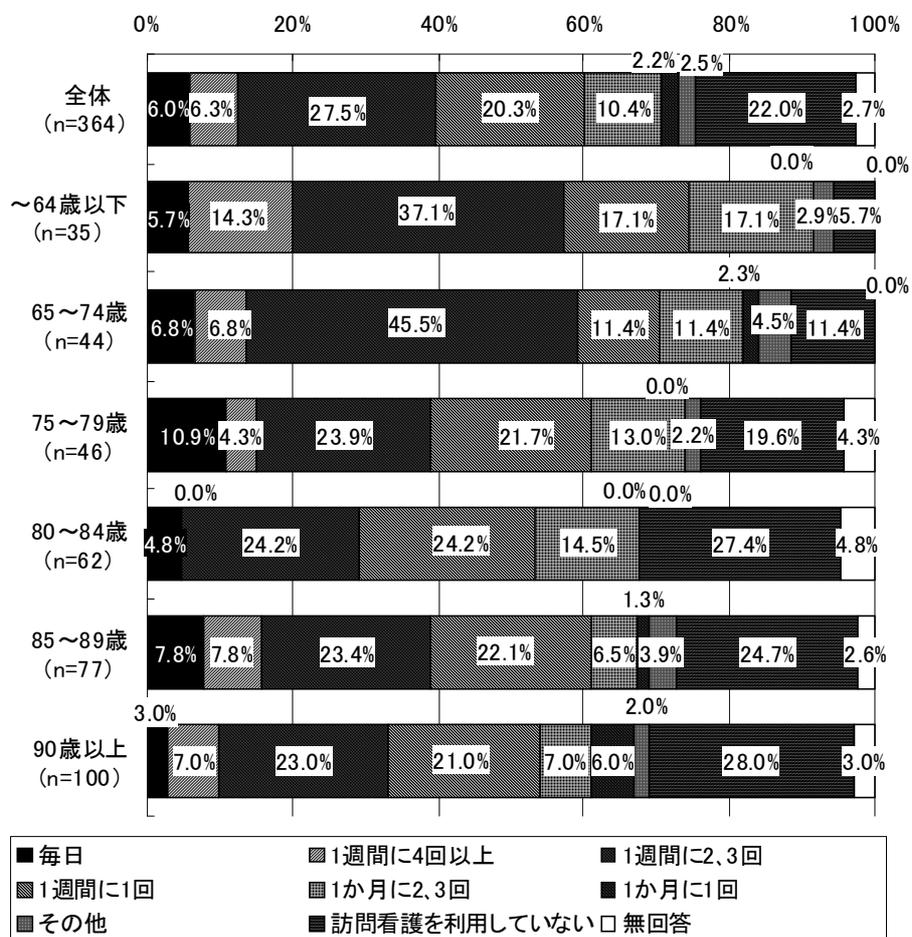
(4) 在宅医療の利用状況等

①訪問看護の利用頻度

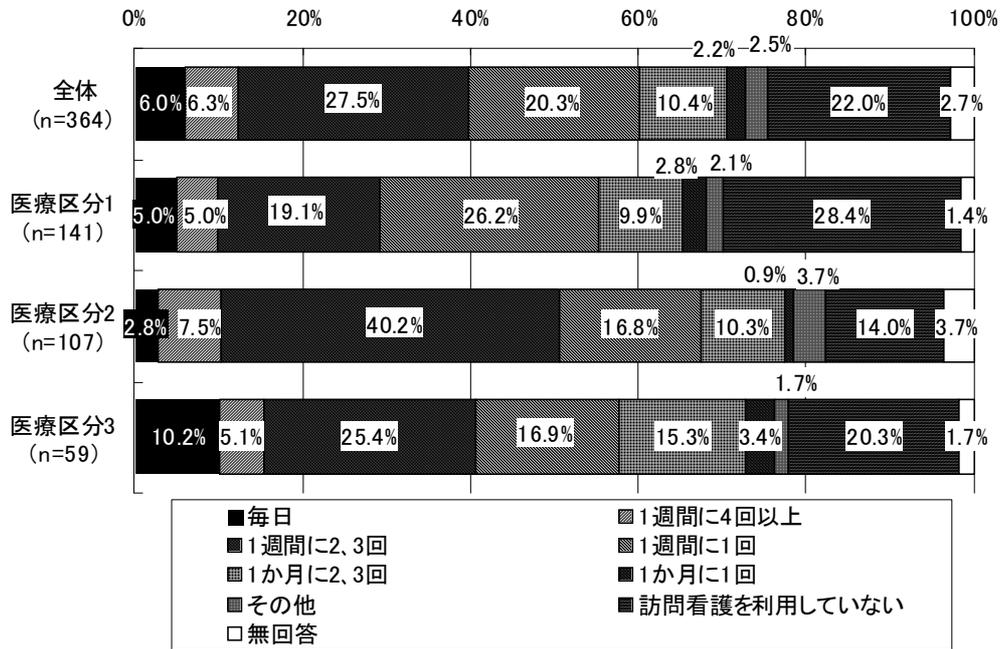
図表 328 訪問看護の利用頻度（男女別）



図表 329 訪問看護の利用頻度（年齢階級別）



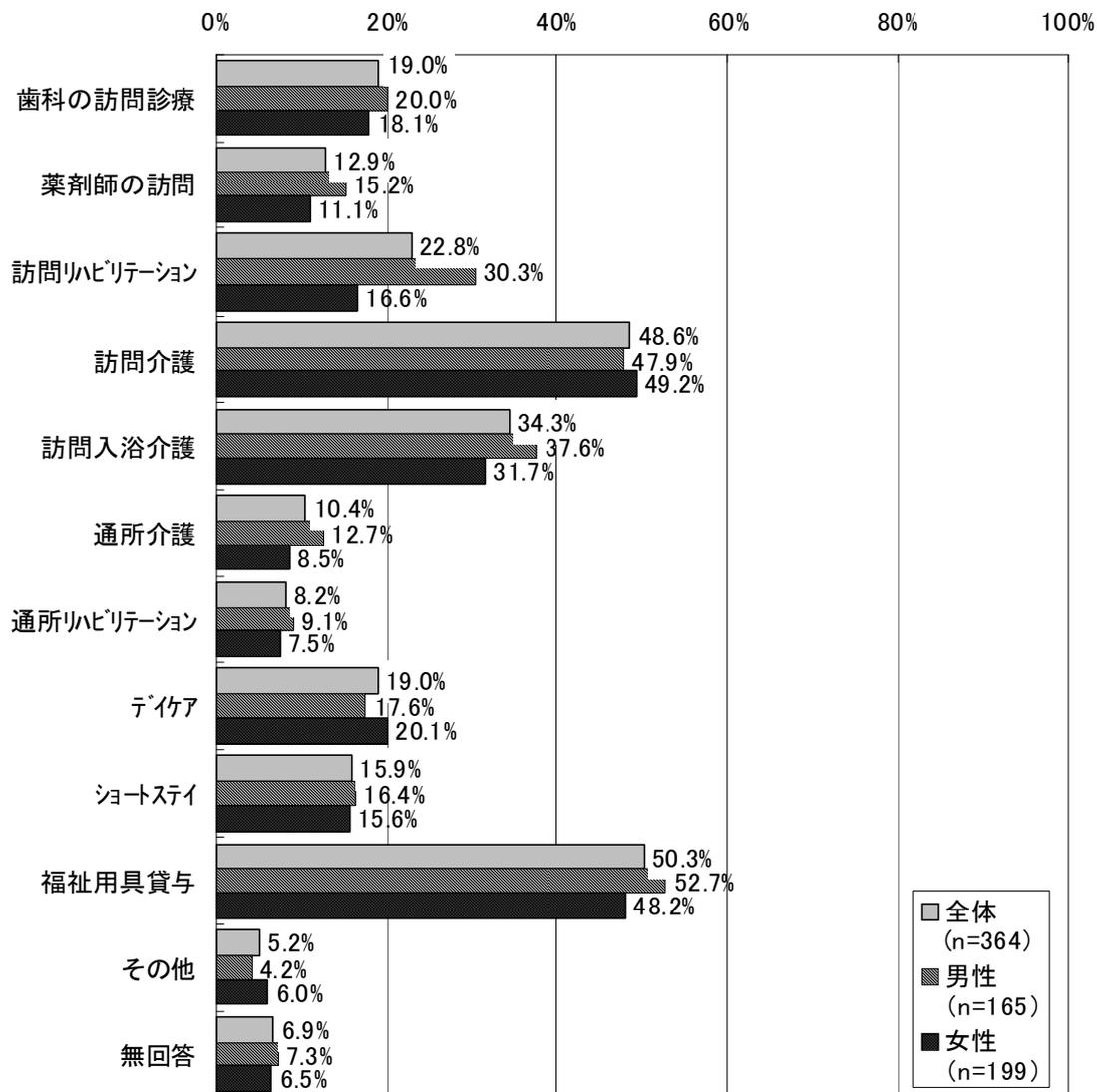
図表 330 訪問看護の利用頻度（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

②利用している医療・介護サービス

図表 331 利用している医療・介護サービス（男女別、複数回答）

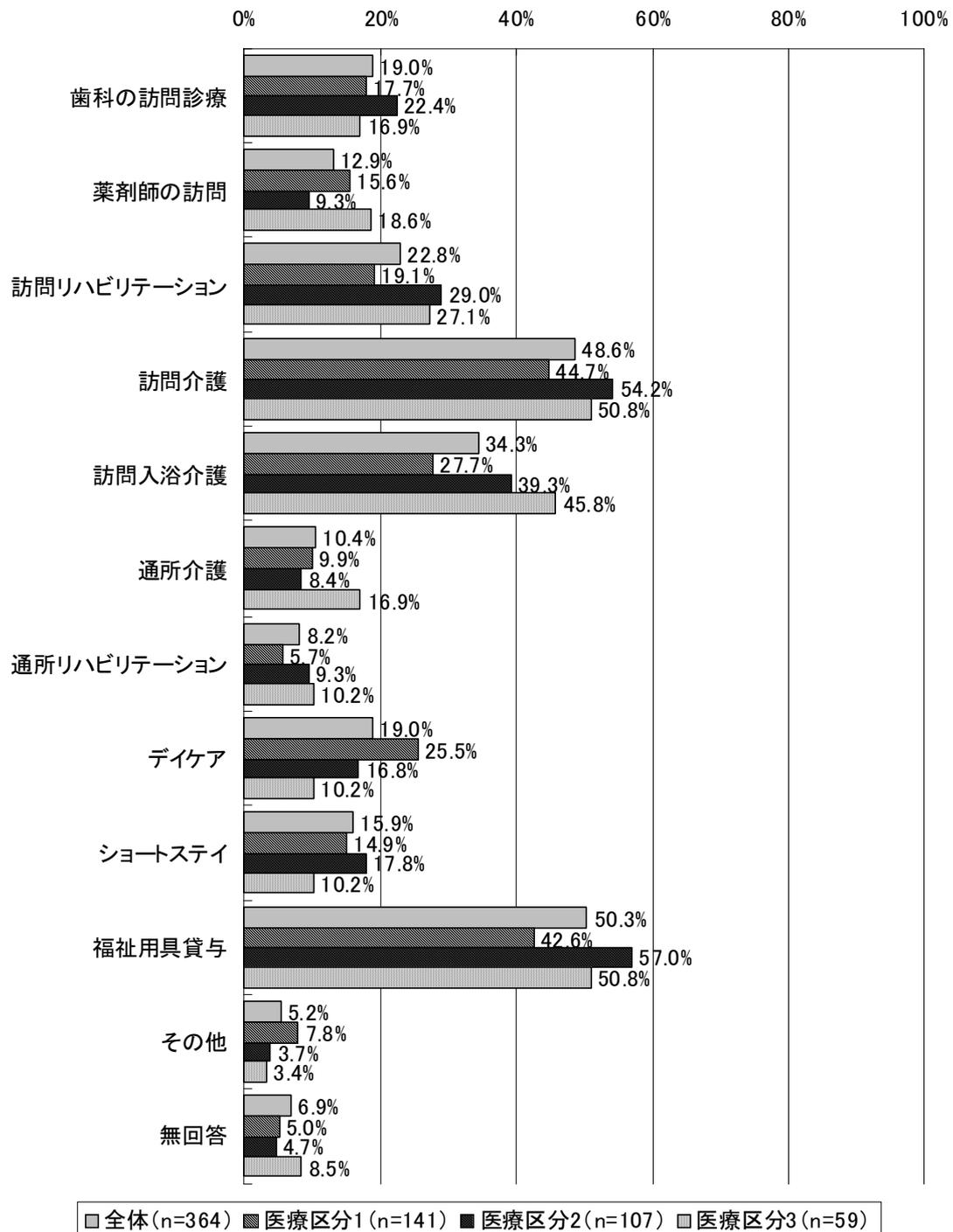


図表 332 利用している医療・介護サービス（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	歯科の訪問診療	薬剤師の訪問	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問入浴介護	通所介護	通所リハビリテーション	デイケア	ショートステイ	福祉用具貸与	その他	無回答
全体	364 100.0	69 19.0	47 12.9	83 22.8	177 48.6	125 34.3	38 10.4	30 8.2	69 19.0	58 15.9	183 50.3	19 5.2	25 6.9
64歳以下	35 100.0	8 22.9	4 11.4	18 51.4	17 48.6	16 45.7	3 8.6	3 8.6	4 11.4	5 14.3	19 54.3	4 11.4	1 2.9
65～74歳	44 100.0	14 31.8	11 25.0	20 45.5	25 56.8	20 45.5	3 6.8	5 11.4	11 25.0	6 13.6	25 56.8	3 6.8	0 0.0
75～79歳	46 100.0	11 23.9	8 17.4	13 28.3	26 56.5	19 41.3	6 13.0	7 15.2	5 10.9	10 21.7	26 56.5	1 2.2	4 8.7
80～84歳	62 100.0	13 21.0	10 16.1	13 21.0	33 53.2	21 33.9	7 11.3	4 6.5	14 22.6	8 12.9	32 51.6	3 4.8	5 8.1
85～89歳	77 100.0	13 16.9	7 9.1	11 14.3	37 48.1	20 26.0	7 9.1	5 6.5	19 24.7	9 11.7	32 41.6	3 3.9	7 9.1
90歳以上	100 100.0	10 10.0	7 7.0	8 8.0	39 39.0	29 29.0	12 12.0	6 6.0	16 16.0	20 20.0	49 49.0	5 5.0	8 8.0

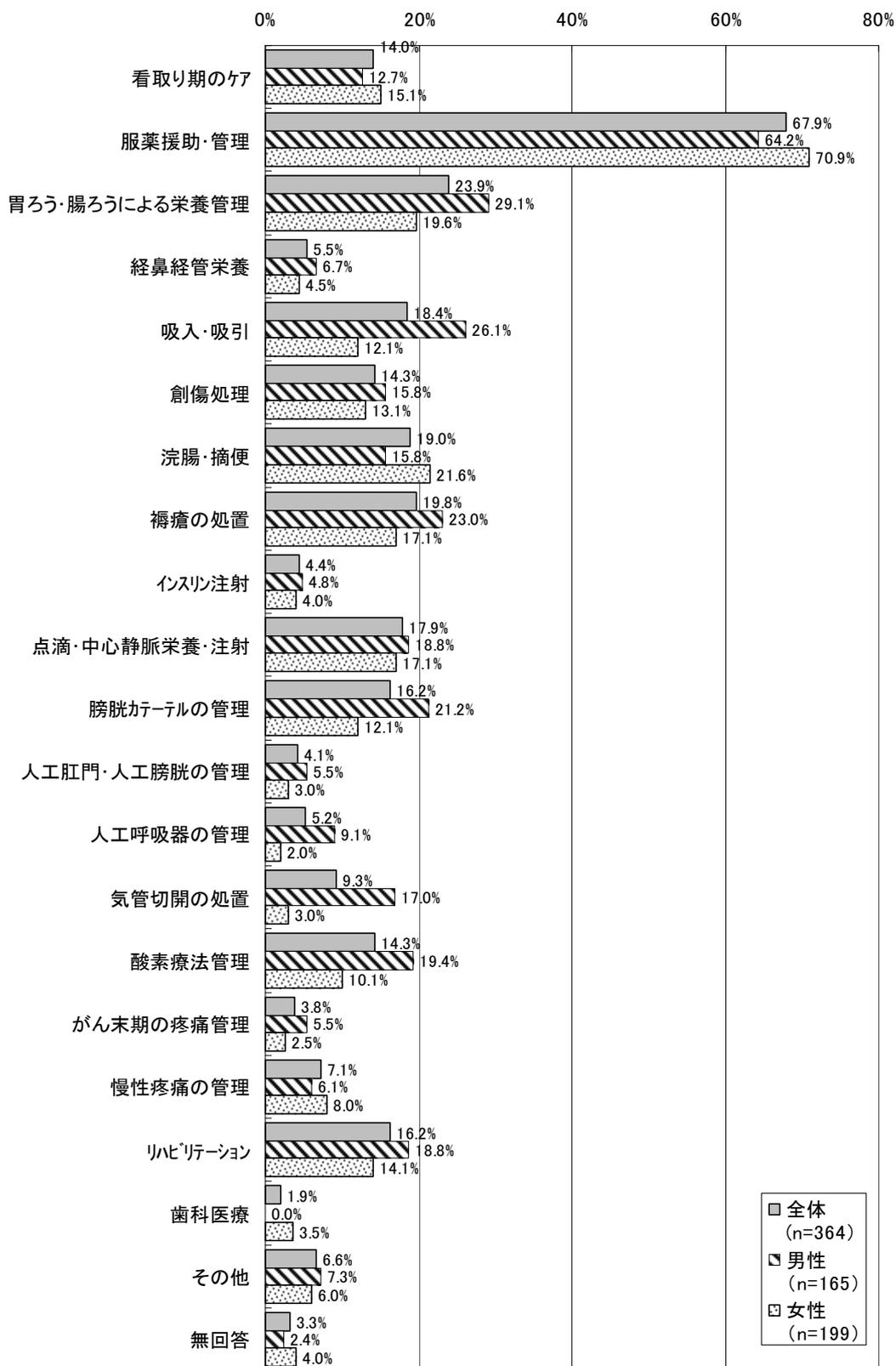
図表 333 利用している医療・介護サービス（医療区分別、複数回答）



(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

③受けている医療

図表 334 受けている医療（男女別、複数回答）



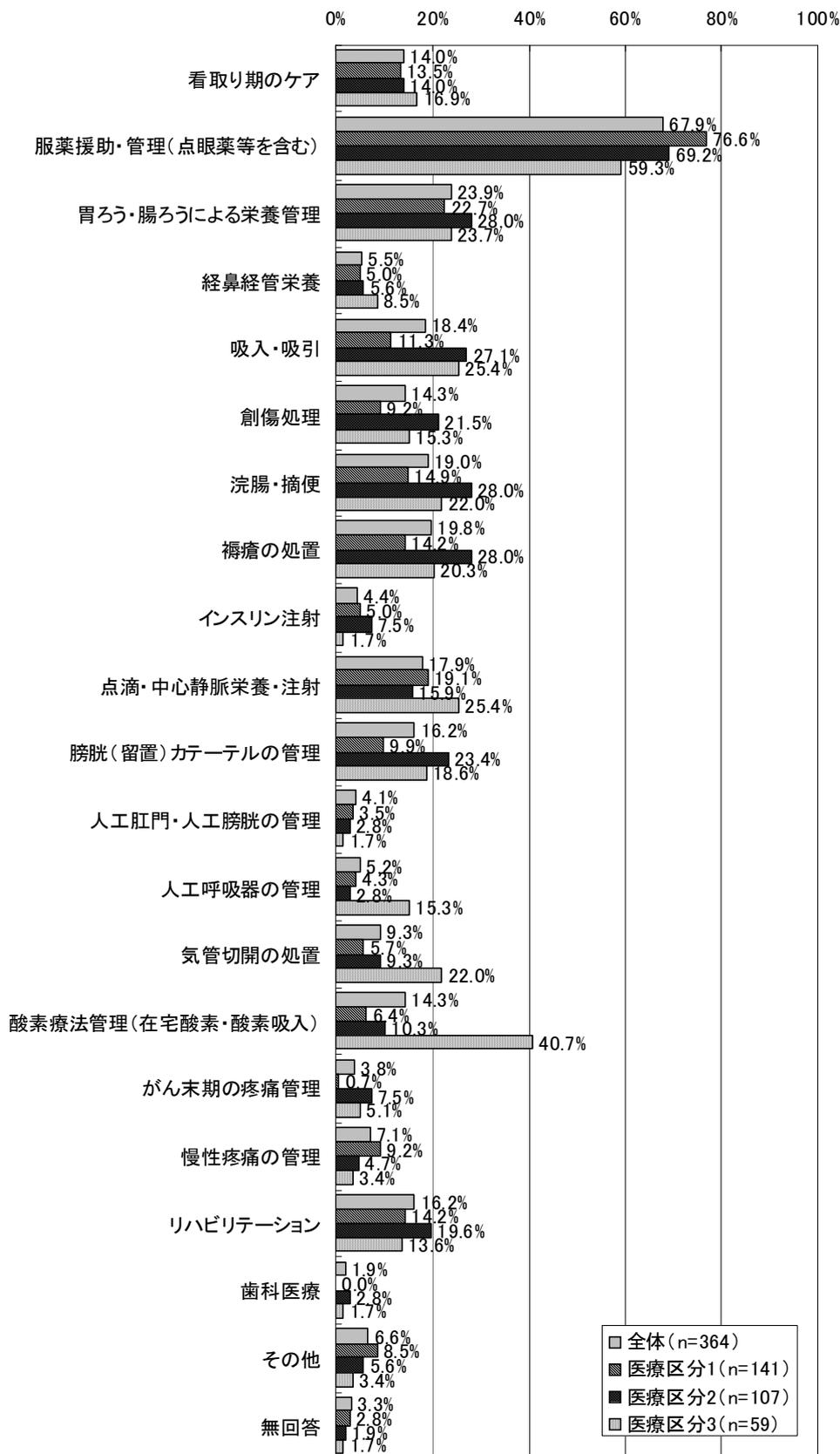
図表 335 受けている医療（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	看取り 期のケア	服薬援 助・管 理	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 理	浣腸・ 摘便	褥瘡の 処置	インスリン 注射	点滴・ 中心静 脈栄 養・注 射
全体	364 100.0	51 14.0	247 67.9	87 23.9	20 5.5	67 18.4	52 14.3	69 19.0	72 19.8	16 4.4	65 17.9
64歳以下	35 100.0	2 5.7	14 40.0	14 40.0	1 2.9	12 34.3	7 20.0	6 17.1	8 22.9	2 5.7	2 5.7
65～74歳	44 100.0	4 9.1	31 70.5	17 38.6	1 2.3	16 36.4	5 11.4	9 20.5	5 11.4	0 0.0	5 11.4
75～79歳	46 100.0	8 17.4	35 76.1	12 26.1	4 8.7	11 23.9	8 17.4	11 23.9	11 23.9	3 6.5	10 21.7
80～84歳	62 100.0	5 8.1	41 66.1	13 21.0	2 3.2	5 8.1	9 14.5	10 16.1	10 16.1	2 3.2	11 17.7
85～89歳	77 100.0	14 18.2	59 76.6	13 16.9	6 7.8	9 11.7	14 18.2	13 16.9	17 22.1	6 7.8	19 24.7
90歳以上	100 100.0	18 18.0	67 67.0	18 18.0	6 6.0	14 14.0	9 9.0	20 20.0	21 21.0	3 3.0	18 18.0

	膀胱カテ 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	がん末 期の疼 痛管理	慢性疼 痛の管 理	リハビリ テーション	歯科医 療	その他	無回答
全体	59 16.2	15 4.1	19 5.2	34 9.3	52 14.3	14 3.8	26 7.1	59 16.2	7 1.9	24 6.6	12 3.3
64歳以下	11 31.4	0 0.0	7 20.0	11 31.4	7 20.0	2 5.7	0 0.0	5 14.3	0 0.0	3 8.6	2 5.7
65～74歳	10 22.7	1 2.3	4 9.1	10 22.7	6 13.6	2 4.5	1 2.3	11 25.0	0 0.0	4 9.1	0 0.0
75～79歳	9 19.6	1 2.2	3 6.5	4 8.7	4 8.7	4 8.7	7 15.2	9 19.6	4 8.7	2 4.3	1 2.2
80～84歳	7 11.3	2 3.2	0 0.0	4 6.5	12 19.4	1 1.6	6 9.7	9 14.5	2 3.2	1 1.6	0 0.0
85～89歳	11 14.3	5 6.5	3 3.9	3 3.9	9 11.7	3 3.9	5 6.5	11 14.3	0 0.0	9 11.7	3 3.9
90歳以上	11 11.0	6 6.0	2 2.0	2 2.0	14 14.0	2 2.0	7 7.0	14 14.0	1 1.0	5 5.0	6 6.0

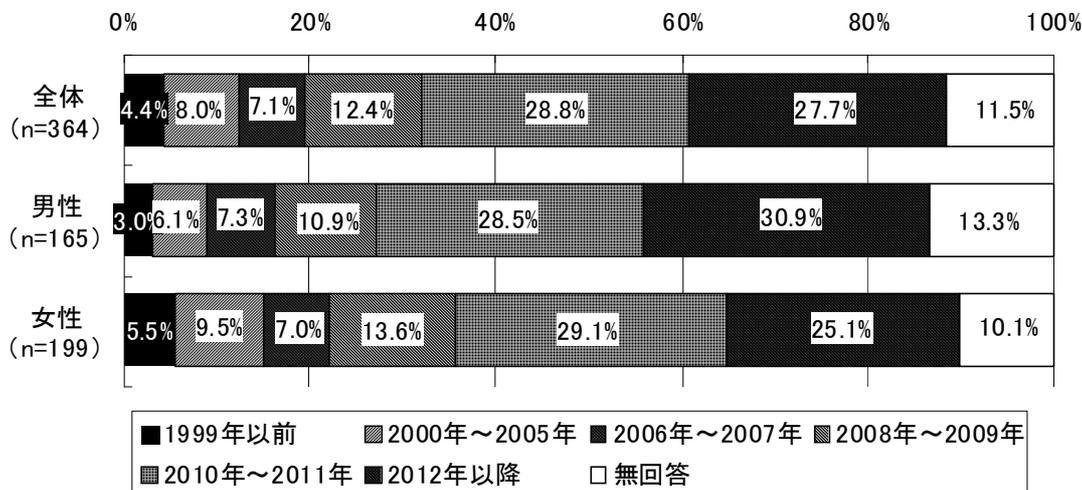
図表 336 受けている医療（医療区分別、複数回答）



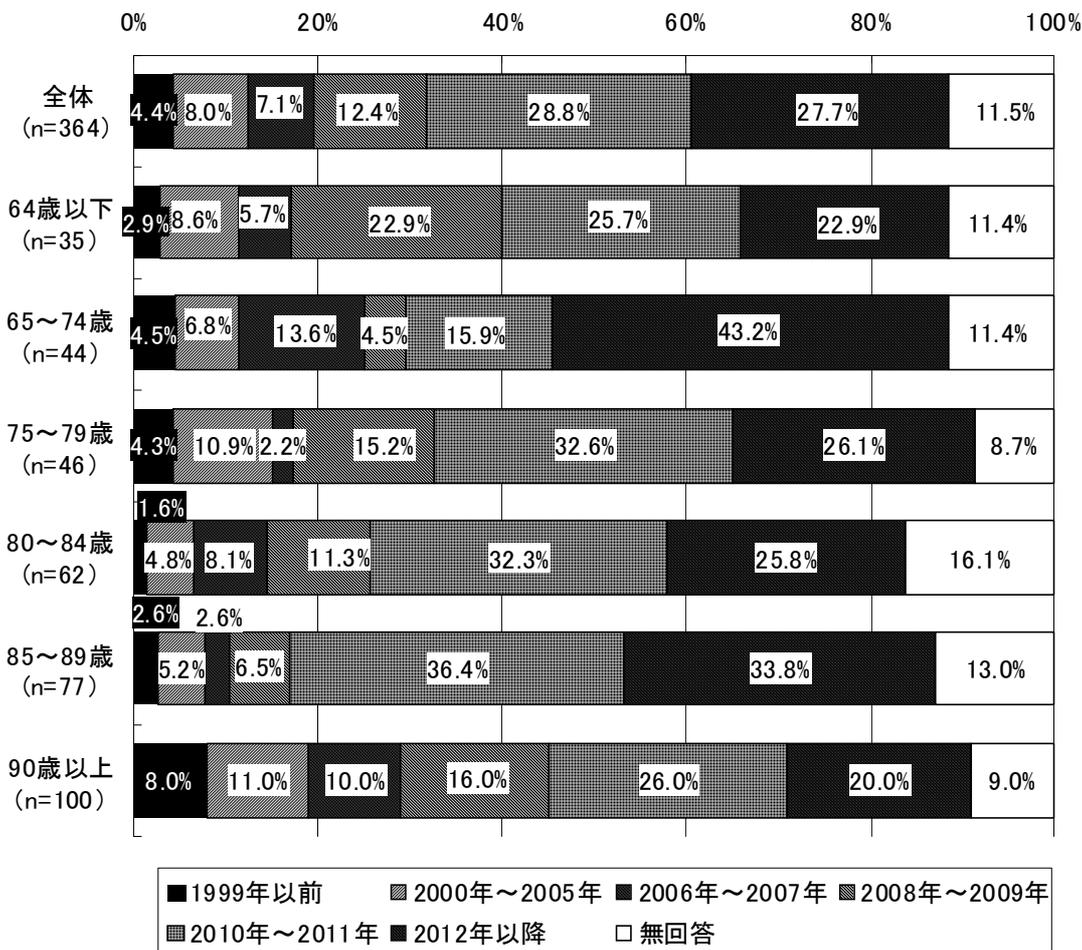
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

④訪問診療（往診）の利用開始時期

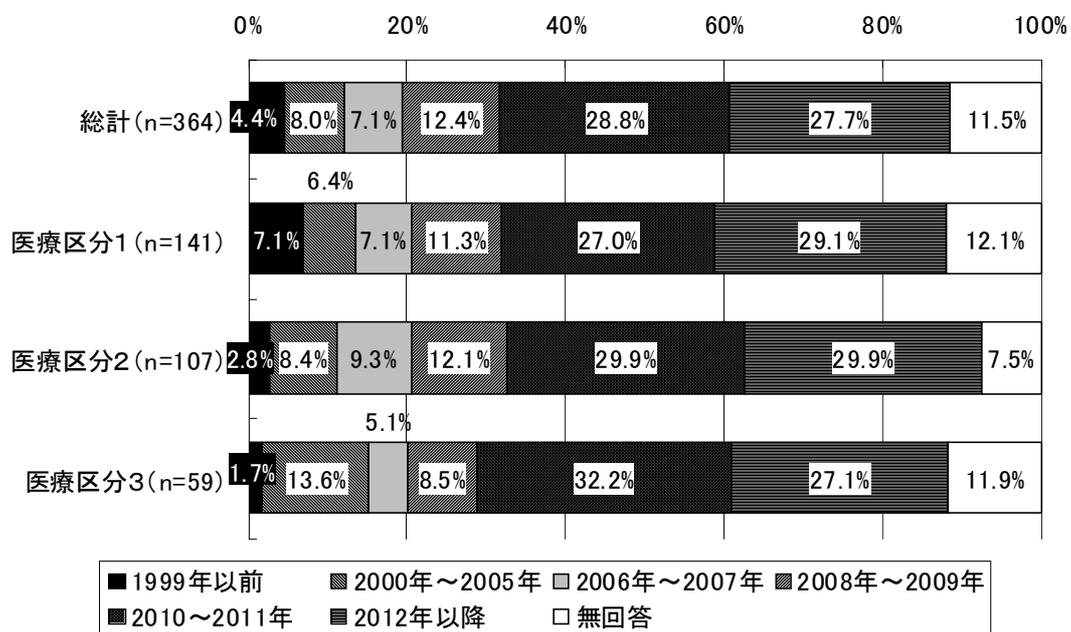
図表 337 訪問診療（往診）の利用開始時期（男女別）



図表 338 訪問診療（往診）の利用開始時期（年齢階級別）



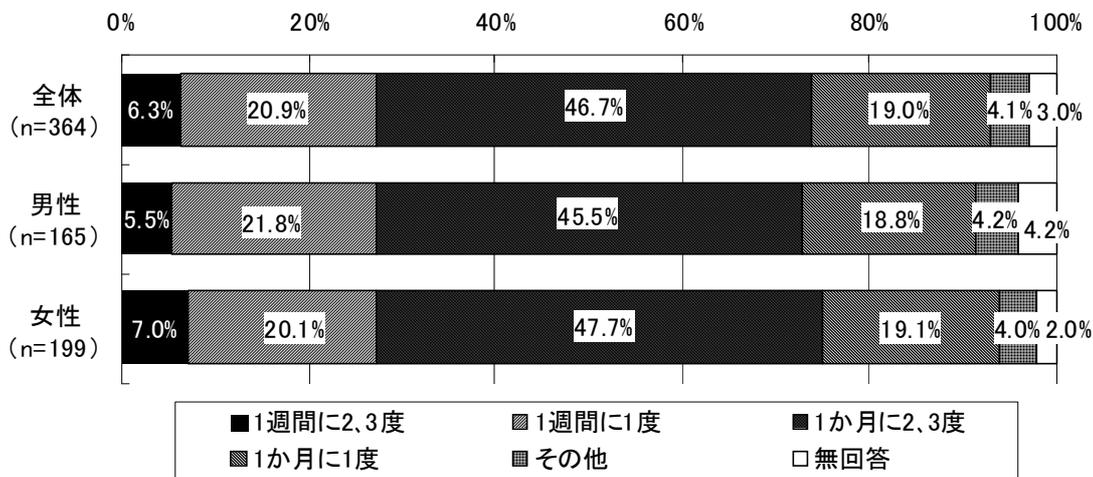
図表 339 訪問診療（往診）の利用開始時期（医療区分別）



(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

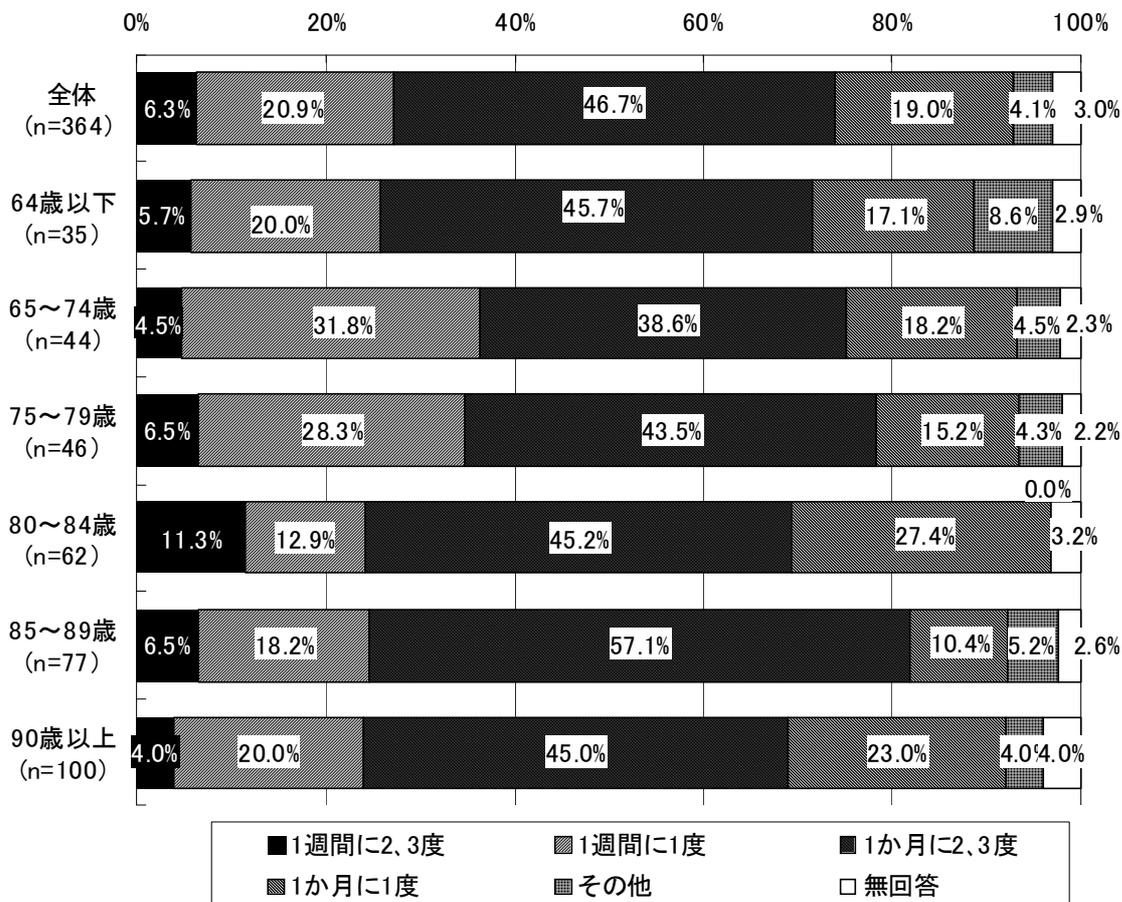
⑤医師の訪問頻度

図表 340 医師の訪問頻度（男女別）



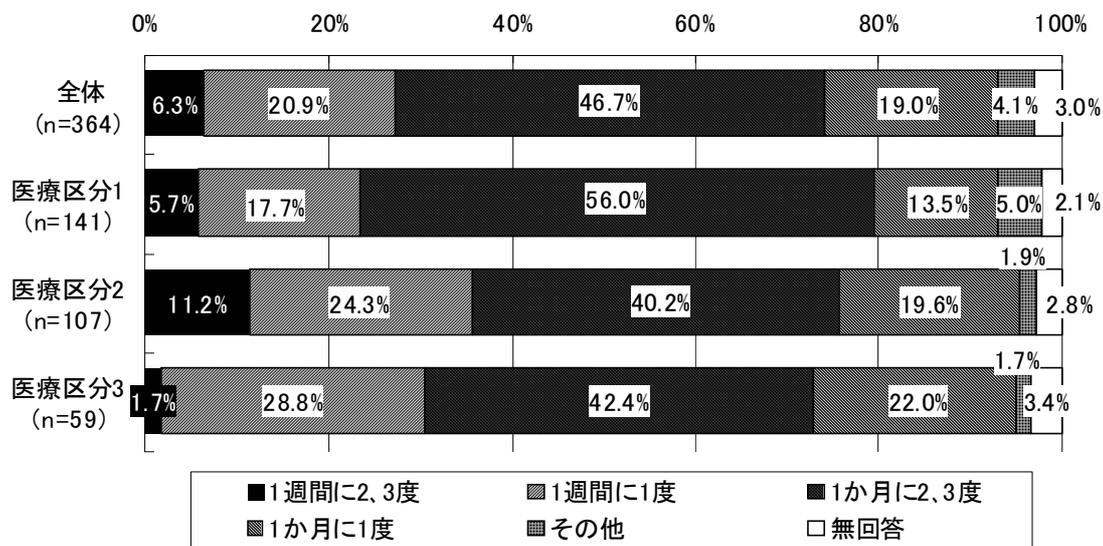
(注)「その他」には「2～3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

図表 341 医師の訪問頻度（年齢階級別）



(注)「その他」には「2～3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

図表 342 医師の訪問頻度（医療区分別）

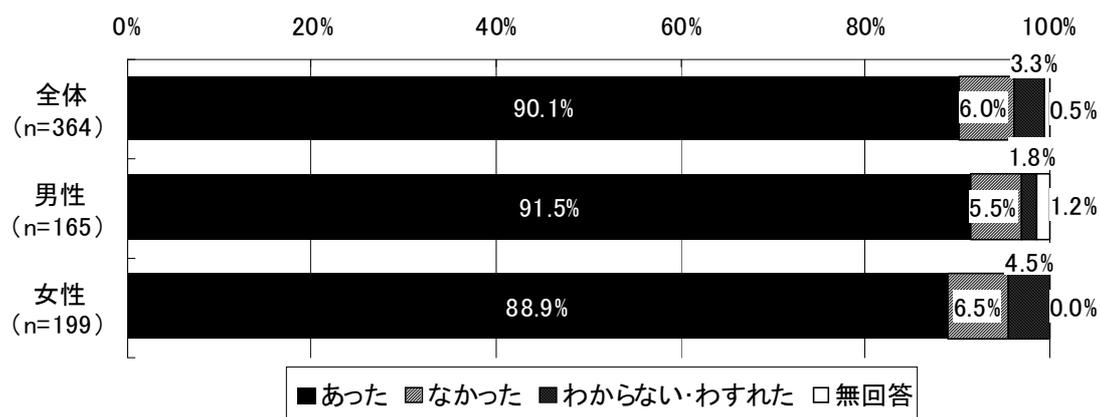


(注) ・「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。
 ・「その他」には「2～3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

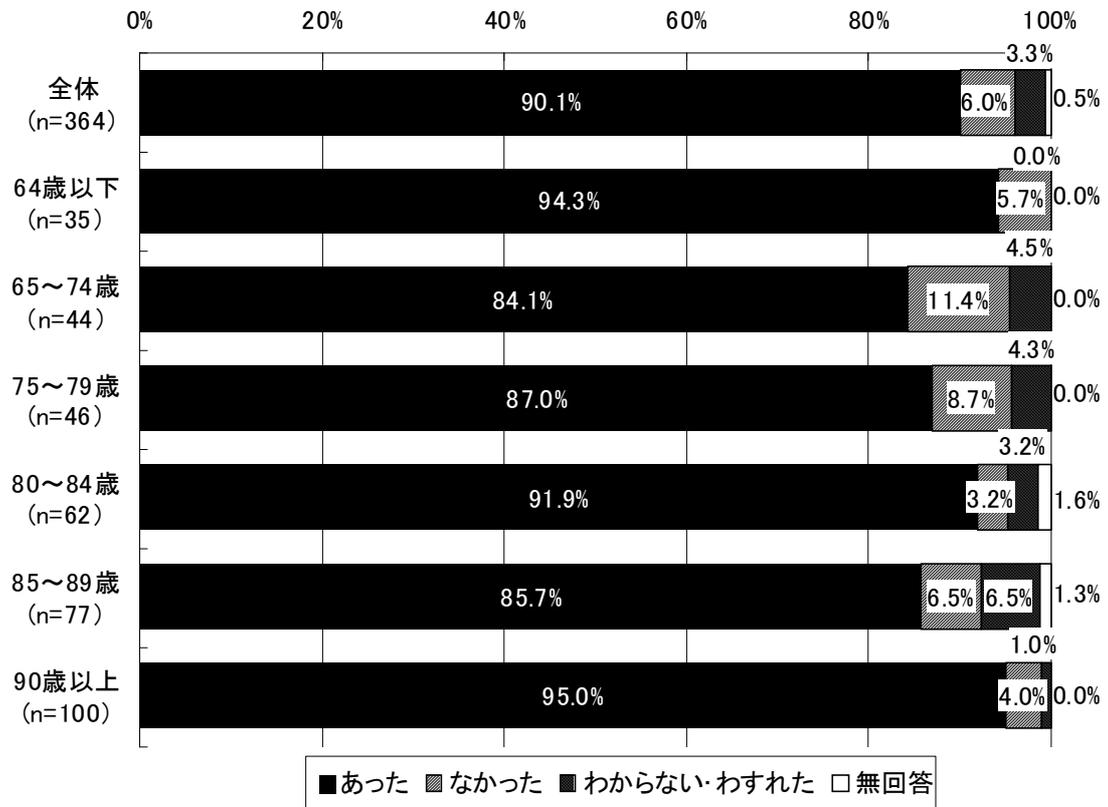
⑥夜間や緊急時の連絡等

1) 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無

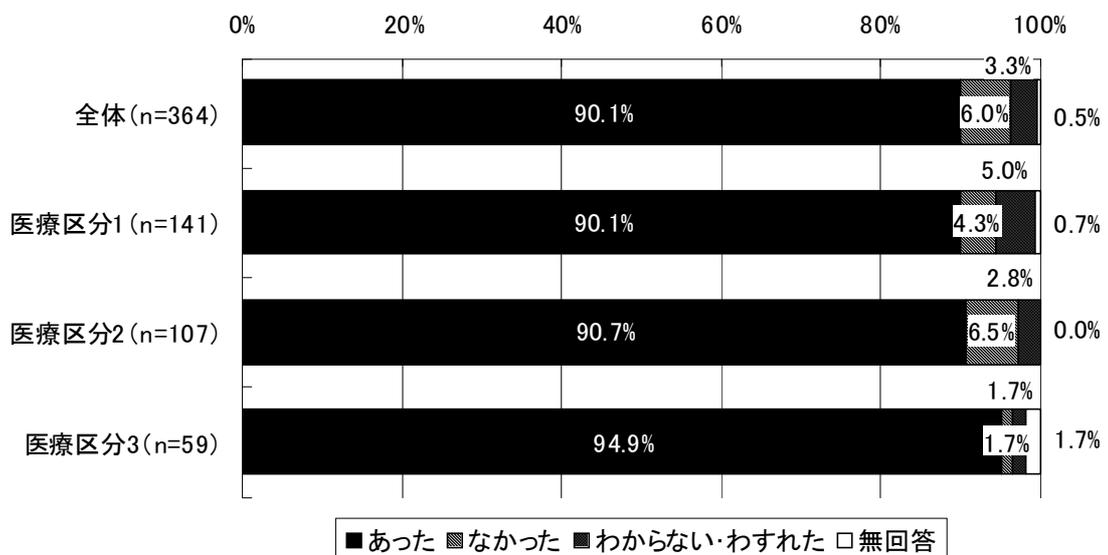
図表 343 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（男女別）



図表 344 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（年齢階級別）



図表 345 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（医療区分別）

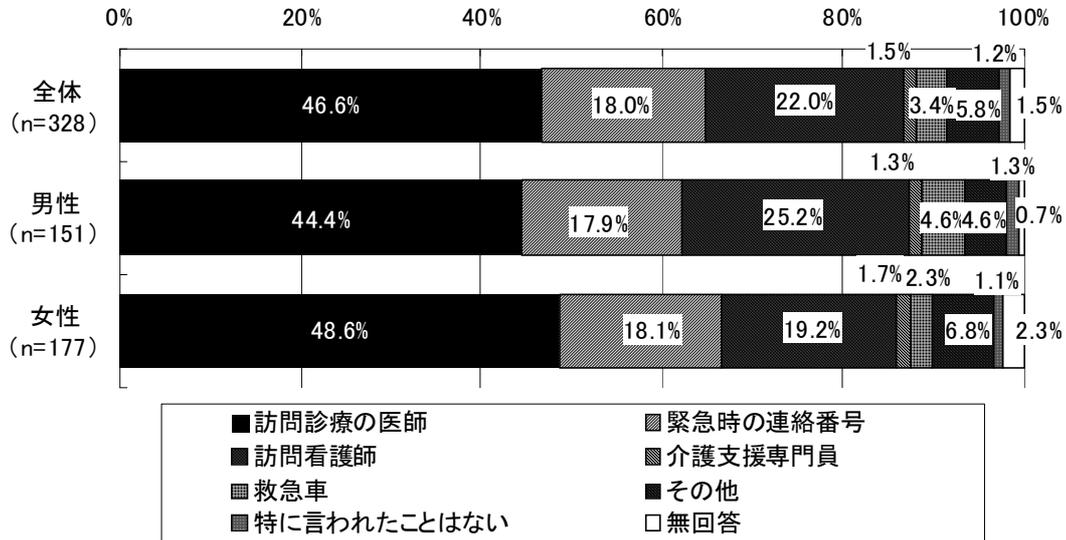


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

2) 夜間や緊急時の連絡先

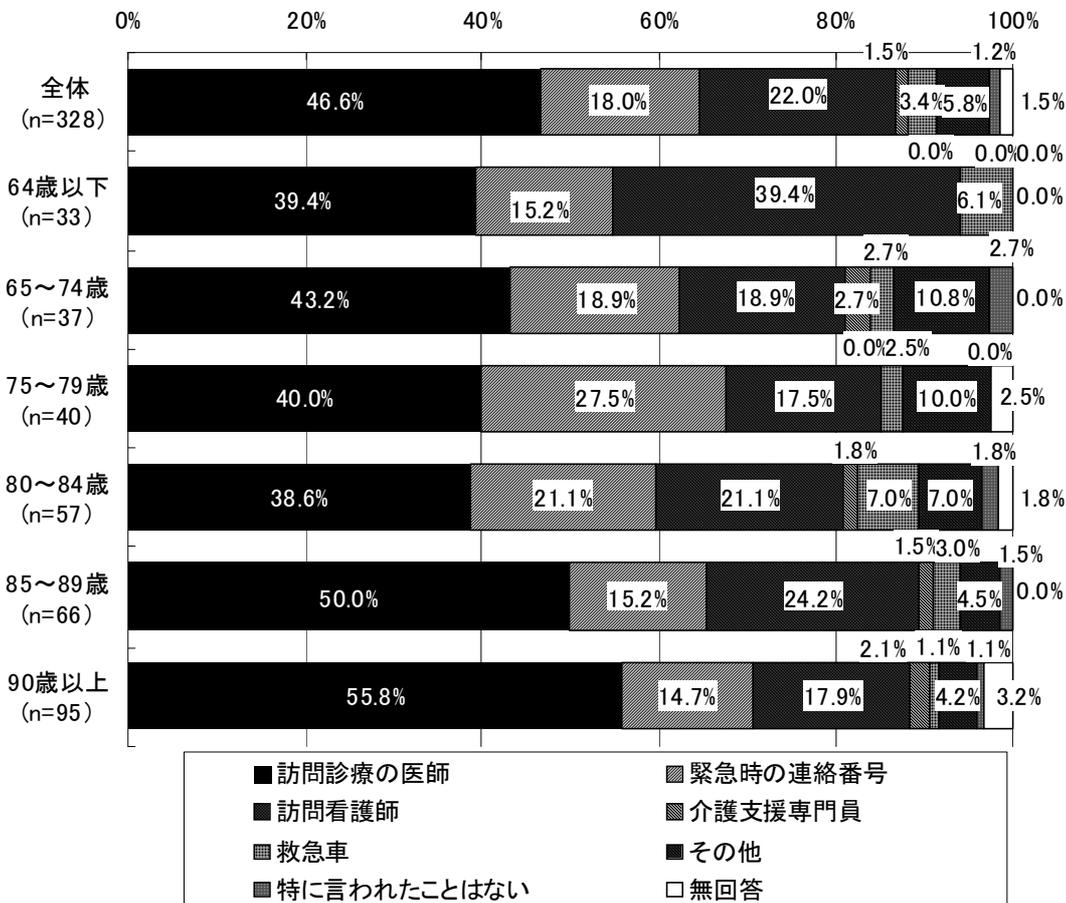
図表 346 夜間や緊急時の連絡先

(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、男女別)



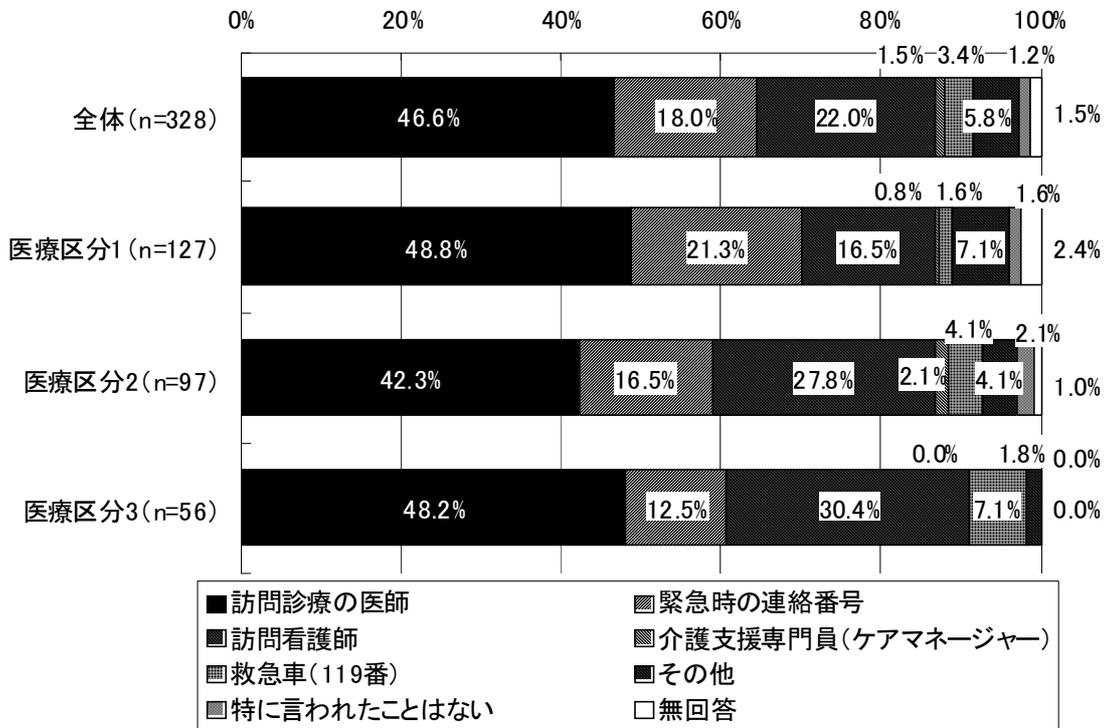
図表 347 夜間や緊急時の連絡先

(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、年齢階級別)



図表 348 夜間や緊急時の連絡先

(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、医療区分別)

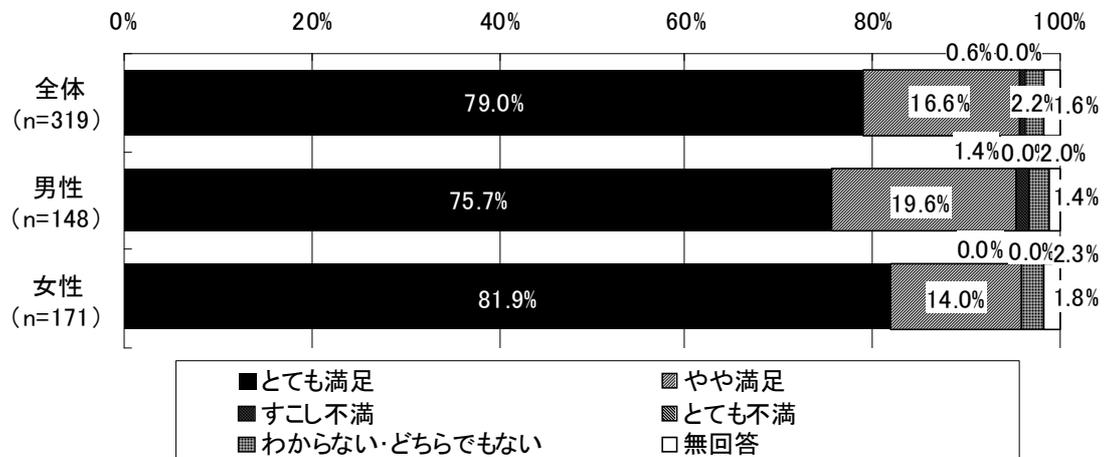


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の48人が含まれる。

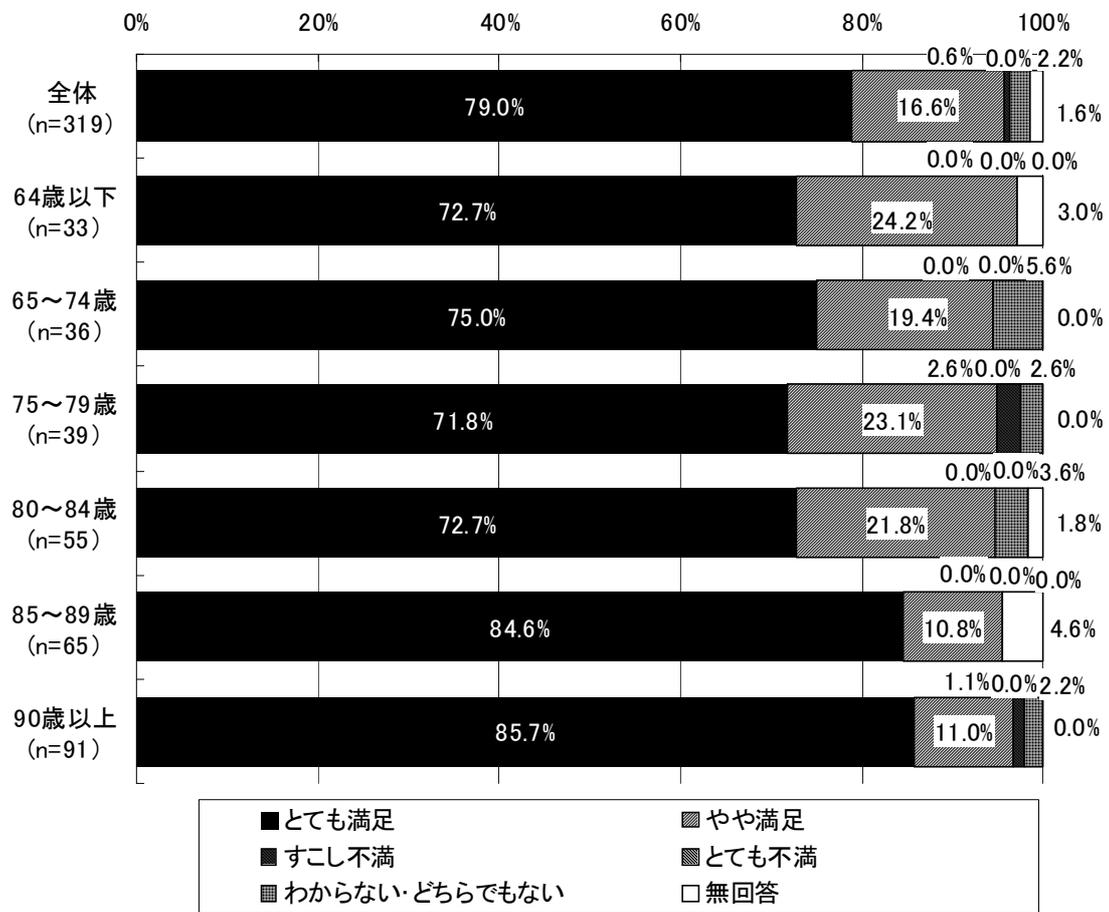
3) 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度

図表 349 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度

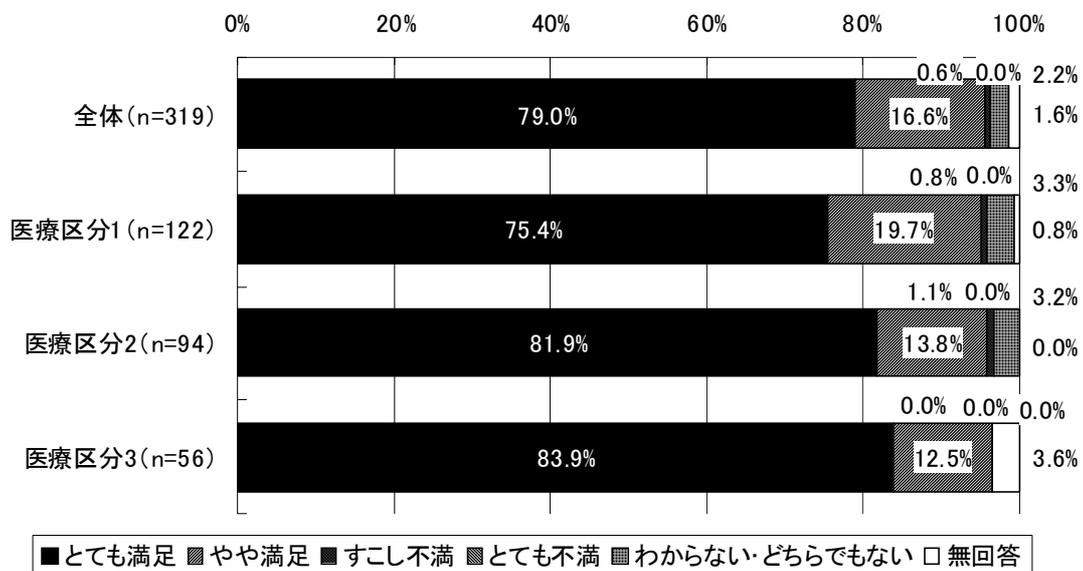
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、男女別)



図表 350 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度
 (夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、年齢階級別)



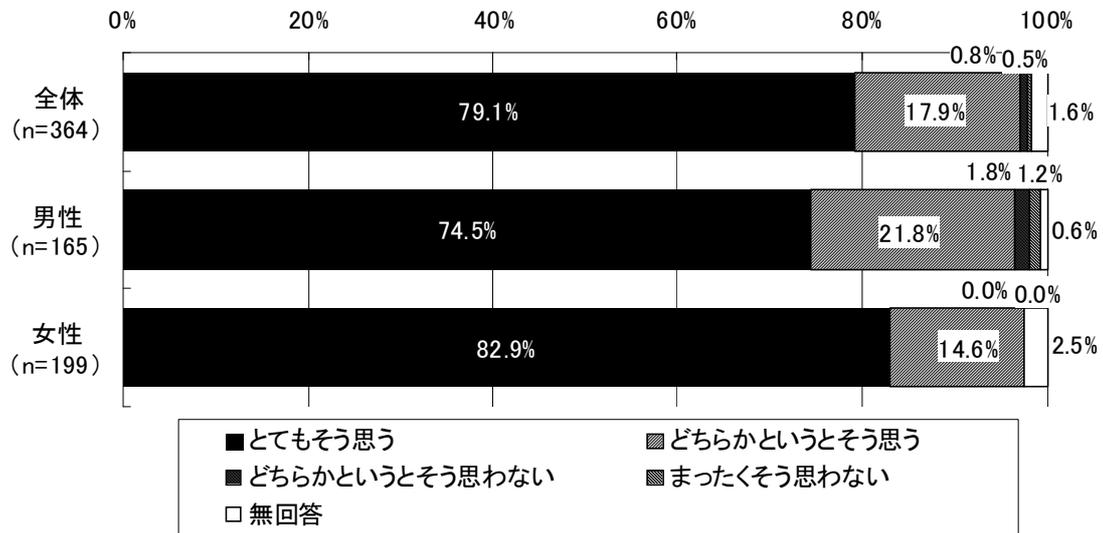
図表 351 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度
 (夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、医療区分別)



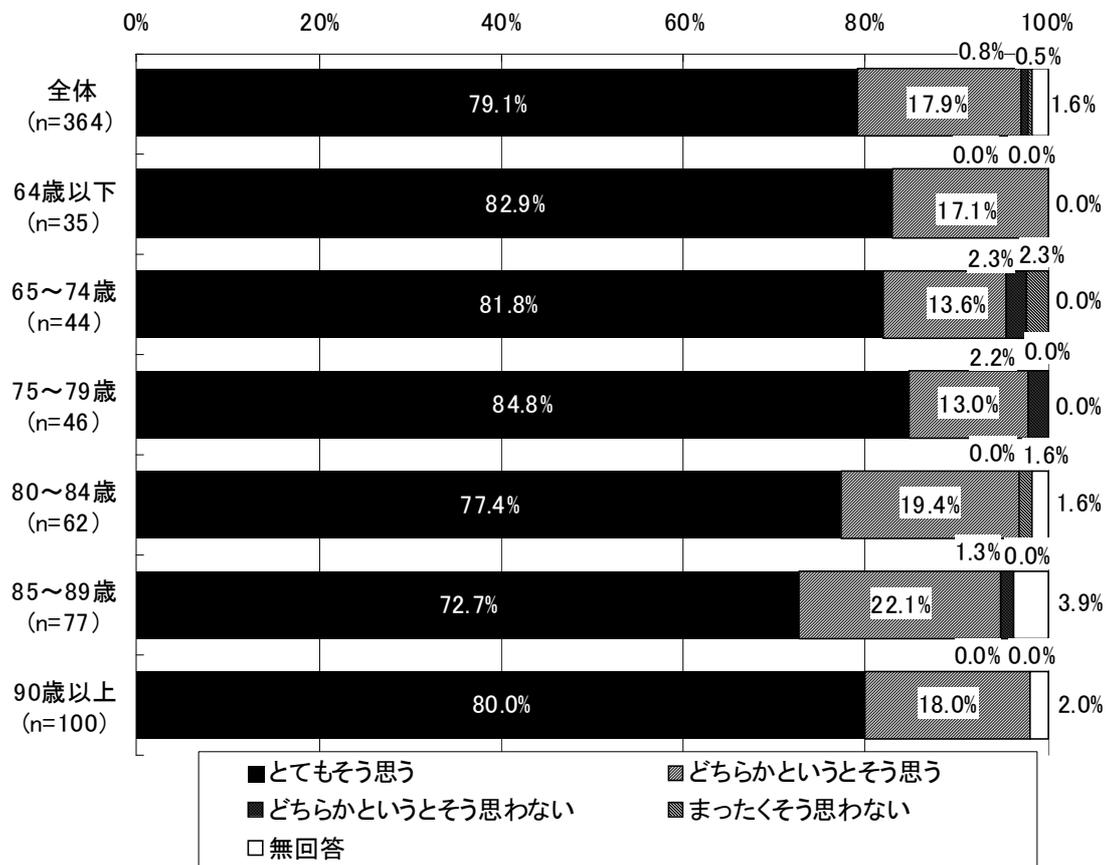
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の47人が含まれる。

⑦他の医療機関との連携による夜間・緊急時の対応体制についての評価

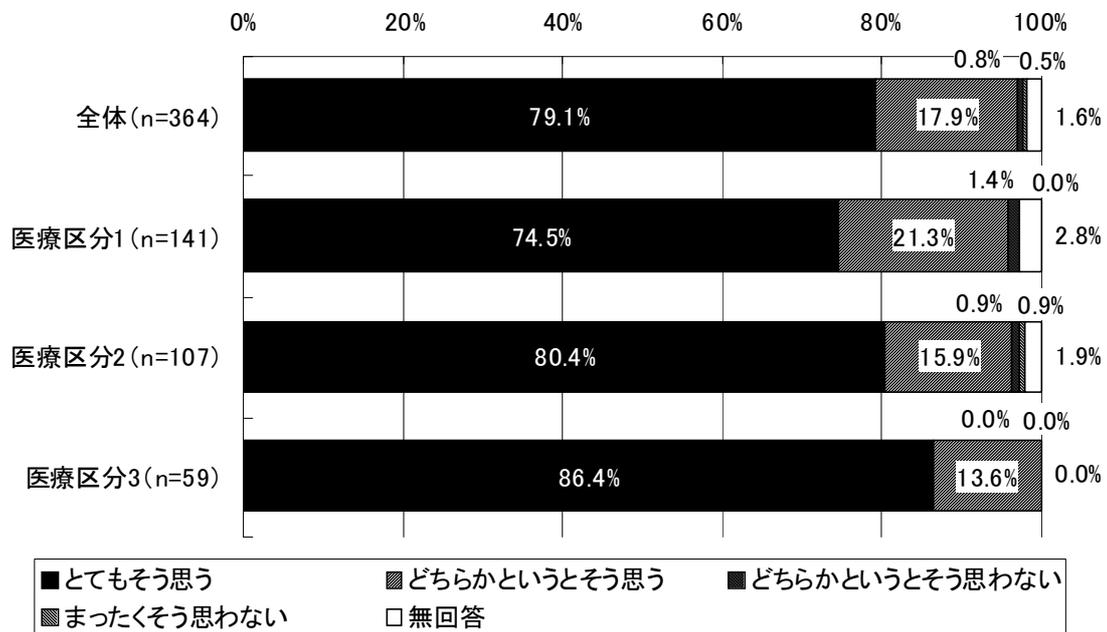
図表 352 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（男女別）



図表 353 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（年齢階級別）



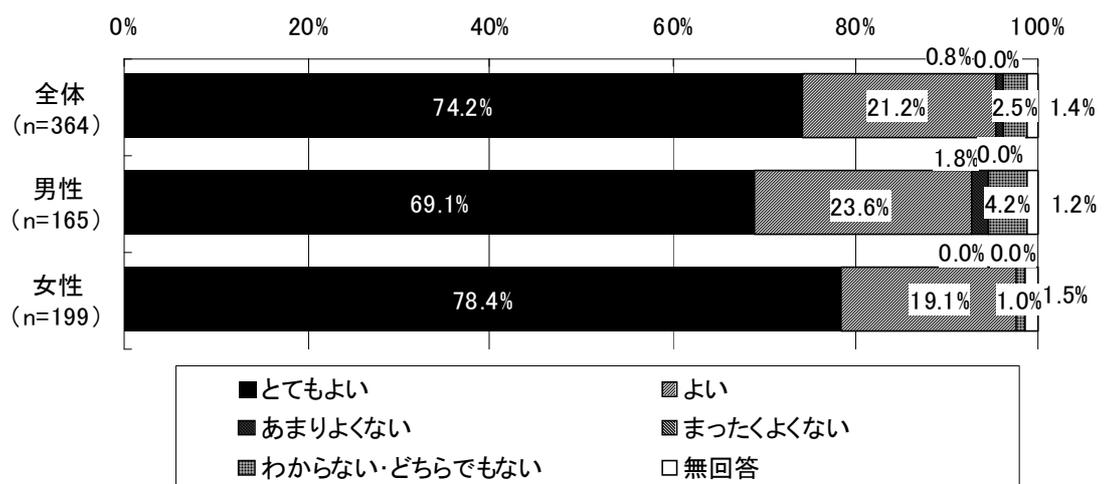
図表 354 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（医療区分別）



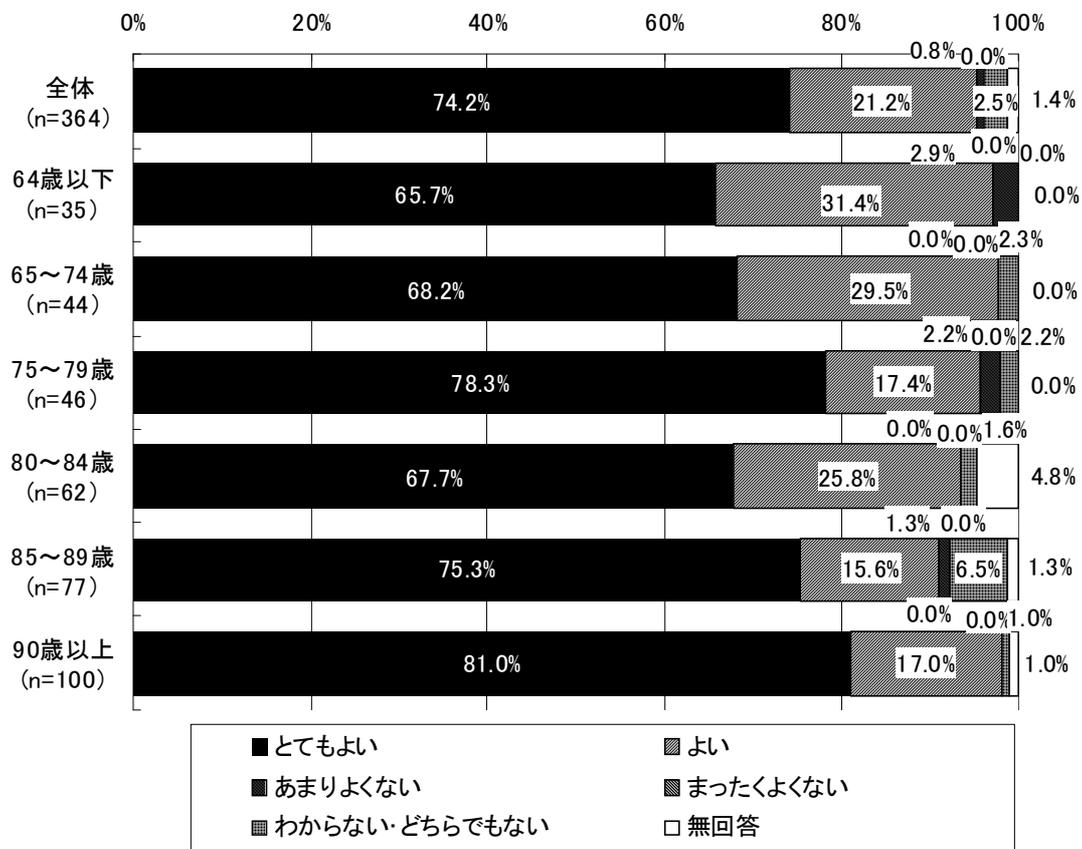
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑧医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価

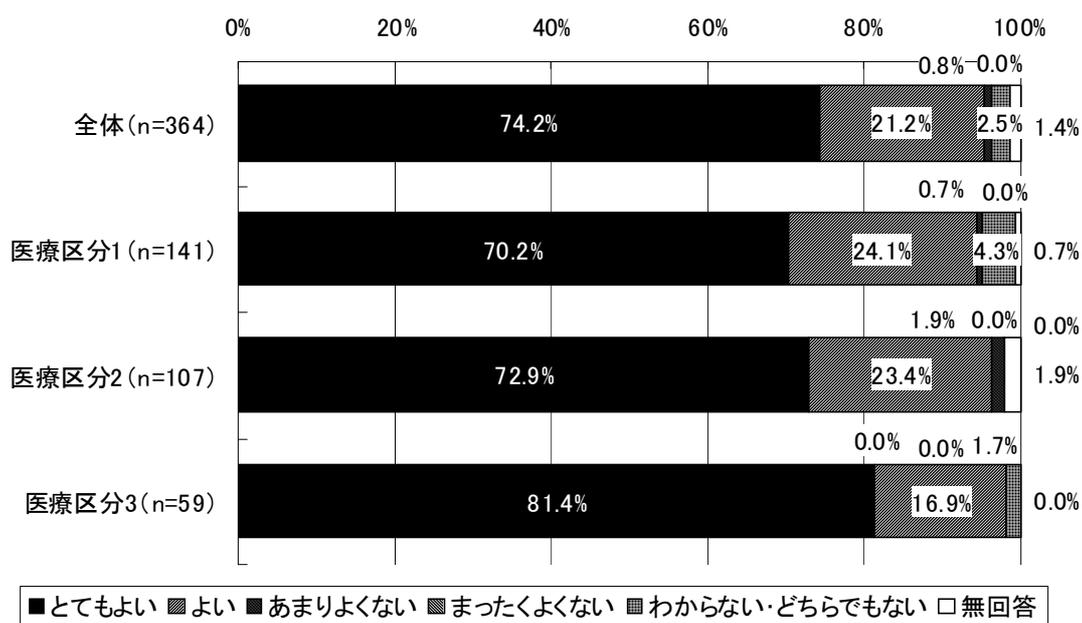
図表 355 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（男女別）



図表 356 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（年齢階級別）



図表 357 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（医療区分別）

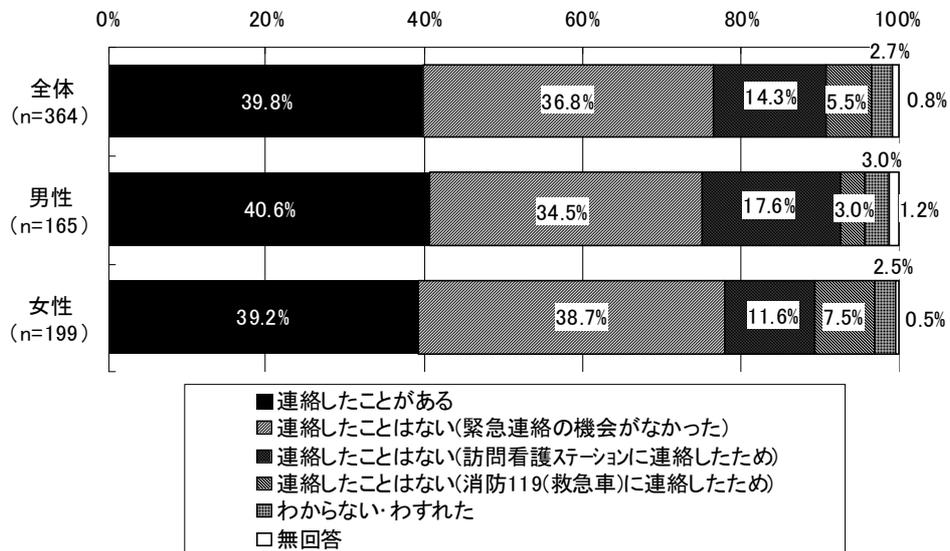


(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

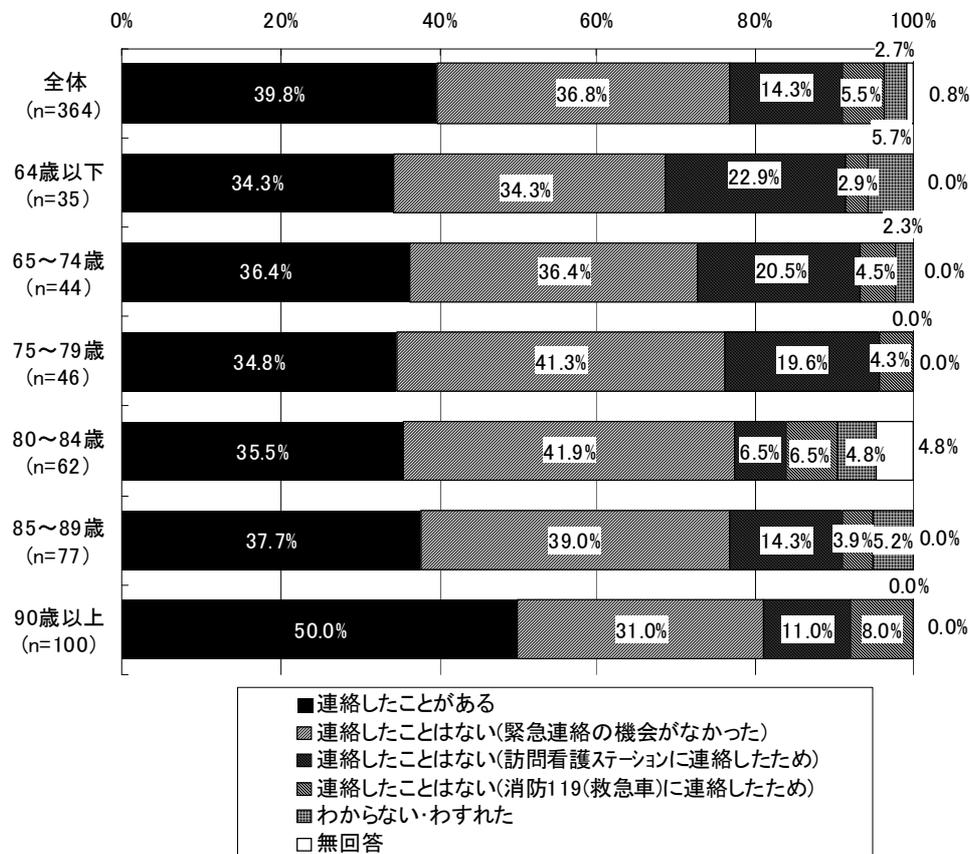
⑨夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無等

1) 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無

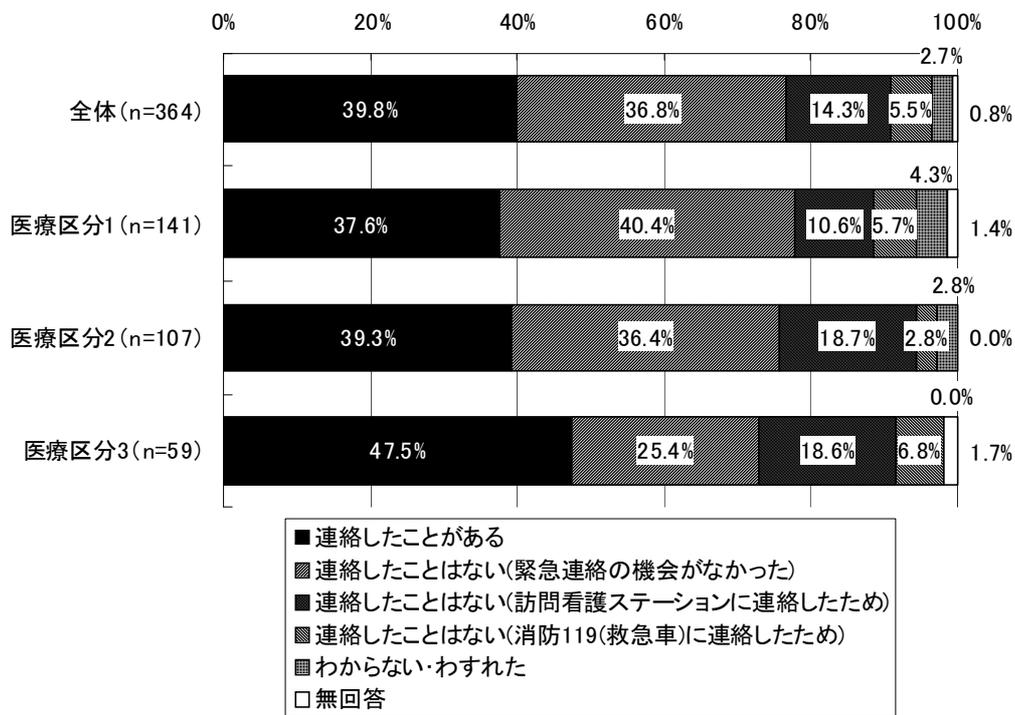
図表 358 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無（男女別）



図表 359 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無（年齢階級別）



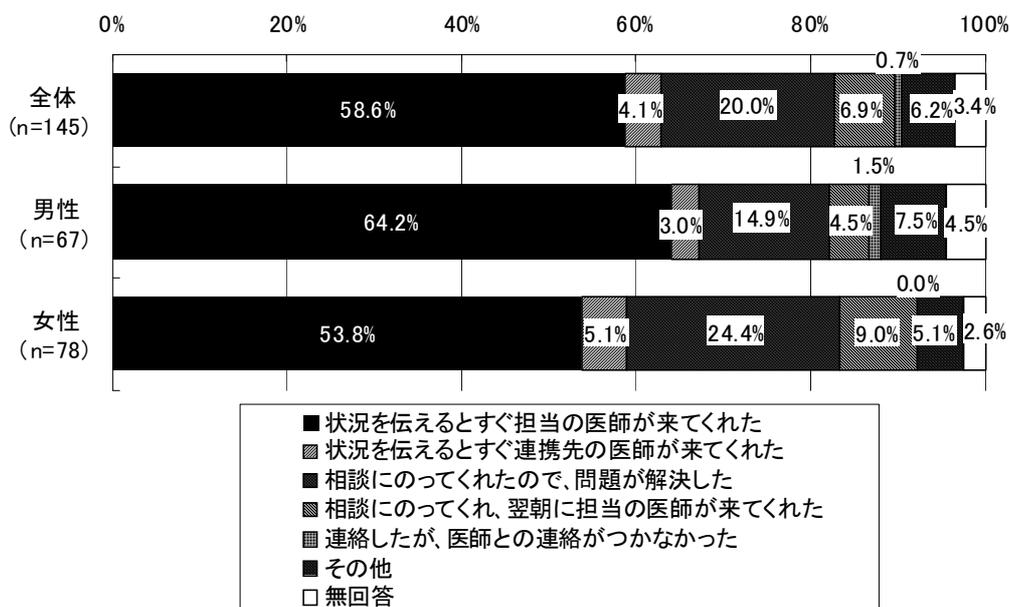
図表 360 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無
(医療区分別)



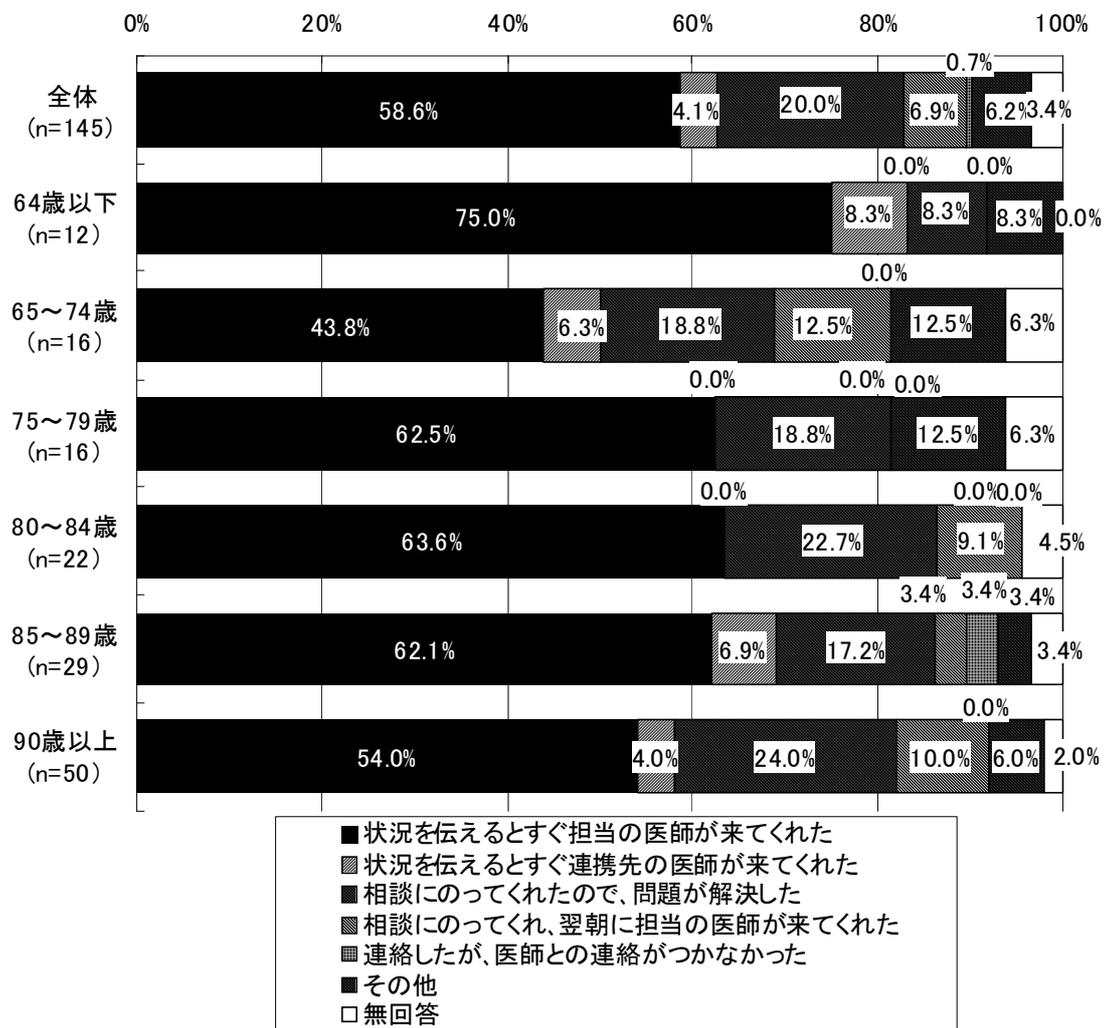
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

2) 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応

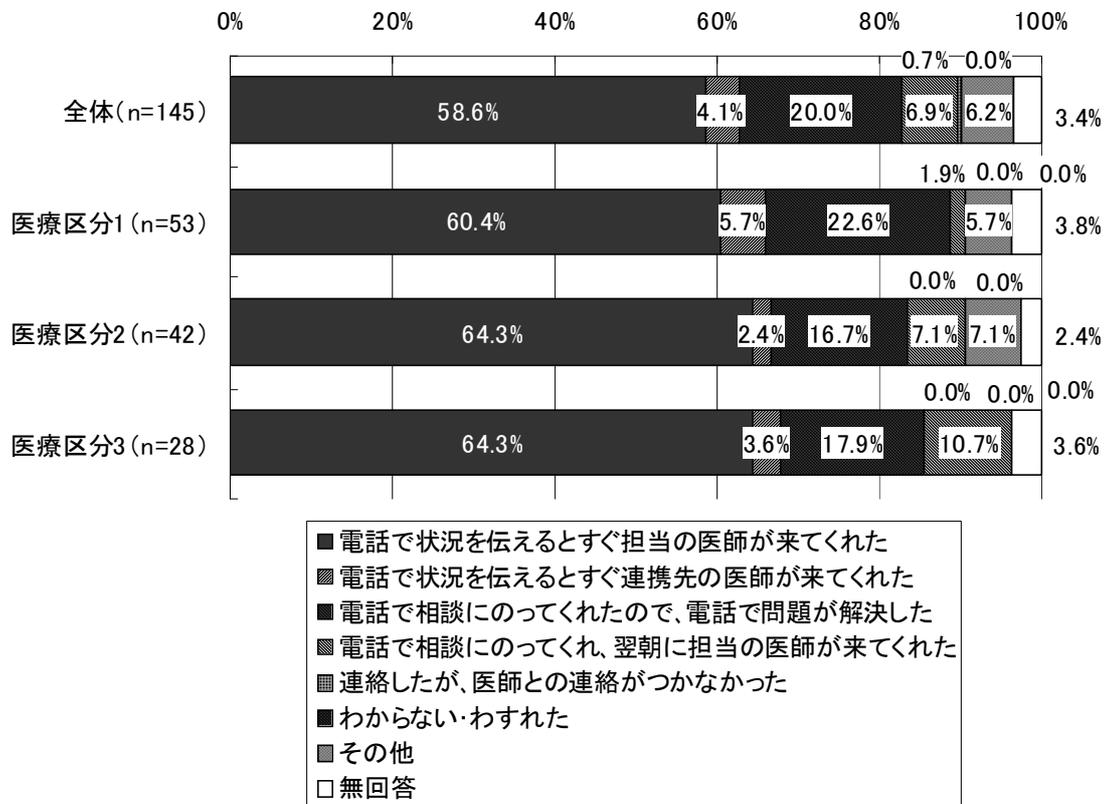
図表 361 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの
訪問医師の対応 (連絡したことがある人、男女別)



図表 362 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの
訪問医師の対応（連絡したことがある人、年齢階級別）



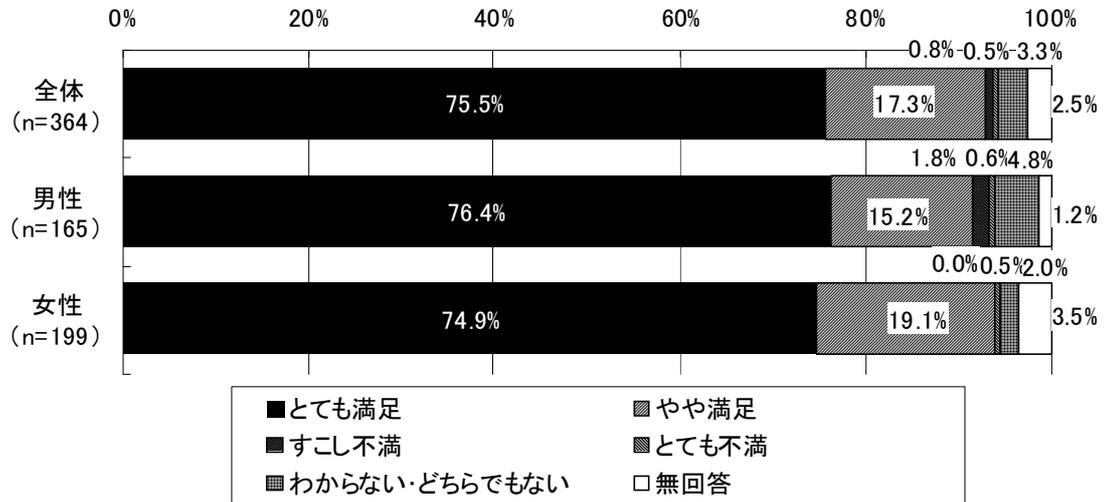
図表 363 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの
訪問医師の対応（連絡したことがある人、医療区分別）



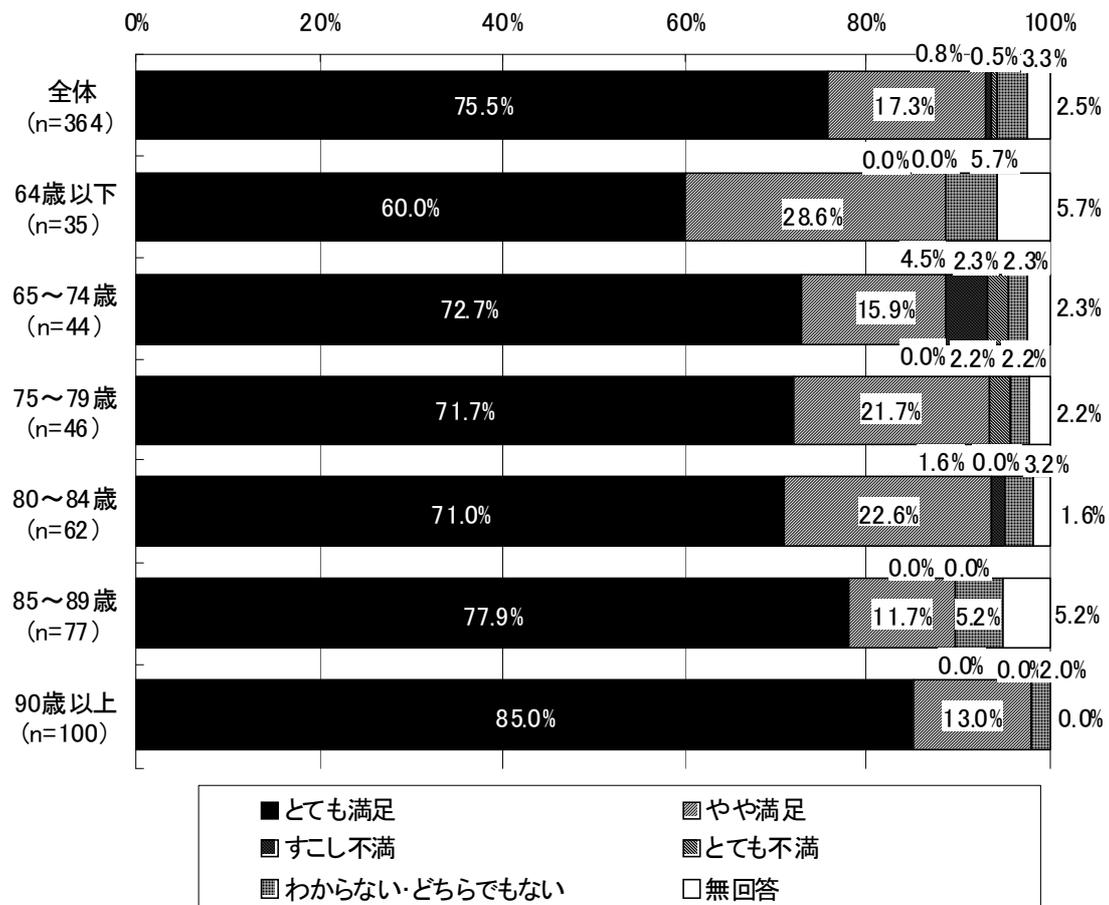
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の22人が含まれる。

⑩訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度

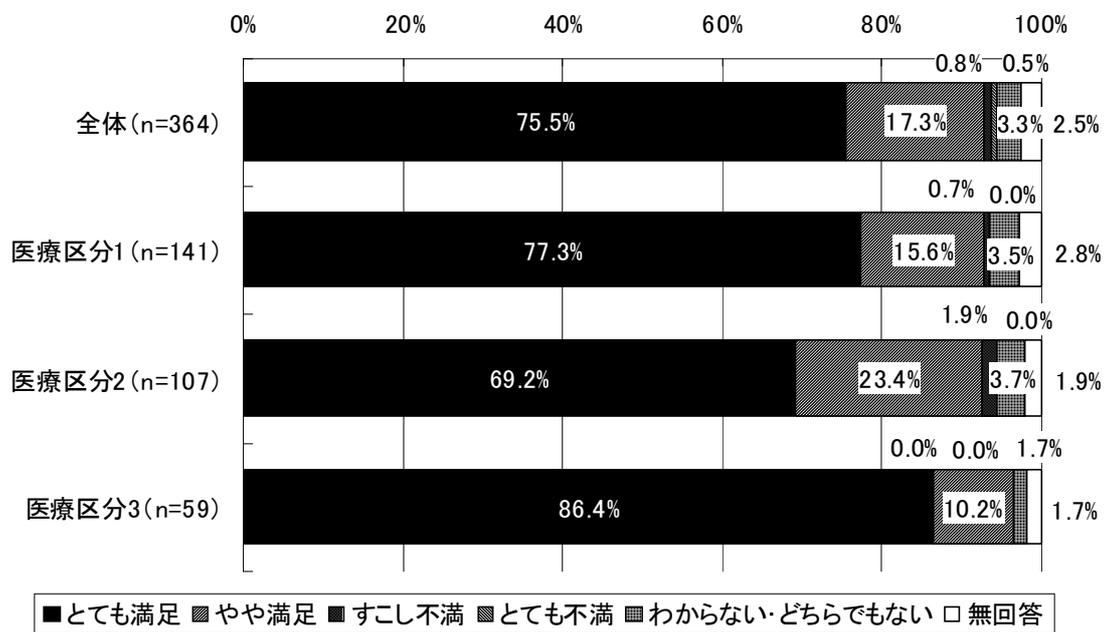
図表 364 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（男女別）



図表 365 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（年齢階級別）



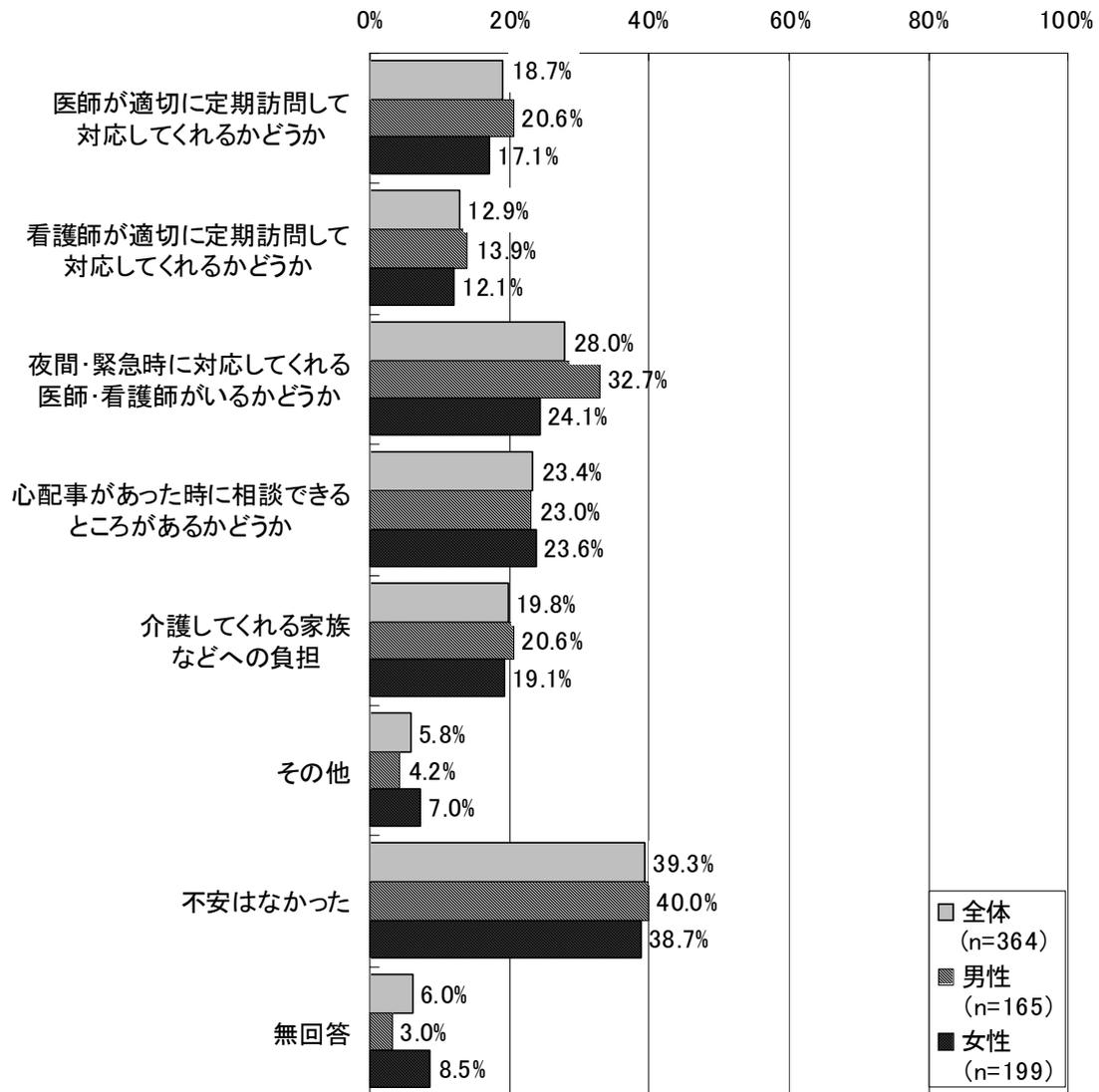
図表 366 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（医療区分別）



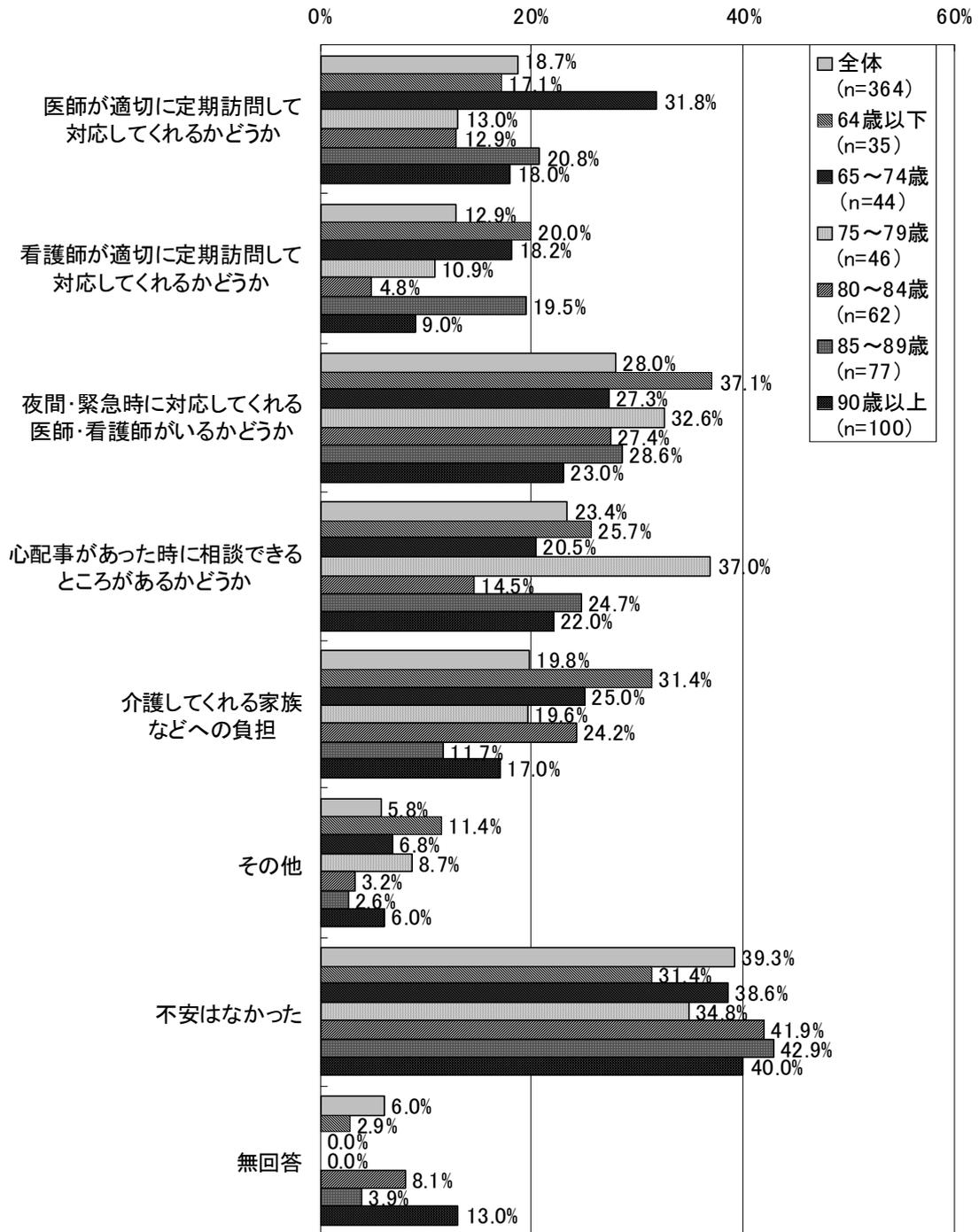
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪病院から在宅へ移行するときに不安だったこと

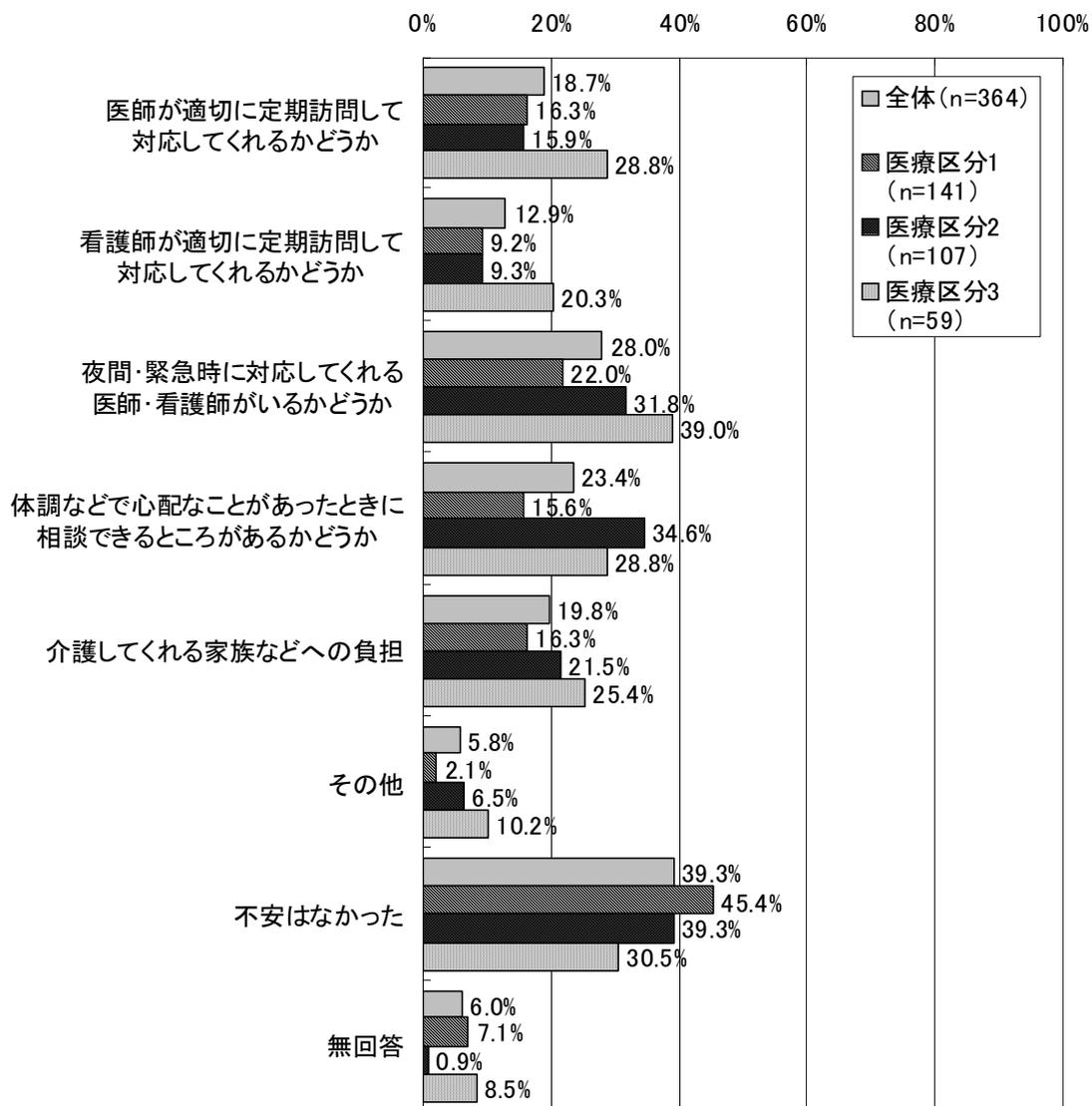
図表 367 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（男女別、複数回答）



図表 368 病院から在宅へ移行するとき不安だったこと（年齢階級別、複数回答）



図表 369 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（医療区分別、複数回答）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）
医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査
結果概要（速報）（案）

I. 調査の概要

1. 目的

- ・ 院内感染防止対策の実施状況の把握
- ・ 各種医療安全対策の実施状況の把握
- ・ 患者サポート体制、相談支援体制の実施状況の把握
- ・ 入院基本料等加算の簡素化に関する影響等の把握
- ・ 有床診療所の療養病床における療養環境整備の状況の把握

2. 調査対象

本調査では、以下の 4 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。

- ① 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」
 - ・ 「感染防止対策加算」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した 1,500 施設（病院）。
- ② 「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」
 - ・ 上記①の対象施設において、調査期間中に患者相談窓口を利用した患者。ただし、1 施設につき最大 6 名の患者とした。
- ③ 「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」
 - ・ 「有床診療所入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した 1,000 施設（有床診療所）。
- ④ 「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」
 - ・ 「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設（悉皆）、及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出のない施設（悉皆）、計 620 施設（有床診療所）。

3. 調査方法

- ・ 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。
- ・ 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」、「入院基本料等加

算の簡素化等に関する影響調査」、「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」の3種類の施設調査については、各対象施設の開設者・管理者宛に自記式調査票を郵送配布し、回答調査票は本調査事務局宛の返信用専用封筒にて回収した。

・「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」の患者調査については、「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」の対象施設を通じて、自記式調査票を対象患者に配布し、回答調査票は患者から本調査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、以下のとおり。

①「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」

：平成24年11月1日～平成24年12月27日

②「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」

：平成24年11月1日～平成24年12月27日

③「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」

：平成24年10月25日～平成24年12月18日

④「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」

：平成24年10月25日～平成24年12月26日

4. 調査項目

【調査項目】

区分	主な調査項目
①医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査	<p>○施設の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、病院種別、DPC 対応状況 ・ 第三者評価の認定状況 ・ 職員数（常勤・非常勤別） ・ 許可病床数、1日平均入院患者数 <p style="text-align: right;">／等</p> <p>○院内感染防止対策に関する取組状況と効果・課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「感染防止対策加算」の施設基準の届出状況・時期、算定件数 ・ 感染防止対策部門の有無、医療安全管理部門との関係、設置時期、スタッフ（職種、感染対策に係る経験年数等）、院内感染管理者（専従別）の人数 ・ 感染防止対策部門の設置・取組による効果 ・ 「感染防止対策地域連携加算」施設基準の届出状況、連携医療機関数、合同の定期カンファレンスの開催回数 ・ 他医療機関との相互チェックの実施状況、相互チェック等の取組開始時期 ・ 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組んだ効果、課題 ・ 抗菌薬の適正使用を図るための取組内容、中心となって取り組んでいる職員 ・ 実施している院内感染対策サーベイランスの内容、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業への参加状況

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内感染防止対策のための講習会開催数と参加者数、参加職種 ・ 職業感染に対する防止策 ・ 院内感染防止対策に関する患者への周知方法 ・ MRSA、多剤耐性緑膿菌、VRE の感染者数 ・ 感染防止対策を推進する上での課題 / 等 <p>○医療安全対策に関する取組状況・課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CT、MRI の性能別保有状況、施設基準の届出状況、保守点検の状況 ・ CT、MRI、造影剤注入装置に係る保守管理計画策定の状況、保守管理計画の見直しの頻度、安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況、開催実績、課題 / 等 <p>○患者サポート体制の取組状況、効果・課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出状況・時期・算定回数、届出を行っていない場合の理由 ・ 患者相談支援窓口の状況（専用／兼用）、患者相談支援業務に直接関与している職員数（専従／専任、経験年数別） ・ 医療安全対策加算の施設基準の届出の有無 ・ 患者相談支援窓口の有無、医療対話仲介者に関する職員研修の実施の有無、実施回数、参加者・受講者数、参加職種 ・ 患者相談支援窓口が行っている業務内容 ・ 患者からの相談件数（対話者別、内容別） ・ 患者相談支援体制を充実させたことによる効果 ・ 患者相談支援体制を充実させていく上での課題 / 等
<p>②患者サポート体制に関する患者調査</p>	<p>○属性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、入院／外来の利用、受診医療機関での入院期間／通院開始からの期間 <p>○患者相談窓口に関する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者相談窓口を知った方法 ・ 患者相談窓口の掲示や説明、文書はわかりやすかったか ・ 相談内容、相談対応者（職種、人数） ・ 相談した時間 ・ 相談した結果、問題は解決したか ・ 職員の対応に対する満足度 ・ 望まれる患者支援体制 / 等
<p>③入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査（有床診療所のみ）</p>	<p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、種類、主たる診療科、許可病床数 ・ 職員数（医師数、看護職員数、看護補助者数） ・ 1 か月間の外来患者延べ人数、1 日あたり平均入院患者数 ・ 入院基本料等の算定件数（一般病床であるが患者の状態により「有床診療所療養病床入院基本料」を算定した件数、療養病床であるが患者の状態により「有床診療所入院基本料」を算定した件数） ・ 「夜間看護配置加算」の施設基準の届出の有無 <p>○栄養管理体制の状況等</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 24 年度末時点における「栄養管理実施加算」の施設基準の届出状況、届出をしていなかった場合の理由 ・ 食事の提供方法 ・ 管理栄養士・栄養士の人数の変化（うち、栄養指導など患者と直接接する管理栄養士数） ・ 管理栄養士がいない施設における管理栄養士確保の目処 ・ 栄養スクリーニング等の栄養評価の有無、実施者、課題 <p>○褥瘡対策の取組状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 24 年度末時点における「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出状況、届出をしていなかった場合の理由 ・ 褥瘡対策チームの設置時期、職種別人数 ・ 褥瘡対策チームによるカンファレンス・褥瘡回診の開催頻度 ・ 褥瘡リスクアセスメント実施数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡保有者数（うち、院内発生、真皮を越える褥瘡保有者） ・ 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況、種類別所有数 ・ 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法 ・ 褥瘡対策を行う上での課題 / 等 <p>○緩和ケア、ターミナルケア等の状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「有床診療所緩和ケア診療加算」の施設基準の届出状況、時期、算定回数 ・ 「看取り加算」の施設基準の届出状況、時期、算定回数 ・ 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向の有無 ・ 緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題 / 等 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院基本料等加算の簡素化の影響 / 等
<p>④療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査</p>	<p>○施設の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、主たる診療科、許可病床数 ・ 職員数（常勤・非常勤別） ・ 1 か月間の外来患者延べ人数、1 日あたり平均入院患者数、療養病床の平均在院日数 ・ 各施設基準の届出の有無 <p>○療養病床の環境整備状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床の病室構成、病床部分に係る床面積、患者 1 人あたり病床床面積、廊下幅、食堂面積 ・ 談話室の有無、浴室の有無、機能訓練室の有無・床面積 ・ 建築時期、改築時期 ・ 増築または全面的な改築の予定の有無、着工予定時期 ・ 「診療所療養病床療養環境加算」、「診療所療養病床療養環境改善加算」の施設基準の届出の有無、届出時期、「診療所療養病床療養環境加算」の届出に関する意向 ・ 療養病床を運営していく上での今後の課題 / 等

Ⅱ. 調査の結果

1. 回収結果

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	回収数	回収率	有効回収数	有効回収率
①医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査					
施設調査（病院）	1,500	433	28.9%	429	28.6%
②患者サポート体制に関する患者調査					
患者調査		624	— ¹	624	— ¹
③入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査					
施設調査（有床診療所）	1,000	495	49.5%	487	48.7%
④療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査					
施設調査（有床診療所）	620	294	47.4%	265	42.7%

1：患者票の対象は調査日における患者相談窓口利用者であるが、患者相談窓口のない施設も含めて、①の調査対象となった施設（病院）を通じて配布した。このため、対象患者へ配布された枚数を把握できないため、回収率及び有効回収率は「—」とした。

2. 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査の結果

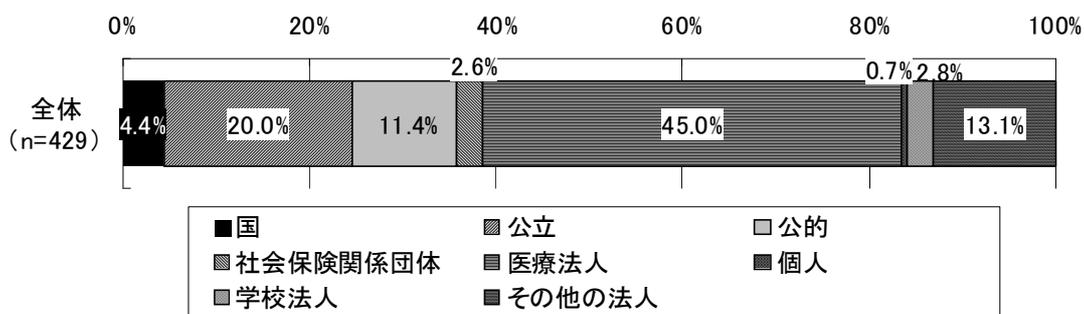
【調査対象等】

調査対象：「感染防止対策加算」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した 1,500 施設（病院）
 回答数：429 施設
 回答者：管理者

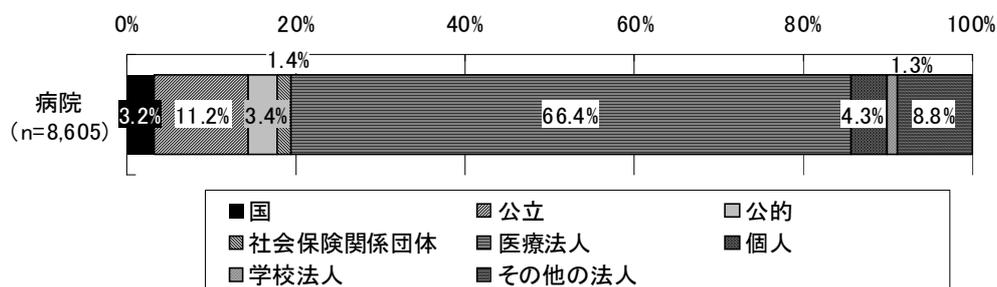
(1) 施設の概要

①開設者

図表 2 開設者

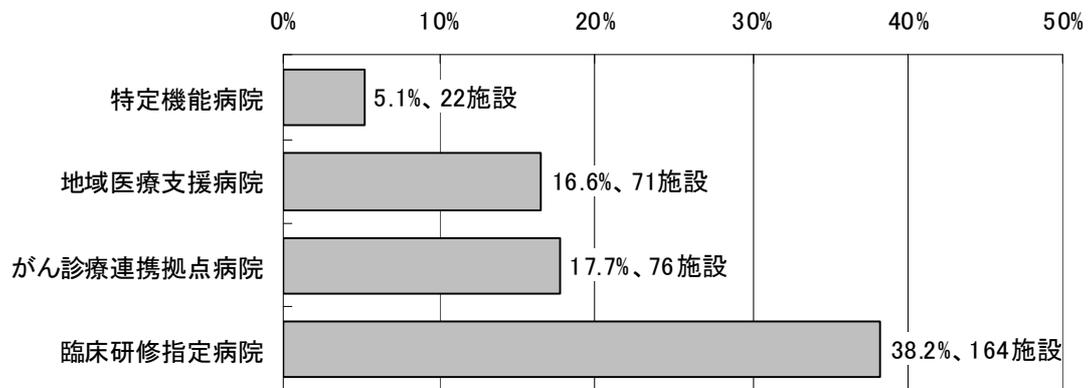


(ご参考) 全国の病院 (『平成 23 年 (2011) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告』より)



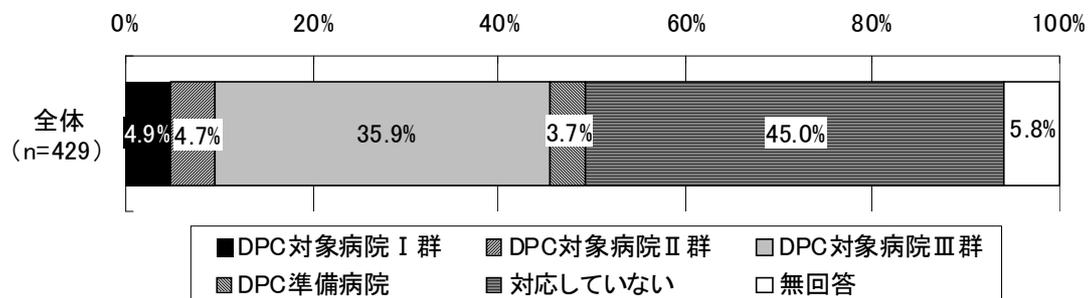
②病院種別

図表 3 病院種別 (n=429、複数回答)



③D P C 対応

図表 4 D P C 対応



④職員数

図表 5 1 施設あたり職員数 (n=414)

(単位：人)

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師・歯科医師	54.4	96.9	17.0	10.9	33.0	4.0
保健師・助産師・看護師	197.6	226.7	102.5	11.7	14.5	7.3
准看護師	12.4	12.7	9.0	2.8	4.0	1.4
薬剤師	11.2	13.9	6.0	0.5	1.4	0.0
放射線技師	10.9	12.3	7.0	0.3	1.0	0.0
臨床検査技師	13.8	17.5	8.0	1.3	2.5	0.2
臨床工学技師	4.4	5.6	3.0	0.1	0.9	0.0
その他	103.7	95.6	81.0	26.1	46.1	12.0
病院全体	408.5	428.5	259.5	53.8	77.2	30.2

(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) ÷ (当該診療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) ÷ (当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)
- ・常勤、非常勤ともに回答のあった施設を対象に集計した。

⑤許可病床数

図表 6 1 施設あたり許可病床数 (n=429)

(単位：床)

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	233.4	232.1	163.0
療養病床	31.1	64.5	0.0
精神病床	16.4	56.2	0.0
その他の病床	4.0	14.1	0.0
病院全体	285.0	226.4	200.0

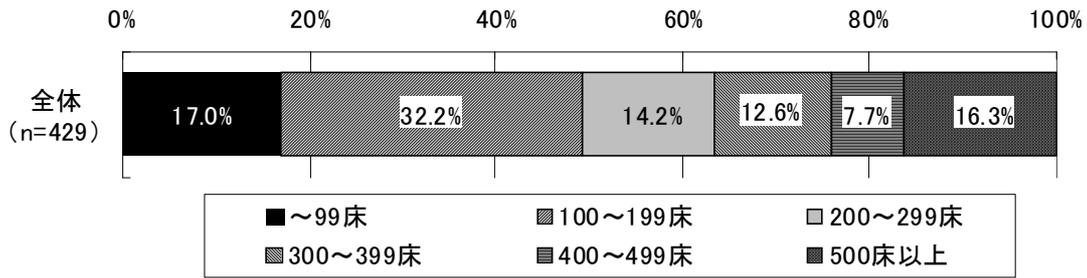
図表 7 1 施設あたり許可病床数 (該当病床がある施設)

(単位：床)

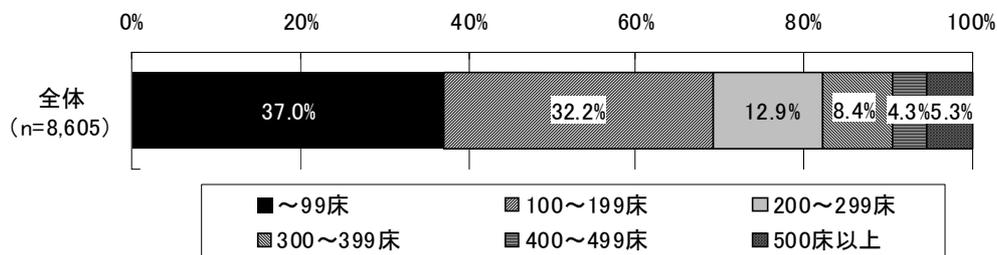
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	345	251.9	227.7	177.0
療養病床	134	89.5	82.7	60.0
精神病床	49	79.5	74.1	50.0
その他の病床	60	22.7	27.9	10.0
病院全体	429	285.0	226.4	200.0

(注) 各該当病床がある施設を集計対象とした。

図表 8 病床規模



(ご参考) 全国の病院 (『平成 23 年 (2011) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告』より)



⑥ 1日平均入院患者数

図表 9 1日平均入院患者数 (n=376)

	1日平均入院患者数(人)			許可病床数(床)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	181.1	188.0	109.9	231.1	228.8	158.5
療養病床	28.5	61.1	0.0	31.9	65.3	0.0
精神病床				10.4	37.7	0.0
その他の病床				3.6	13.8	0.0
病院全体	217.9	182.0	159.0	277.0	223.9	199.0

(注) 許可病床数は1日平均入院患者数について回答のあった376施設の許可病床数の平均値等である。

図表 10 1日平均入院患者数 (該当病床がある施設)

	回答施設数	1日平均入院患者数 (1施設あたり)			1日平均入院患者数 (100床あたり)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	345	197.4	187.9	132.2	77.8	14.8	80.3
療養病床	134	80.0	79.8	53.3	86.9	15.3	92.5
精神病床							
その他の病床							
病院全体	376	217.9	182.0	159.0	78.7	14.8	81.1

(注) 各該当病床がある施設を集計対象とした。

(2) 院内感染防止対策の実施状況等

【留意点】

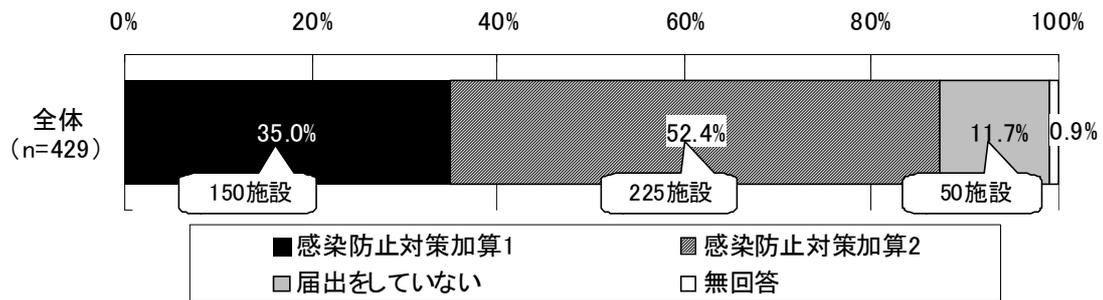
本調査の対象はp6に記載の通り、

- ・「感染防止対策加算」の施設基準の届出を行っている保険医療機関、または、
- ・「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている保険医療機関である。

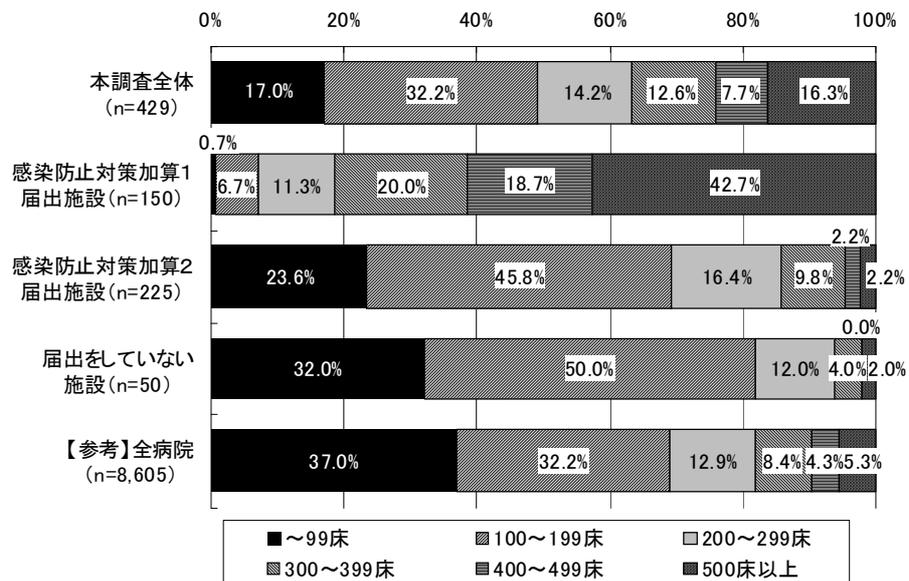
このため、この「(2) 院内感染防止対策の実施状況等」で図表中の「届出をしていない施設」というのは、「感染防止対策加算」の施設基準の届出は行っていないが「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている保険医療機関である。したがって、「感染防止対策」の施設基準の届出を行っていない病院の一般的な属性を代表するものではないことに留意する必要がある。

①感染防止対策加算の施設基準の届出状況等

図表 11 感染防止対策加算の施設基準の届出状況



(参考) 病床規模 (感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

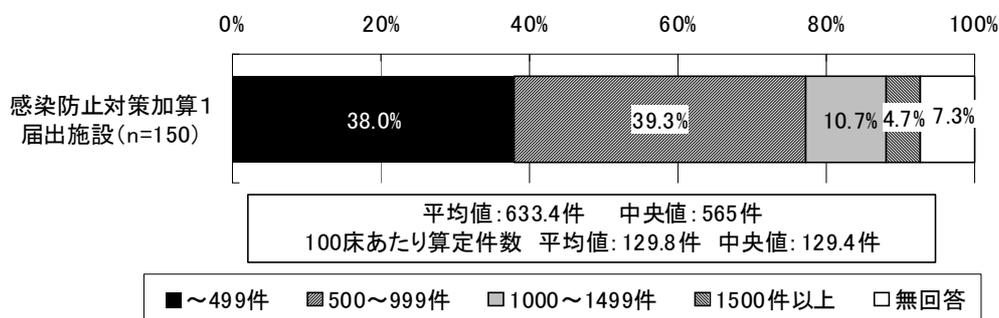


1) 感染防止対策加算 1 の状況

図表 12 感染防止対策加算 1 の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	142	94.7
平成 24 年 5 月	2	1.3
平成 24 年 6 月	3	2.0
平成 24 年 7 月	1	0.7
平成 24 年 8 月	2	1.3
全体	150	100.0

図表 13 感染防止対策加算 1 の算定件数（平成 24 年 9 月 1 か月分）

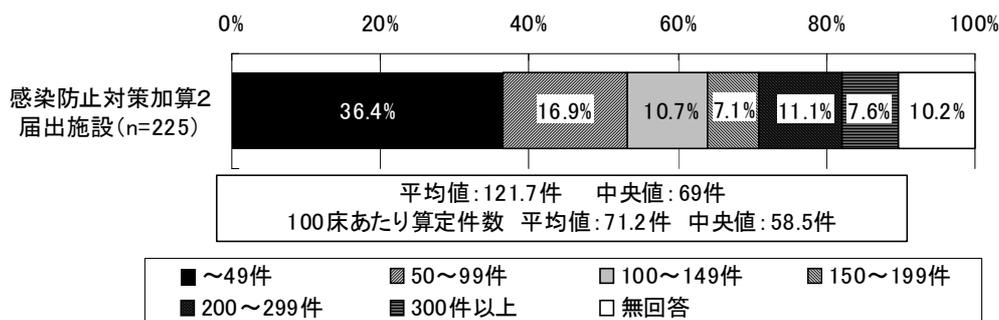


2) 感染防止対策加算 2 の状況

図表 14 感染防止対策加算 2 の施設基準の届出時期

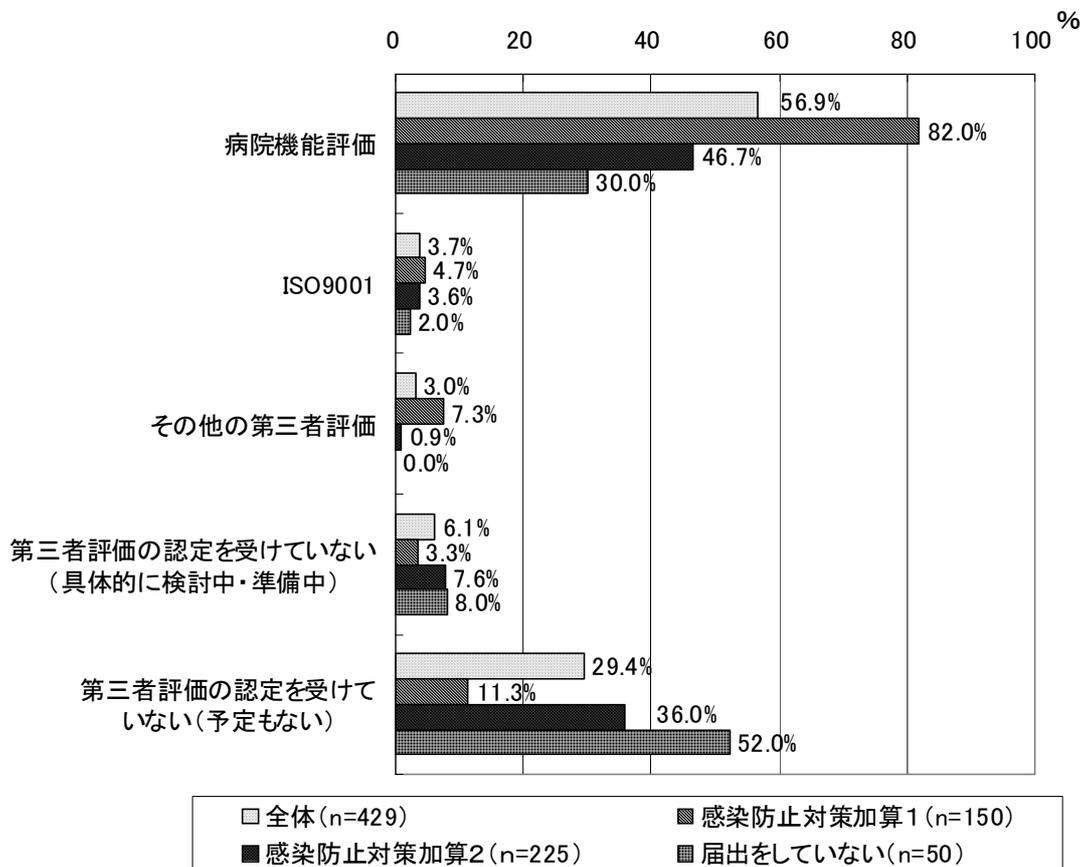
	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	180	80.0
平成 24 年 5 月	13	5.8
平成 24 年 6 月	14	6.2
平成 24 年 7 月	6	2.7
平成 24 年 8 月	0	0.0
平成 24 年 9 月	3	1.3
平成 24 年 10 月	4	1.8
無回答	5	2.2
全体	225	100.0

図表 15 感染防止対策加算 2 の算定件数（平成 24 年 9 月 1 か月分）



3) 第三者評価の認定状況

図表 16 第三者評価の認定状況（感染防止対策加算の施設基準届出状況別、複数回答）

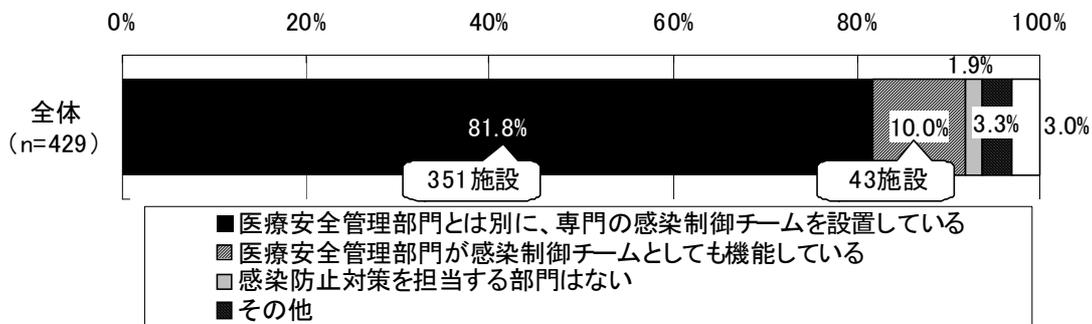


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

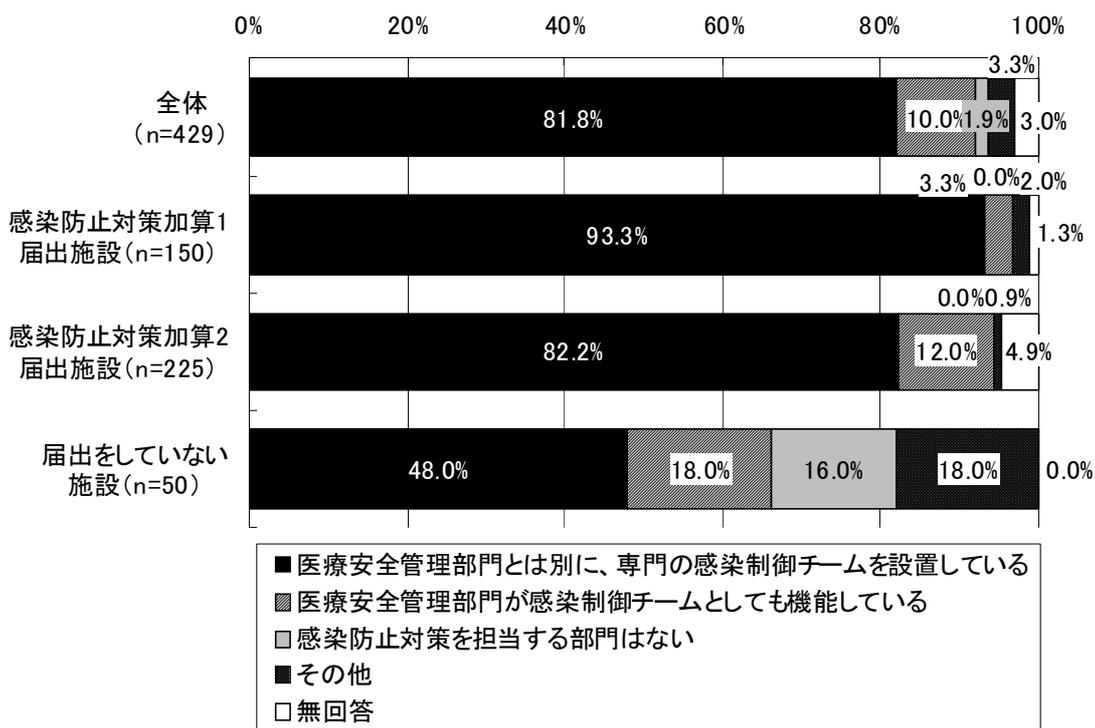
②院内感染防止対策の体制

1) 院内感染防止対策部門の状況

図表 17 院内感染防止対策部門の状況

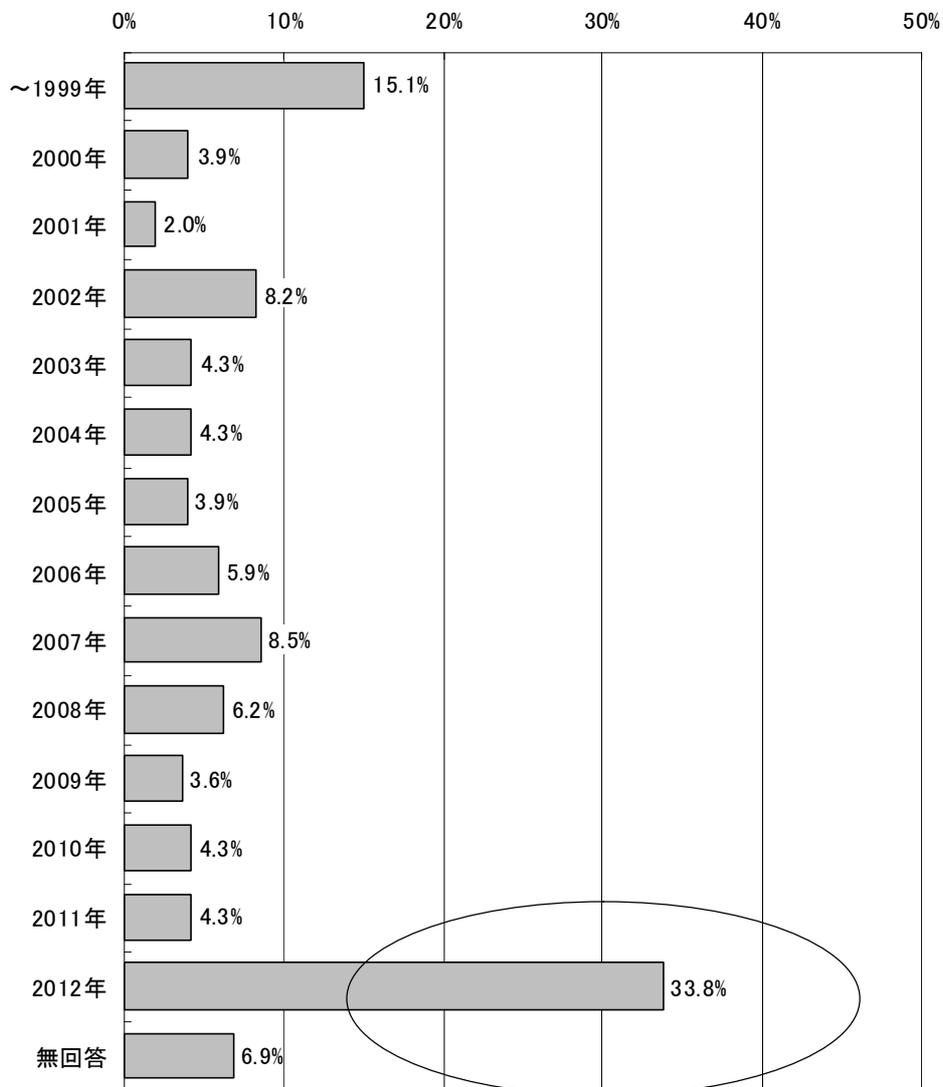


図表 18 院内感染防止対策部門の状況
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 19 感染制御チームの設置時期
 (専門の感染制御チームを設置している施設、n=351)



詳細内訳

	施設数	割合 (%)	累計割合 (%)
1月	1	0.3	0.3
2月	0	0.0	0.3
3月	1	0.3	0.7
4月	85	27.9	28.5
5月	1	0.3	28.9
6月	9	3.0	31.8
7月	4	1.3	33.1
8月	0	0.0	33.1
9月	1	0.3	33.4
10月	1	0.3	33.8

2) 感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数

図表 20 1施設あたりの感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数
 （感染制御チームを設置している施設（医療安全管理部門が兼務の場合も含む、以下同様）

【全体、n=387】

（単位：人）

	専従			専任			合計		
	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
医師・歯科医師(感染症対策経験3年以上)	0.07	0.37	0.00	1.72	1.47	1.00	1.79	1.52	1.00
医師・歯科医師(感染症対策経験3年未満)	0.01	0.07	0.00	0.33	1.26	0.00	0.34	1.26	0.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年以上)	0.40	0.55	0.00	1.65	2.04	1.00	2.05	1.93	1.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年未満)	0.02	0.12	0.00	1.22	2.76	0.00	1.23	2.76	0.00
薬剤師(病院勤務経験3年以上)	0.01	0.09	0.00	1.13	0.54	1.00	1.14	0.55	1.00
薬剤師(病院勤務経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.09	0.37	0.00	0.09	0.37	0.00
臨床検査技師(病院勤務経験3年以上)	0.01	0.10	0.00	1.11	0.55	1.00	1.12	0.55	1.00
臨床検査技師(病院勤務経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.04	0.22	0.00	0.04	0.22	0.00
その他の医療職	0.00	0.00	0.00	1.08	2.23	0.00	1.08	2.23	0.00
その他	0.03	0.22	0.00	0.76	1.41	0.00	0.79	1.41	0.00
合計	0.54	0.99	0.00	9.14	6.67	7.00	9.68	6.64	8.00
(再掲)日本看護協会認定の感染症看護専門看護師の有資格者	0.02	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.13	0.00
(再掲)日本看護協会認定の感染管理認定看護師の有資格者	0.74	0.50	1.00	0.21	0.46	0.00	0.95	0.73	1.00

【感染防止対策加算 1 の届出施設、n=144】

(単位：人)

	専従			専任			合計		
	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
医師・歯科医師(感染症対策経験 3 年以上)	0.18	0.60	0.00	2.30	1.92	2.00	2.48	1.97	2.00
医師・歯科医師(感染症対策経験 3 年未満)	0.01	0.12	0.00	0.52	1.90	0.00	0.53	1.90	0.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験 5 年以上)	1.02	0.34	1.00	0.80	1.48	0.00	1.82	1.45	1.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験 5 年未満)	0.04	0.20	0.00	1.08	3.10	0.00	1.13	3.10	0.00
薬剤師(病院勤務経験 3 年以上)	0.02	0.14	0.00	1.33	0.65	1.00	1.35	0.67	1.00
薬剤師(病院勤務経験 3 年未満)	0.00	0.00	0.00	0.10	0.44	0.00	0.10	0.44	0.00
臨床検査技師(病院勤務経験 3 年以上)	0.03	0.16	0.00	1.28	0.68	1.00	1.31	0.68	1.00
臨床検査技師(病院勤務経験 3 年未満)	0.00	0.00	0.00	0.05	0.22	0.00	0.05	0.22	0.00
その他の医療職	0.00	0.00	0.00	0.50	1.59	0.00	0.50	1.59	0.00
その他	0.09	0.35	0.00	0.55	1.03	0.00	0.64	1.05	0.00
合計	1.39	1.17	1.00	8.51	7.18	6.50	9.91	7.13	8.00
(再掲) 日本看護協会認定の感染症看護専門看護師の有資格者	0.02	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.15	0.00
(再掲) 日本看護協会認定の感染管理認定看護師の有資格者	0.99	0.30	1.00	0.27	0.51	0.00	1.25	0.57	1.00

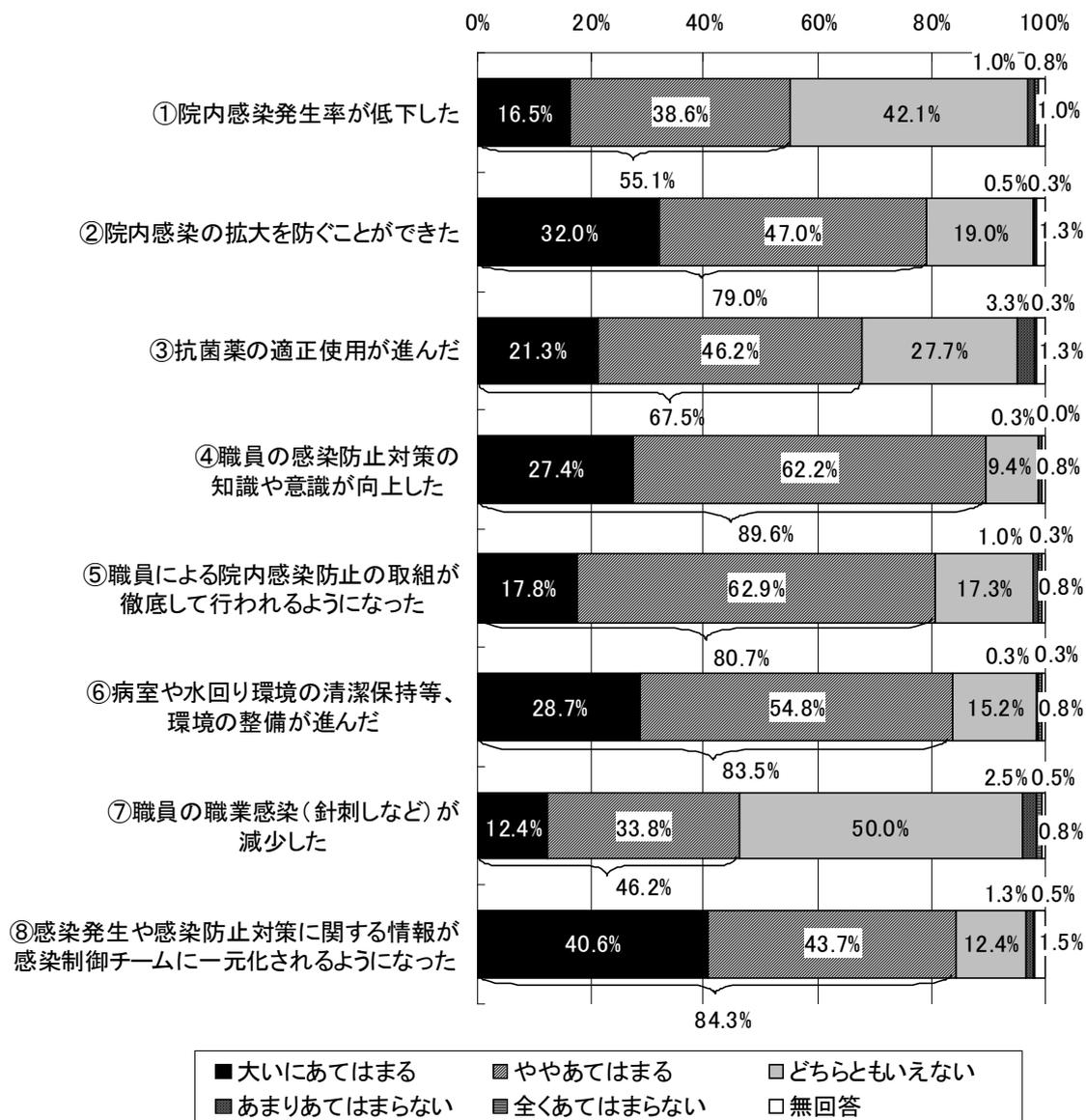
【感染防止対策加算2の届出施設、n=211】

(単位：人)

	専従			専任			合計		
	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
医師・歯科医師(感染症対策経験3年以上)	0.00	0.00	0.00	1.40	0.96	1.00	1.40	0.96	1.00
医師・歯科医師(感染症対策経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.23	0.63	0.00	0.23	0.63	0.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年以上)	0.02	0.14	0.00	2.07	2.05	1.00	2.09	2.05	1.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年未満)	0.00	0.00	0.00	1.27	2.56	0.00	1.27	2.56	0.00
薬剤師(病院勤務経験3年以上)	0.00	0.00	0.00	1.04	0.42	1.00	1.04	0.42	1.00
薬剤師(病院勤務経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.08	0.32	0.00	0.08	0.32	0.00
臨床検査技師(病院勤務経験3年以上)	0.00	0.00	0.00	1.06	0.41	1.00	1.06	0.41	1.00
臨床検査技師(病院勤務経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.04	0.22	0.00	0.04	0.22	0.00
その他の医療職	0.00	0.00	0.00	1.31	2.53	0.00	1.31	2.53	0.00
その他	0.00	0.00	0.00	0.73	1.39	0.00	0.73	1.39	0.00
合計	0.02	0.14	0.00	9.24	6.41	6.00	9.26	6.41	6.00
(再掲)日本看護協会認定の感染症看護専門看護師の有資格者	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
(再掲)日本看護協会認定の感染管理認定看護師の有資格者	0.02	0.15	0.00	0.02	0.15	0.00	0.05	0.21	0.00

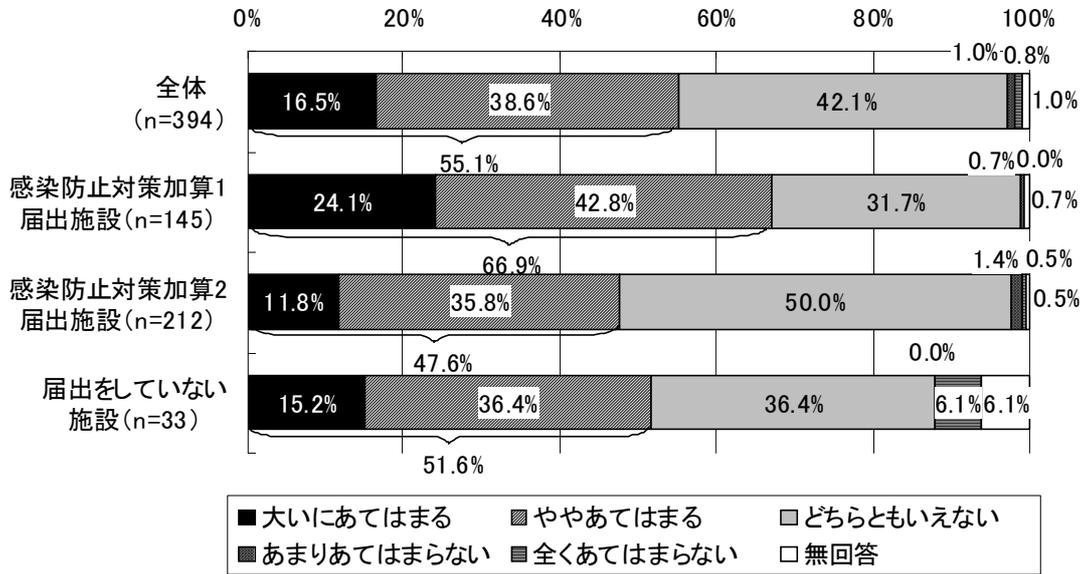
③感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果

図表 21 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
(感染制御チームを設置している施設、n=394)



図表 22 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～①院内感染発生率が低下した～

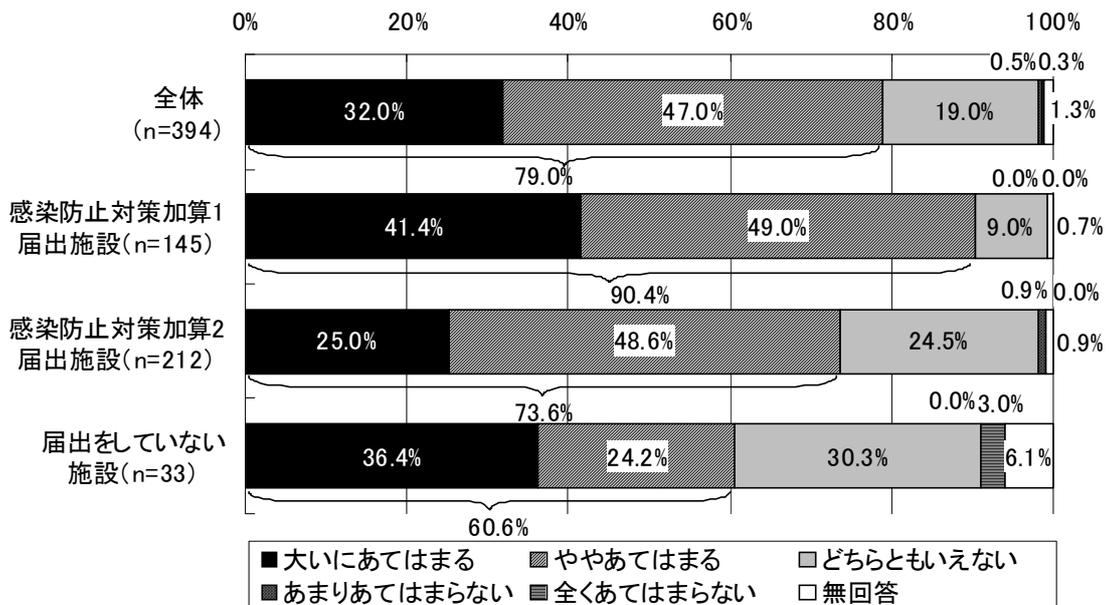
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 23 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～②院内感染の拡大を防ぐことができた～

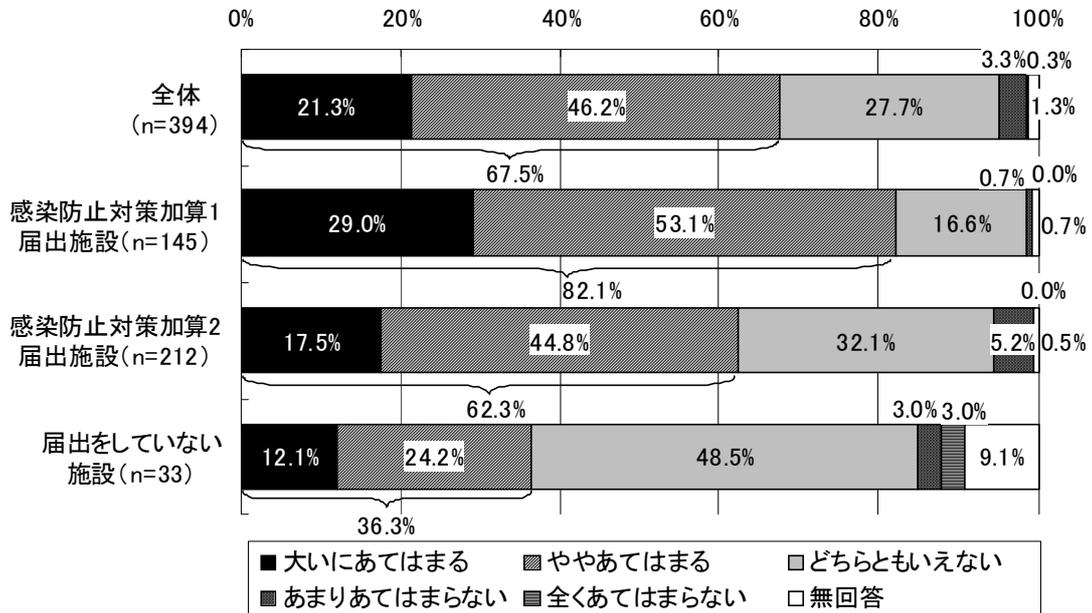
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 24 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
～③抗菌薬の適正使用が進んだ～

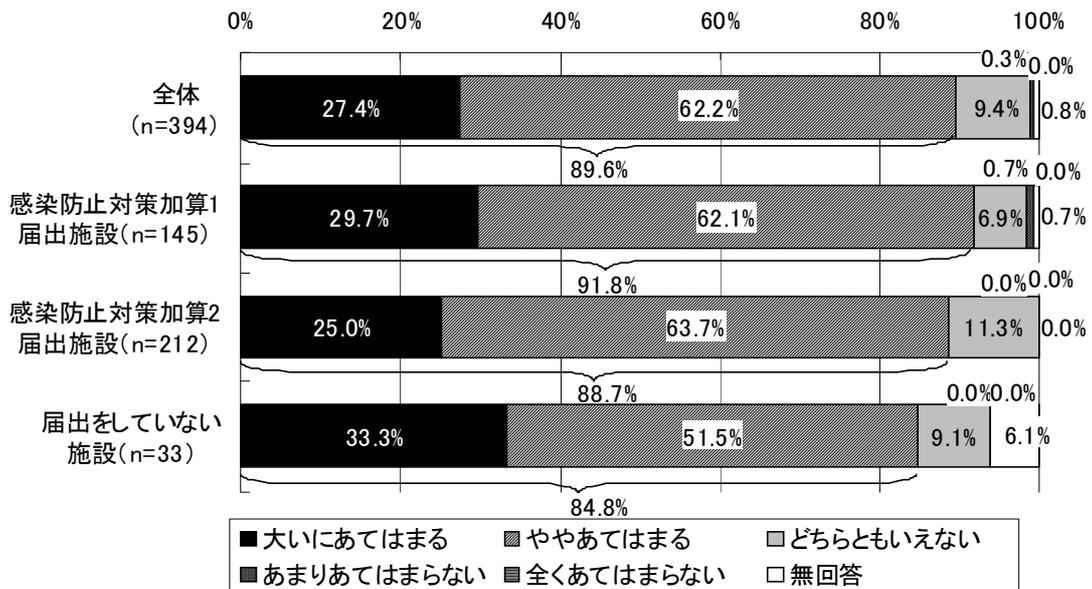
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

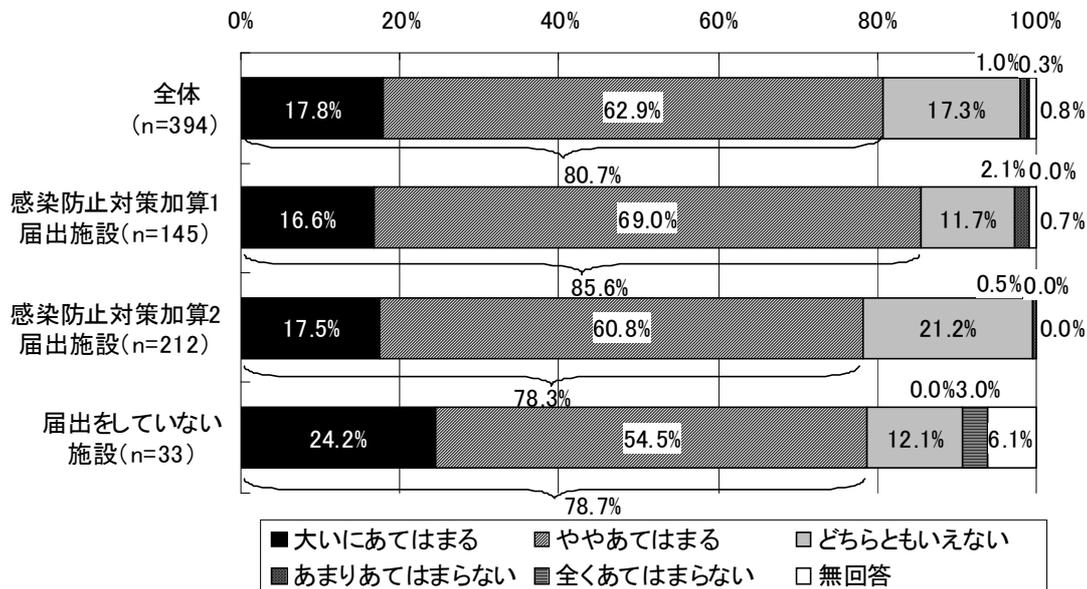
図表 25 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
～④職員の感染防止対策の知識や意識が向上した～

(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



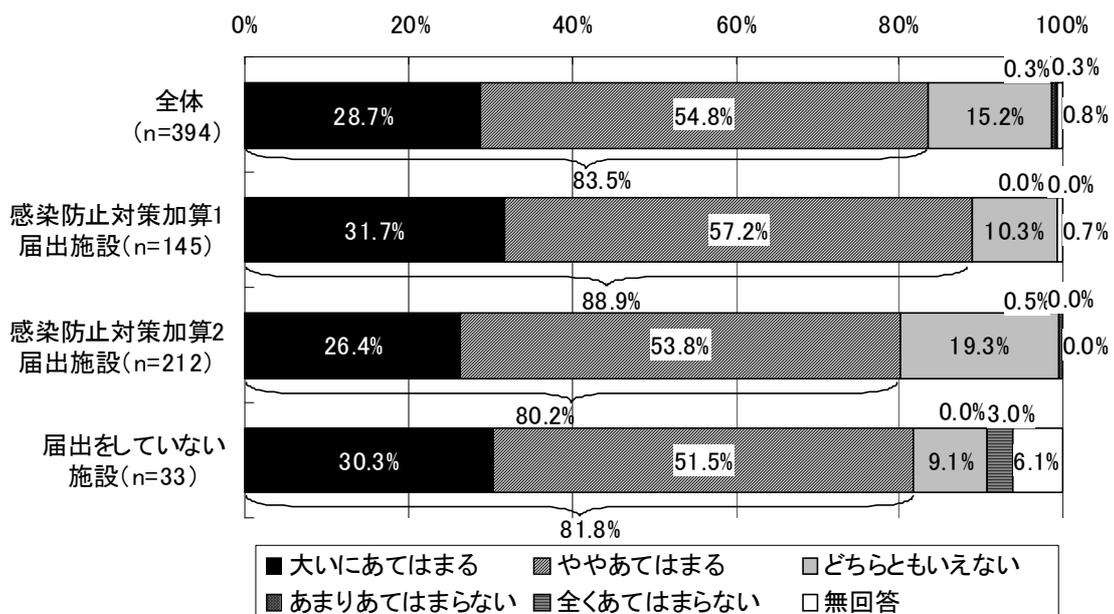
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 26 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑤職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



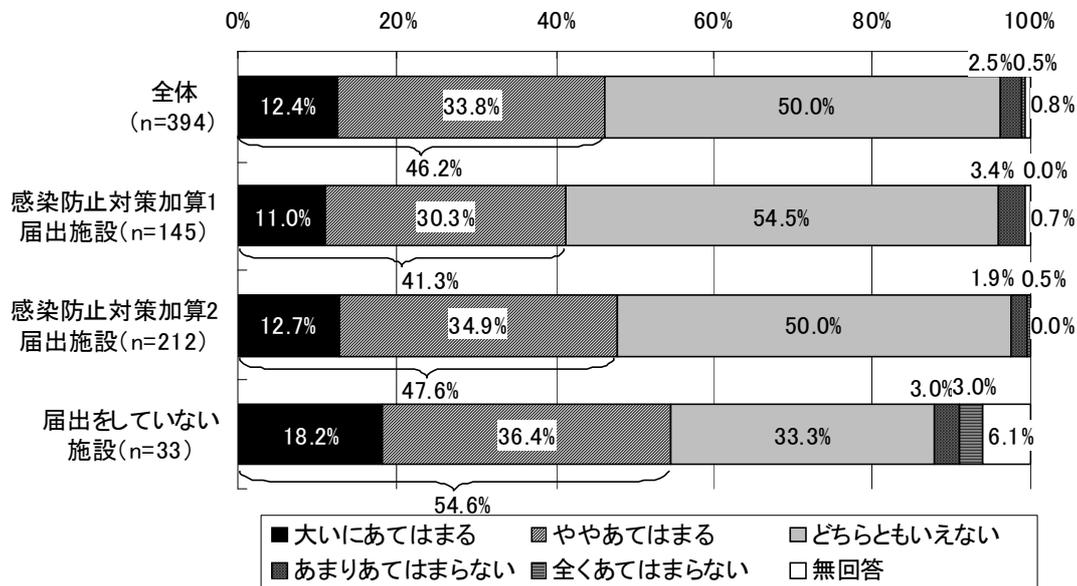
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 27 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑥病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



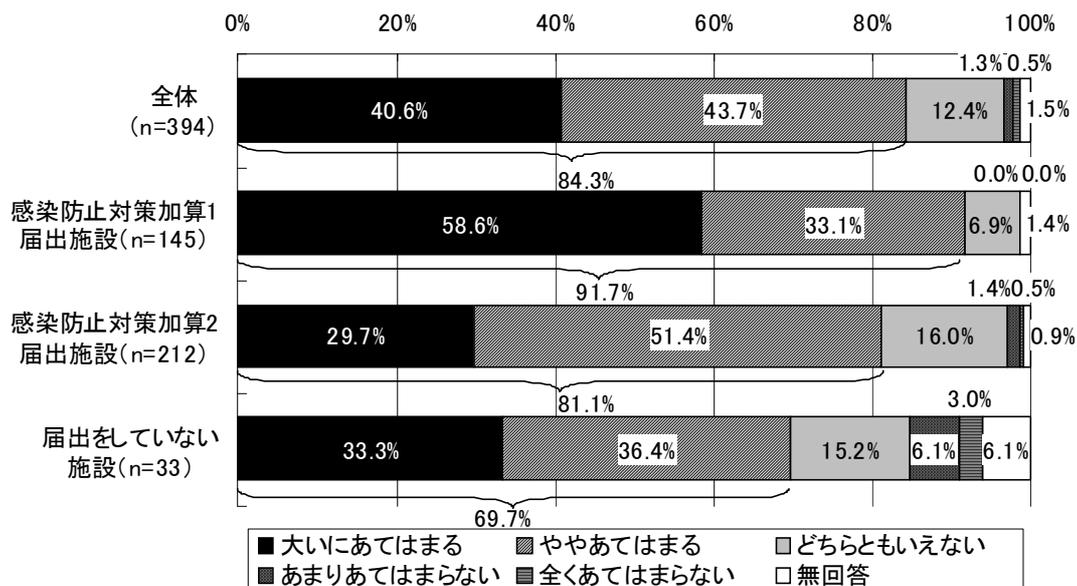
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 28 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑦職員の職業感染（針刺しなど）が減少した～
 （感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 29 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑧感染発生や感染防止対策に関する情報が感染制御チーム（感染防止対策部門）に一元化されるようになった～
 （感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 30 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
(感染制御チームを設置している施設、自由記述形式)

- 院内ラウンド実施を通じた効果（職員の意識付け、整理整頓、問題への迅速な対応など）
 - ・院内ラウンドを実施するようになり、院内の感染防止対策に関する現状の把握ができるようになった。
 - ・院内ラウンドを行うことで、各部署における感染対策についての意識が高まった（整理、整頓、速乾式手指消毒剤使用量）。
 - ・週 1 回のラウンドにより職員の院内感染防止に対する知識が向上し、リンクナースへの指導が適切に行えるようになった。
 - ・毎週ラウンドを実施することにより、課題にタイムリーに対応できるようになった。
 - ・ラウンド回数を増加することができ、感染防止対策の改善が進んだ。
 - ・病棟をラウンドすることにより、病棟ごとにバラバラだった対策が統一されるようになった。
 - ・定期的にラウンドを実施することで、現場の問題点が明確になった。管理者の協力が得られやすくなった。
 - ・外部講師によるラウンドで、各部署、指摘された事項について職種の壁を越えて改善に取り組むことができた。
- 情報の集約化と共有化
 - ・各職種間の連携や情報交換がスムーズに行えるようになった。
 - ・感染防止を担当する職種と異なるスタッフ同士がチームとして活動することにより個人で動くことが減少し、他職種とそれぞれの専門分野を生かした対策案や情報を交換して色々な視点、情報を持った上で活動することができるようになった。効率が良くなったと感じる。
 - ・多職種で部門が運営されるようになり、法人全体の意識の向上が目立っている。ひとりひとりの感染防止への意識が高まった。
 - ・チームの活動内容が院内で認識でき、感染症についての相談が医師からもくるようになった。
 - ・情報を一元化でき、統一した対策ができています。
 - ・ICTメンバーが病院設備やシステムについて情報共有しやすくなった。
 - ・感染対策に関する最新情報がタイムリーに入る。
- チームによる主導的な活動の実施、情報発信
 - ・感染対策や抗菌薬使用に関するコンサルテーションが増えた。
 - ・感染対策チームの周知、コンサルテーションの増加。
 - ・ICT ニュースを毎日発行して、委員会での決定事項や最新の感染情報を発信している。

○職業感染防止対策の徹底

- ・職員に対するワクチン接種（B型肝炎、インフルエンザ）の接種率の向上。
- ・インフルエンザサーベイランスにより、職員のワクチン接種率が向上し、インフルエンザ罹患率は低下した。
- ・職業感染対策として、職員のウイルス性疾患の抗体価測定やワクチン接種が行われたこと。
- ・職員の抗体価獲得（麻疹・水痘・ムンプス・風疹）が徹底されるようになった。
- ・結核に対する職業感染対策が充実した。
- ・職業感染対策に取り組み、現場での一次洗浄の減少や個人防護具着用率が上っている。

○職員の意識向上、感染防止対策の向上

- ・手洗いの重要性が高まった。標準予防策の理解が高まった。手洗い洗剤のボトルの付け足しを中止した。感染予防対策が高められつつある（各自専用のゴーグルを入職時配布し、必要時すぐ使用できる対策）。
- ・標準予防策がすべての医療職で実践できるようになった。
- ・ノロウイルス感染に対し拡大を防げるようになった。
- ・抗菌薬使用届提出率の向上。
- ・必要な培養検査や採血がしっかり依頼されるようになった。
- ・感染防止対策マニュアル・手順など見直し、改訂作業が進んだ。
- ・抗菌薬長期投与のモニタリング。
- ・MRSA 薬の AUD が激減した。カルバペネム系の AUD は変化なし。
- ・以前は、報告するべき時・するべき項目で報告がなかったり、報告時は対策を開始していないケースも多く、マニュアルを見ることもなく「どうしたら良い？」という感じも多かった。感染制御部が活動しはじめてから次第に必要な報告がもれることがなくなり、報告時にはある程度の感染対策の初動が開始されているケースが多く、感染の拡大を最小限に抑えられるようになってきた。意識の向上が認められた。

○院内環境の整備等

- ・医療廃棄物分別の見直しと廃棄環境の改善、洗浄消毒滅菌に関する整備の改善、中央化の実現。
- ・清潔と不潔の管理ができるようになった。
- ・安全な器材の導入が積極的に行われている。
- ・バルーンカテーテルの床つき防止の改善が徹底された
- ・資源、設備の整備が進んだ。
- ・抗菌薬、消毒薬、PPE の使用量が具体的にわかり、使用率がわかった。感染性廃棄物入れのリニューアルを一斉に行った。
- ・感染防止対策用機器の検討、評価が一元化された。

○職員以外の人に対する啓発活動の実施

- ・面会者への手洗いの周知。
- ・委託業者に手指消毒の勉強会に参加してもらい、清潔の観念や、いかに手がきれいに洗えていないかを実感してもらった。この事から環境整備がより充実した。

○早期の感染対策の実施

- ・感染徴候の早期把握ができるようになり、早めに対策ができるようになった。
- ・検査部門からの速やかな情報が有効である。
- ・医療関連感染のサーベイランスを開始し、具体的な対策の実践が行えている。
- ・「アウトブレイクが発生してから対策をとる」という状況から、「アウトブレイクの発生予兆に気がつき対策をとる」に変わった。
- ・“起きてから”ではなく、“起きる前に対処を”という文化が醸成されたこと。
- ・情報が一元化されることで、必要時すぐに対応することが可能となり院内アウトブレイク防止に努めることができている。
- ・疥癬、CD 陽性、抗酸菌陽性などの患者、MRSA、ESBL などの耐性菌患者の把握ができるようになった。ノロウイルスに対しての感染対策（ノロセットでの実習）も実施できた。
- ・院内感染のアウトブレイク時に早期介入・調査ができるようになった。

○感染症の削減

- ・注射用カルバペネム系抗生剤の使用は届出制にして使用数を減らし、MRSA の新規発生件数は減少している。
- ・VRE 患者の発生を受けて、リスクが高い患者への入院時スクリーニングを開始した。スクリーニング開始後、早期に VRE 陽性患者を発見でき、院内での感染防止につながった。
- ・抗生剤の使い方について相談する医師が増えた。緑膿菌や MRSA の発症例が減少した。

○コスト削減効果

- ・費用対効果の高い方法を選択するようになり、コストを抑えた良いものを導入するようになった。
- ・感染防止対策加算は届出していないが、同法人の病院と連携をとりチェックをしている。結果として、感染症の拡大も少なく対応できている。正しい対応をすることで無駄な医療消耗品が減った。
- ・感染対策を見直すことにより、コスト削減効果。

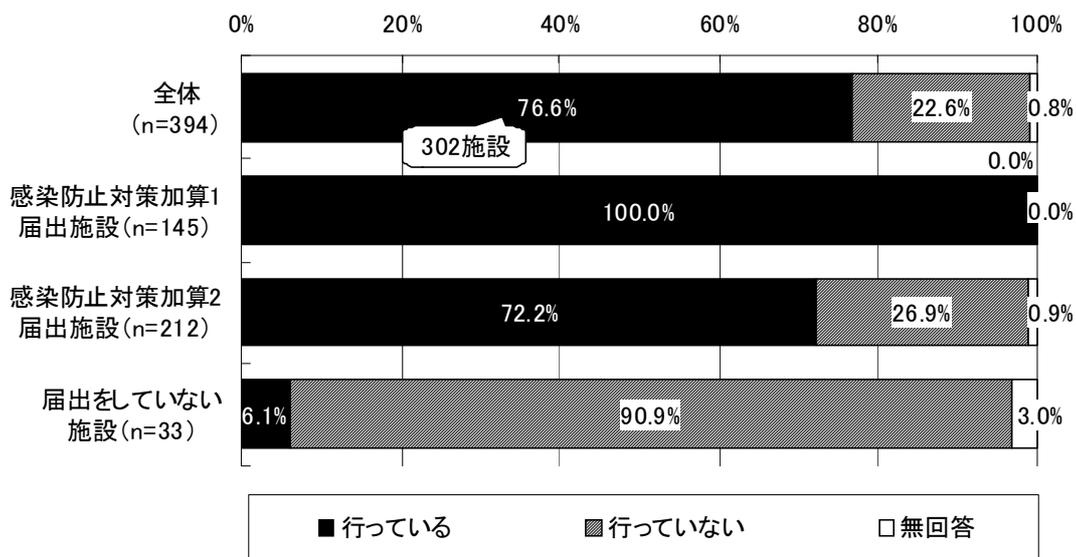
○その他

- 血液培養陽性事例の予後が改善した。
- 研修や講演会の回数が増え、内容も充実した。また、年々参加率も上昇傾向にある。
- 組織改善、教育、コンサルテーション、ファシリティなど組織横断的活動につながった。
- 職員本人・家族による感染症り患時の届出制を導入したので、感染対策の意識が向上した。
- 保健所などとの連携が行い易くなったこと。

④院内感染防止対策について、他の医療機関との連携した取組の実施状況

1) 院内感染防止対策についてのお医療機関との連携した取組の実施状況

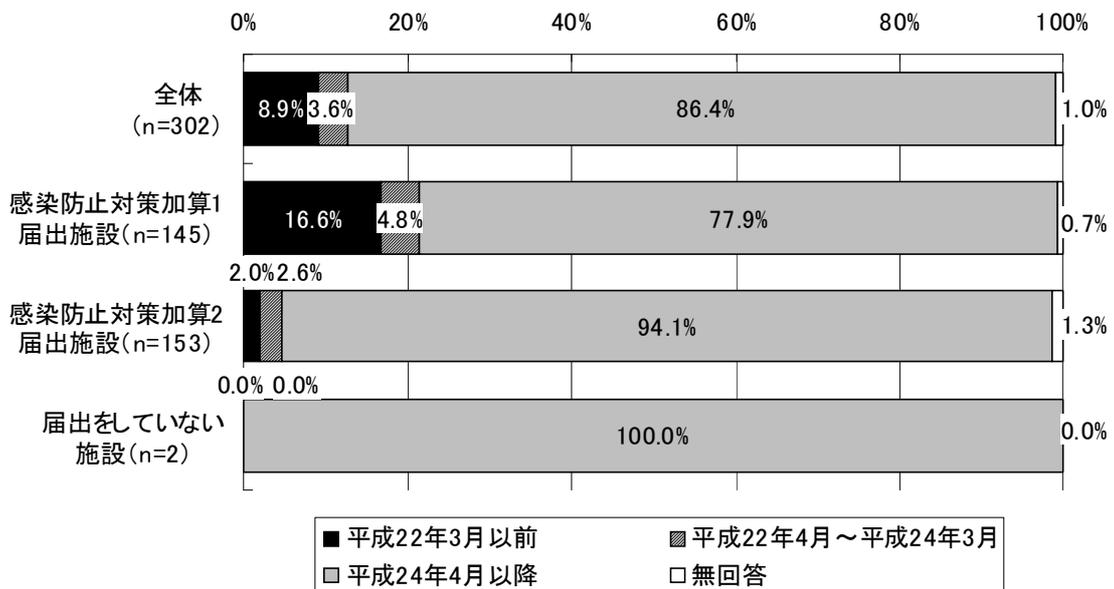
図表 31 院内感染防止対策についてのお医療機関との連携した取組の実施状況
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

2) 感染防止対策について、他医療機関と相互チェック等の取組を開始した時期

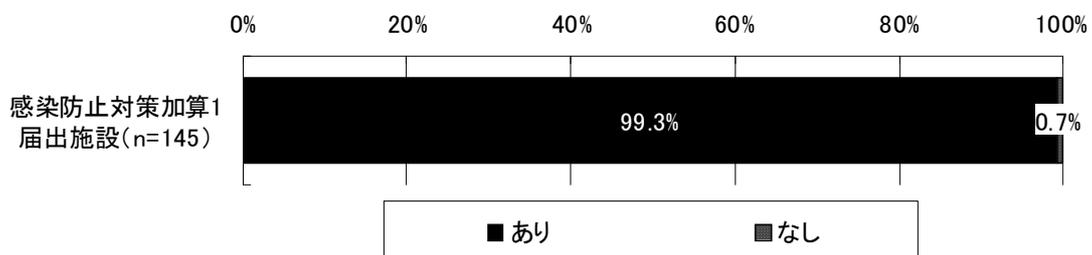
図表 32 感染防止対策について、他医療機関と相互チェック等の取組を開始した時期
(他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3) 感染防止対策地域連携加算の届出の有無

図表 33 「感染防止対策地域連携加算」の届出の有無
(他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設)



4) 感染防止対策において連携している医療機関数

図表 34 感染防止対策において連携している医療機関数
(1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	4.8	12.5	3
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	6.9	17.4	4
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	2.9	3.4	2

図表 35 上記のうち、自施設が現地に赴き評価を行う連携医療機関数
(1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	1.0	1.0	1
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	1.5	0.9	1
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	0.9	0

図表 36 上記のうち、自施設を評価する連携医療機関数
(1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	1.2	0.8	1
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	1.4	0.7	1
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	1.0	0.9	1

5) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間における連携医療機関との取組実績

図表 37 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設が現地に赴き評価を行った連携医療機関数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	0.9	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.6	0.7	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.4	1.0	0

図表 38 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設が現地に赴き連携医療機関の評価を行った回数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

(単位：回)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	0.9	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.6	0.8	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	0.9	0

図表 39 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設の院内感染防止対策を評価しに訪れた連携医療機関数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.4	0.7	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.5	0.8	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.4	0.7	0

図表 40 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、連携医療機関が院内感染防止対策を評価しに訪れた実施回数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

(単位：回)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	1.6	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.4	0.5	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	2.2	0

6) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に開催した合同カンファレンスの回数（実績）

図表 41 半年間に開催した、連携医療機関との合同の定期カンファレンスの回数

（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

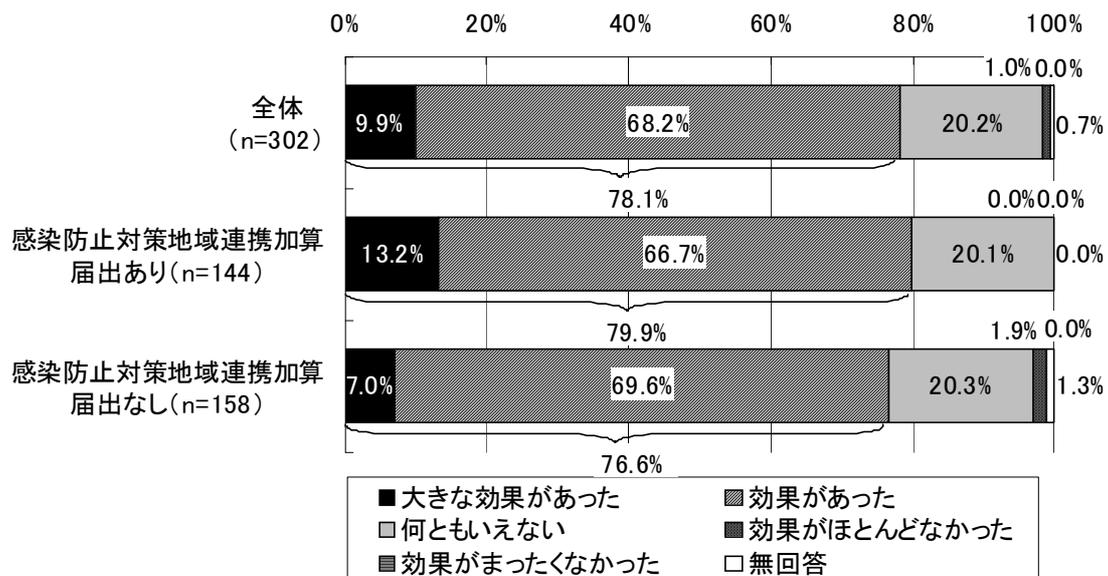
（単位：回）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	2.2	1.0	2
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	2.3	1.0	2
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	2.2	1.1	2

⑤他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果と課題

1) 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果

図表 42 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果
 (他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
 感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)



2) 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上での課題

図表 43 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上での課題
 (自由記述式、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設)

- 施設規模による感染対策上の対応力等の違い
- ・施設規模により取組の内容やレベルに大きな差がある。
 - ・感染防止対策に使用する費用の確保（予算の設定）の違い。
 - ・施設の規模やハード面の造りが違うため同様には取り組めない。
 - ・情報量、知識、薬品や防具のコスト、診療科の違い。
 - ・病院間における感染防止対策レベルの差。
 - ・各施設の規模によって、感染対策にかけられる費用と人員が違うので、感染対策をオーダーメイドしなければならない。
 - ・医療機関により ICT メンバーが揃っている所、そうでない所があり、感染対策に取り組む体制に大きな差がある。
 - ・病床数や規模の異なる医療機関との相互評価において、厚生労働省推奨のチェック項目では独自のアレンジが必要と感じた。 / 等

○施設特性による必要な感染対策の違い、それに伴う評価の困難さ

- ・急性期・慢性期の違い、診療科の違いなどによる感染対策上のニーズが違っている。
- ・医療資源・人的資源に違いがあり取組を共有することが難しいこともある。
- ・施設の特異性が異なる点で具体的な解決策を講じることができない。
- ・相互評価の方法や内容が適切であるかどうか、また、実施したことで質が向上したかどうか評価しにくい。
- ・対象が小児と成人で違うため、抗菌薬の使用状況などのカンファレンスや感染防止対策の取組についてカンファレンスでの検討が難しい場合がある
- ・機能の異なる病院間での評価。
- ・施設や各部署特性などの影響もあり、データがわかりづらい。
- ・病院の規模、機能、患者層の違いにより比較検討しにくい。 /等

○施設特性に応じた感染対策の必要性

- ・各医療機関の実情に合った方法の選択。
- ・施設ごとの特性や機能に応じた感染管理の充実。
- ・個々の病院に合った対策を見つけていくこと。
- ・病院機能に差があり取組方の統一が困難である。
- ・他の医療機関で行っている感染防止対策を参考にできるが、病床数など、その施設の規模によって参考とならないこともある。
- ・院内における感染防止策については大きな差異はないが、周辺施設に対する取組方には温度差がある。
- ・病院の機能や規模により全てが同じマニュアルで運用できない。
- ・病院の施設規模・設備等の違いから感染対策の取組に違いが生じる。他の施設では、そこまでしなくても良いのではないかという観念がある。
- ・当院と他院の患者背景や規模などの違いが大きく簡単に同じことはできない。 /等

○加算 1 届出病院と加算 2 届出病院との連携のあり方

- ・感染防止対策加算 1 の連携では、私立医科大学感染対策協議会を基盤にしており、相互ラウンドも同様に行っているが、加算 2 の施設との地域連携については、耐性菌分離状況や感染対策組織も大きく異なるなど病院背景に相違がある。そのような病院背景のレベル（相違）に合わせた連携が必要となる。
- ・加算 1 と 2 の連携では、ICT の設置や専任・専従者の有無で、意識の差が生じている。
- ・加算 2 施設のスタンスとして、加算条件に施設訪問がないため、加算 1 の施設が積極的に取組もうとしても、認識のずれがある。加算 2 との連携にも施設訪問の条件付けがあってもよい。
- ・加算 2 の医療機関への助言・指導などの機会があまりない（当院へのこれらの要望などが来ない）。

- ・加算 2 の施設間での対策の度合いに差が大きく、カンファレンスを実施する前に準備やフォローが必要。 /等

○連携医療機関の状況把握及び一層の情報交流

- ・相手の病院の規模や ICT の活動状況、問題点を理解するまでには時間が必要であるため、会議では情報交換のみに終わっている。継続した取組が必要であると思う。
- ・各病院で実施可能な感染対策を考える上で、各病院のハード面・ソフト面の状況を把握する必要があり、今後の課題である。
- ・緻密な情報交換。
- ・情報交換方法の確立（メーリングリストの作成）と気軽に交換できる環境づくり。各医療機関間の対策、取組を確認・評価するなどの機会をどのように持つか、そのチェック・改善内容をその他連携施設とどのように共有すればよいか。共有できるようになれば施設間の理解が深まり相互に感染対策の対応の差が縮小されるように思う。
- ・連携施設が多いため、1施設との関わりが浅くなっている。また、連携施設の感染対策の取組に差があるため、個別的な対応が必要である。
- ・他施設の感染対策状況や背景を把握することが難しい。相互ラウンドのような形態で評価・改善していければよいが連携施設数が多く困難。
- ・お互いの検査方法、集計方法、マニュアルなどの周知、確認。
- ・当院の問題点だけではなく、他の医療機関の問題点、課題を把握しながら取り組む必要がある。
- ・相互の施設の状況が十分に把握できない。
- ・環境整備に関するマニュアル作成と周知。
- ・各病院の背景を知った上で、感染対策に取り組む必要を感じる（ハード面・ソフト面など）。 /等

○データ等の統一化、共有化

- ・各施設データの出し方が違うため、統一する必要がある。
- ・医療機関にバラつきがあるため、各種データの共有及び活用が今後の課題。
- ・データの統一化（耐性菌発生状況、抗菌薬使用状況等）。
- ・自施設のデータを含めて、データの共有化（各施設が提供するデータが様々）。
- ・医療機関の規模や細菌検査システム、考え方に差異があるため、基準のすり合わせが難しい。
- ・統一したデータの共有化。
- ・情報交換時の様々なデータの集計の仕方が多少異なる。
- ・書式が統一されていない。
- ・データの算出方法が医療機関により異なるため、ベンチマークを行うことができない。

/等

○他医療機関との日程調整の困難さ

- ・日程調整の難しさ。
- ・全職種が日程を合わせて、連携病院と定期カンファレンスを実施することが難しい。
- ・カンファレンスの時間・場所設定に調整が必要。
- ・相互ラウンド時の時間設定。
- ・複数の病院が日程を合わせて行うカンファレンスの設定が難しい。
- ・合同カンファレンスに医師が参加できるよう開催日時の調整が難しい。
- ・合同カンファレンスの日程調整（医師の業務の関係）。
- ・他院との連携をするにあたり、各職種のメンバーの時間調整が難しい。
- ・加算 2 の施設では担当者の時間がとれずにカンファレンス等の日程が困難。
- ・連携するにあたり、会議への出席が難しい職種があり、時間外となる。または、参加できない。
- ・勤務時間内に医師、看護師、薬剤師、検査技師が指定病院に行くことが厳しい。
- ・チームカンファレンス、相互評価を行うにあたり、日程調整が難しい。 / 等

○合同カンファレンスの議題設定の困難さ

- ・病院の規模や特性（急性期・慢性期など）が大きく異なる連携病院間のカンファレンスのもち方。
- ・連携病院間との時間や議題の調整。
- ・加算 2 届出病院との共通の話題が少なく、内容が偏り気味になる。
- ・感染防止対策加算の連携病院には、病床数・機能等、病院の形態が違うため、連携病院全てで行える対策を見つけていくこと。
- ・施設間で院内感染対策での格差が大きく底上げが急務である。また、合同カンファレンスで共通の関心事に差異がある。
- ・カンファレンスのテーマの調整。
- ・連携施設の規模が各々違うため、カンファレンスで取り上げる内容が十分活かされているか、今後評価が必要。
- ・加算 1 取得病院であるため、他院の現状を理解し良質で効果的な感染管理活動につながるテーマで合同カンファレンスを実施する。
- ・地域共通の課題を明確にする。 / 等

○職員の負担、人員確保

- ・限られた職員がその限られた時間内で資料作成や合同カンファレンスの出席に迫られ負担が大きい。
- ・マンパワーの不足。
- ・専従職の増員。

- ・ 人員確保と時間の捻出が容易ではない。限られた人数で他機関との連携までリソースを割くことは困難で、最初はできてもモチベーションが続かないかもしれないと危惧している。
- ・ 年4回他の医療機関にカンファレンスに行くのは同じメンバーでは難しい。
- ・ 各病院に認定看護師、感染症専門医がいて、専任で活動できること（が今後の課題）。
- ・ 人員不足のため、カンファレンス等で自施設を空ける回数が増えることは負担となる。
- ・ 書類チェック、ラウンド、併せて終日かかる。
- ・ 日程調整や準備、記録等の雑務に要する時間が多く、自施設の感染対策業務が滞る。
- ・ 関わるスタッフが専任のため、感染対策に従事する時間的余裕が少ない。 / 等

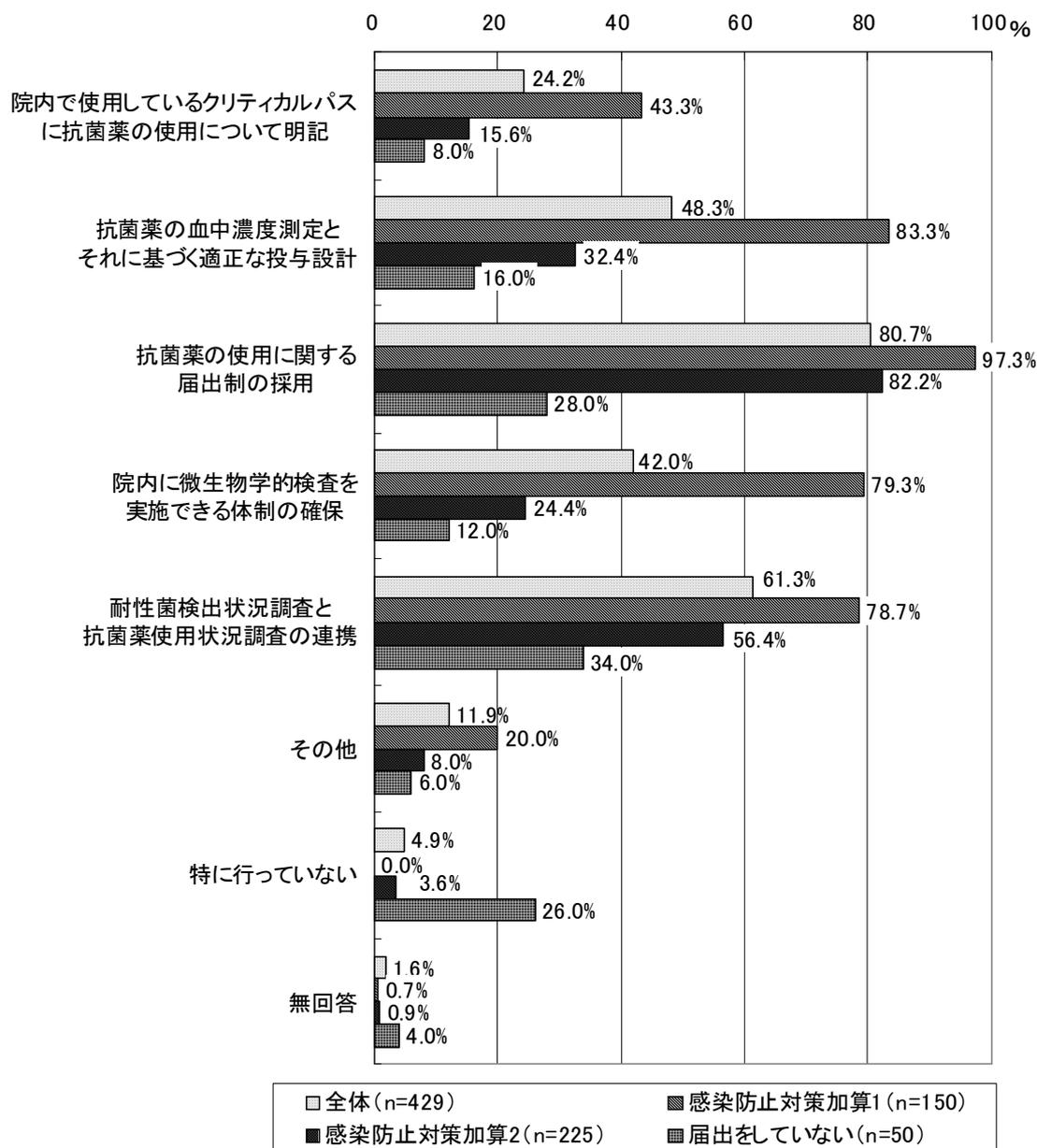
○その他

- ・ 自施設で感染対策上理想とされる対策を連携施設が学んだ後の実施に向けての提案。
- ・ 内容の妥当性、評価した内容の改善についての確認。
- ・ HIV 感染事故の対応のあり方を検討していく必要がある。
- ・ 医師中心だと他職種が意見を聞きにくい。
- ・ 遠方の医療機関と連携しているため、移動時間を要することから、頻回な定期確認ができない。
- ・ 感染防止上の医療水準の差が埋まるよう連携を図ること。
- ・ 感染防止対策の情報、マニュアルの改訂箇所の情報の周知徹底。
- ・ 感染防止対策加算の連携については、今年度から初の試みであり、合同カンファレンス相互チェックとともに実際の方法が正しいのか判断に迷う。
- ・ 他医療機関の感染情報の共有化。
- ・ 地域で発生している感染症に関する情報の共有、対策の実施。
- ・ 感染対策情報の共有化、協力体制の構築、人材育成支援がある。 / 等

⑥抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組

1) 抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組

図表 44 抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組内容
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



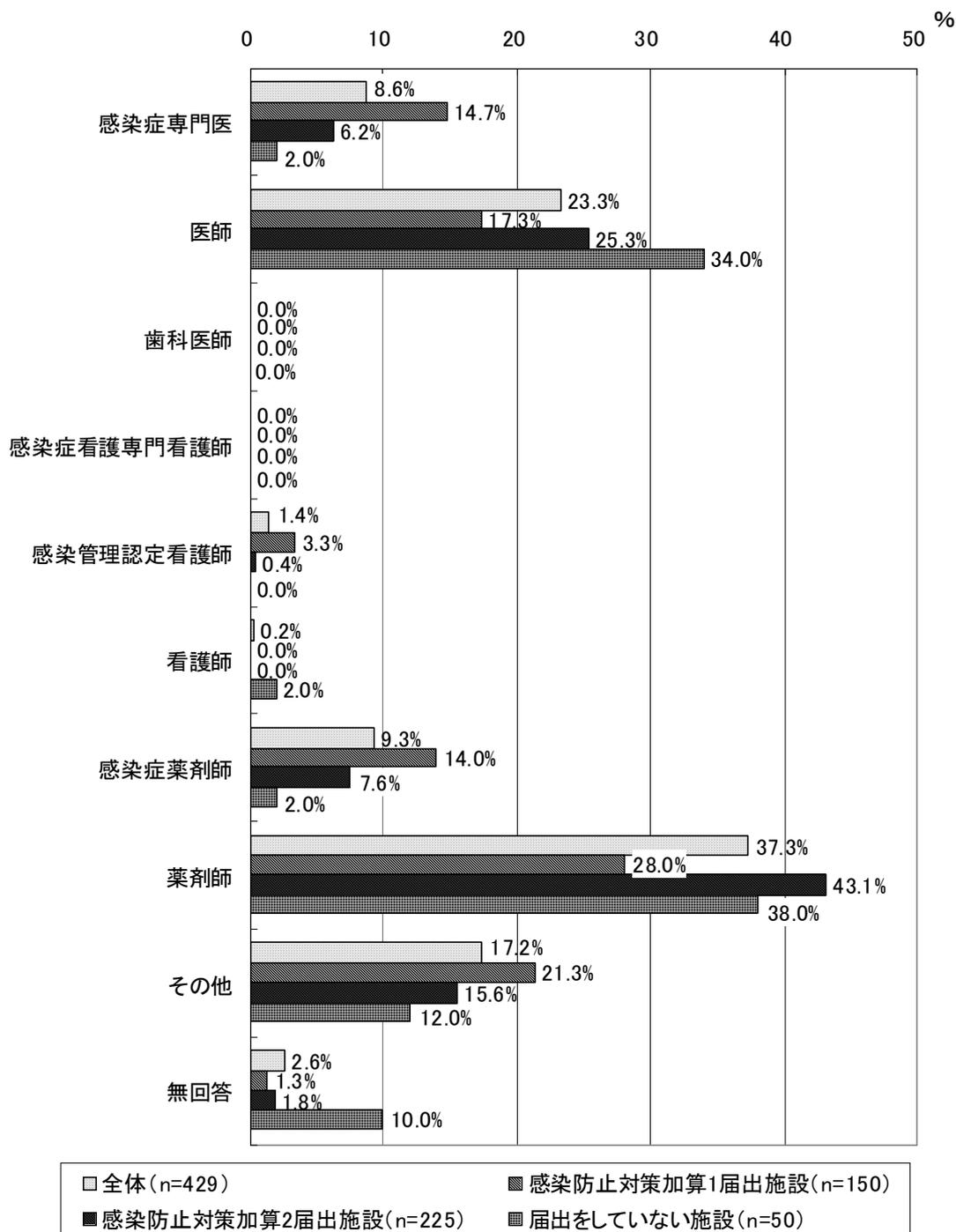
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

【「その他」に記載された取組内容】

- ICT ラウンドによる確認・指導（同旨含め 12 件）
- 特定抗菌薬処方患者に対する回診／抗 MRSA 薬、広域スペクトラム抗菌薬投与患者のラウンドを行い、適正使用がされているか確認している／週に一度、感染制御チームによって特定抗菌薬使用者に対してラウンドを実施し、適正使用のための介入を実施している（同旨を含め 4 件）。
- 抗菌薬適正使用マニュアルの作成／周術期抗菌薬使用ガイドラインを作成（同旨を含め 10 件）。
- 薬剤科で使用状況をチェック／薬剤師から医師への助言（同旨を含め 6 件）。
- 感染症医による感染症の抗菌薬の適正使用／医師への教育。
- 抗菌薬適正使用プロジェクトチームの発足／抗菌薬適正使用のためのプロジェクトで各診療科に介入。
- 複数名の医師の判断により使用を行うこととしている。
- サーベイランスの実施。
- 他医療機関との合同カンファレンス／サーベイランス（同旨を含め 2 件）。
- 培養・感受性のチェック。
- 抗菌薬使用者リスト作成。
- 投与日数の集計、14 日以上投与の評価と再届出、AUD 算出。
- 地域の他施設と AUD による比較調査等。
- カルバペネム系、抗 MRSA 薬剤の使用背景調査（全例）。
- 血液培養陽性の全症例への介入（起因菌に合わせた狭域、抗菌薬への変更、投与量・用法の是正、起因菌検索の指示など）。
- 感染症コンサルテーション対応。
- 抗菌薬スペクトラム表の活用。
- 電子カルテに TDM の必要な薬剤使用開始に伴う手順を閲覧できるようにした。届出薬剤オーダー時届出用紙記入がないと次のステップに進めない。
- 抗 MRSA 薬とカルバペネム系薬を中心に、毎週の使用状況のリストを ICT 薬剤師が作成し、毎週の ICT ミーティングで全例についての適正使用（感染症科へのコンサルト状況）TDM 実施状況、薬剤毎の使用量の推移についてチェックを行い、必要に応じて助言を行う。更に月毎にも使用状況（AUD）や TDM 実施状況をまとめ、ICC でも報告している。
- 管理抗菌薬使用時 2 週間毎に妥当性の検討。
- 部署配置薬の制限。
- アンチバイオグラム測定と報告。
- ICT 発行のニューズペーパーを用いた呼びかけ。
- セミナーなどによる教育。

2) 抗菌薬の適正使用のための取組を中心となって担当している者

図表 45 抗菌薬の適正使用のための取組を中心となって担当している者
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、単数回答)

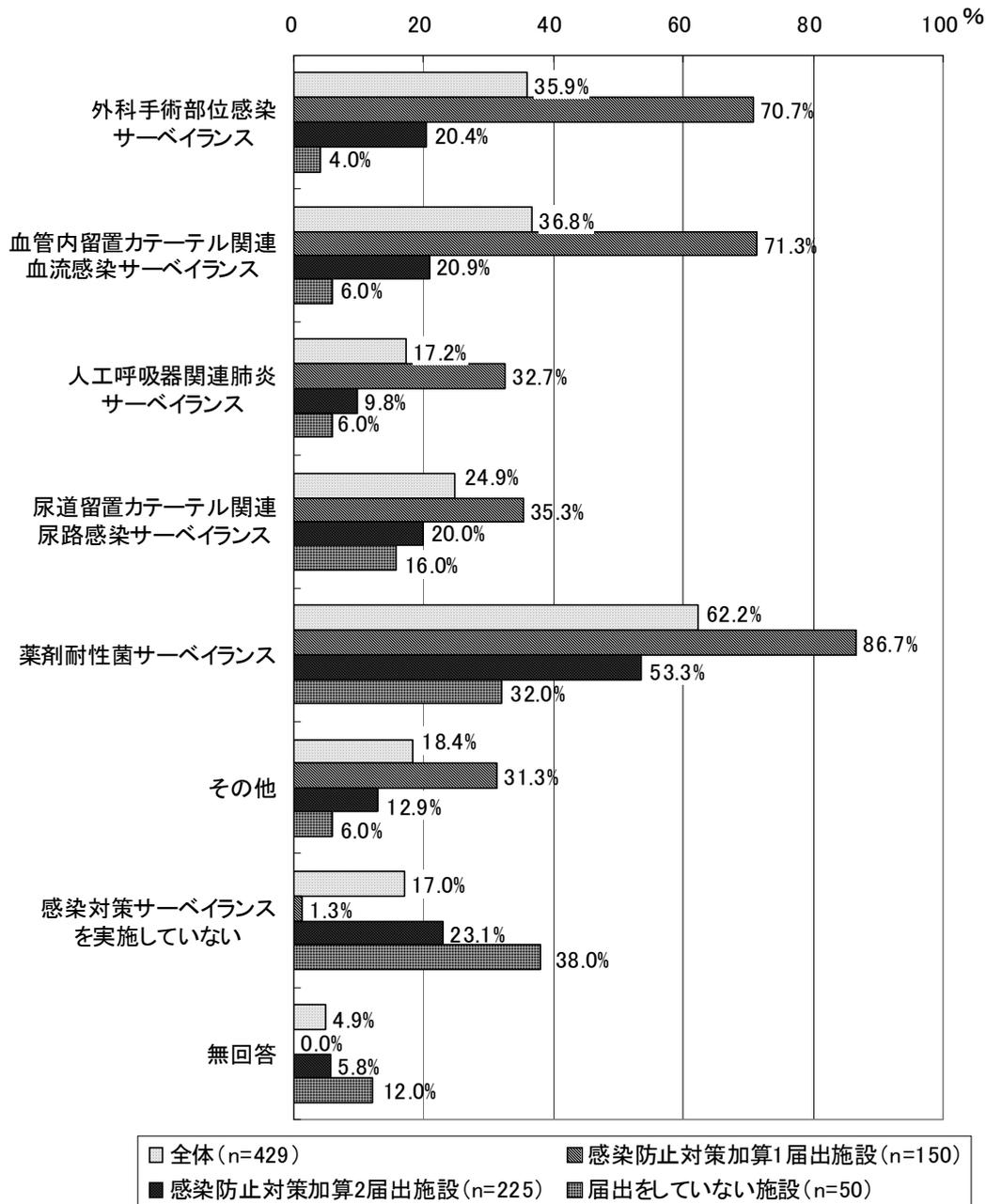


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑦感染対策サーベイランス

1) 院内の感染対策サーベイランス

図表 46 取り組んでいる院内の感染対策サーベイランス
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)

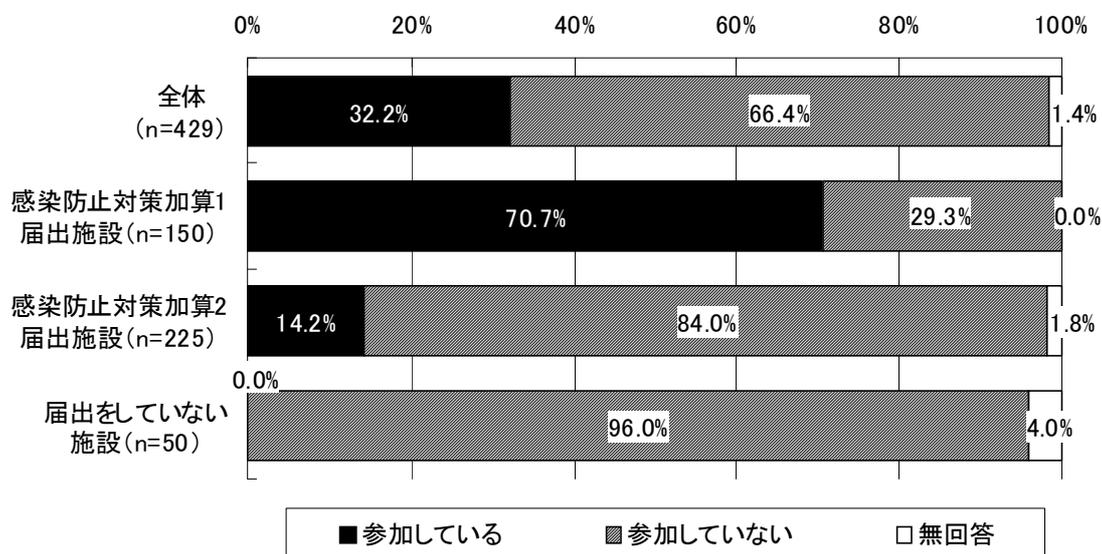


(注1) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

(注2) 「その他」として「手指衛生サーベイランス」(同旨含め 32 件)、「針刺し切創サーベイランス」(同旨含め 8 件)、「微生物サーベイランス」(同旨含め 5 件)、「MRSA サーベイランス」(同旨含め 5 件)、「抗菌薬使用量サーベイランス」(同旨含め 3 件)等が挙げられた。

2) 院外の感染対策サーベイランス

図表 47 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業への参加状況
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3) その他の院外の感染対策サーベイランス事業

図表 48 参加している院外の感染対策サーベイランス事業 (自由記述式)

- ・ JHAIS (日本環境感染学会) サーベイランス (16 件)
- ・ 国公立大学附属病院感染対策協議会サーベイランス (10 件)
- ・ JANIS (3 件)
- ・ 京都大学 VRE サーベイランス (2 件)
- ・ 信州院内感染サーベイランス (SICSS) (2 件)
- ・ 福岡地区感染対策ネットワーク (2 件)
- ・ Epinet (2 件)
- ・ 青森県感染症発生動向事業
- ・ 奈良市院内感染対策サーベイランス
- ・ 秋田大学感染制御情報ネットワーク (Akita.Renlcs)
- ・ 鳥取県抗菌薬サーベイランス
- ・ 北摂地域感染管理ネットワークでの MRSA サーベイランス
- ・ 南大阪サーベイランス
- ・ 愛知県院内感染ネットワーク

- 松山赤十字病院感染対策サーベイランス
- 化学療法学会の薬剤耐性サーベイランス
- IQIP (International Quality Indicator Project) Acute care Indicators
- 抹消血管カテーテル血流感染サーベイランス
- ARICON 地域感染制御ネットワーク研究会中心静脈カテーテル関連血流感染サーベイランス
- 平成 24 年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「中小医療施設における感染制御策の質向上を目指す支援体制についての研究」における感染制御講習会（全自病）を通じて参加 / 等

⑧院内感染防止対策のための講習会の実施状況等

図表 49 院内感染防止対策のための講習会の開催数の変化
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

(単位：回)

	平成 23 年 4 月～9 月				平成 24 年 4 月～9 月				増加率
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	
全体	417	2.8	3.8	1.0	419	3.0	4.4	1.0	7.6%
感染防止対策加算 1	150	4.9	5.5	3.0	149	5.6	6.3	3.0	14.2%
感染防止対策加算 2	216	1.7	1.6	1.0	218	1.6	1.5	1.0	-1.7%
届出をしていない	48	1.8	1.6	1.0	49	1.6	1.4	1.0	-10.2%

(注 1) 「増加率」は平成 23 年 4 月～9 月の半年間における講習会の開催数・平均値をベースにした、平成 24 年 4 月～9 月の半年間における講習会の開催数・平均値の増加率。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 50 院内感染防止対策のための講習会に参加した延べ参加者数の変化
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

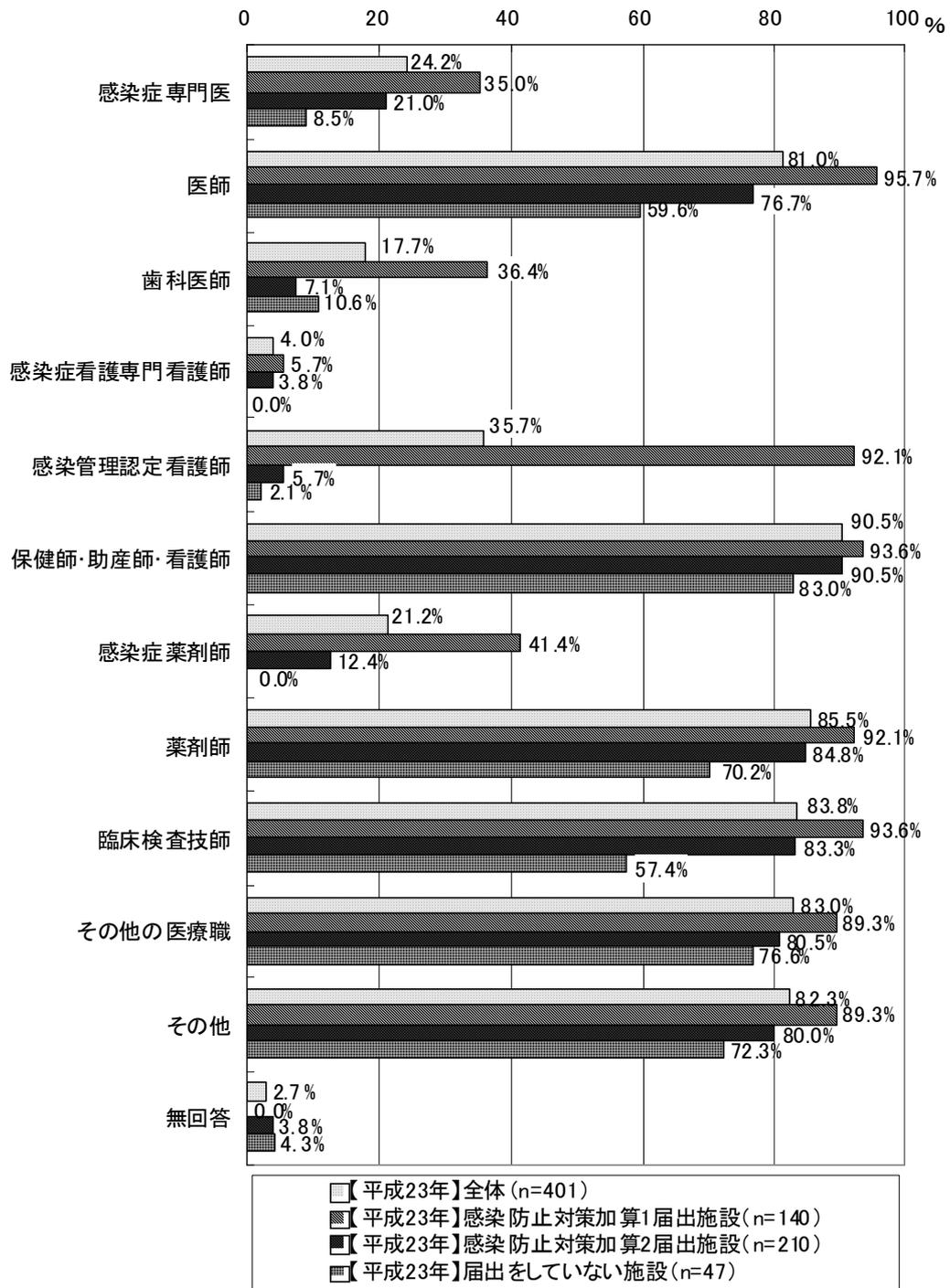
(単位：人)

	平成 23 年 4 月～9 月				平成 24 年 4 月～9 月				増加率
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	
全体	403	276.2	500.5	124.0	408	308.7	530.4	139.5	11.8%
感染防止対策加算 1	148	556.3	735	315.0	146	643.8	765.4	355.0	15.7%
感染防止対策加算 2	206	120.3	115.2	90.5	212	130.1	132.2	95.0	8.1%
届出をしていない	46	84.7	57.9	73.0	47	84.1	64.4	65.0	-0.7%

(注 1) 「増加率」は平成 23 年 4 月～9 月の半年間における講習会の延べ参加者数・平均値をベースにした、平成 24 年 4 月～9 月の半年間における講習会の延べ参加者数・平均値の増加率。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

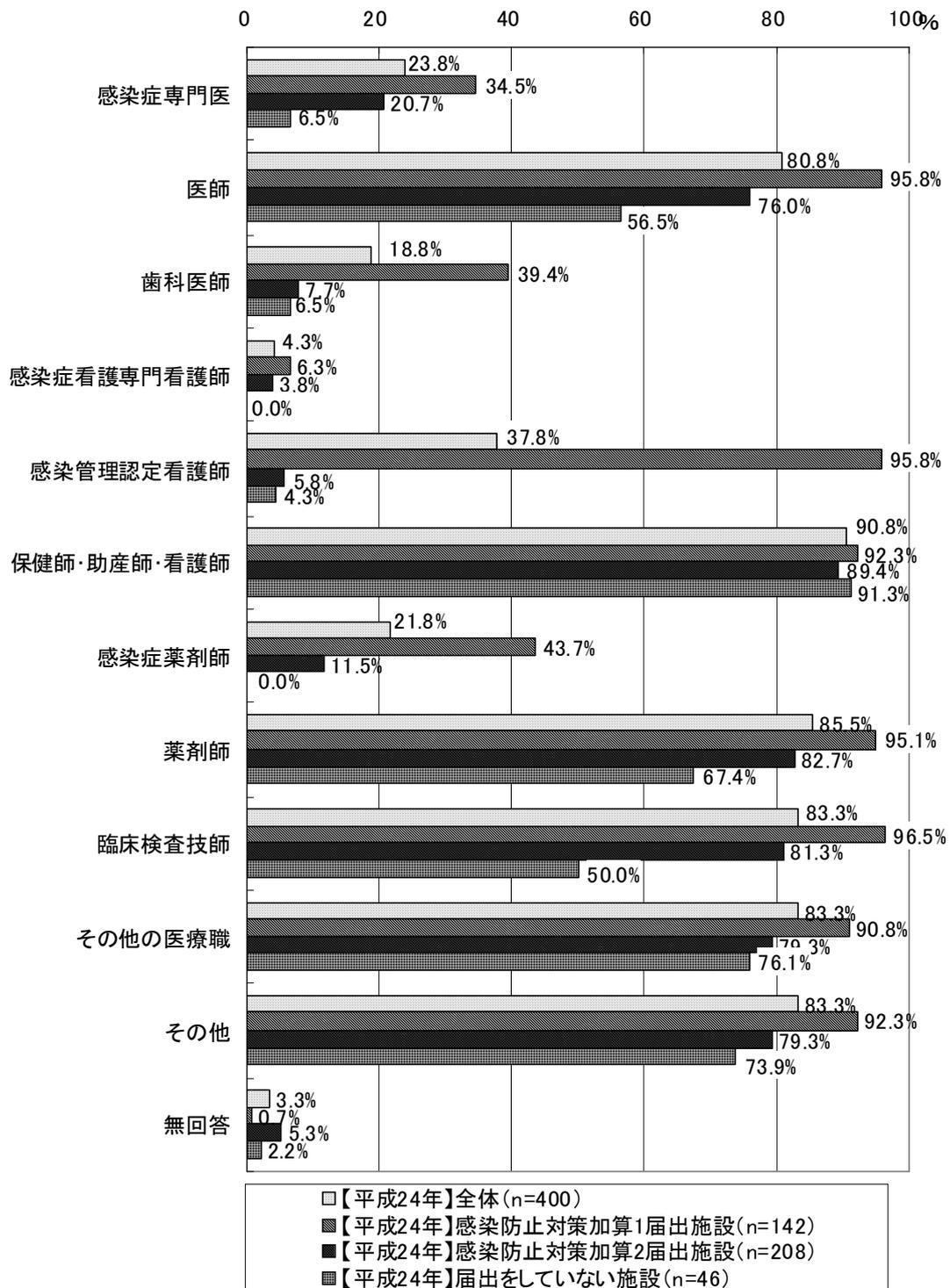
図表 51 平成 23 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注 1) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

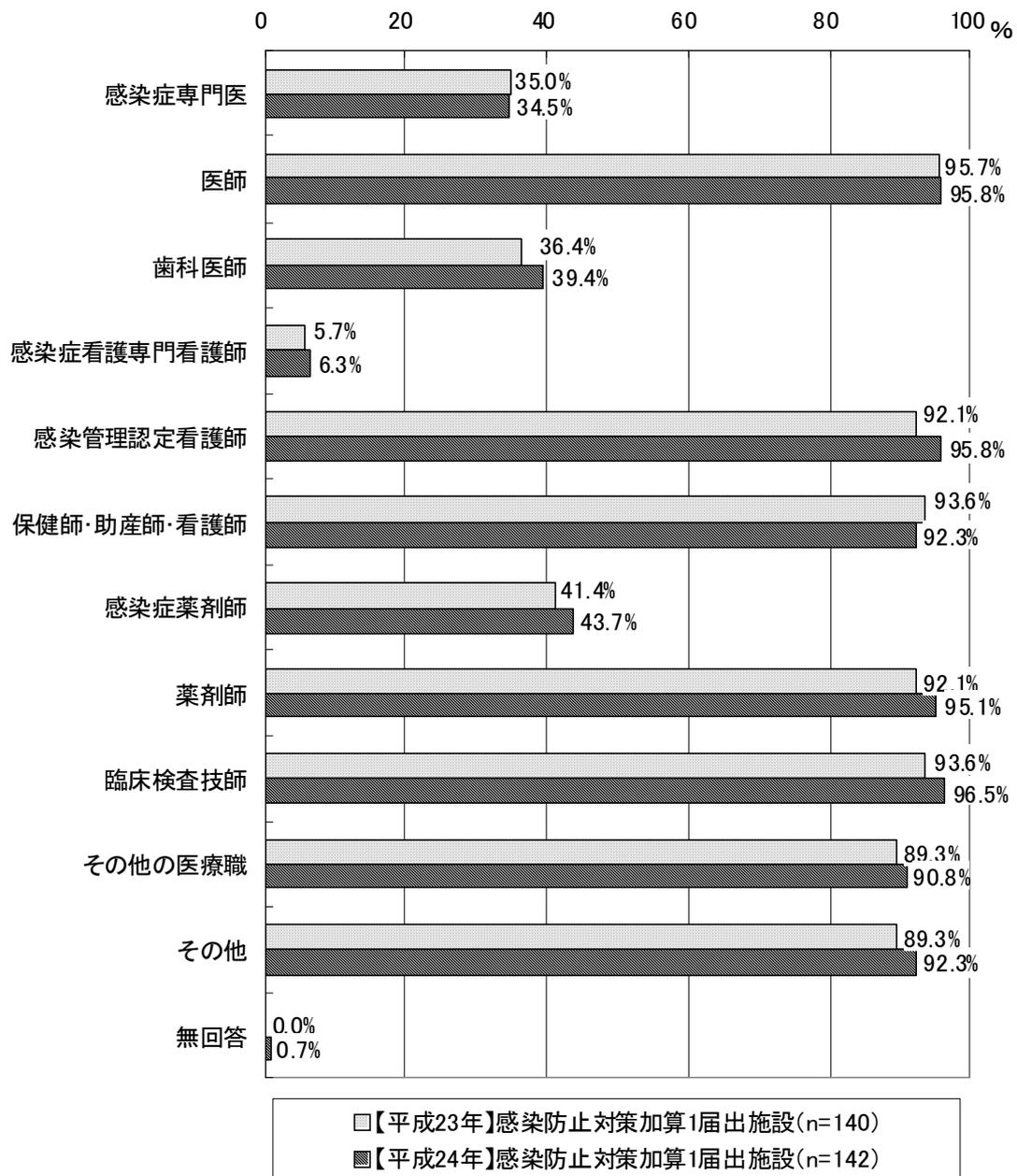
図表 52 平成 24 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注 1) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

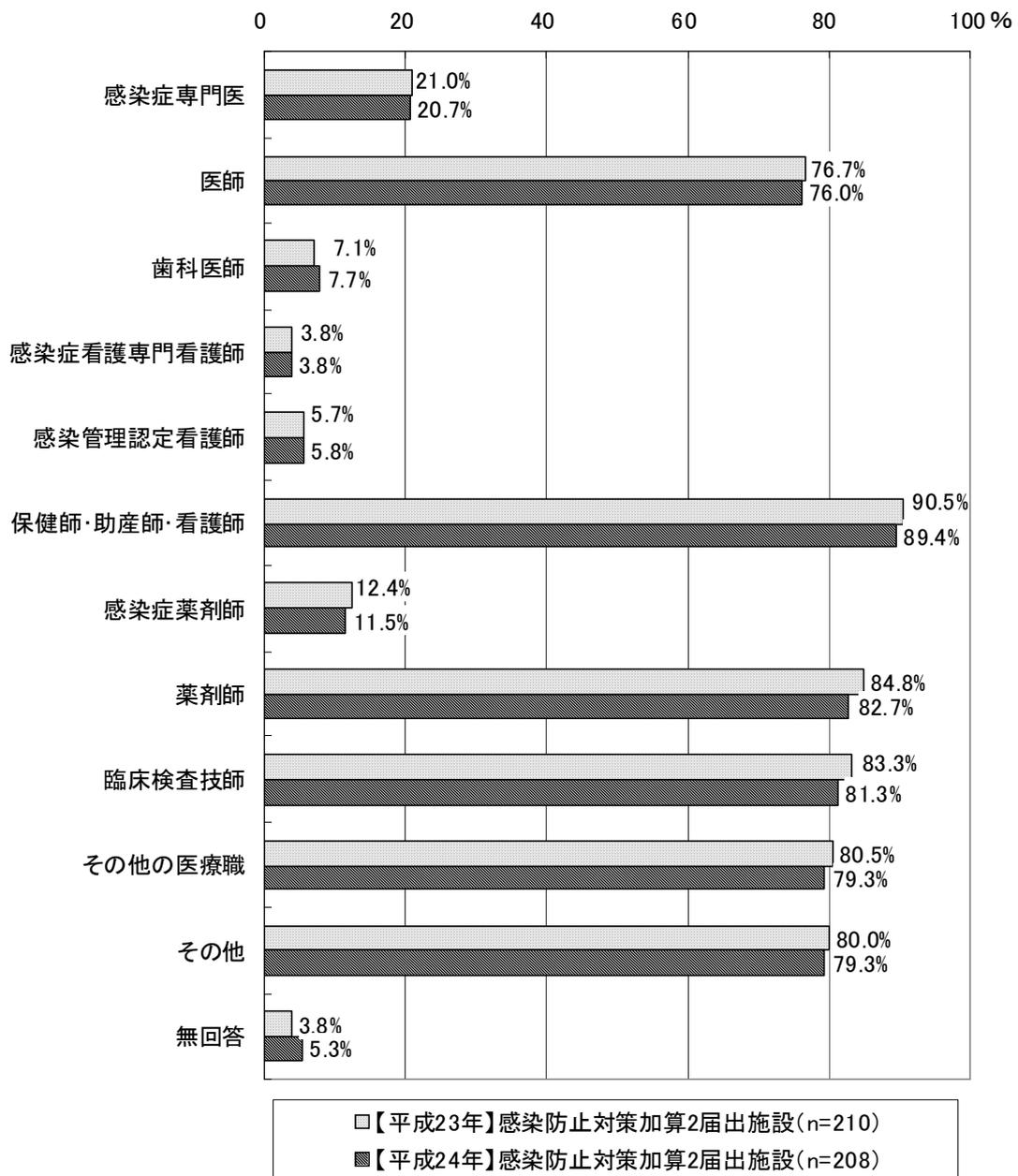
(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 53 院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化
(感染防止対策加算1届出施設、複数回答)



(注) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

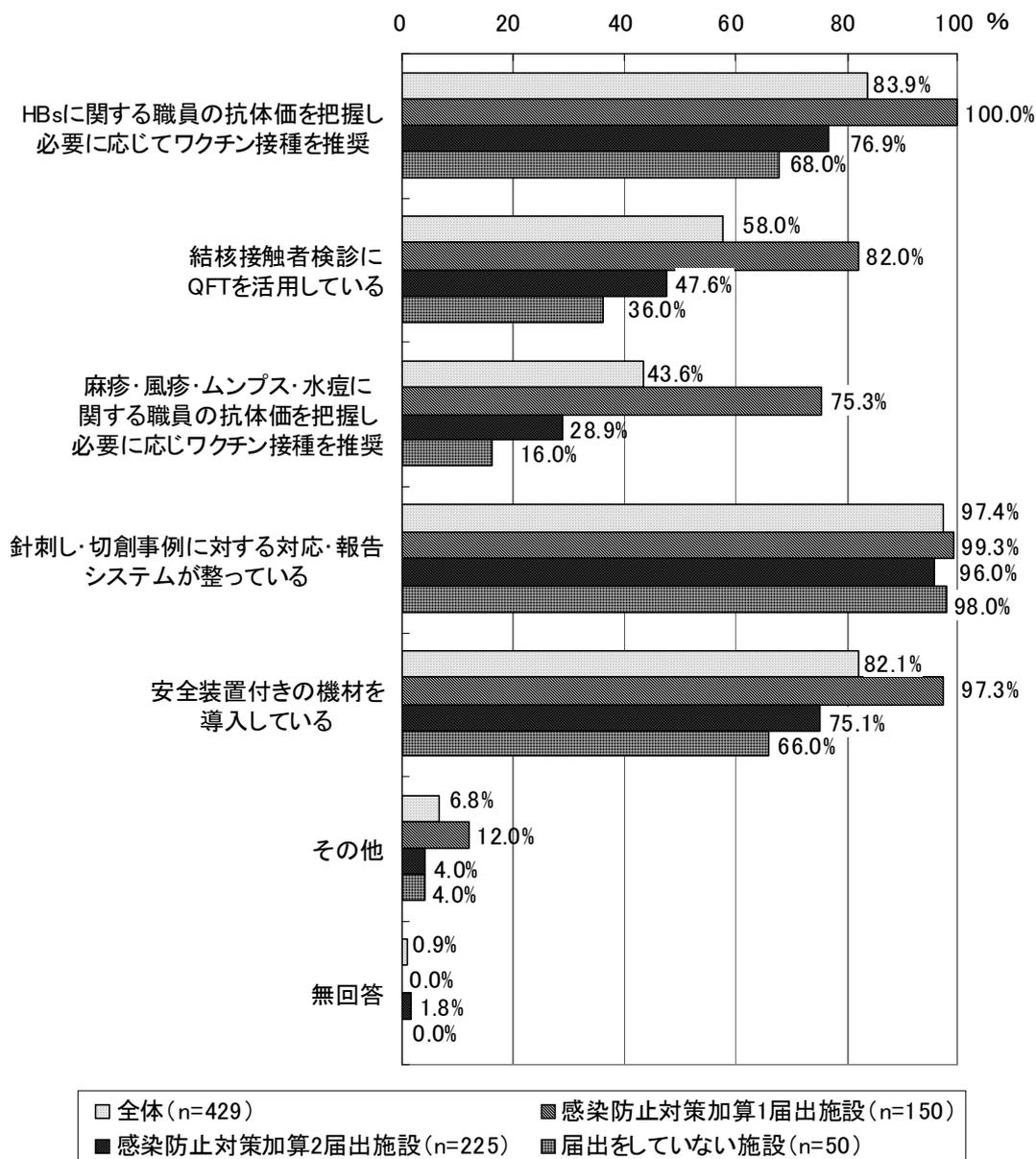
図表 54 院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化
(感染防止対策加算2届出施設、複数回答)



(注) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

⑨職業感染に対する防止策

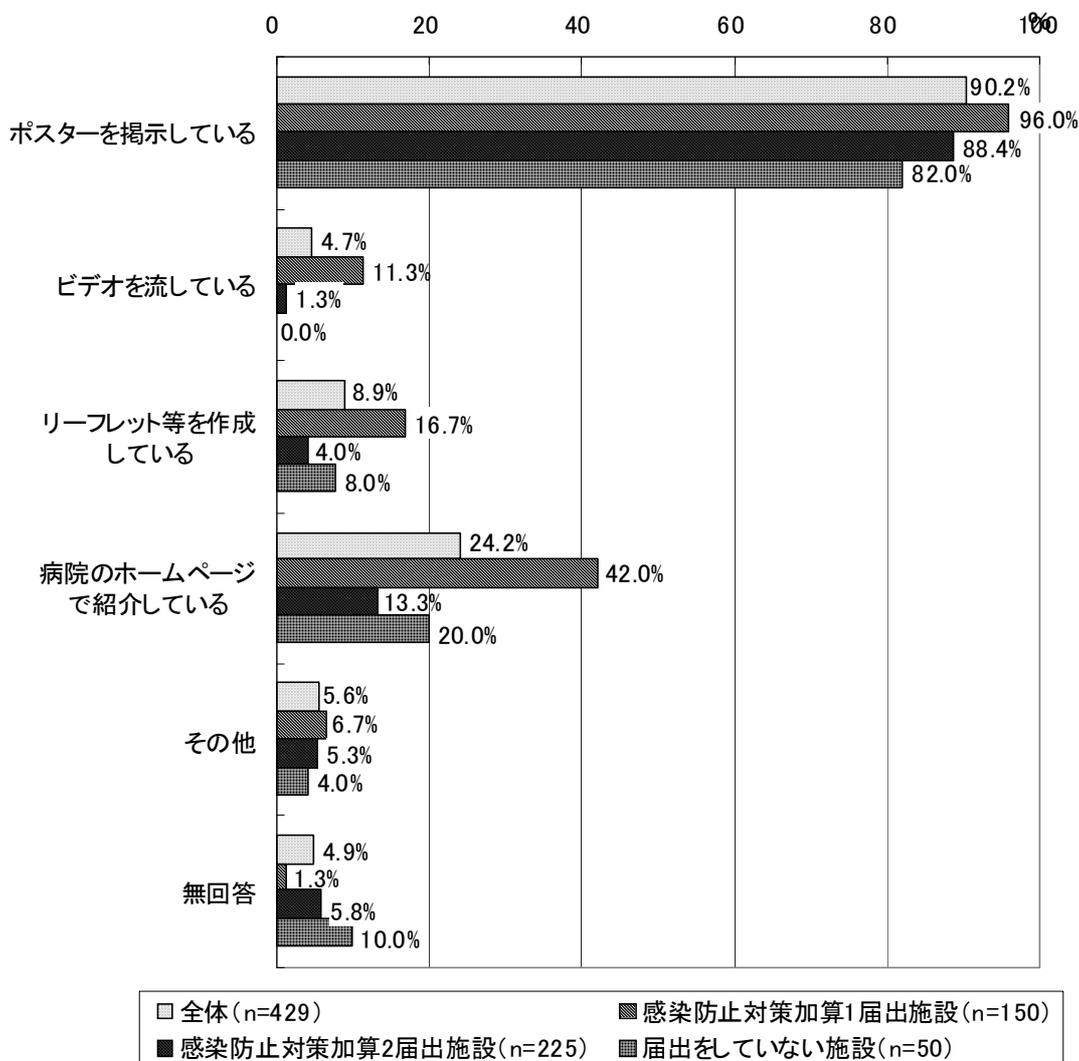
図表 55 職業感染に対する防止策
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑩院内感染防止対策について患者への周知方法

図表 56 院内感染防止対策について患者への周知方法
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



(注1) 項目は以下を略して掲載している。

- ・「ポスターを掲示している」:「病棟の廊下や談話室などの共有スペース、外来受付や会計窓口ポスターを掲示している。」
- ・「ビデオを流している」:「外来窓口等で院内感染防止対策の取組に関するビデオを流している」
- ・「リーフレット等を作成している」:「自施設の院内感染防止対策の取組に関するリーフレット等を作成し患者が入手できるようにしている」
- ・「病院のホームページで紹介している」:「病院のホームページで院内感染防止対策の取組を紹介している」

(注2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

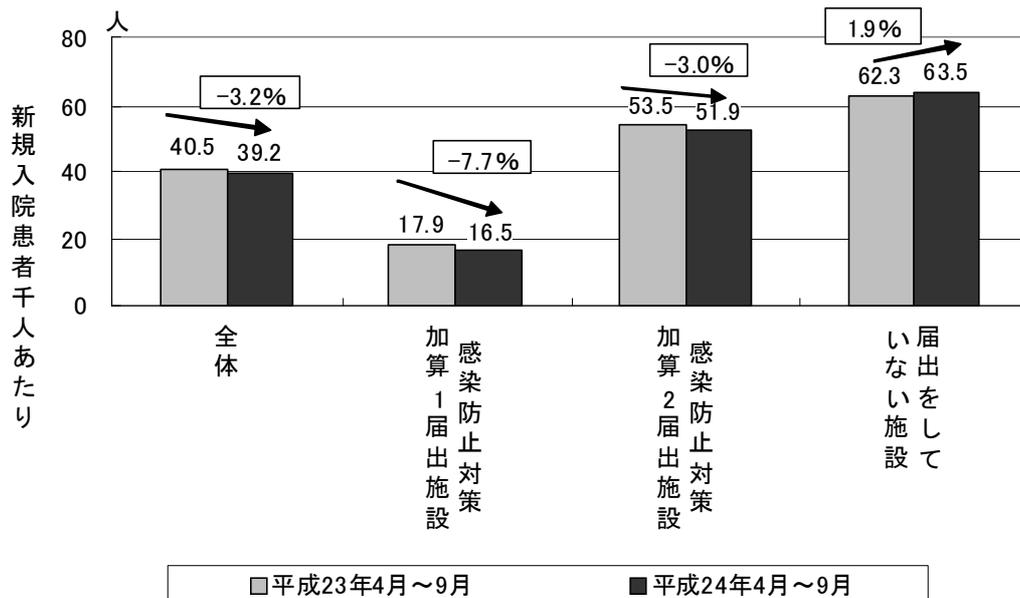
⑪感染者数等の変化

図表 57 MRSA 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体(n=354)	新規入院患者数①(人)	3,433.7	12,710.1	1,270.5	3,468.0	12,801.4	1,316.5
	MRSA 感染者数②(人)	46.9	49.8	30.0	43.5	46.2	28.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	1.37		2.36	1.25		2.13
感染防止対策加算 1 届出施設 (n=136)	新規入院患者数①(人)	7,637.3	19,803.4	4,244.5	7,692.4	19,946.5	4,182.5
	MRSA 感染者数②(人)	79.2	59.5	64.0	73.5	55.9	58.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	1.04		1.51	0.96		1.39
感染防止対策加算 2 届出施設 (n=187)	新規入院患者数①(人)	867.3	950.8	536.0	889.2	994.0	567.0
	MRSA 感染者数②(人)	28.8	28.9	20.0	26.5	25.7	21.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	3.33		3.73	2.98		3.70
届出をしていない施設 (n=30)	新規入院患者数①(人)	413.9	384.0	277.5	436.0	382.1	314.5
	MRSA 感染者数②(人)	13.4	12.5	10.0	13.6	15.1	9.5
	MRSA 感染者率②／①(%)	3.25		3.60	3.11		3.02

- (注)・ここでの「感染」とは保菌と発症の両方を含む。該当期間内に同一患者が同一菌種に複数回感染した場合でも「1人」としてカウントしている。ただし、平成 23 年 4 月～9 月にも感染し、平成 24 年 4 月～9 月にも感染した場合には、それぞれ「1人」として計上している。また、持込か院内感染かの区別はしていない（以下、同様）。
- 平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び MRSA 感染者数の記載があった施設を集計対象とした。
 - 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 58 新規入院患者千人あたり MRSA 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 回答施設数、注釈は前図表を参照。

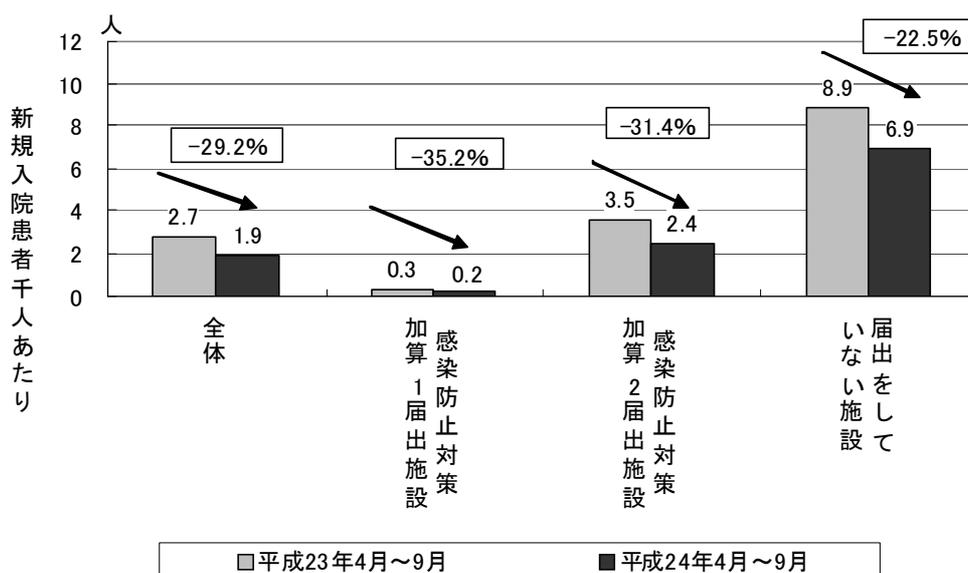
図表 59 多剤耐性緑膿菌感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=349)	新規入院患者数①(人)	3,443.7	12,797.2	1,270.0	3,478.4	12,888.9	1,320.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.4	5.7	0.0	0.9	2.8	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.04		0.00	0.03		0.00
感染防止対策加算1届出施設 (n=134)	新規入院患者数①(人)	7,666.1	19,950.0	4,144.0	7,720.3	20,094.3	4,171.5
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.9	8.1	0.0	1.0	2.2	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.02		0.00	0.01		0.00
感染防止対策加算2届出施設 (n=185)	新規入院患者数①(人)	870.9	953.7	549.0	893.6	997.2	568.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.0	3.5	0.0	0.7	2.4	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.12		0.00	0.08		0.00
届出をしていない施設 (n=29)	新規入院患者数①(人)	386.9	360.7	271.0	413.4	367.9	307.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.7	3.7	0.0	2.1	6.0	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.45		0.00	0.50		0.00

(注)・平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び多剤耐性緑膿菌感染者数の記載があった施設を集計対象とした。

- ・上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 60 新規入院患者千人あたり多剤耐性緑膿菌感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 回答施設数、注釈は前図表を参照。

図表 61 VRE 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準 偏差	中央値	平均値	標準 偏差	中央値
全体(n=339)	新規入院患者数①(人)	3,492.0	12,972.8	1,294.0	3,525.6	13,065.8	1,341.0
	VRE 感染者数②(人)	0.1	1.0	0.0	0.1	0.5	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
感染防止対策 加算 1 届出施設 (n=131)	新規入院患者数①(人)	7,720.7	20,170.1	4,148.0	7,774.5	20,315.7	4,176.0
	VRE 感染者数②(人)	0.2	1.6	0.0	0.1	0.5	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
感染防止対策 加算 2 届出施設 (n=181)	新規入院患者数①(人)	880.7	960.5	564.0	903.6	1,004.1	577.0
	VRE 感染者数②(人)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
届出をしていな い施設(n=26)	新規入院患者数①(人)	412.0	373.0	293.5	424.4	384.8	314.5
	VRE 感染者数②(人)	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.05		0.00

(注) 平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び VRE 感染者数の記載があった施設を集計対象とした。

⑫感染防止対策を推進する上での課題

図表 62 感染防止対策を推進する上での課題（自由記述式）

- 予算の確保、コスト負担が重いこと
 - ・感染防止加算が診療報酬上認められたが、実際に感染防止対策に使用できる費用が不明確である。対策に従事する人への支援も少ない（同旨含め 4 件）。
 - ・コストがかかること（同旨含め 4 件）
 - ・必要器材等の充実に向けた予算の確保（同旨含め 4 件）
 - ・地域連携カンファレンスなどでも議題となるが、職員の抗体検査やワクチン費用について当院を含め、十分に予算を確保できない病院が多くある。今回、感染対策について大きな加算がついたが、職業感染対策についての要件を細かく明記して欲しかった（同旨含め 2 件）。
 - ・感染対策を進める上で必要な消毒剤やマスク、エプロン、予防衣等にまで全て消費税がかかってくる。安全対策推進＝支出増は問題である。
 - ・今年度より QFT 検査、少量ウィルス抗体検査ができるようになったものの、職業感染対策の費用が多くかかり対策が行えない状況がある。
 - ・感染防止対策を頑張っていけば行うほど費用がかさむこと。費用対効果は出るが PPE や消毒剤等の購入費用を捻出することが難しい。
 - ・感染防止対策にかける経費について理解が得にくい
 - ・感染防止対策加算 2 で求められている施設基準は、感染防止対策加算 1 の施設基準に比べ人的面、物的面で負担感が大きい。 / 等

- 感染制御部門等の人材確保、人材育成
 - ・感染担当者のマンパワー不足（同旨含め 8 件）
 - ・ICT メンバー全員が兼任のため院内で感染が発生した時に速やかな対応をすることが難しい / 専従スタッフの確保（同旨含め 3 件）。
 - ・病院の規模にあった ICT の人数が必要であり ICT の質を上げることが今後の課題。
 - ・感染制御部門のマンパワー増強。
 - ・感染管理認定看護師が不在。
 - ・厚労省が望むような院内感染対策、地域や医療機関との連携を実施するためには、感染管理専従看護師 1 名の配置は少なすぎる。
 - ・当院には ICD がいないので、ICD がいることにより、多くの感染対策が今以上にスムーズに行えると思われる。
 - ・データ収集、データベース化、分析、周知のための人的資源不足
 - ・抗菌薬の使用が適正に行われているかチェック部門がない。（経験者がいない） / 等

- 医師の関与等
 - ・医師をどのように関与させていくかが課題（同旨含め 2 件）

- ・担当医以外の感染防止対策への積極的参加が少ない。
- ・感染症専門医や感染症内科がない中で、いかに診療部（医師）に説得し理解・協力していただけるかが課題。
- ・自施設内における人員不足及び感染症を専門とする医師が配置されていないこと。
- ・感染症の診療科がない。
- ・医師不足：通常業務で手がいっぱい。

○職員教育の充実・職員の意識改革等

- ・職員教育の充実
- ・全職種への感染防止対策意識の徹底とそれに伴う教育体制の整備。
- ・院内感染対策の為の講習会の参加率を更にアップさせたい（同旨2件）。
- ・各職種での取組意識の差
- ・定期的な研修会等の開催が行えていない（中途採用者が多い）。
- ・職員の意識改革
- ・マニュアルの職員並びに新入職員への周知徹底
- ・マニュアル等を最近の感染対策に則ったものに整備すること。

○感染防止対策の徹底

- ・適切な手指衛生遵守率を向上させることを目標に取り組んでいるが、維持向上ができない（同旨含め5件）。
- ・標準予防策の徹底が課題である。
- ・个人防护具の適正使用。
- ・大学病院という特殊性から人の入れ替わりが激しく（特に医師）、教育の徹底、継続に苦慮している。特に基本的な感染予防策である標準予防策の手指衛生や防護具の着脱を、スタッフ全員が臨床現場で適切なタイミングでできるかが課題である。
- ・委託業者への感染対策指導、職業感染防止策の徹底。
- ・MRSA 陽性の人は感染隔離病室の利用。

○外部からの感染持ち込み予防の実施

- ・施設・病院からの入院者の耐性菌保有者が多いので、拡大防止のためにスクリーニング検査が増える。
- ・施設等外部からの感染持ち込み予防。
- ・地域医療支援病院であるため、地域より患者が転院してくる。同時に耐性菌の保菌者も多く、院内での対応が難しい（病床コントロール等）状況にある。
- ・高齢者が多く、易感染者の入院が多い。

- ・前医療機関らの耐性菌の持ち込みや、耐性菌検出のまま、在宅へ戻る場合など、病々連携、介護施設等との連携など、地域での取組を考えなければならない点。 /等

○他医療機関との連携による感染防止対策

- ・地域連携では研修会の継続、具体的な感染対策を示した地域共通リーフレットの作成、施設間ラウンドの実施をし、地域の感染対策の質向上とネットワークの強化が課題である。
- ・感染防止教育等に連携病院が協力できることを望む。
- ・今回の感染防止加算により、地域のネットワークができた。そのネットワークを今後継続していくために、どのように活用・運用していくのが課題である。
- ・病院の規模や診療科目の違いで、抗生剤の使い方が変わってくる。それを一元化して評価することは難しい。 /等

○抗菌薬の適正使用モニタリング、サーベイランス等

- ・抗菌薬の血中濃度測定の実施活動
- ・抗菌薬適正使用への介入をするため、抗菌薬ラウンドを定期的に行う。
- ・サーベイランス
- ・JANIS に参加し全国レベルでの感染対策の評価が必要と考え、25年度から参加する準備をしている。そのデータ等を基に連携病院と協力し合い耐性菌の把握や耐性剤の適正使用を進めたい。
- ・アンチバイオグラム作成
- ・MRSA の感染者数が多い原因を分析する必要がある。当院の特性上（慢性疾患対応、内科のみ）耐性菌は保菌なのか、起因菌なのか判別しにくい面がある。 /等

○その他

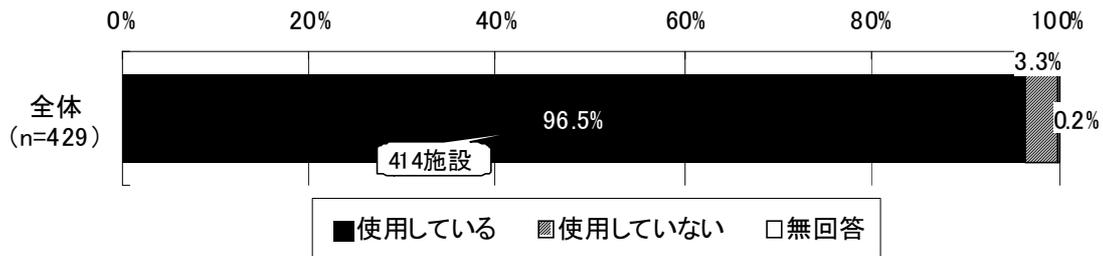
- ・感染症であることをスタッフ周知しないと対策が行えないが、「感染症である」という情報を流すことが患者のプライバシーという倫理的配慮の面で問題になることがあり、どのように考えていくかが課題である。
- ・予防策実施状況のモニタリングやラウンドからのフィードバック、研修等による院内のスタッフ教育の強化、また、地域連携を含めた感染対策を担う人材の育成が課題。
- ・医療材料のディスポ用品の価格引下げ（助成含む）を誘導することができれば、リユースの材料等や接触予防が一層推進されると考える。
- ・リキャップの徹底を図っても針刺し事故がなくなる。
- ・体力のない障害児が主な入院患者である為、様々な感染症に罹患しやすい為、隔離スペースが不足する場合は予想される。
- ・季節性の感染症（インフルエンザやノロウイルス）での個室の調整が難しい。 /等

(3) 医療機器の安全管理の状況等

①CTの安全管理の状況等

1) CTの使用状況（平成24年4月以降）

図表 63 CTの使用状況（平成24年4月以降）



図表 64 CTの使用台数（CTを使用している施設、病床規模別）

（単位：台）

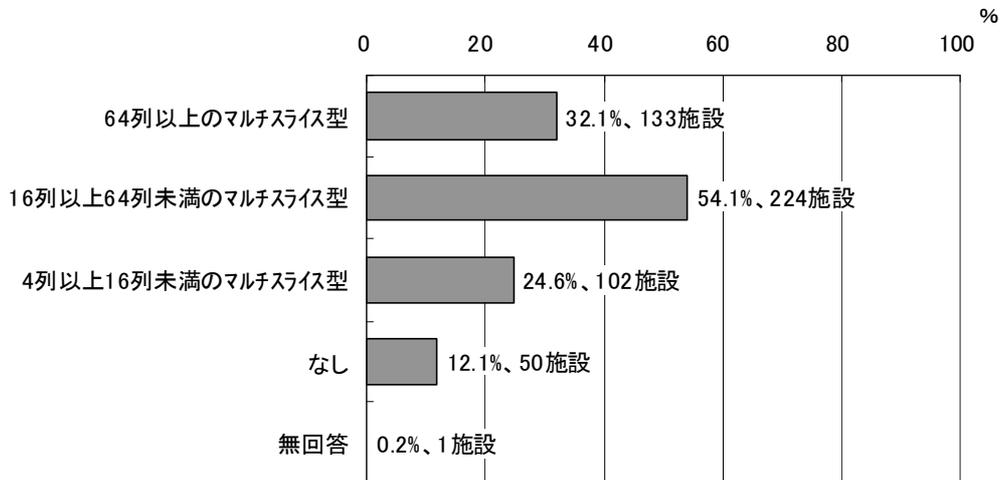
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	414	1.65	1.23	1.00
～99床	69	0.99	0.12	1.00
100～199床	128	1.05	0.34	1.00
200～299床	60	1.28	0.49	1.00
300～399床	54	1.61	0.79	1.00
400～499床	33	2.24	1.00	2.00
500床～	70	3.44	1.76	3.00

図表 65 CTの使用台数別施設数・割合（CTを使用している施設）

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	213	51.4%	222	53.6%	298	72.0%	341	82.4%	0	0.0%
1台	155	37.4%	161	38.9%	102	24.6%	68	16.4%	271	65.5%
2台	34	8.2%	19	4.6%	10	2.4%	2	0.5%	77	18.6%
3台	6	1.4%	8	1.9%	1	0.2%	0	0.0%	31	7.5%
4台	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	13	3.1%
5台以上	3	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	4.6%
無回答	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%
	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%

2) コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出状況等

図表 66 コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出状況
（CTを使用している施設、複数回答、n=414）



図表 67 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）
～64列以上マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	0	0.0%	76	57.1%	96	72.2%	121	91.0%	0	0.0%
1台	99	74.4%	41	30.8%	28	21.1%	10	7.5%	44	33.1%
2台	26	19.5%	10	7.5%	8	6.0%	2	1.5%	39	29.3%
3台	6	4.5%	5	3.8%	1	0.8%	0	0.0%	27	20.3%
4台	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	8	6.0%
5台以上	2	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	11.3%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%

図表 68 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）
～16列以上64列未満マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	109	48.7%	45	20.1%	183	81.7%	208	92.9%	0	0.0%
1台	90	40.2%	153	68.3%	36	16.1%	15	6.7%	124	55.4%
2台	20	8.9%	17	7.6%	5	2.2%	1	0.4%	52	23.2%
3台	3	1.3%	8	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	22	9.8%
4台	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	4.9%
5台以上	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	6.7%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%

図表 69 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）

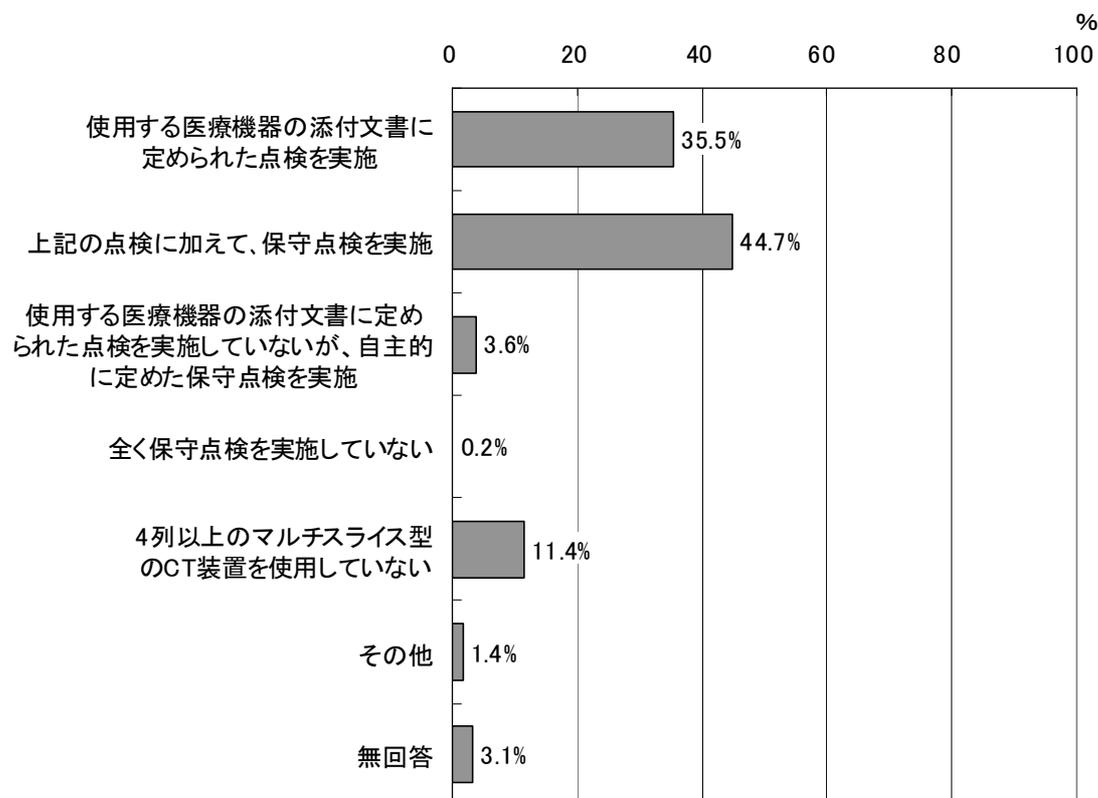
～4列以上16列未満マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	62	60.8%	72	70.6%	3	2.9%	93	91.2%	0	0.0%
1台	27	26.5%	19	18.6%	91	89.2%	7	6.9%	55	53.9%
2台	8	7.8%	5	4.9%	6	5.9%	1	1.0%	15	14.7%
3台	4	3.9%	5	4.9%	1	1.0%	0	0.0%	14	13.7%
4台	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.9%
5台以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	10.8%
無回答	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%
	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%

3) 4列以上のマルチスライス型CTに関する保守点検の内容

図表 70 4列以上のマルチスライス型CTに関する保守点検の内容

（CTを使用している施設、単数回答、n=414）



【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・就業点検
- ・異音、異臭、モニタ表示の確認、ガントリ、寝台、インジェクターの動作確認、ウォームアップ、キャリブレーション
- ・添付文書に定められた点検 / 等

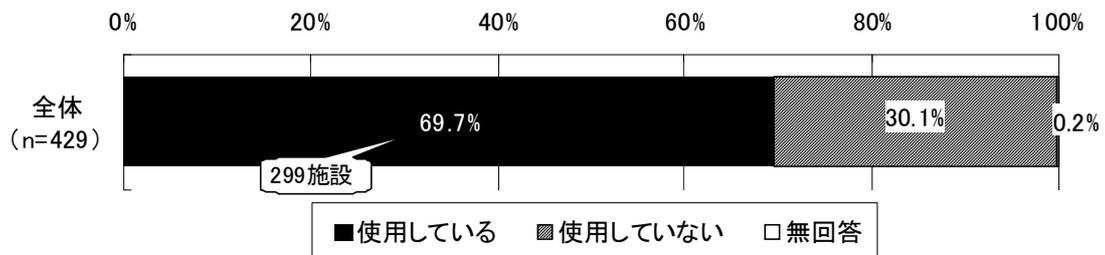
【定期的実施している保守点検の内容】

- ・メーカー委託による定期点検。
- ・テストスキャンの実施、ガントリ内部確認、ガントリ内締結部締付け確認、緊急停止ボタン機能確認、コンソール部清掃その他、ガントリ内部清掃、油漏れ確認およびオイルクーラー清掃、コンソール内部ファン、ガントリ緊急停止ボタン動作確認。
- ・ガントリ内部、コンソール部、オイルクーラー、寝台内部の清掃。緊急停止ボタンや投光器の正常動作確認。X線系調整および出力確認。 / 等

②MRIの安全管理の状況等

1) MRIの使用状況（平成24年4月以降）

図表 71 MRIの使用状況（平成24年4月以降）



図表 72 MRIの使用台数（MRIを使用している施設、病床規模別）

（単位：台）

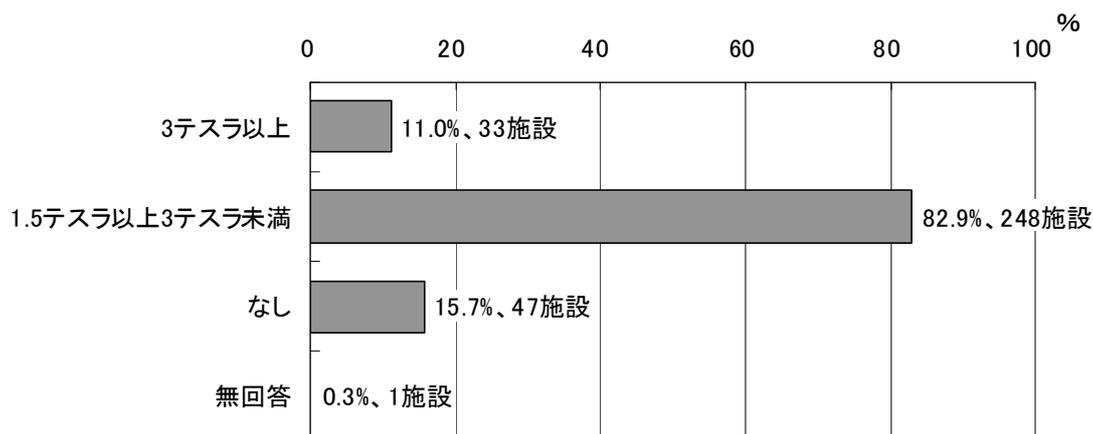
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	299	1.48	0.89	1.00
～99床	21	1.00	0.00	1.00
100～199床	78	1.10	0.38	1.00
200～299床	51	1.12	0.38	1.00
300～399床	49	1.14	0.41	1.00
400～499床	32	1.56	0.56	2.00
500床～	68	2.54	1.19	2.00

図表 73 MRIの使用台数別施設数・割合（MRIを使用している施設）

	3テスラ以上		1.5テスラ以上 3テスラ未満		1.5テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	249	83.3%	52	17.4%	240	80.3%	0	0.0%
1台	38	12.7%	177	59.2%	55	18.4%	198	66.2%
2台	7	2.3%	53	17.7%	1	0.3%	68	22.7%
3台	2	0.7%	12	4.0%	0	0.0%	18	6.0%
4台	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	7	2.3%
5台以上	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	5	1.7%
無回答	3	1.0%	3	1.0%	3	1.0%	3	1.0%
	299	100.0%	299	100.0%	299	100.0%	299	100.0%

2) 磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の施設基準の届出状況等

図表 74 磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の施設基準の届出状況
（MRIを使用している施設、複数回答、n=299）



図表 75 MRI保有台数別施設数・割合（MRI撮影の施設基準の届出状況別）
～3テスラ以上施設基準の届出施設～

	3テスラ以上		1.5テスラ以上 3テスラ未満		1.5テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	0	0.0%	2	6.1%	31	93.9%	0	0.0%
1台	26	78.8%	17	51.5%	2	6.1%	2	6.1%
2台	6	18.2%	10	30.3%	0	0.0%	14	42.4%
3台	1	3.0%	2	6.1%	0	0.0%	9	27.3%
4台	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	4	12.1%
5台以上	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	4	12.1%
全体	33	100.0%	33	100.0%	33	100.0%	33	100.0%

図表 76 MRI 保有台数別施設数・割合（MRI 撮影の施設基準の届出状況別）

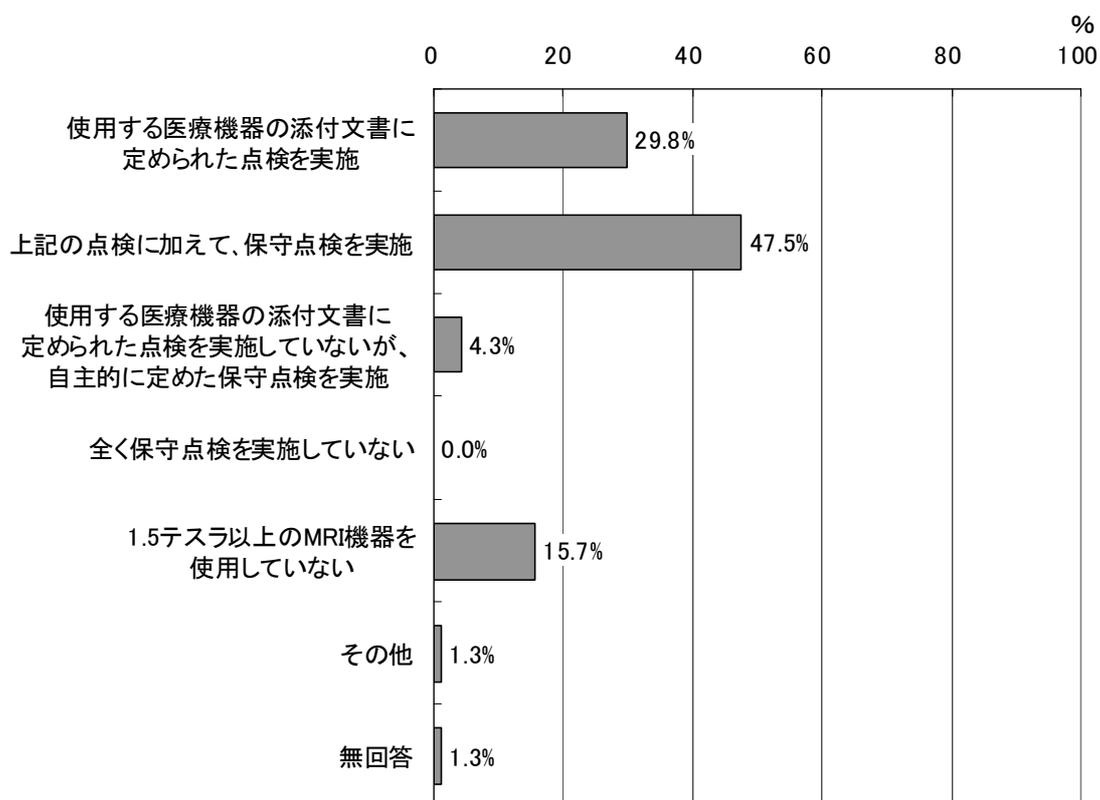
～ 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満施設基準の届出施設～

	3 テスラ以上		1.5 テスラ以上 3 テスラ未満		1.5 テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0 台	201	81.0%	3	1.2%	236	95.2%	0	0.0%
1 台	35	14.1%	175	70.6%	8	3.2%	148	59.7%
2 台	7	2.8%	53	21.4%	1	0.4%	67	27.0%
3 台	2	0.8%	12	4.8%	0	0.0%	18	7.3%
4 台	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	7	2.8%
5 台以上	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	5	2.0%
無回答	3	1.2%	3	1.2%	3	1.2%	3	1.2%
全体	248	100.0%	248	100.0%	248	100.0%	248	100.0%

3) 1.5 テスラ以上のMRI に関する保守点検の内容

図表 77 1.5 テスラ以上のMRI に関する保守点検の内容

（MRI を使用している施設、単数回答、n=299）



【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・就業点検
- ・添付文書に定められた点検
- ・ヘリウム残存量、酸素濃度、冷却機の音のチェック
- ・ファントム撮影にて、機器の動作、画像チェック / 等

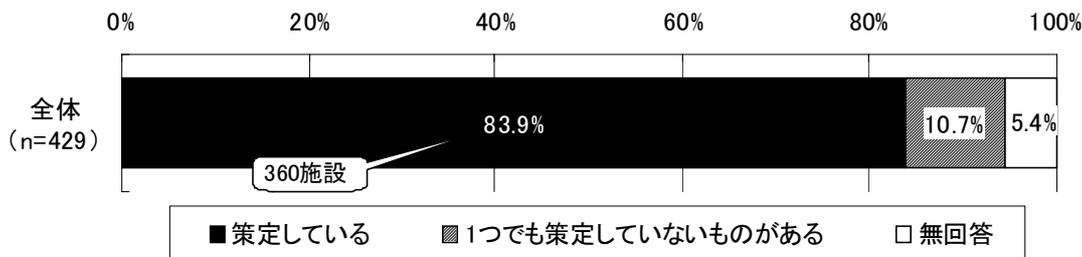
【定期的実施している保守点検の内容】

- ・メーカー委託による定期点検
- ・グラジエントコイル、グラジエントキャビネット、RFキャビネット、システムキャビネット、マグネット、冷凍機、患者テーブル、コンソール、PDU 各清掃、動作確認
- ・PDU、オペレータワークステーション、グラジエントコイル、冷却装置、RF
- ・システムキャビネット、エンクロージャー、患者テーブル等の点検 / 等

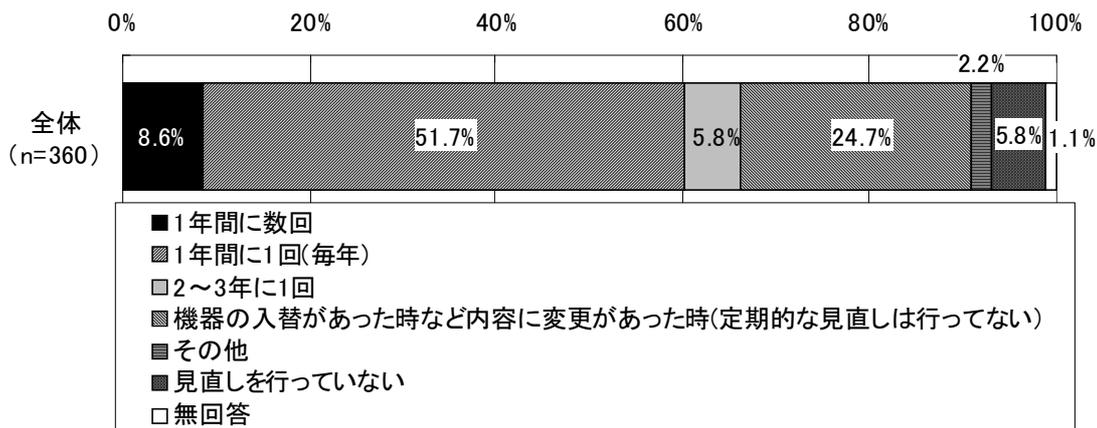
③CT・MRI・造影剤注入装置に係る安全使用状況等

1) CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況

図表 78 CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況

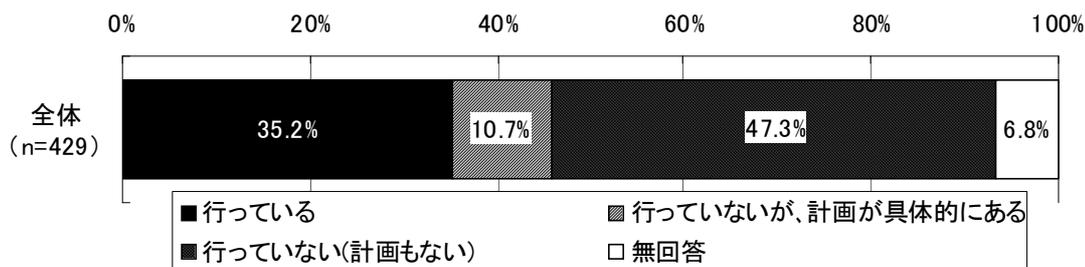


図表 79 CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の見直しの頻度 (CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画を策定している施設)

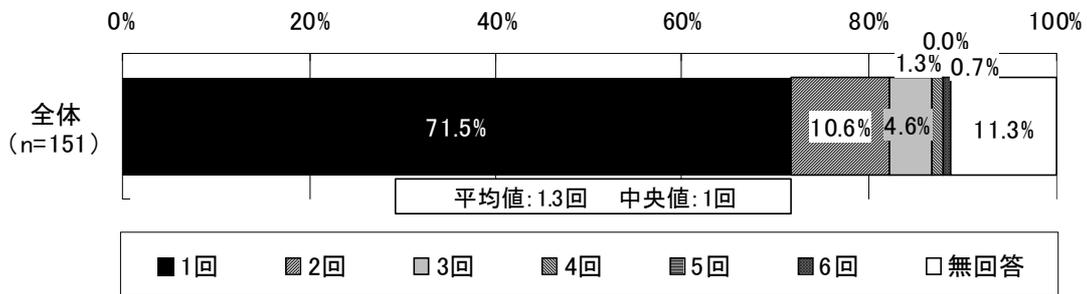


2) CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況

図表 80 CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況



図表 81 CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の開催数（職員向けの研修を行っている施設）



④CT・MRI・造影剤注入装置の保守管理についての課題

図表 82 CT・MRI・造影剤注入装置の保守管理についての課題（自由記述式）

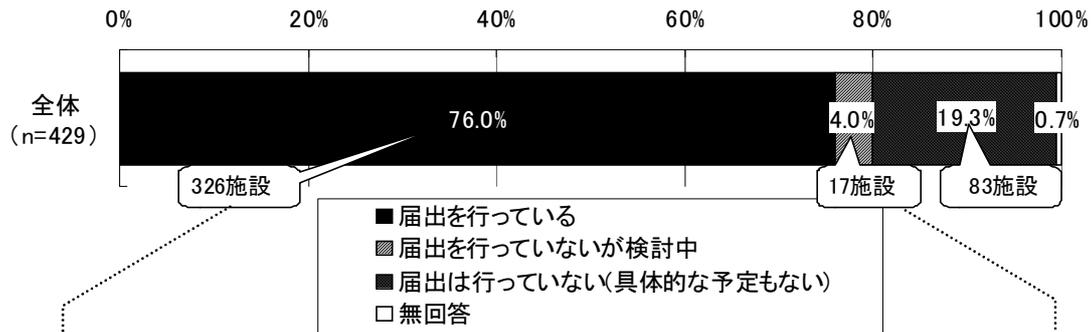
- ・保守点検費用が高額である／コストがかかる／費用対効果が低い／コスト面で必要な保守管理が行えない（同旨を含め 67 件）。
- ・職員向けの院内研修の計画・実施（同旨を含め 19 件）。
- ・自主点検では限界がありメーカーに点検を依頼せざるを得ない／メーカー以外に保守をできる業者がないため競争原理が働かない（同旨を含め 16 件）。
- ・使用頻度の少ない造影剤注入装置については点検を行っていない／自主点検は行っているが業者による点検は行っていない（同旨を含め 12 件）。
- ・点検に時間がかかり、機器が使用できない／夜間・時間外の使用後の保守管理ができず翌日になってしまう／点検中は検査ができない／救急で使用していることが多く点検時間の確保が難しい（同旨を含め 8 件）。
- ・古い機器のメンテナンス（メーカーでの保守点検や部品調達が困難）（同旨を含め 5 件）。
- ・自主点検の強化／自主点検マニュアルの整備（同旨を含め 3 件） 等

(4) 患者サポート体制の取組状況等

①患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

1) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

図表 83 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況



図表 84 患者サポート体制充実加算の届出時期

(「届出を行っている」と回答した施設)

	施設数	割合
平成 24 年 4 月	261	80.1%
平成 24 年 5 月	20	6.1%
平成 24 年 6 月	13	4.0%
平成 24 年 7 月	14	4.3%
平成 24 年 8 月	6	1.8%
平成 24 年 9 月	3	0.9%
平成 24 年 10 月	2	0.6%
平成 24 年 11 月	2	0.6%
無回答	5	1.5%
全体	326	100.0%

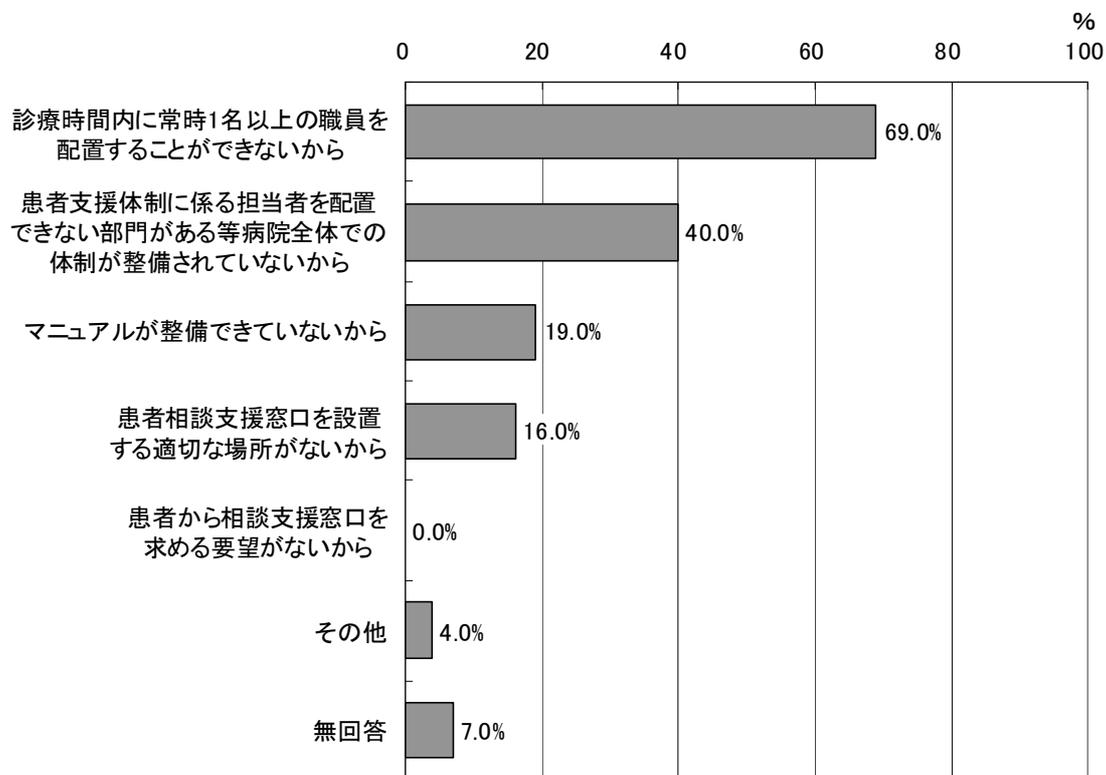
図表 85 患者サポート体制充実加算の届出予定時期

(「届出を行っていないが検討中」と回答した施設)

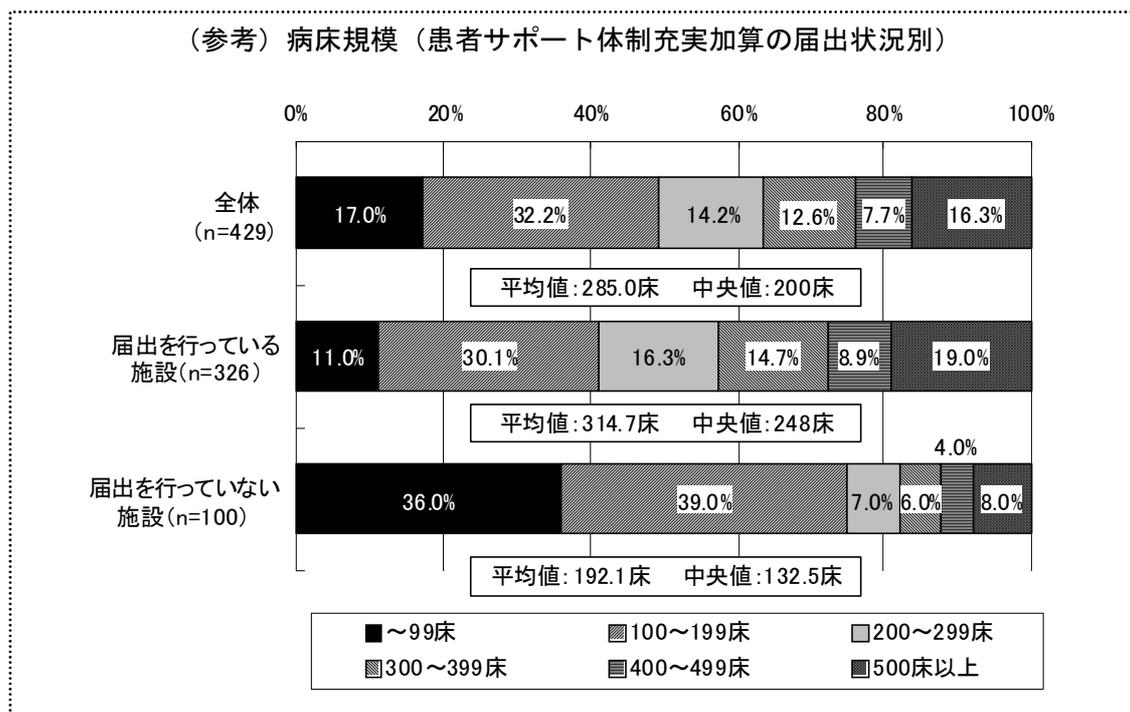
	施設数	割合
平成 24 年 10 月	3	17.6%
平成 24 年 12 月	3	17.6%
平成 25 年 1 月	2	11.8%
平成 25 年 4 月	2	11.8%
平成 26 年 4 月	1	5.9%
無回答	6	35.3%
全体	17	100.0%

2) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出を行っていない理由

図表 86 患者サポート体制充実加算の届出を行っていない理由
(患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設、複数回答、n=100)

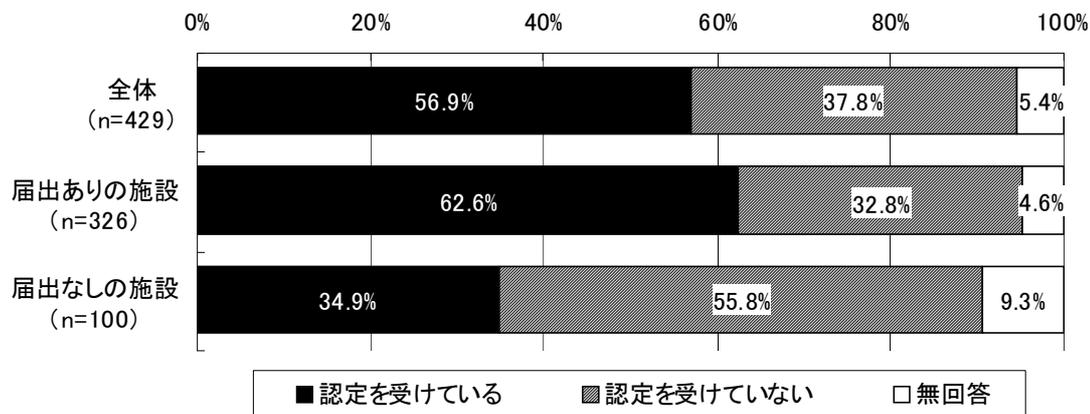


(参考) 病床規模 (患者サポート体制充実加算の届出状況別)



3) 病院機能評価の認定状況

図表 87 病院機能評価の認定状況
(患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

②患者サポート体制充実加算の算定件数

図表 88 患者サポート体制充実加算の算定件数別施設数
(平成 24 年 9 月 1 か月分)

	施設数	割合
～49 件	91	27.9%
50～99 件	28	8.6%
100～199 件	44	13.5%
200～299 件	33	10.1%
300～499 件	34	10.4%
500～999 件	52	16.0%
1000 件以上	23	7.1%
無回答	21	6.4%
全体	326	100.0%

図表 89 1 施設あたり患者サポート体制充実加算算定件数
(平成 24 年 9 月 1 か月分、n=305)

(単位：件)

平均値	標準偏差	中央値
349.2	578.8	180.0

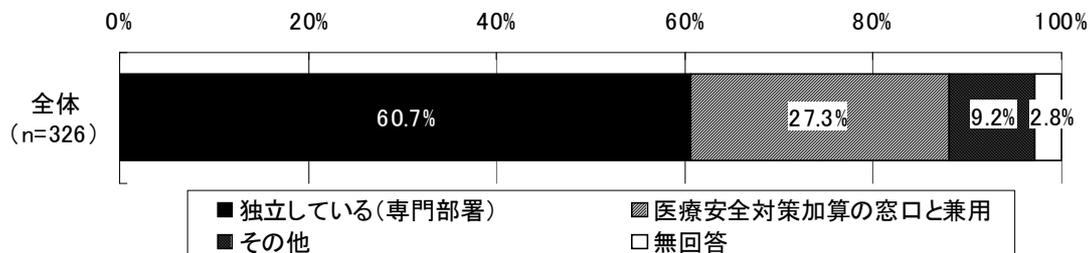
図表 90 100 床あたり患者サポート体制充実加算算定件数
(平成 24 年 9 月 1 か月分、n=305)

(単位：件)

平均値	標準偏差	中央値
101.1	166.1	92.3

③患者サポート体制充実加算における患者相談窓口の状況

図表 91 患者サポート体制充実加算における患者相談窓口の状況
(患者サポート体制充実加算の届出施設)



(注)「その他」の内容として、「地域医療連携室と兼用」(同旨を含め6件)、「がん相談支援センターと兼用」(同旨を含め3件)、「医療介護相談室と兼用」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

図表 92 患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している
1施設あたりの職員数(職種別、患者サポート体制充実加算の届出施設、n=326)

(単位：人)

	専従			専任(兼任)			合計		
	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
1) 医師	0.00	0.00	0.00	0.33	0.64	0.00	0.33	0.64	0.00
2) 歯科医師	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3) 看護師・保健師・助産師	0.29	0.75	0.00	1.57	2.20	1.00	1.86	2.20	1.00
4) 薬剤師	0.01	0.11	0.00	0.19	0.41	0.00	0.19	0.42	0.00
5) 社会福祉士	0.54	1.40	0.00	1.22	1.60	1.00	1.77	1.87	1.00
6) 精神保健福祉士	0.10	0.48	0.00	0.16	0.54	0.00	0.25	0.72	0.00
7) 臨床心理技術者	0.01	0.10	0.00	0.03	0.23	0.00	0.04	0.25	0.00
8) 事務職	0.13	0.50	0.00	0.71	1.23	0.00	0.84	1.28	0.00
9) その他	0.03	0.20	0.00	0.32	0.98	0.00	0.36	0.99	0.00
10) 合計	1.10	2.33	0.00	4.54	4.34	3.00	5.64	4.20	4.00

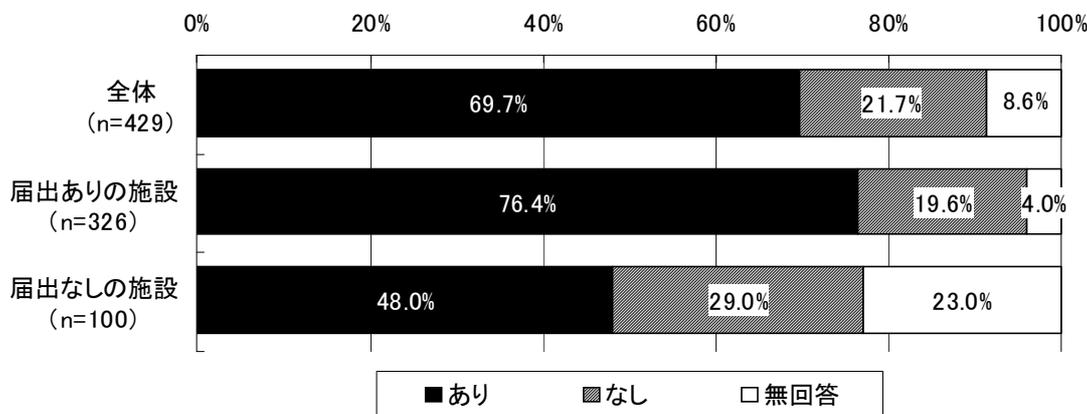
図表 93 患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している1施設あたりの職員数(患者相談の経験年数別、患者サポート体制充実加算の届出施設、n=294)

(単位：人)

	専従			専任(兼任)			合計		
	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
5年以上	0.45	1.13	0.00	2.77	3.79	2.00	3.22	3.73	2.00
3年以上5年未満	0.20	0.67	0.00	0.55	1.32	0.00	0.76	1.48	0.00
1年以上3年未満	0.22	0.72	0.00	0.59	1.13	0.00	0.81	1.30	0.00
1年未満	0.14	0.44	0.00	0.53	1.16	0.00	0.67	1.22	0.00

④医療安全対策加算の施設基準の届出の有無

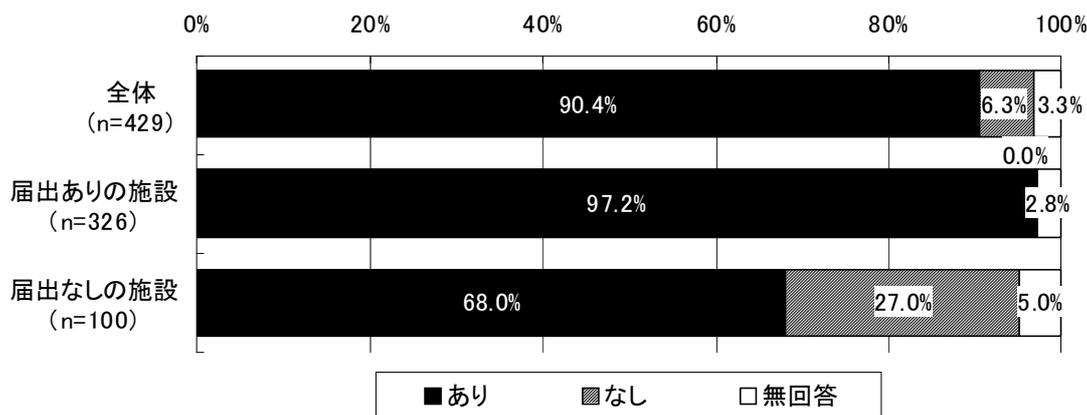
図表 94 医療安全対策加算の施設基準の届出の有無
(患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑤患者相談支援窓口の有無

図表 95 患者相談支援窓口の有無 (患者サポート体制充実加算の届出状況別)

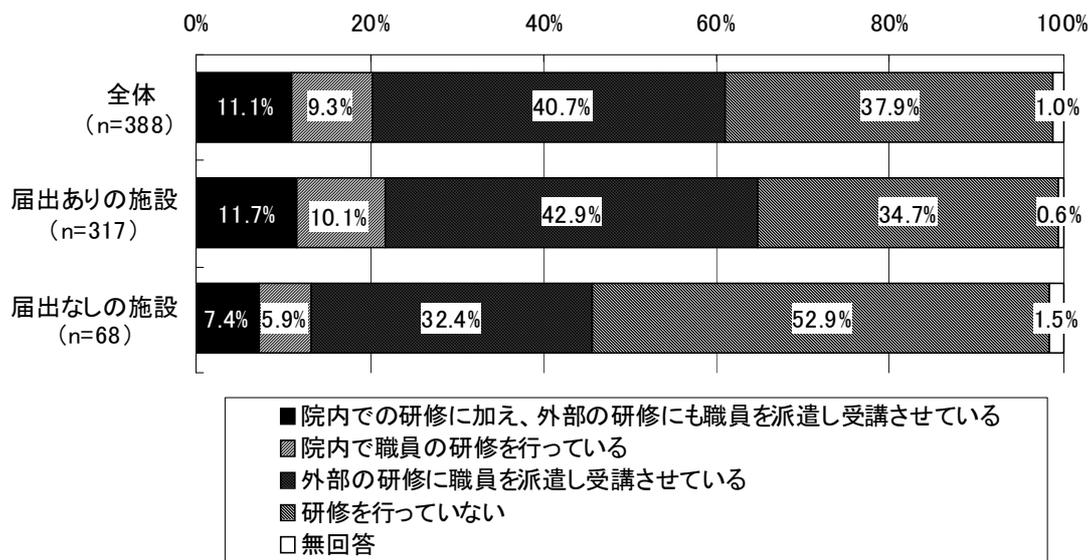


(注)・本調査での「患者相談支援窓口」とは、「医療従事者と患者との対話を促進するため、患者またはその家族等を支援する(相談の受付とその対応など)部門・担当者」と定義している(以下、同様)。
・「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑥医療対話仲介者に関する職員の研修

1) 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況

図表 96 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

2) 医療対話仲介者に関する職員の研修実施回数・参加者数等

図表 97 医療対話仲介者に関する職員の研修実施回数・参加者数等

(医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

【院内研修】

	施設数	実施回数(回)			参加者・受講者延べ人数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体	150	0.9	1.7	0.0	30.9	57.1	0.0
届出を行っている施設	129	1.0	1.8	0.0	30.9	57.2	0.0
届出を行っていないが検討中の施設	4	1.0	0.8	1.0	32.5	28.7	30.0
届出は行っていない施設	16	0.6	1.1	0.0	17.1	37.8	0.0

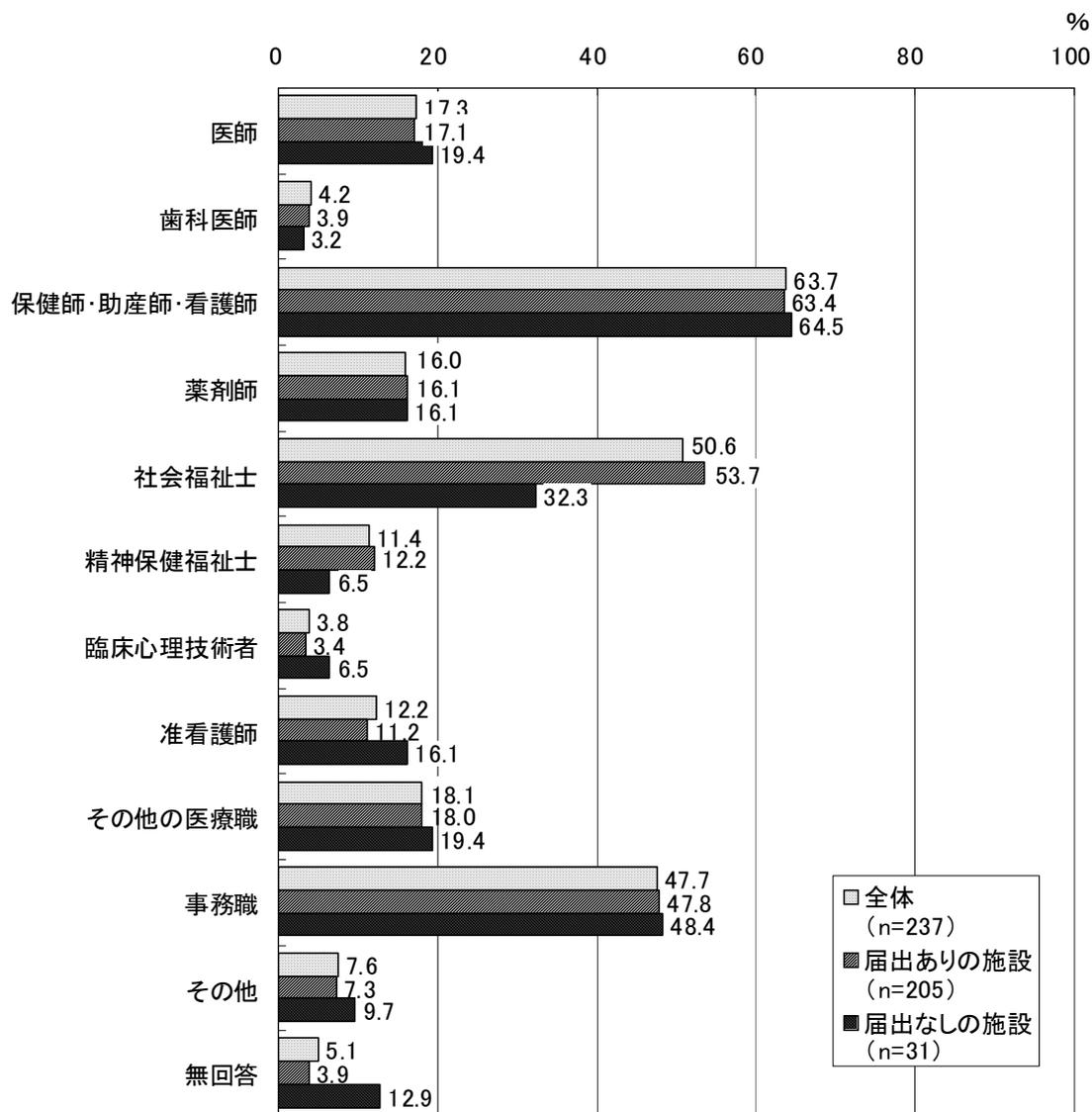
【外部研修】

	施設数	実施回数(回)			参加者・受講者延べ人数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
全体	211	1.8	2.5	1.0	2.8	6.1	1.0
届出ありの施設	183	1.6	2.4	1.0	2.7	6.2	1.0
届出を行っていないが検討中の施設	6	1.7	1.0	2.0	3.2	2.2	3.0
届出は行っていない施設	21	2.8	3.4	1.0	4.2	6.0	1.0

(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3) 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者

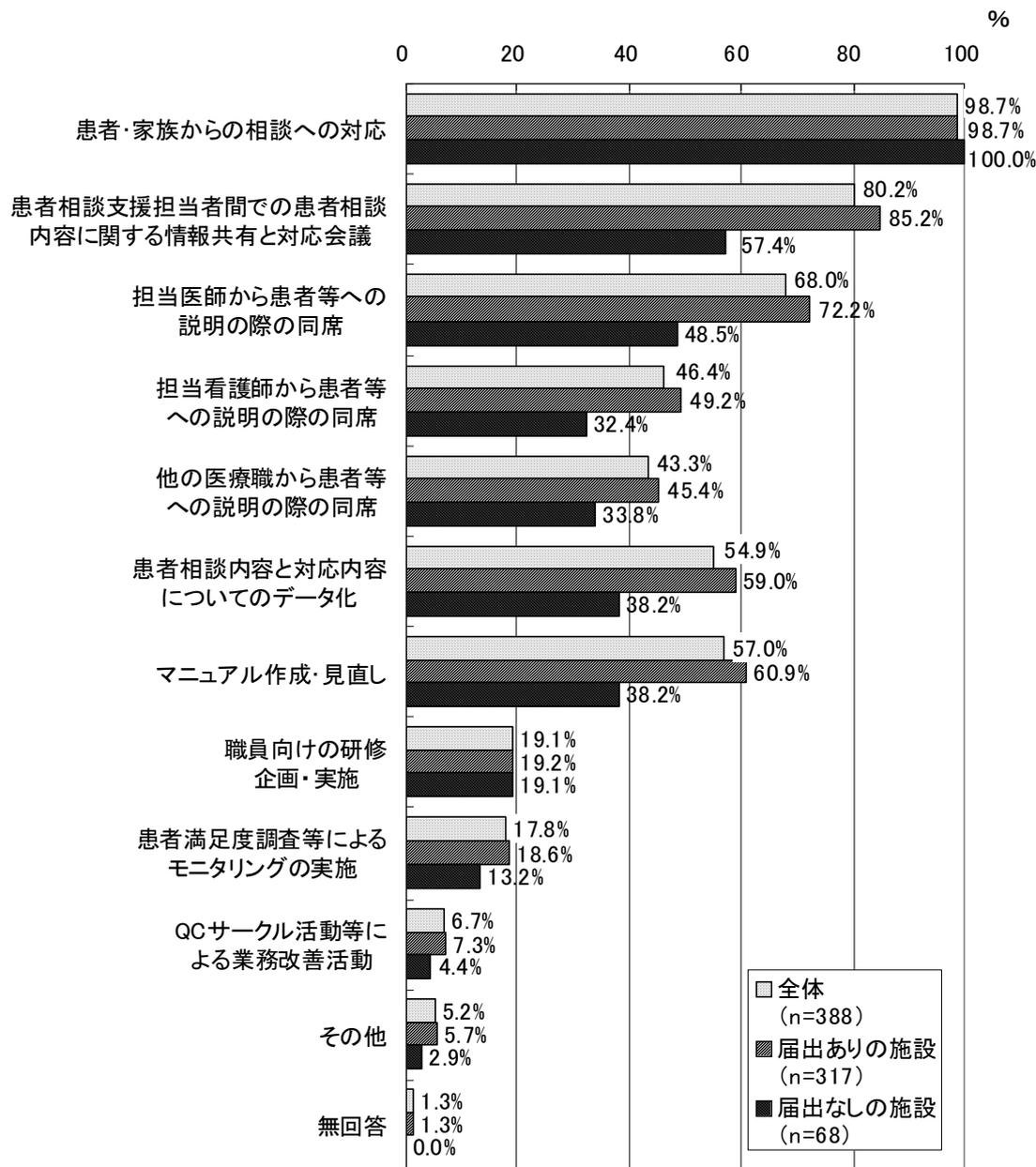
図表 98 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者
 (医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑦患者相談支援窓口が行っている業務内容

図表 99 患者相談支援窓口が行っている業務内容
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑧平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等

図表 100 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

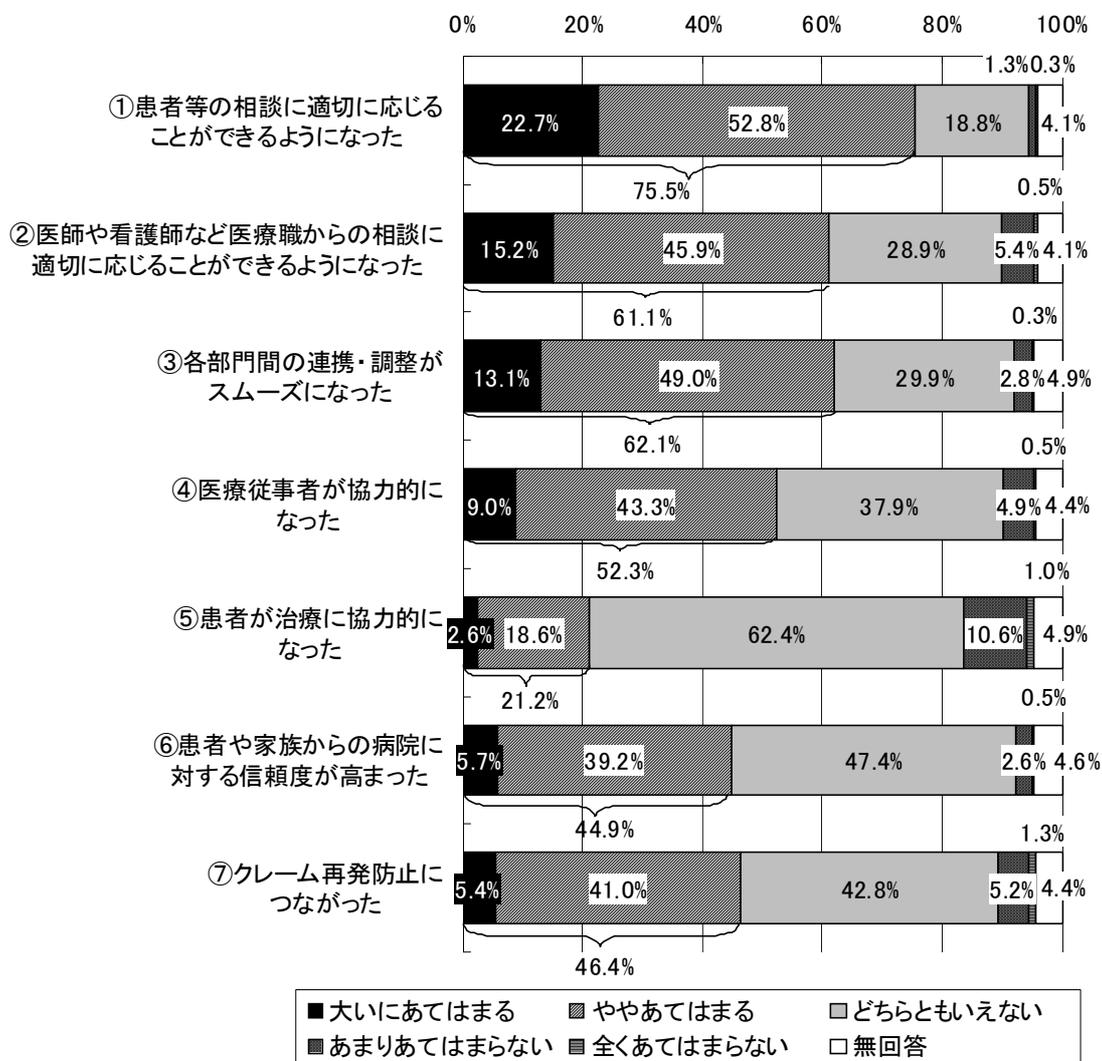
		平均値			中央値		
		全体	届出のある施設	届出のない施設	全体	届出のある施設	届出のない施設
件数(件)							
①患者・家族等からの相談件数		1,233.0	1,358.0	441.8	264.5	309.5	33.0
対応者	②患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数	560.1	611.7	264.3	69.5	84.0	13.5
	③主として医療職が対応した相談件数	561.9	626.7	97.9	25.0	30.0	3.0
	④主として医療職以外が対応した件数	494.8	519.9	343.2	24.0	27.0	15.0
内容	⑤医学的な内容に関する相談件数	290.8	324.4	94.4	18.0	20.0	2.0
	⑥終末期医療に関する相談件数	37.6	43.8	4.6	2.0	2.0	0.0
	⑦苦情・クレームの件数	21.1	21.9	11.6	6.0	7.0	2.0
	⑧⑦のうち、弁護士等への相談などに発展した件数	0.3	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0
①に対する割合(%)							
①患者・家族等からの相談件数		100.0	100.0	100.0			
対応者	②患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数	45.4	45.0	59.8			
	③主として医療職が対応した相談件数	45.6	46.1	22.2			
	④主として医療職以外が対応した件数	40.1	38.3	77.7			
内容	⑤医学的な内容に関する相談件数	23.6	23.9	21.4			
	⑥終末期医療に関する相談件数	3.1	3.2	1.0			
	⑦苦情・クレームの件数	1.7	1.6	2.6			
	⑧⑦のうち、弁護士等への相談などに発展した件数	0.0	0.0	0.0			

(注)・集計対象施設数：全体 n=358、届出ありの施設 n=296、届出なしの施設 n=48

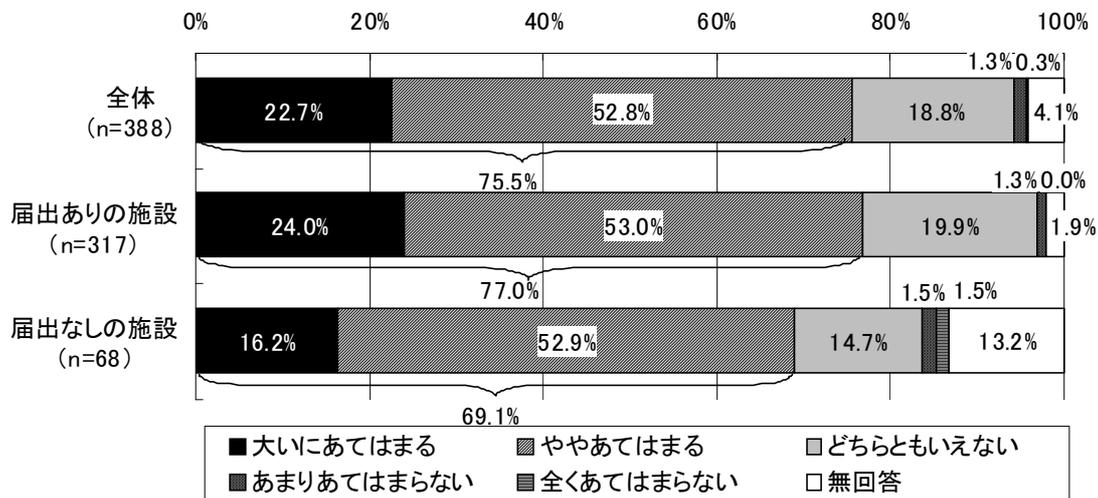
- ・「全体」の中には、「届出を行っていないが検討中」と回答した 13 施設、届出状況が不明の 1 施設が含まれる。
- ・「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑨患者相談支援体制を充実させることによる効果

図表 101 患者相談支援体制を充実させることによる効果
(患者相談支援窓口がある施設、n=388)

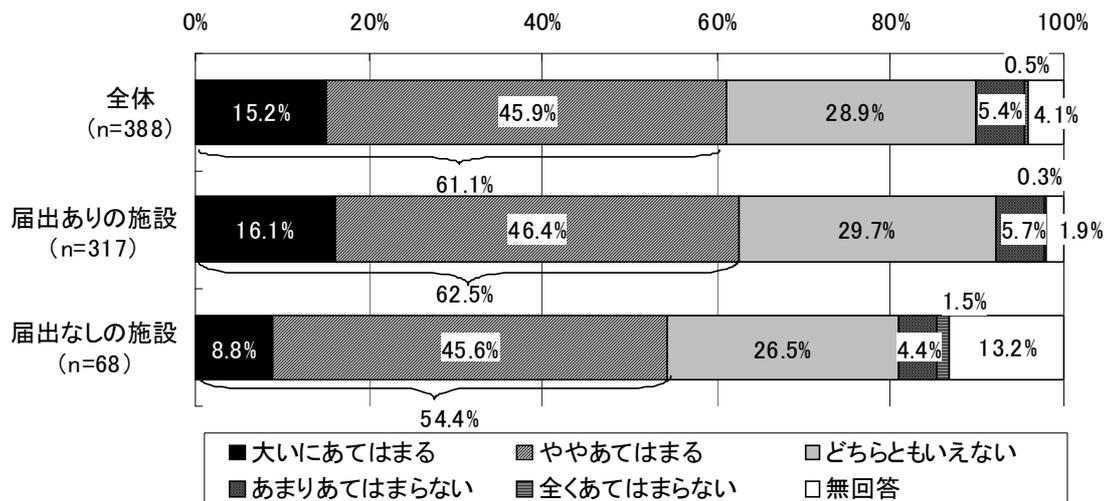


図表 102 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～①患者等の相談に適切に応じることができるようになった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 103 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～②医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

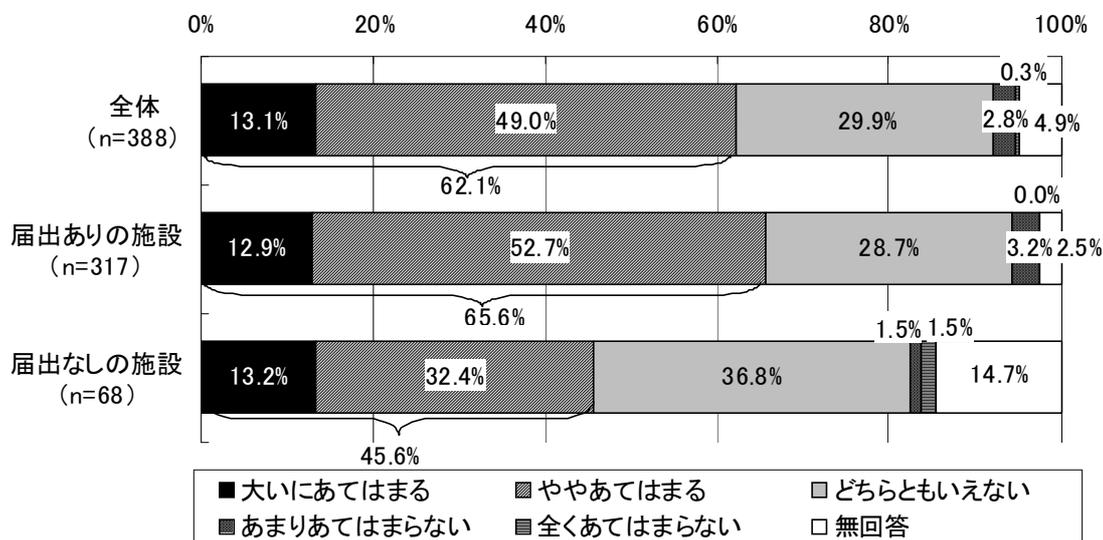


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 104 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～③各部門間の連携・調整がスムーズになった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

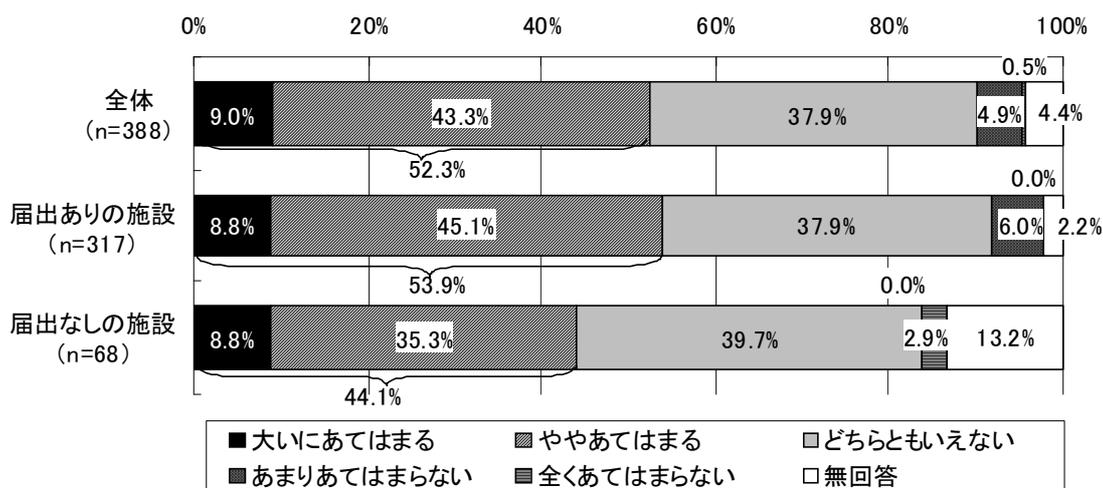


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 105 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～④医療従事者が協力的になった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

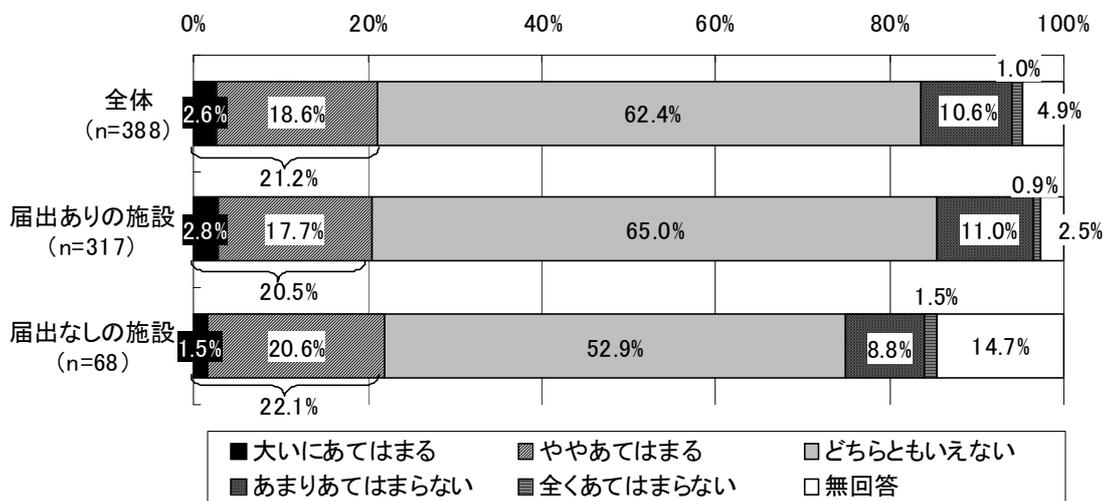


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 106 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑤患者が治療に協力的になった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

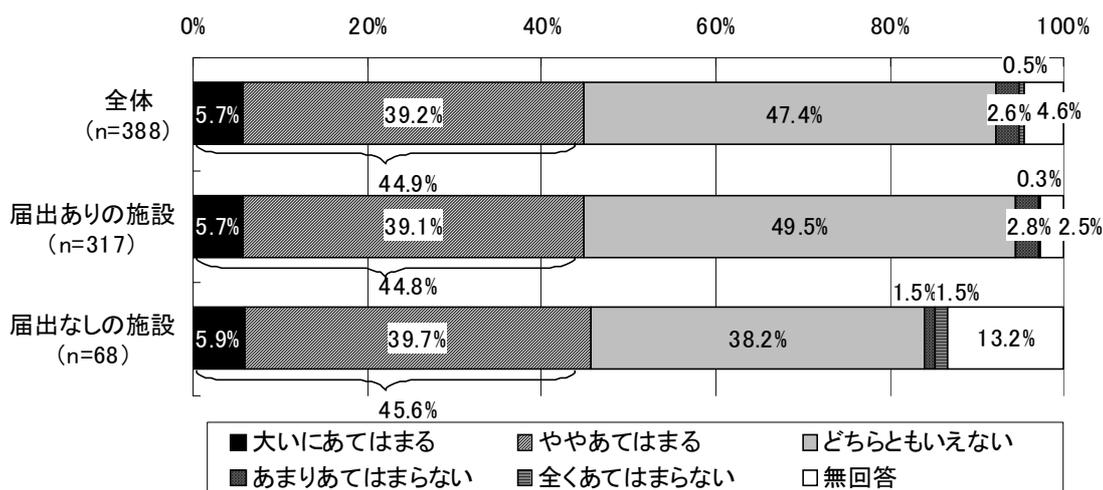


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 107 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑥患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

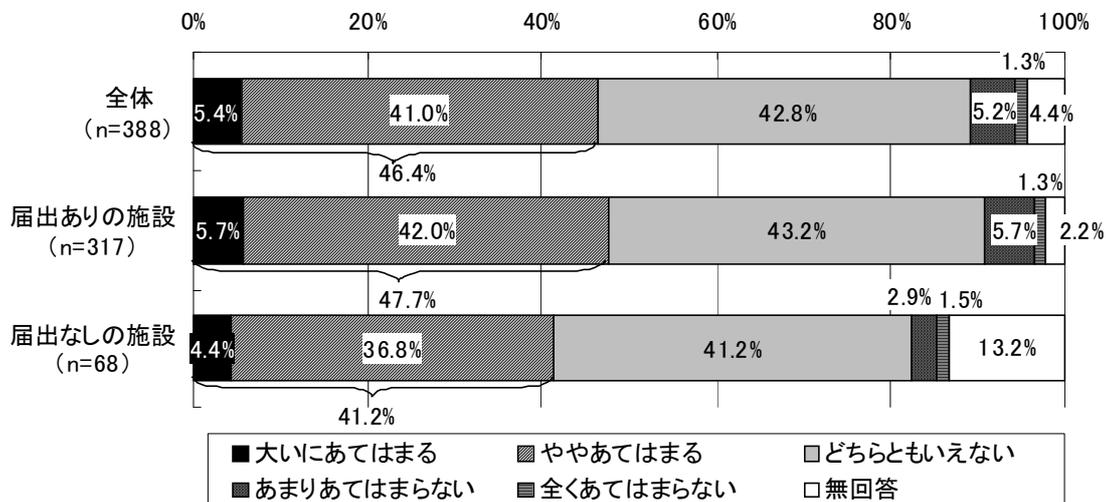


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 108 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑦クレーム再発防止につながった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3. 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「2. 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」の調査対象施設において、調査日に「患者相談支援窓口」を利用した患者（1施設につき最大6名まで、施設への配布数6人分×1,500施設）

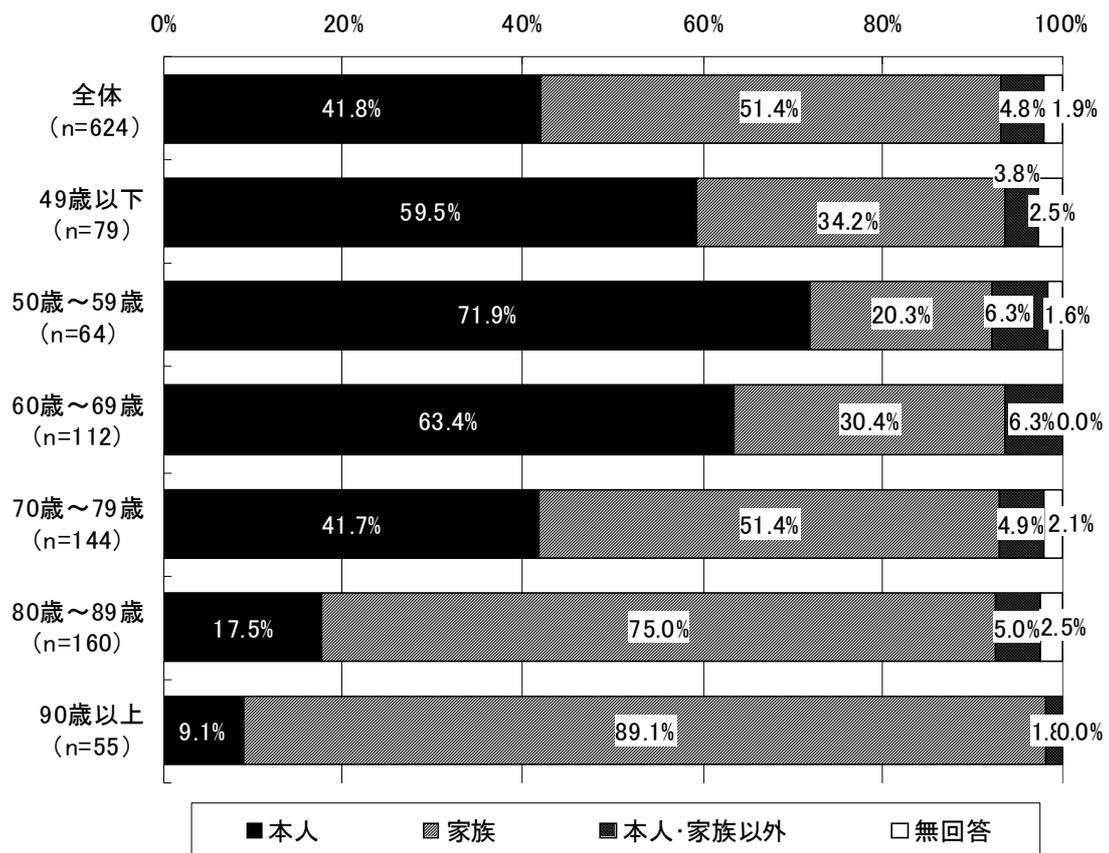
回答数：624人

回答者：患者または家族等

(1) 患者の属性等

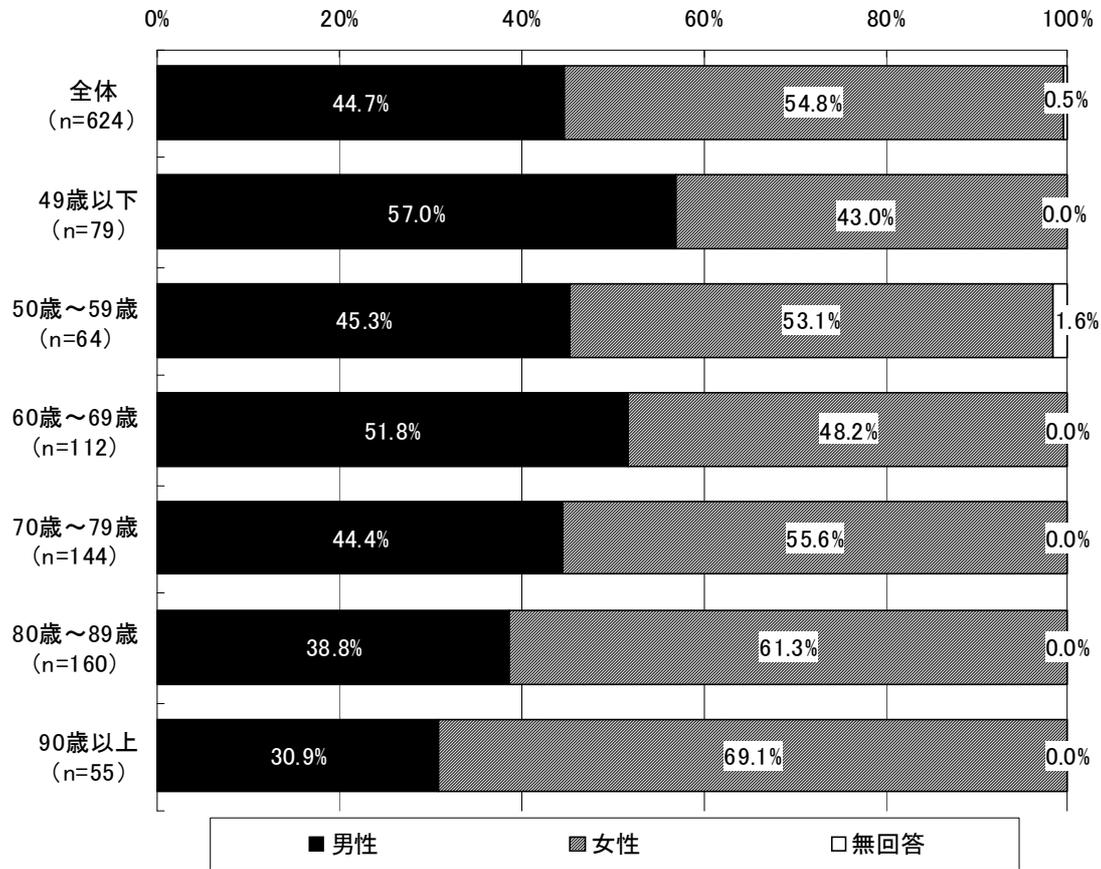
①回答者

図表 109 回答者（患者の年齢階級別）



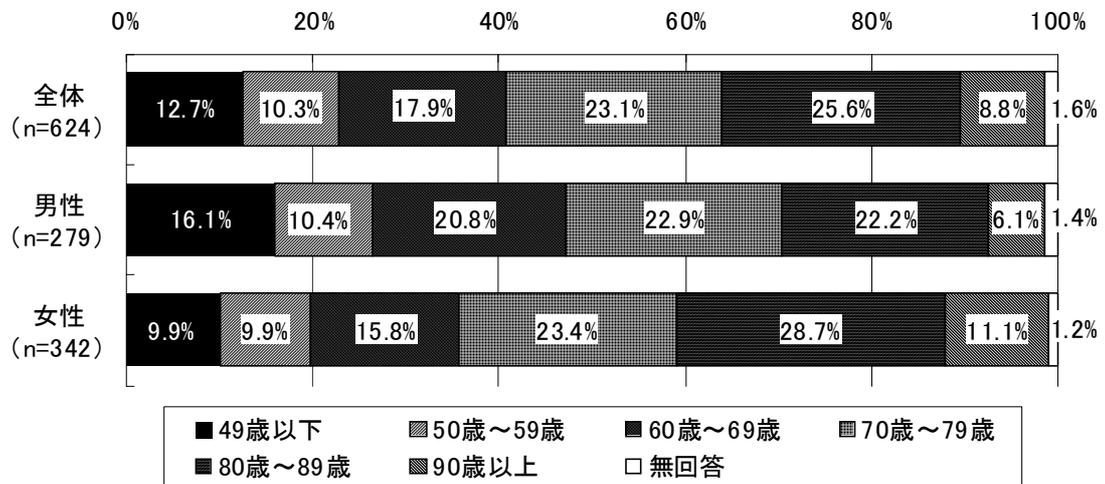
②患者の性別

図表 110 患者の性別（年齢階級別）



③患者の年齢

図表 111 患者の年齢（男女別）



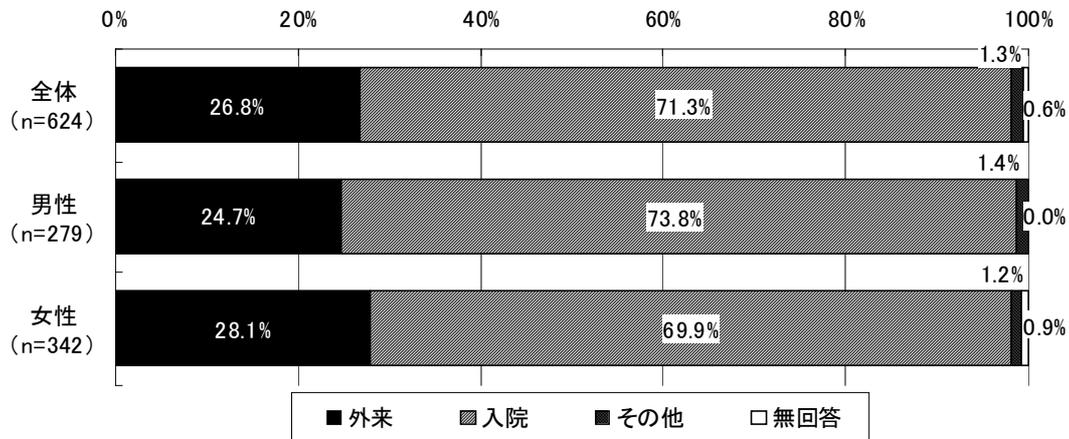
図表 112 患者の平均年齢（男女別）

（単位：歳）

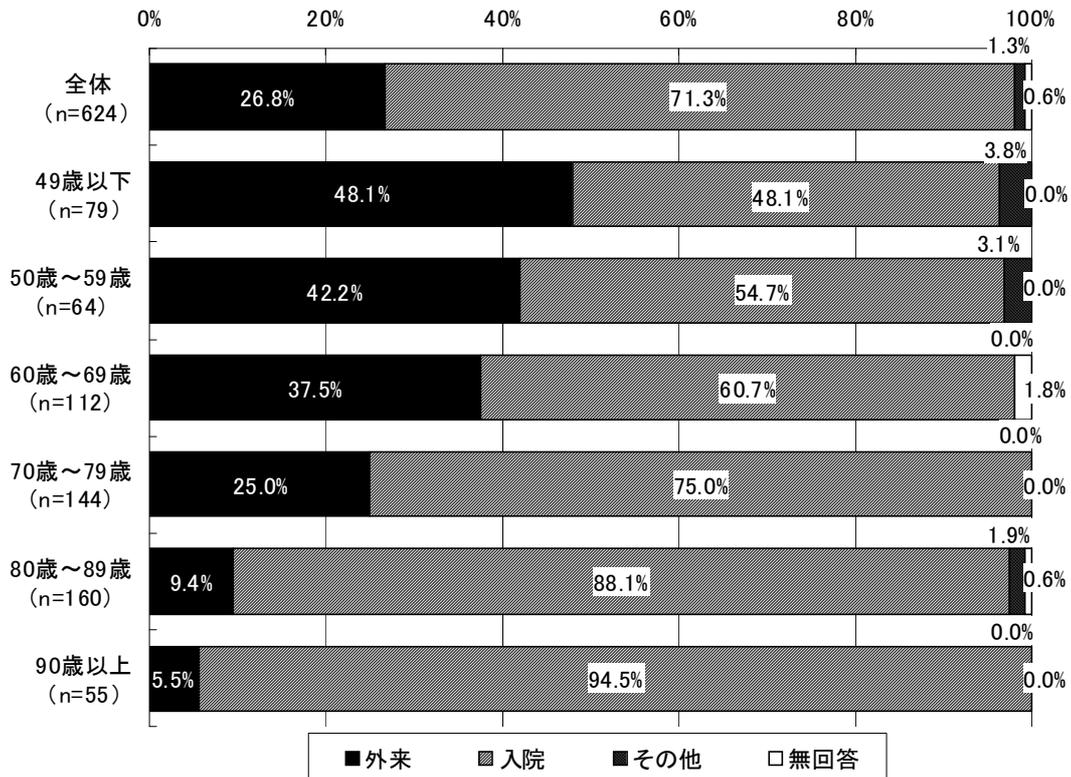
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	614	69.8	18.0	73.0
男性	275	67.0	18.9	71.0
女性	338	72.2	17.0	77.0

④外来・入院

図表 113 外来・入院（男女別）



図表 114 外来・入院（年齢階級別）



図表 115 当該医療機関の外来利用頻度（外来患者、男女別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	本日が初めて	週に1回程度	2週間に1回程度	1か月に1回程度	2か月に1回程度	1年に数回程度	その他	無回答
全体	167 100.0	25 15.0	25 15.0	19 11.4	55 32.9	14 8.4	15 9.0	12 7.2	2 1.2
男性	69 100.0	13 18.8	10 14.5	8 11.6	19 27.5	7 10.1	6 8.7	6 8.7	0 0.0
女性	96 100.0	12 12.5	14 14.6	11 11.5	35 36.5	7 7.3	9 9.4	6 6.3	2 2.1

図表 116 当該医療機関の外来利用頻度（外来患者、年齢階級別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	本日が初めて	週に1回程度	2週間に1回程度	1か月に1回程度	2か月に1回程度	1年に数回程度	その他	無回答
全体	167 100.0	25 15.0	25 15.0	19 11.4	55 32.9	14 8.4	15 9.0	12 7.2	2 1.2
49歳以下	38 100.0	9 23.7	3 7.9	5 13.2	13 34.2	3 7.9	4 10.5	1 2.6	0 0.0
50歳～59歳	27 100.0	2 7.4	1 3.7	3 11.1	11 40.7	2 7.4	3 11.1	4 14.8	1 3.7
60歳～69歳	42 100.0	8 19.0	12 28.6	3 7.1	10 23.8	4 9.5	1 2.4	4 9.5	0 0.0
70歳～79歳	36 100.0	4 11.1	6 16.7	5 13.9	13 36.1	3 8.3	4 11.1	0 0.0	1 2.8
80歳～89歳	15 100.0	2 13.3	2 13.3	0 0.0	7 46.7	1 6.7	2 13.3	1 6.7	0 0.0
90歳以上	3 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0

図表 117 当該医療機関での入院期間（入院患者、男女別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	3日以内	2週間以内	1か月以内	3か月以内	6か月以内	6か月以上	その他	無回答
全体	445 100.0	30 6.7	84 18.9	93 20.9	124 27.9	62 13.9	37 8.3	12 2.7	3 0.7
男性	206 100.0	12 5.8	37 18.0	36 17.5	56 27.2	34 16.5	20 9.7	8 3.9	3 1.5
女性	239 100.0	18 7.5	47 19.7	57 23.8	68 28.5	28 11.7	17 7.1	4 1.7	0 0.0

図表 118 当該医療機関での入院期間（入院患者、年齢階級別）

（単位：上段 人、下段 %）

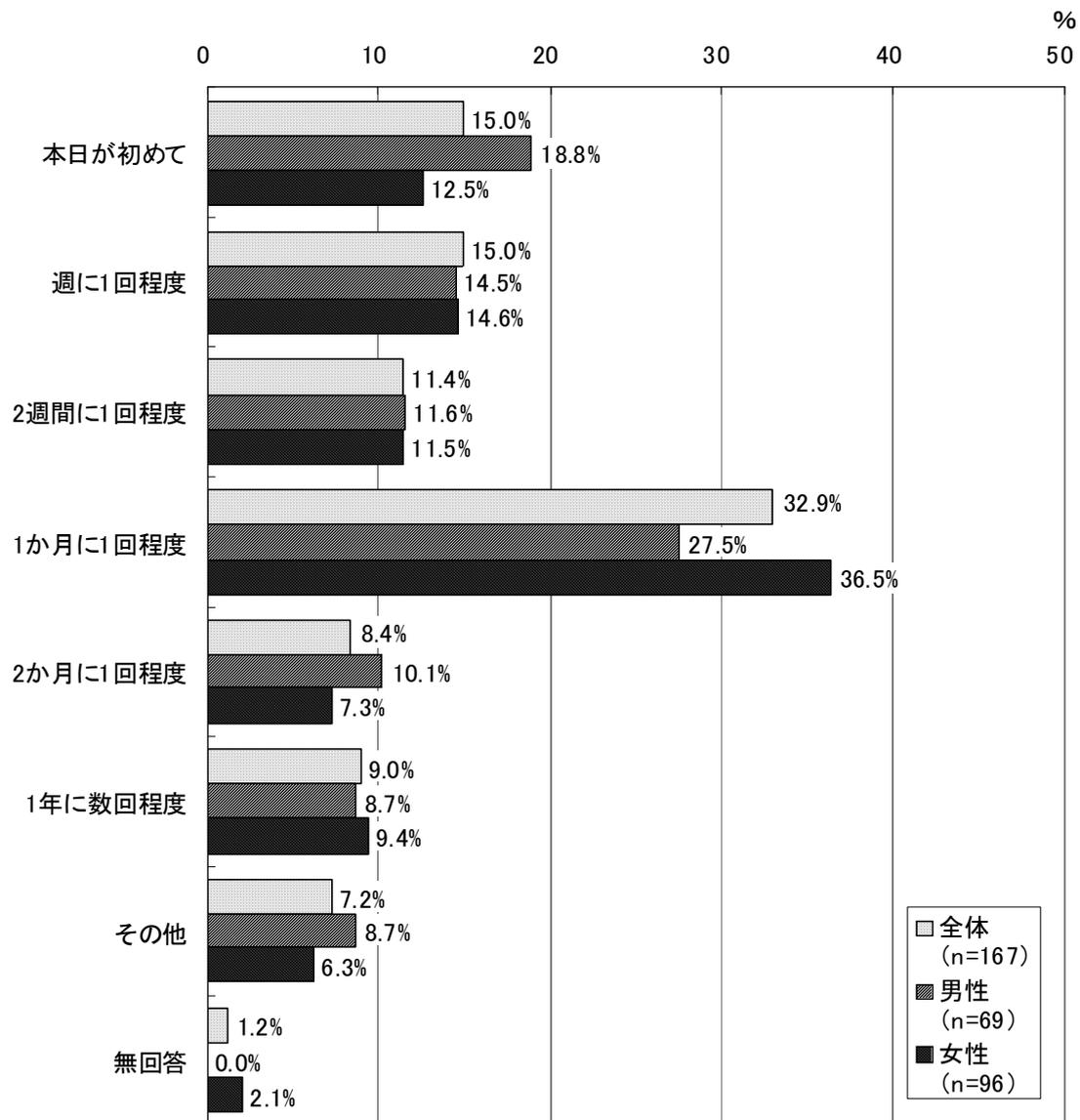
	総数	3日以内	2週間以内	1か月以内	3か月以内	6か月以内	6か月以上	その他	無回答
全体	445 100.0	30 6.7	84 18.9	93 20.9	124 27.9	62 13.9	37 8.3	12 2.7	3 0.7
49歳以下	38 100.0	4 10.5	11 28.9	9 23.7	4 10.5	5 13.2	2 5.3	3 7.9	0 0.0
50歳～59歳	35 100.0	2 5.7	6 17.1	8 22.9	7 20.0	6 17.1	6 17.1	0 0.0	0 0.0
60歳～69歳	68 100.0	6 8.8	13 19.1	11 16.2	19 27.9	8 11.8	8 11.8	2 2.9	1 1.5
70歳～79歳	108 100.0	8 7.4	12 11.1	23 21.3	37 34.3	15 13.9	10 9.3	3 2.8	0 0.0
80歳～89歳	141 100.0	8 5.7	30 21.3	27 19.1	46 32.6	23 16.3	4 2.8	3 2.1	0 0.0
90歳以上	52 100.0	2 3.8	12 23.1	13 25.0	11 21.2	5 9.6	7 13.5	1 1.9	1 1.9

(2) 患者相談窓口の利用状況等

①患者相談窓口を知ったきっかけと説明等のわかりやすさ

1) 患者相談窓口を知ったきっかけ

図表 119 患者相談窓口を知ったきっかけ（男女別、複数回答）

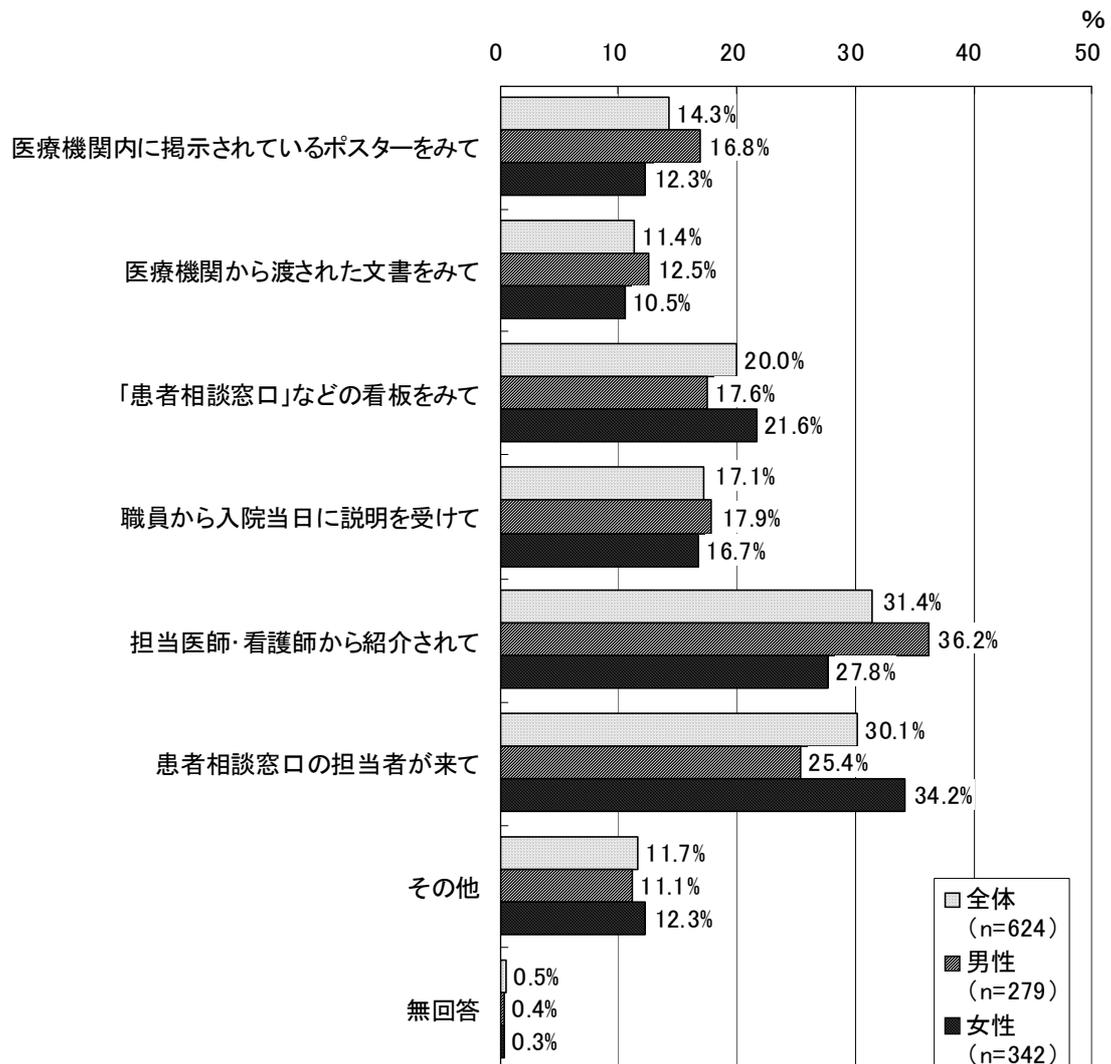


図表 120 患者相談窓口を知ったきっかけ（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

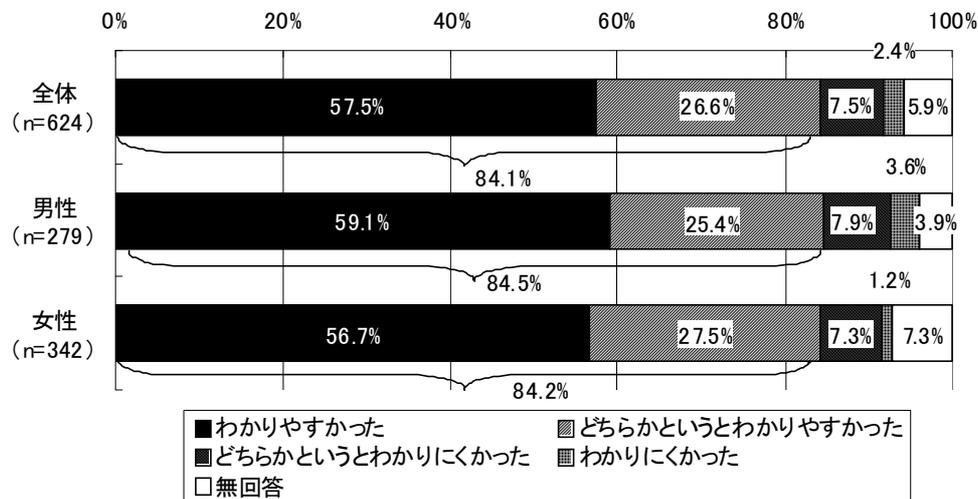
	総数	医療機関内に掲示されているポスターをみて	医療機関から渡された文書を見て	「患者相談窓口」などの看板をみて	職員から入院当日に説明を受けて	担当医師・看護師から紹介されて	患者相談窓口の担当者が来て	その他	無回答
全体	624 100.0	89 14.3	71 11.4	125 20.0	107 17.1	196 31.4	188 30.1	73 11.7	3 0.5
49 歳以下	79 100.0	20 25.3	8 10.1	15 19.0	12 15.2	26 32.9	16 20.3	9 11.4	0 0.0
50 歳～59 歳	64 100.0	14 21.9	9 14.1	18 28.1	14 21.9	15 23.4	21 32.8	7 10.9	0 0.0
60 歳～69 歳	112 100.0	18 16.1	13 11.6	37 33.0	15 13.4	17 15.2	31 27.7	14 12.5	0 0.0
70 歳～79 歳	144 100.0	18 12.5	16 11.1	21 14.6	26 18.1	54 37.5	46 31.9	15 10.4	0 0.0
80 歳～89 歳	160 100.0	13 8.1	15 9.4	21 13.1	30 18.8	61 38.1	53 33.1	22 13.8	1 0.6
90 歳以上	55 100.0	5 9.1	8 14.5	10 18.2	10 18.2	19 34.5	21 38.2	5 9.1	1 1.8

図表 121 患者相談窓口を知ったきっかけ（入院・外来別、複数回答）

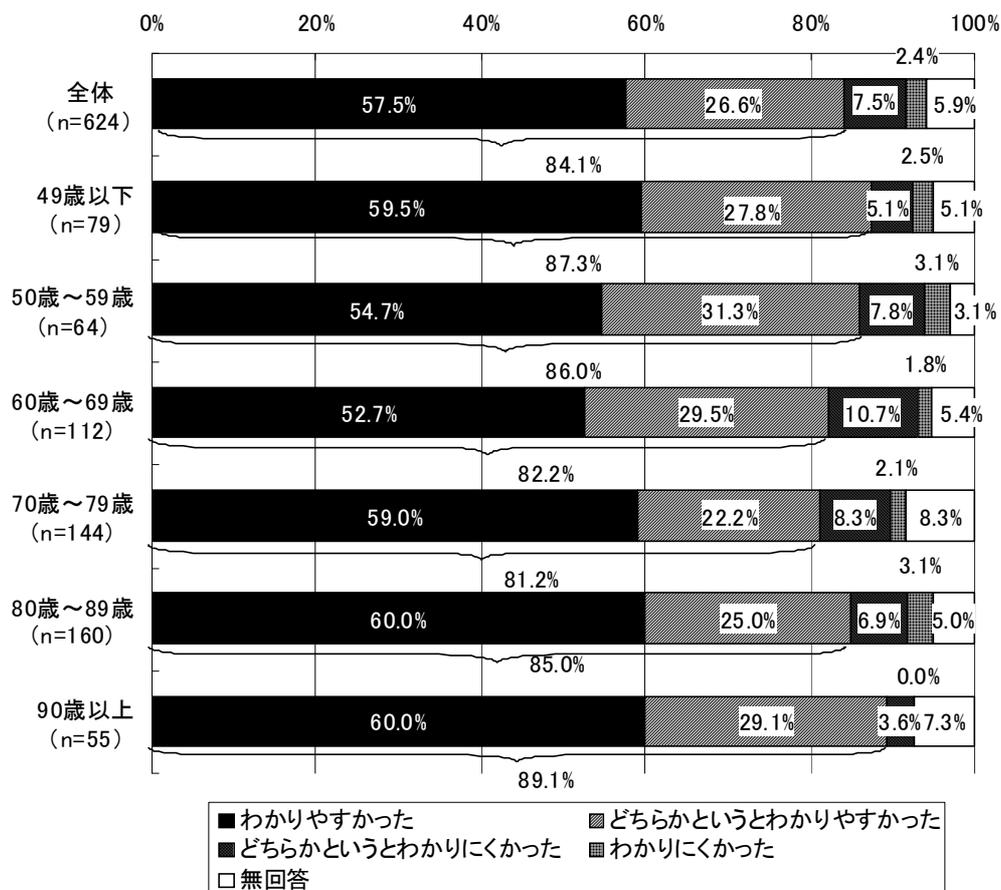


2) 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ

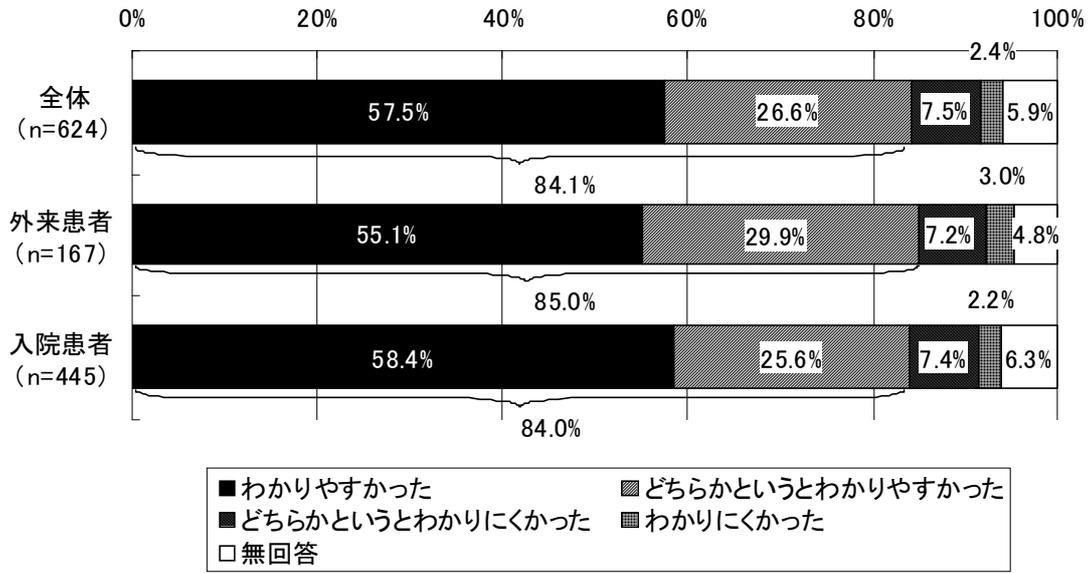
図表 122 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（男女別）



図表 123 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（年齢階級別）



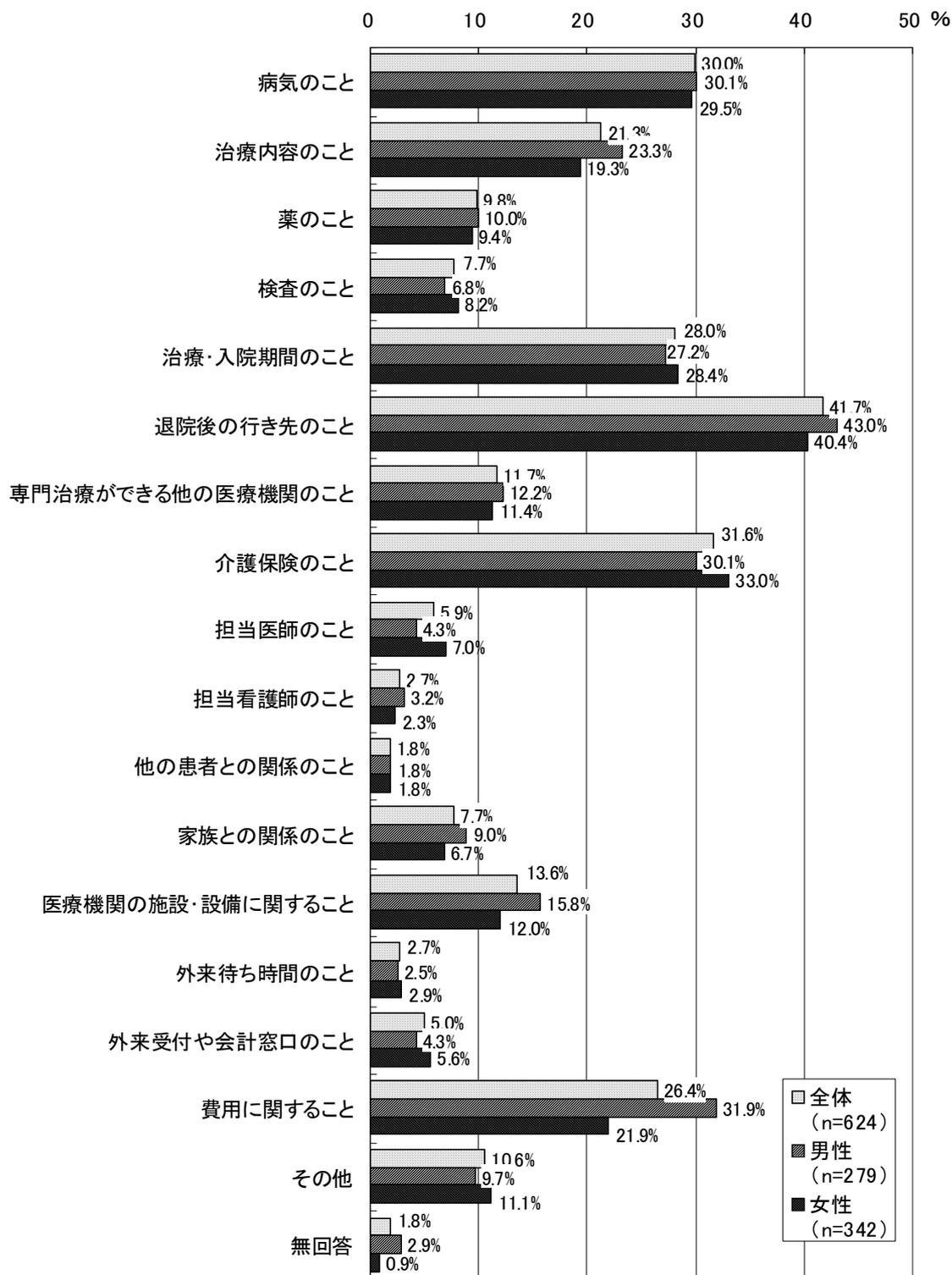
図表 124 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（外来・入院別）



②患者相談窓口の利用内容

1) 患者相談窓口の利用内容

図表 125 患者相談窓口の利用内容（男女別、複数回答）



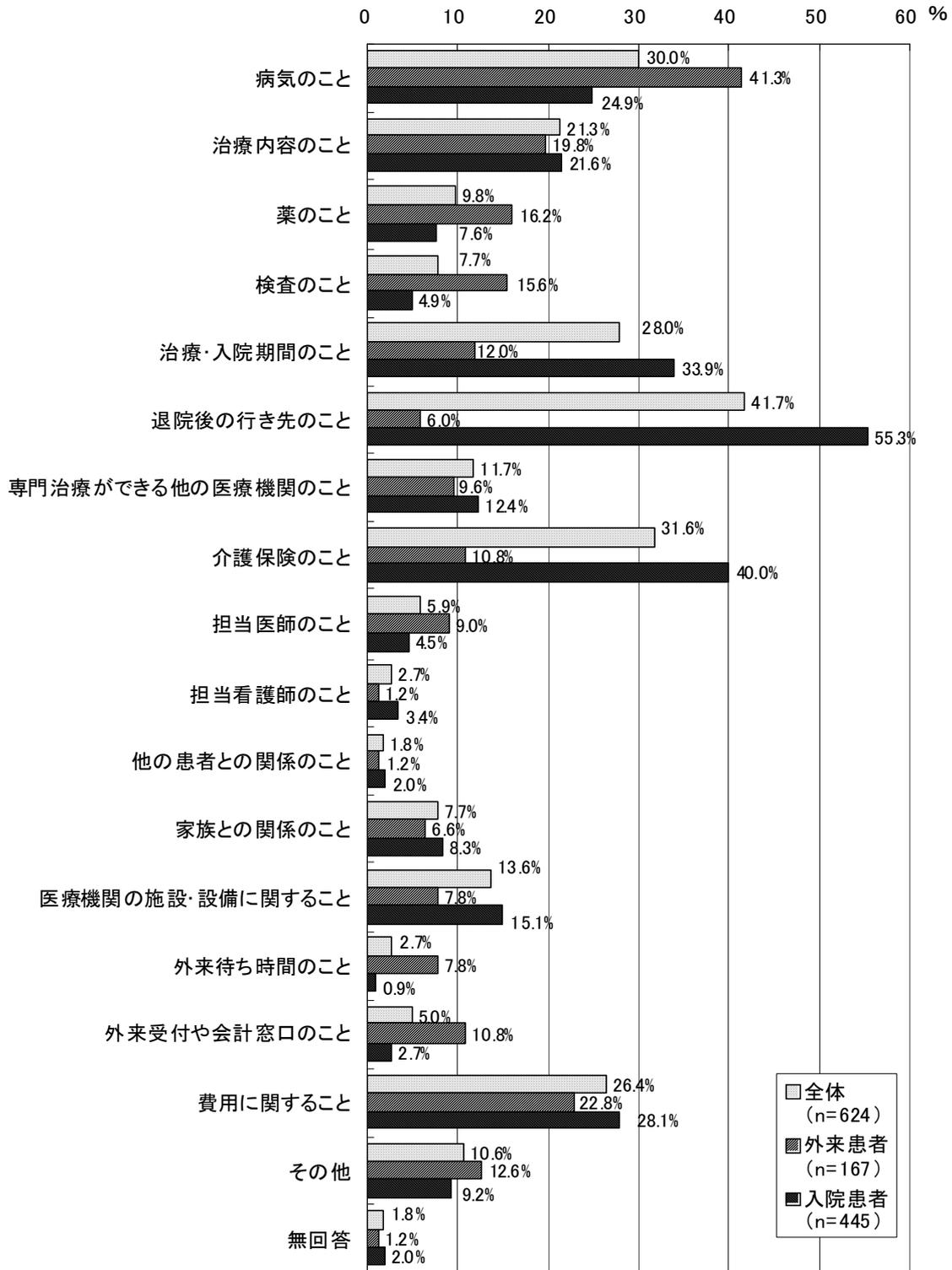
図表 126 患者相談窓口の利用内容（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

	合計	病気のこと	治療内容のこと	薬のこと	検査のこと	治療・入院期間のこと	退院後の行き先のこと	他の専門治療ができる医療機関のこと	介護保険のこと	担当医師のこと
全体	624 100.0	187 30.0	133 21.3	61 9.8	48 7.7	175 28.0	260 41.7	73 11.7	197 31.6	37 5.9
49歳以下	79 100.0	27 34.2	12 15.2	5 6.3	7 8.9	12 15.2	13 16.5	9 11.4	6 7.6	5 6.3
50歳～59歳	64 100.0	25 39.1	17 26.6	10 15.6	8 12.5	17 26.6	19 29.7	13 20.3	14 21.9	6 9.4
60歳～69歳	112 100.0	32 28.6	15 13.4	12 10.7	7 6.3	20 17.9	24 21.4	11 9.8	25 22.3	5 4.5
70歳～79歳	144 100.0	46 31.9	35 24.3	18 12.5	15 10.4	46 31.9	66 45.8	13 9.0	68 47.2	13 9.0
80歳～89歳	160 100.0	35 21.9	32 20.0	9 5.6	7 4.4	55 34.4	96 60.0	21 13.1	59 36.9	2 1.3
90歳以上	55 100.0	18 32.7	19 34.5	6 10.9	3 5.5	22 40.0	36 65.5	6 10.9	22 40.0	4 7.3

	担当看護師のこと	他の患者との関係のこと	家族との関係のこと	医療機関の施設・設備に関するのこと	外来待ち時間のこと	外来受付や会計窓口のこと	費用に関するのこと	その他	無回答
全体	17 2.7	11 1.8	48 7.7	85 13.6	17 2.7	31 5.0	165 26.4	66 10.6	11 1.8
49歳以下	2 2.5	2 2.5	4 5.1	13 16.5	6 7.6	8 10.1	23 29.1	15 19.0	3 3.8
50歳～59歳	1 1.6	1 1.6	8 12.5	8 12.5	2 3.1	4 6.3	25 39.1	15 23.4	0 0.0
60歳～69歳	3 2.7	2 1.8	6 5.4	9 8.0	5 4.5	6 5.4	38 33.9	10 8.9	3 2.7
70歳～79歳	3 2.1	4 2.8	14 9.7	22 15.3	2 1.4	5 3.5	28 19.4	13 9.0	2 1.4
80歳～89歳	5 3.1	1 0.6	10 6.3	24 15.0	2 1.3	5 3.1	36 22.5	10 6.3	2 1.3
90歳以上	3 5.5	1 1.8	6 10.9	7 12.7	0 0.0	3 5.5	11 20.0	2 3.6	1 1.8

図表 127 患者相談窓口の利用内容（外来・入院別、複数回答）



2) 相談に対応してくれた人数（最も多い時）

図表 128 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、男女別）

（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
男性	271	1.7	1.2	1.0
女性	332	1.7	1.4	1.0

（注）相談に対応してくれた際の職員数。複数回相談した場合には、最も多い時の人数。

図表 129 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、年齢階級別）

（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
49歳以下	76	1.4	0.8	1.0
50歳～59歳	63	1.8	1.4	1.0
60歳～69歳	107	1.7	1.5	1.0
70歳～79歳	141	1.8	1.2	1.0
80歳～89歳	155	1.7	1.4	1.0
90歳以上	54	1.7	1.4	1.0

図表 130 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、外来・入院別）

（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
外来	163	1.5	1.1	1.0
入院	431	1.7	1.4	1.0

3) 相談回数

図表 131 相談回数（患者1人あたり、男女別）

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
男性	249	4.1	7.6	2.5
女性	299	3.1	3.3	2.0

図表 132 相談回数（患者 1 人あたり、年齢階級別）

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
49 歳以下	66	2.7	3.0	2.0
50 歳～59 歳	61	5.2	13.1	2.0
60 歳～69 歳	94	3.1	2.9	2.0
70 歳～79 歳	131	3.7	4.8	3.0
80 歳～89 歳	143	3.5	4.2	2.0
90 歳以上	55	3.1	2.3	3.0

図表 133 相談回数（患者 1 人あたり、外来・入院別）

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
外来	142	3.1	8.6	2.0
入院	398	3.7	4.2	3.0

4) 相談時間合計

図表 134 相談時間合計（患者 1 人あたり、男女別）

（単位：分）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
男性	249	71.9	136.1	30.0
女性	299	55.3	69.2	30.0

図表 135 相談時間合計（患者 1 人あたり、年齢階級別）

（単位：分）

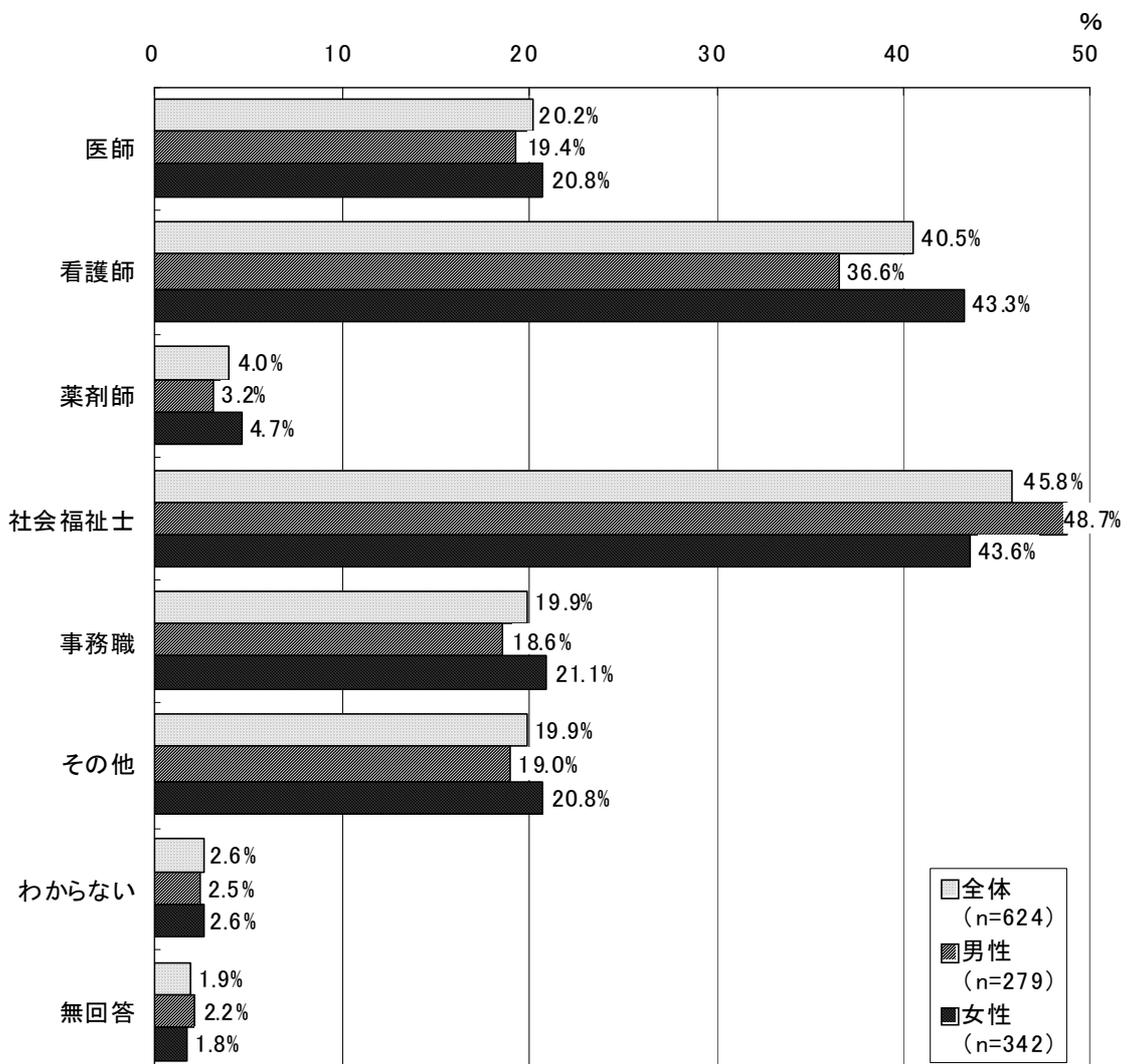
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
49 歳以下	66	37.6	47.4	30.0
50 歳～59 歳	61	101.8	227.8	30.0
60 歳～69 歳	94	44.2	49.7	30.0
70 歳～79 歳	131	61.3	77.4	40.0
80 歳～89 歳	143	70.5	101.4	40.0
90 歳以上	55	64.1	53.8	40.0

図表 136 相談時間合計（患者 1 人あたり、外来・入院別）
（単位：分）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
外来	142	46.9	98.3	20.0
入院	398	68.7	108.0	40.0

5) 相談対応者

図表 137 相談対応者（男女別、複数回答）

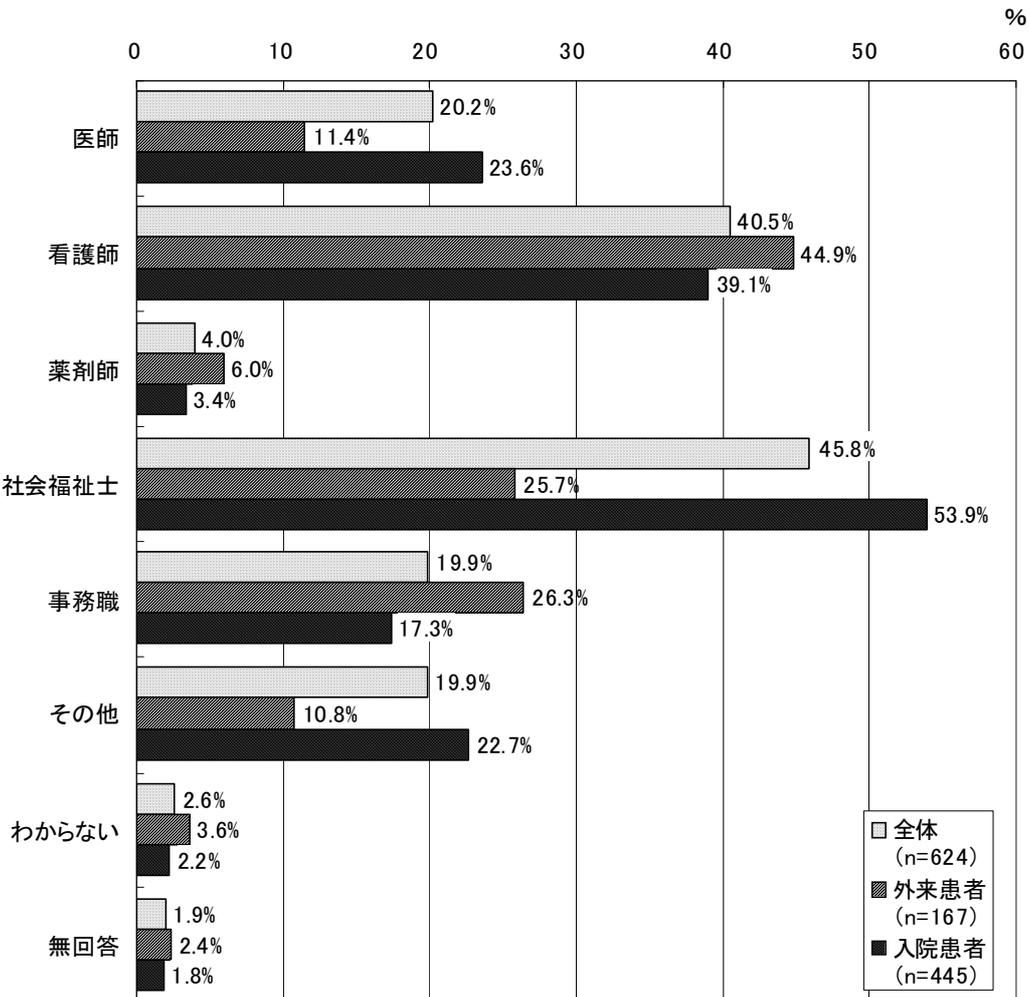


図表 138 相談対応者（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	医師	看護師	薬剤師	社会福祉士	事務職	その他	わからない	無回答
全体	624 100.0	126 20.2	253 40.5	25 4.0	286 45.8	124 19.9	124 19.9	16 2.6	12 1.9
49歳以下	79 100.0	10 12.7	28 35.4	2 2.5	25 31.6	19 24.1	15 19.0	2 2.5	1 1.3
50歳～59歳	64 100.0	18 28.1	34 53.1	4 6.3	21 32.8	16 25.0	12 18.8	3 4.7	0 0.0
60歳～69歳	112 100.0	13 11.6	42 37.5	8 7.1	47 42.0	27 24.1	19 17.0	3 2.7	3 2.7
70歳～79歳	144 100.0	36 25.0	60 41.7	3 2.1	75 52.1	30 20.8	23 16.0	4 2.8	5 3.5
80歳～89歳	160 100.0	31 19.4	59 36.9	5 3.1	81 50.6	26 16.3	39 24.4	4 2.5	3 1.9
90歳以上	55 100.0	16 29.1	24 43.6	2 3.6	31 56.4	6 10.9	15 27.3	0 0.0	0 0.0

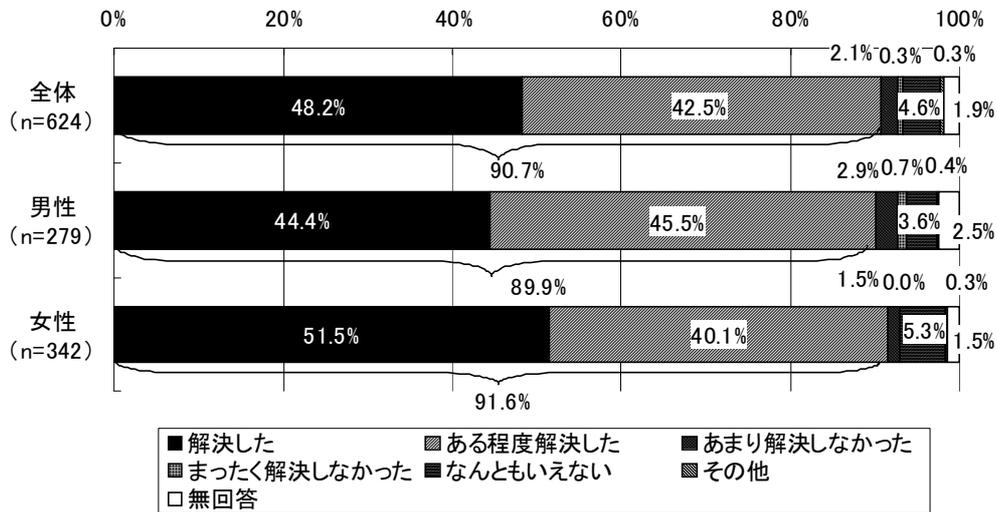
図表 139 相談対応者（外来・入院別、複数回答）



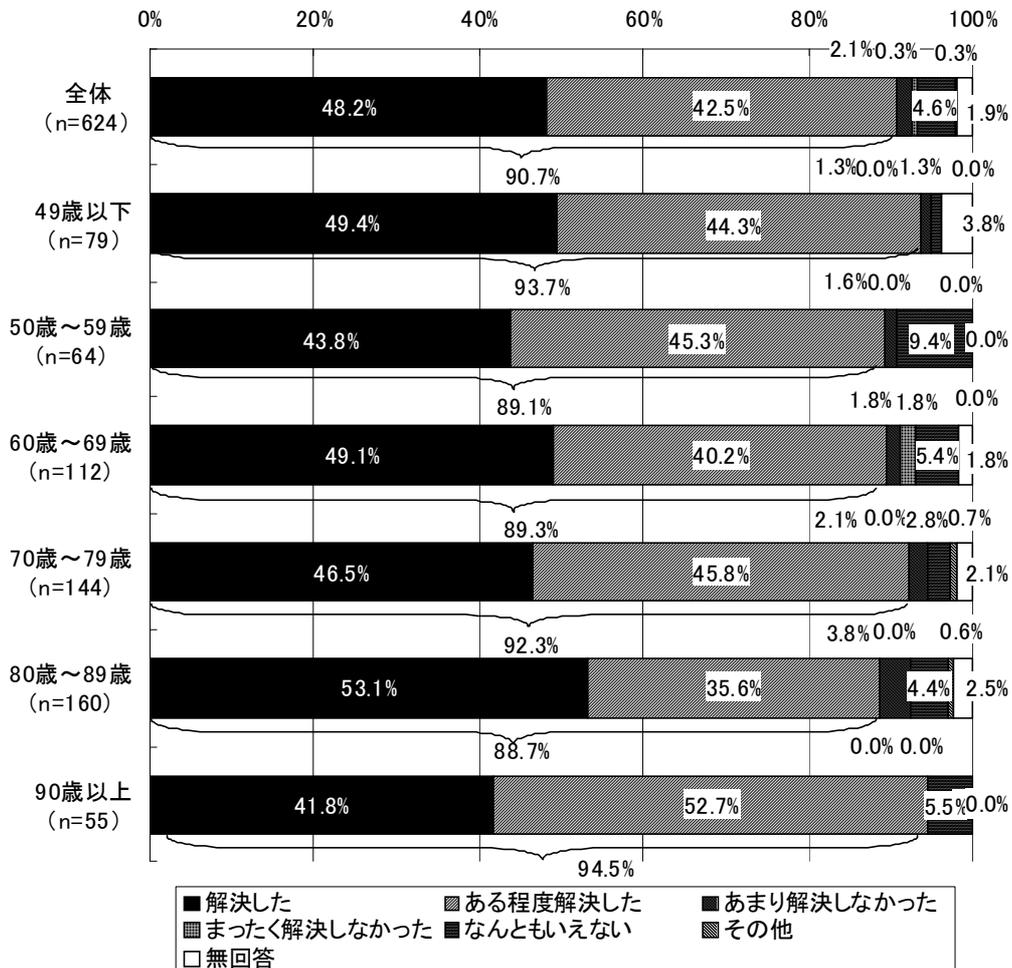
③患者相談窓口に対する評価

1) 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか

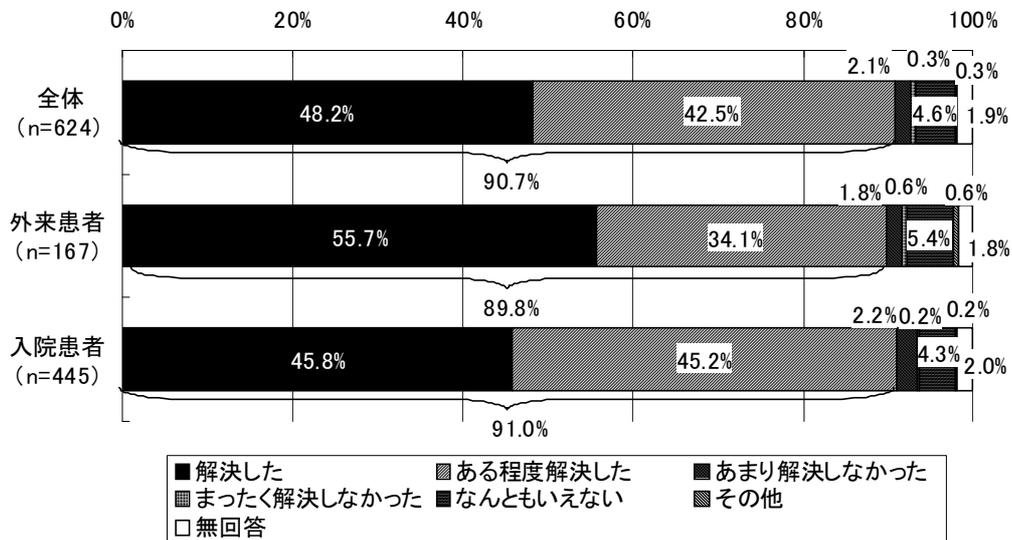
図表 140 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか（男女別）



図表 141 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか（年齢階級別）

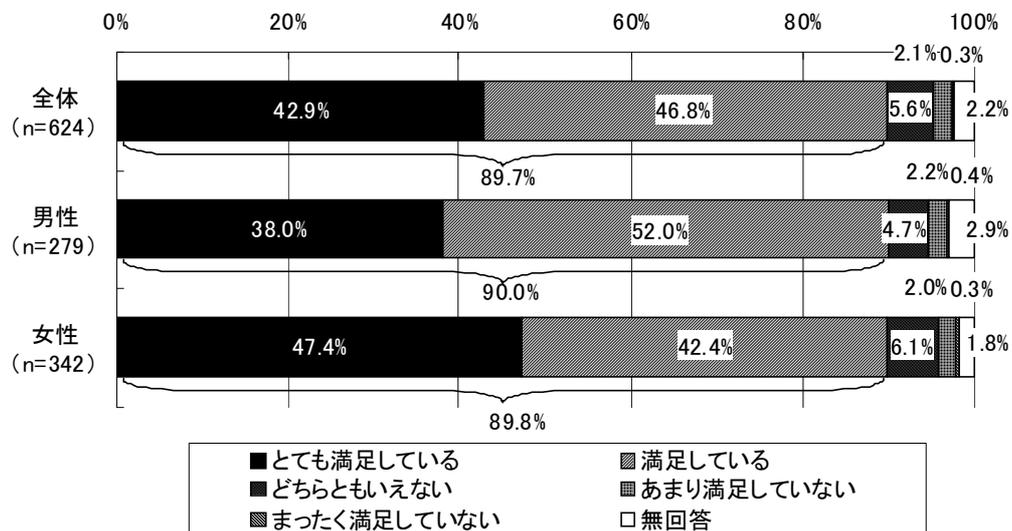


図表 142 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか
(外来・入院別)

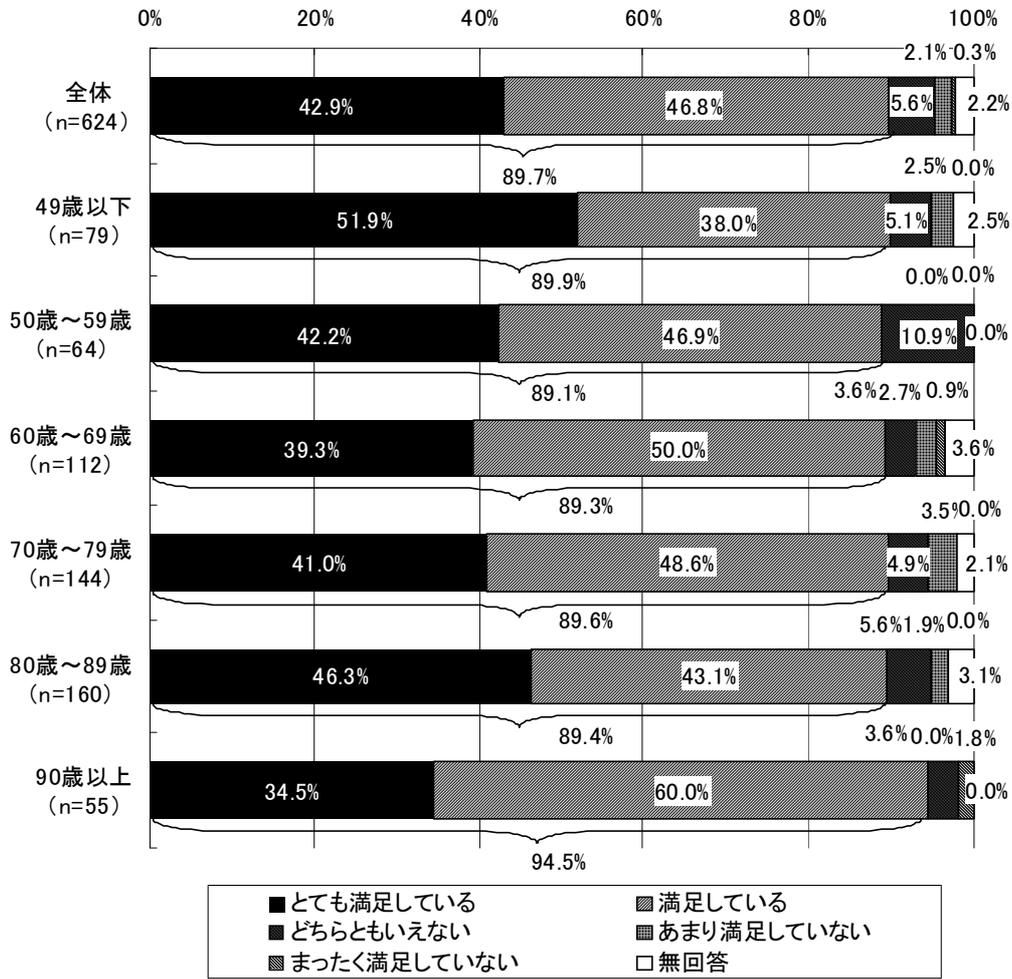


2) 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度

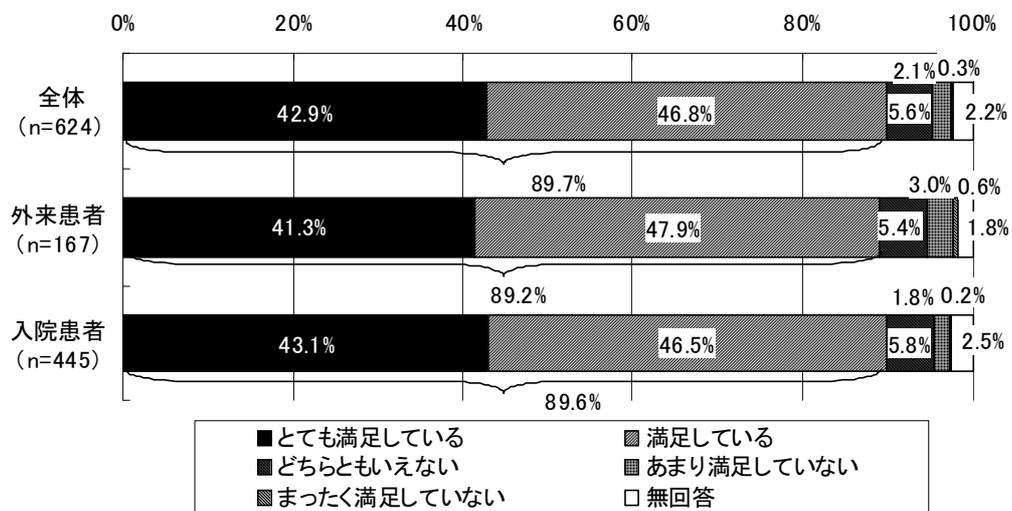
図表 143 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度 (男女別)



図表 144 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度（年齢階級別）



図表 145 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度（外来・入院別）



4. 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「有床診療所入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関（有床診療所）の中から無作為抽出した 1,000 施設

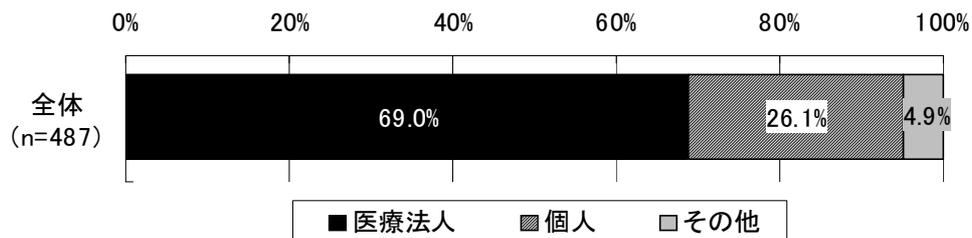
回答数：487 施設

回答者：管理者

(1) 施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

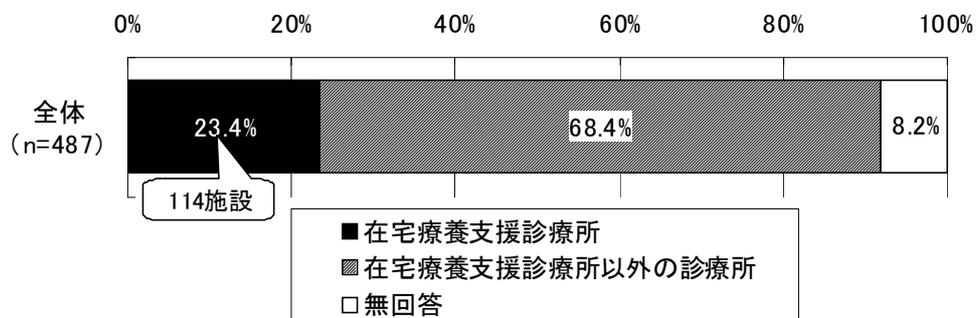
①開設者

図表 146 開設者



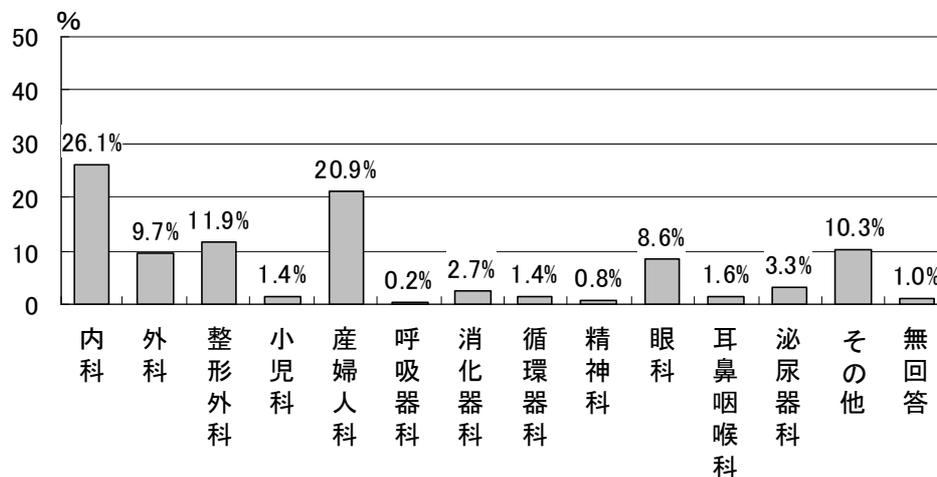
②在宅療養支援診療所

図表 147 在宅療養支援診療所の状況



③主たる診療科

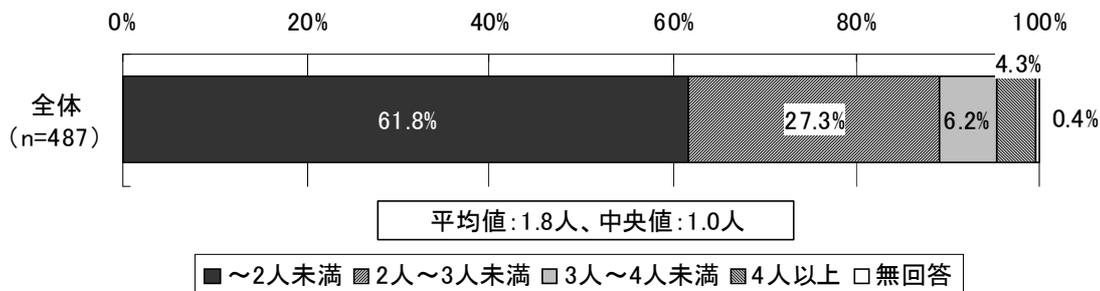
図表 148 主たる診療科 (n=487、単数回答)



④職員数

1) 医師数

図表 149 医師数 (常勤換算)

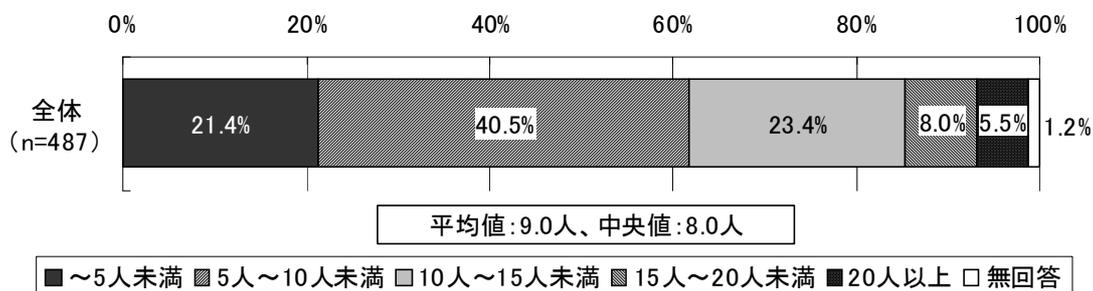


(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした(以下、同様である)。

- ・ 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) ÷ (当該診療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) ÷ (当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2) 看護職員数

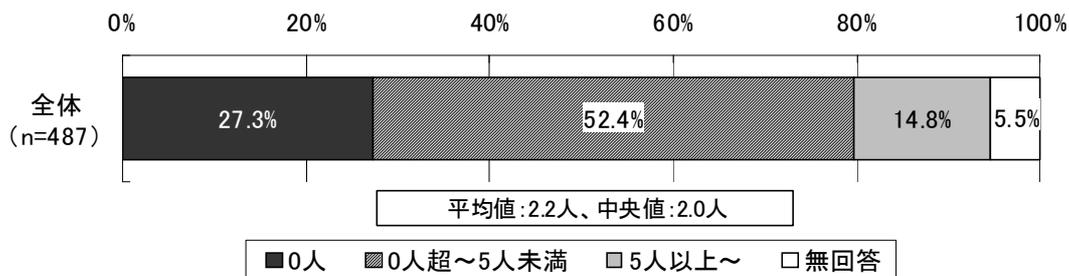
図表 150 看護職員数（常勤換算）



(注) 看護職員数には准看護師が含まれる。

3) 看護補助者数

図表 151 看護補助者数（常勤換算）



⑤病床数

図表 152 1施設あたり病床数 (n=484)

(単位: 床)

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	12.6	6.3	14.0
療養病床	1.7	4.2	0.0
(うち)介護療養病床	0.6	2.4	0.0
合計	14.4	5.8	18.0

図表 153 1施設あたり一般病床数 (一般病床がある施設)

(単位: 床)

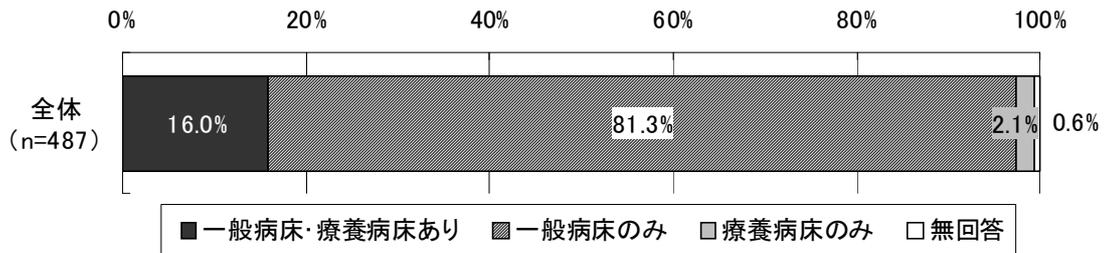
平均値	標準偏差	中央値
12.9	6.1	14.0

図表 154 1施設あたり療養病床数（療養病床がある施設）

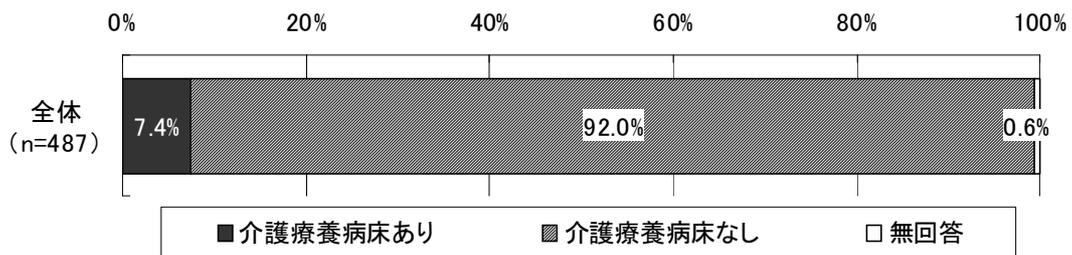
（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
療養病床	9.6	4.7	9.0
（うち）介護療養病床	3.6	4.8	0.0

図表 155 病床種類別施設割合



図表 156 介護療養病床の有無



⑥患者数

1) 1か月間の外来患者延べ人数

図表 157 1か月間の外来患者延べ人数（n=421）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
1,599.6	1,147.0	1,369.0

（注）平成24年9月1か月間の外来患者延べ人数（初診＋再診患者延べ人数）。

2) 1日あたり平均入院患者数

図表 158 1日あたり平均入院患者数 (n=470)

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
8.5	6.6	8.1

(注) 平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数 (初診+再診患者延べ人数)。

⑦算定件数

1) 一般病床における入院基本料の算定件数等

図表 159 一般病床における入院基本料の算定件数等

	該当施設数 (件)	一般病床 総数 (床)	1施設あたり算定件数(件)		
			平均値	標準偏差	中央値
一般病床がある施設	474	6,106	57.7	120.1	18.0
有床診療所入院基本料 1	256	4,070	84.0	142.4	26.0
有床診療所入院基本料 2	99	1,114	24.5	71.0	10.0
有床診療所入院基本料 3	71	450	9.3	15.4	3.0
一般病床であるが、患者の 状態により「有床診療所療 養病床入院基本料」を算定	2	10	1.0	0.0	1.0

(注)・「該当施設数」は各項目に該当する施設、各入院基本料算定施設数。

・「一般病床総数」は該当施設における一般病床数の総計。

・「1施設あたり算定件数」は、当該入院基本料に関する1施設あたりの算定件数(平成24年9月1か月間)の平均値等。

2) 療養病床における入院基本料の算定件数等

図表 160 療養病床における入院基本料の算定件数等

	該当施設数 (件)	療養病床 総数 (床)	1施設あたり算定件数(件)		
			平均値	標準偏差	中央値
療養病床がある施設	88	842	9.0	32.8	2.0
有床診療所療養病床 入院基本料	69	674	9.0	32.8	2.0
療養病床であるが、患者の 状態により「有床診療所入 院基本料」を算定	7	92	2.3	1.1	2.0

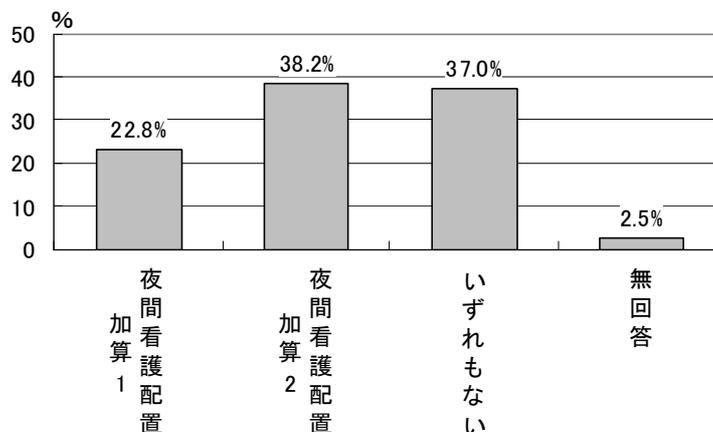
(注)・「該当施設数」は各項目に該当する施設、各入院基本料算定施設数。

・「療養病床総数」は該当施設における療養病床数の総計。

・「1施設あたり算定件数」は、当該入院基本料に関する1施設あたりの算定件数(平成24年9月1か月間)の平均値等。

⑧夜間看護配置加算の施設基準の届出状況

図表 161 夜間看護配置加算の施設基準の届出状況（複数回答、n=487）



図表 162 夜間看護配置加算の施設基準の届出状況（主たる診療科別、複数回答）

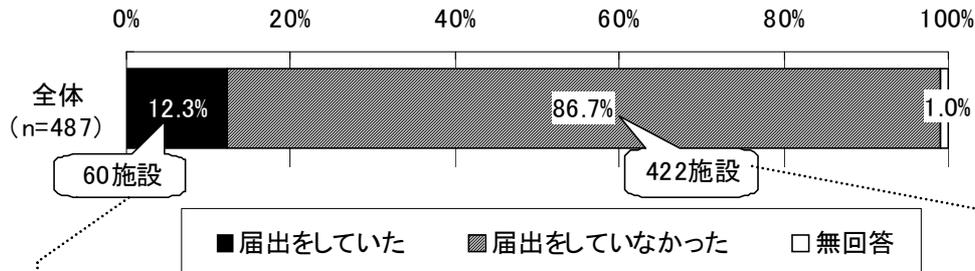
（単位：上段 件、下段 %）

	総数	夜間看護配置加算 1	夜間看護配置加算 2	いずれもない	無回答
全体	487 100.0	111 22.8	186 38.2	180 37.0	12 2.5
内科	127 100.0	24 18.9	54 42.5	46 36.2	3 2.4
外科	47 100.0	4 8.5	29 61.7	13 27.7	1 2.1
整形外科	58 100.0	5 8.6	31 53.4	20 34.5	2 3.4
小児科	7 100.0	1 14.3	3 42.9	3 42.9	0 0.0
産婦人科	102 100.0	47 46.1	22 21.6	30 29.4	3 2.9
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	2 15.4	7 53.8	4 30.8	0 0.0
循環器科	7 100.0	4 57.1	3 42.9	0 0.0	0 0.0
精神科	4 100.0	1 25.0	1 25.0	2 50.0	0 0.0
眼科	42 100.0	2 4.8	4 9.5	35 83.3	1 2.4
耳鼻咽喉科	8 100.0	1 12.5	1 12.5	6 75.0	0 0.0
泌尿器科	16 100.0	3 18.8	9 56.3	5 31.3	0 0.0
その他	50 100.0	17 34.0	19 38.0	13 26.0	2 4.0

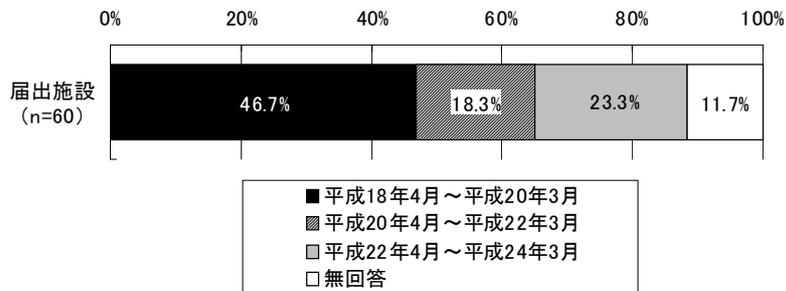
(2) 栄養管理体制の状況

①平成24年3月31日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況

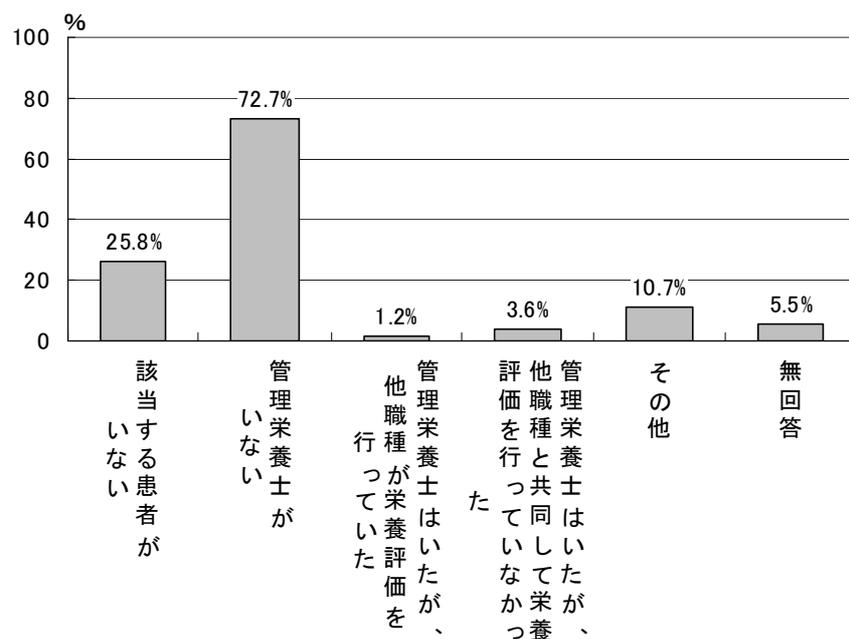
図表 163 平成24年3月31日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況



図表 164 「栄養管理実施加算」の届出施設における届出時期



図表 165 平成24年3月31日時点で「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった理由 (複数回答、n=422)



図表 166 平成 24 年 3 月 31 日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況

(主たる診療科別)

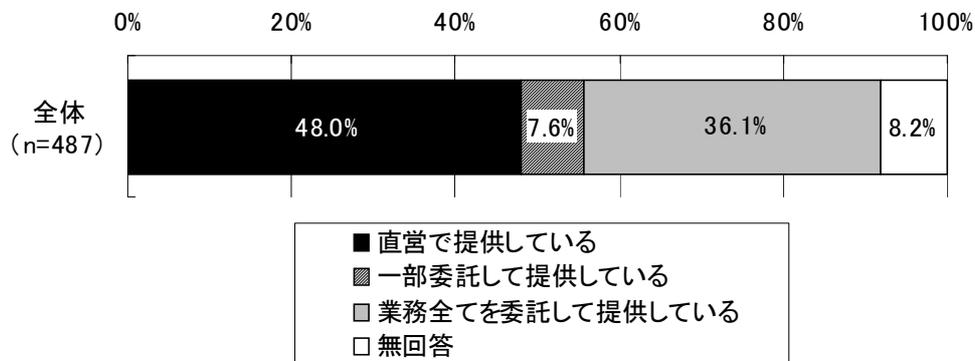
	総数	届出をしていた	届出をしていなかった	無回答
全体	487 100.0	60 12.3	422 86.7	5 1.0
内科	127 100.0	26 20.5	101 79.5	0 0.0
外科	47 100.0	9 19.1	37 78.7	1 2.1
整形外科	58 100.0	8 13.8	49 84.5	1 1.7
小児科	7 100.0	0 0.0	7 100.0	0 0.0
産婦人科	102 100.0	3 2.9	99 97.1	0 0.0
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	1 7.7	12 92.3	0 0.0
循環器科	7 100.0	0 0.0	7 100.0	0 0.0
精神科	4 100.0	1 25.0	3 75.0	0 0.0
眼科	42 100.0	1 2.4	40 95.2	1 2.4
耳鼻咽喉科	8 100.0	0 0.0	8 100.0	0 0.0
泌尿器科	16 100.0	2 12.5	14 87.5	0 0.0
その他	50 100.0	8 16.0	40 80.0	2 4.0

図表 167 平成 24 年 3 月 31 日時点で「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった理由（主たる診療科別、複数回答）

	総数	該当する患者 がない	管理栄養士が いない	他職種が栄養 評価を行ってい た	他職種と共同し て栄養評価を行 っていないかった	その他	無回答
全体	422 100.0	109 25.8	307 72.7	5 1.2	15 3.6	45 10.7	23 5.5
内科	101 100.0	20 19.8	67 66.3	2 2.0	2 2.0	17 16.8	9 8.9
外科	37 100.0	5 13.5	28 75.7	0 0.0	3 8.1	4 10.8	0 0.0
整形外科	49 100.0	10 20.4	42 85.7	0 0.0	1 2.0	2 4.1	1 2.0
小児科	7 100.0	4 57.1	4 57.1	0 0.0	0 0.0	2 28.6	0 0.0
産婦人科	99 100.0	35 35.4	70 70.7	1 1.0	3 3.0	11 11.1	6 6.1
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
消化器科	12 100.0	2 16.7	10 83.3	0 0.0	0 0.0	1 8.3	1 8.3
循環器科	7 100.0	0 0.0	5 71.4	0 0.0	1 14.3	1 14.3	0 0.0
精神科	3 100.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0
眼科	40 100.0	14 35.0	35 87.5	1 2.5	1 2.5	1 2.5	0 0.0
耳鼻咽喉科	8 100.0	6 75.0	6 75.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
泌尿器科	14 100.0	3 21.4	9 64.3	1 7.1	2 14.3	0 0.0	0 0.0
その他	40 100.0	9 22.5	26 65.0	0 0.0	1 2.5	5 12.5	6 15.0

②施設における食事の提供状況

図表 168 施設における食事の提供状況



③管理栄養士数・栄養士数

図表 169 管理栄養士数・栄養士数 (1施設あたり、実人数、n=432)

(単位：人)

		平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
常勤	①管理栄養士数	0.2	0.5	0.0	0.2	0.5	0.0
	②①のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数	0.2	0.4	0.0	0.2	0.4	0.0
	③栄養士数	0.3	0.6	0.0	0.3	0.5	0.0
非常勤	①管理栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.4	0.0
	②①のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.0
	③栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の管理栄養士数、栄養士数について記載のあった 432 施設を集計対象とした。

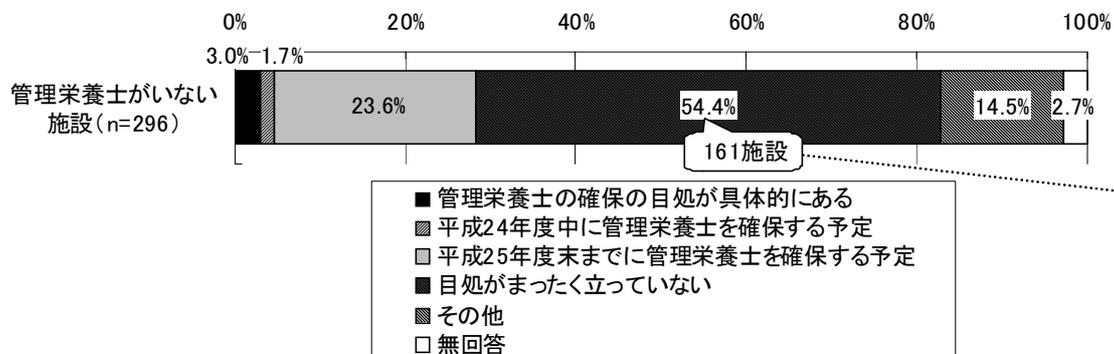
図表 170 管理栄養士の有無別施設数・割合

(平成 24 年 3 月 31 日時点の「栄養管理実施加算」の届出を行っていない施設)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
全体	422	100.0	422	100.0
常勤の管理栄養士がいる施設	29	6.9	37	8.8
常勤はいないが非常勤の管理栄養士がいる施設	30	7.1	44	10.4
常勤・非常勤ともに管理栄養士がいない施設	311	73.7	289	68.5
無回答	52	12.3	52	12.3

④管理栄養士の確保の状況

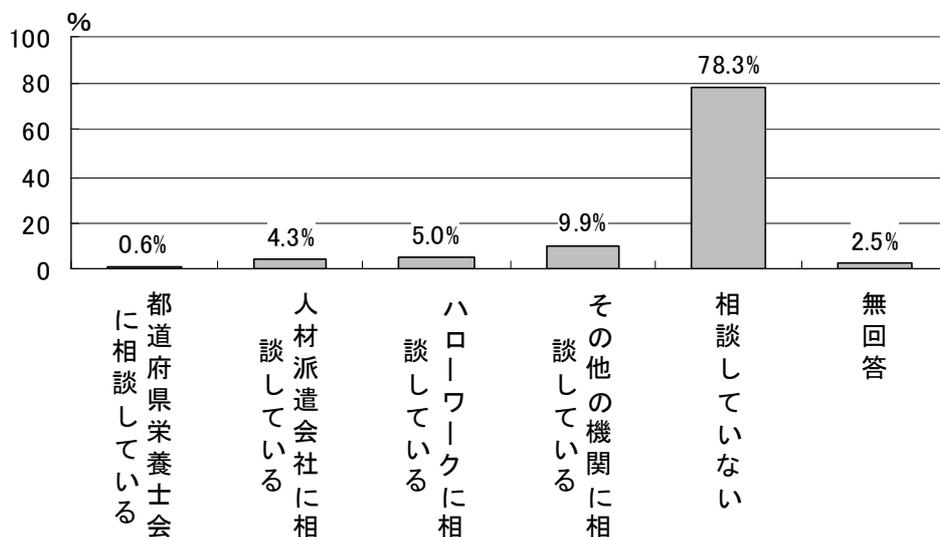
図表 171 管理栄養士の確保の状況（管理栄養士がいない施設）



(注)・平成24年9月現在、管理栄養士がいない施設を集計対象とした。

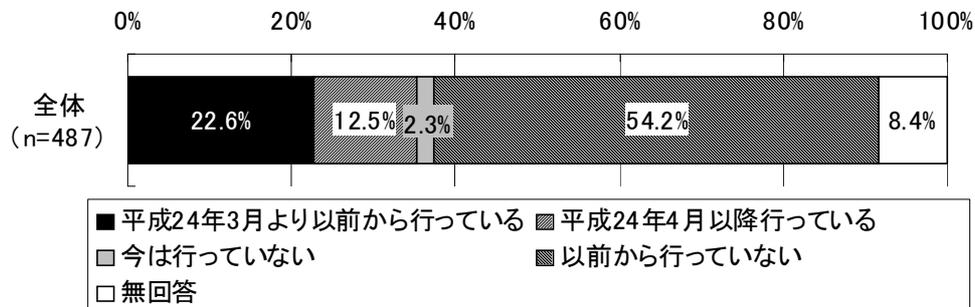
・「管理栄養士の確保の目処が具体的にある」と回答した9施設を対象に確保時期を尋ねた結果、「平成24年11月」が1施設、「平成25年3月」が1施設、「平成25年4月」が5施設、「平成26年3月」が2施設であった。

図表 172 管理栄養士確保のための相談（「管理栄養士の確保の目処がまったく立っていない」と回答した施設、複数回答、n=161）



⑤栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況

図表 173 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況

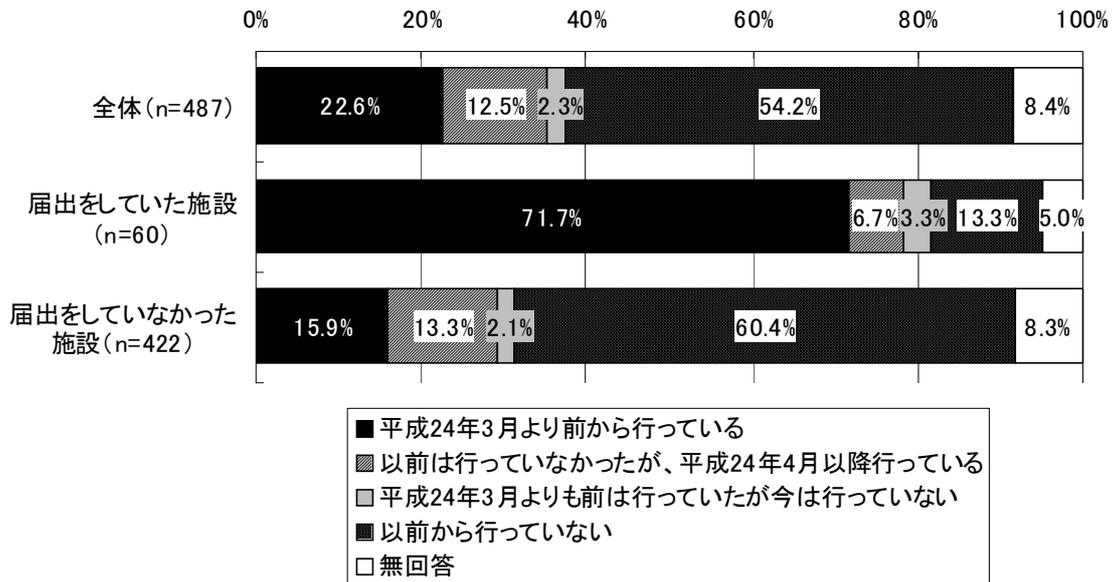


図表 174 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況（主たる診療科別）

(単位：上段 件、下段 %)

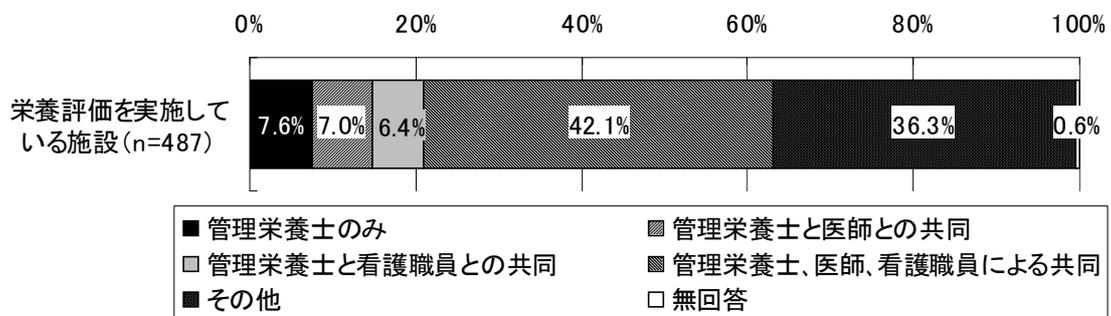
	総数	平成 24 年 3 月より以 前から行 っている	平成 24 年 4 月以降 行っている	今は行っ ていない	以前から 行ってい ない	無回答
全体	487 100.0	110 22.6	61 12.5	11 2.3	264 54.2	41 8.4
内科	127 100.0	40 31.5	20 15.7	3 2.4	56 44.1	8 6.3
外科	47 100.0	20 42.6	6 12.8	3 6.4	16 34.0	2 4.3
整形外科	58 100.0	11 19.0	11 19.0	1 1.7	30 51.7	5 8.6
小児科	7 100.0	1 14.3	0 0.0	0 0.0	6 85.7	0 0.0
産婦人科	102 100.0	13 12.7	7 6.9	0 0.0	70 68.6	12 11.8
呼吸器科	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	2 15.4	3 23.1	0 0.0	8 61.5	0 0.0
循環器科	7 100.0	2 28.6	2 28.6	0 0.0	2 28.6	1 14.3
精神科	4 100.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	1 25.0
眼科	42 100.0	1 2.4	2 4.8	1 2.4	35 83.3	3 7.1
耳鼻咽喉科	8 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 87.5	1 12.5
泌尿器科	16 100.0	3 18.8	3 18.8	0 0.0	8 50.0	2 12.5
その他	50 100.0	13 26.0	5 10.0	3 6.0	23 46.0	6 12.0

図表 175 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況
(栄養管理実施加算の施設基準届出の有無別)



(注) 栄養管理実施加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「栄養管理実施加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 176 患者の栄養評価の実施者



⑥患者の栄養管理を行う上での課題

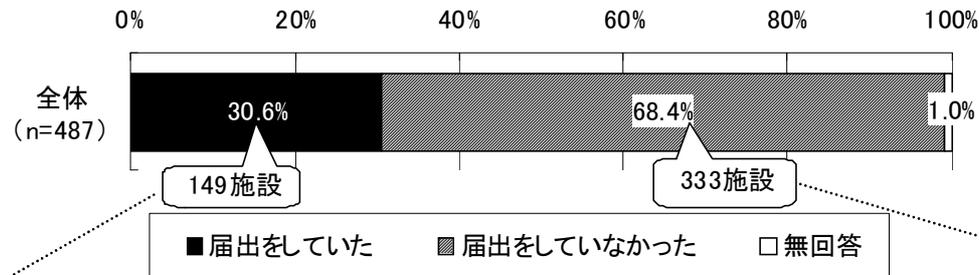
図表 177 患者の栄養管理を行う上での課題（自由記述形式）

- 管理栄養士の確保
 - ・管理栄養士を確保すること／管理栄養士がいない。
 - ・管理栄養士の人件費を賄えない。／等
- 栄養管理の必要性がない
 - ・入院患者は整形外科的疾患の患者がほとんどで、内科的疾患（糖尿病、高血圧症等）についての食事献立をそれ程重視しなくてよいので、栄養士でよいのではないか。診療科による考慮をして頂きたい。
 - ・1泊入院なのでほとんど必要ない／日帰り手術のみであり、食事を出さない／入院患者がいない。
 - ・正常分娩の人だけなので、栄養管理が必要な人が少ない。
 - ・眼科手術の入院患者であり、栄養管理の必要がない。
 - ・栄養管理を要する患者は二次病院に紹介する。／等
- 多職種との連携
 - ・看護師、栄養士、医師の情報を共有。
 - ・看護師と栄養士の連携と報告の徹底。
 - ・多職種での連携がうまくとれないことがある。／等
- 栄養管理内容面の課題
 - ・糖尿病、高脂血症、高血圧症、肥満の栄養管理に課題。
 - ・嚥下困難者への給食のあり方。
 - ・嚥下困難な認知症の方の摂食介助。
 - ・嚥下困難者、意思疎通困難な患者に対する栄養改善に苦慮している。
 - ・腎臓病食は食事制限が多く指導が難しい。低タンパク特殊食品は経済的負担が大きいため患者さんに勧めるのが難しい場合もある。
 - ・塩分や必要カロリーの判断。
 - ・栄養バランスを保持しつつも、子どもの嗜好に合わせる事が難しい。
 - ・母乳栄養を考慮した食事を心がける。／等
- その他
 - ・眼科術後の2泊3日までの入院しか受け入れていないので、栄養面よりも、老人で治療の悪い方にどうやって食事してもらえるかが課題。
 - ・看護職員がもっと栄養管理の理解が必要。／等

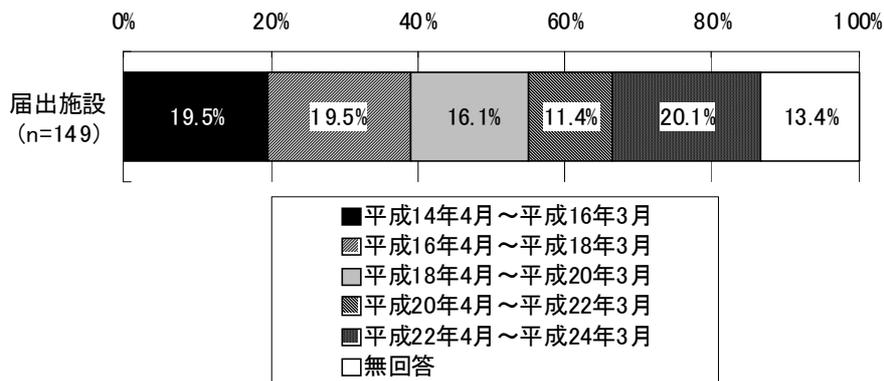
(3) 褥瘡対策の実施状況等

①平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況

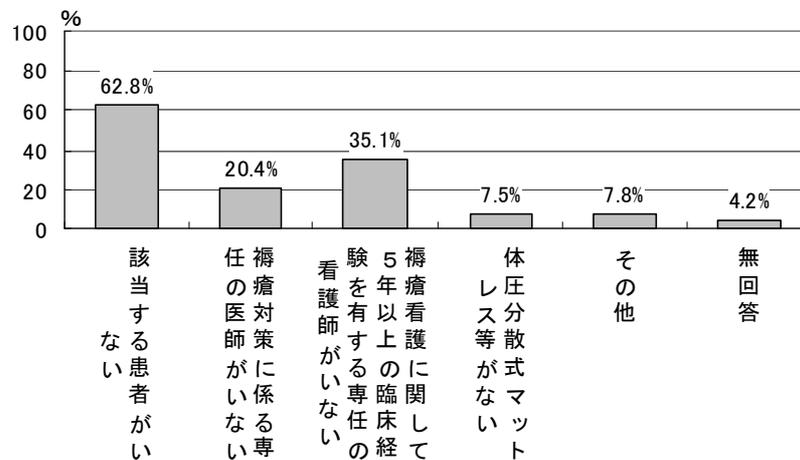
図表 178 平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況



図表 179 「褥瘡患者管理加算」の届出施設における届出時期

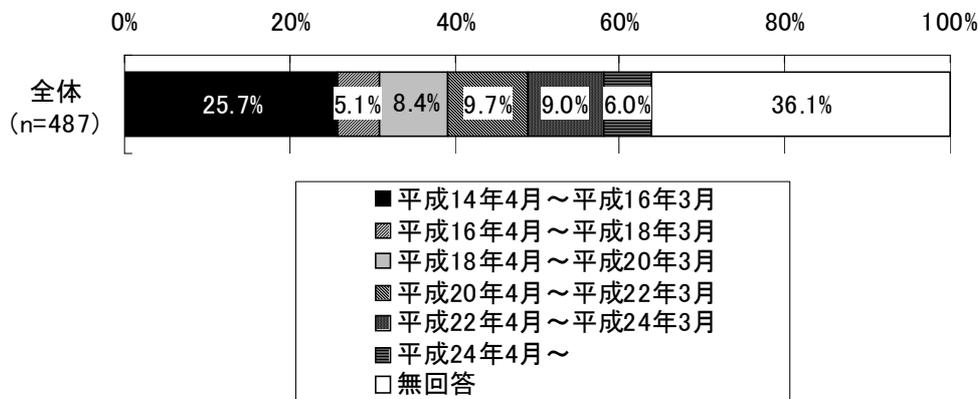


図表 180 平成24年3月31日時点で「褥瘡患者管理加算」の届出をしていなかった理由 (複数回答、n=333)



②褥瘡対策チームの設置時期

図表 181 褥瘡対策チームの設置時期



③褥瘡対策チームの職種別人数

図表 182 褥瘡対策チームの職種別人数（実人数、褥瘡患者管理加算の届出の有無別）

(単位：人)

	全体 (n=346)			届出をしていた施設 (n=144)			届出をしていなかった施設 (n=200)		
	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
①医師	1.1	0.4	1.0	1.1	0.4	1.0	1.0	0.3	1.0
②看護師	1.5	1.7	1.0	1.8	1.9	1.0	1.3	1.5	1.0
③②のうち皮膚・排泄ケア認定看護師	0.0	0.3	0.0	0.1	0.5	0.0	0.0	0.1	0.0
④准看護師	1.6	2.1	1.0	1.7	2.1	1.0	1.6	2.1	1.0
⑤その他	0.6	1.3	0.0	0.6	1.4	0.0	0.6	1.3	0.0

(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

④褥瘡対策チームによるカンファレンス

図表 183 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催回数

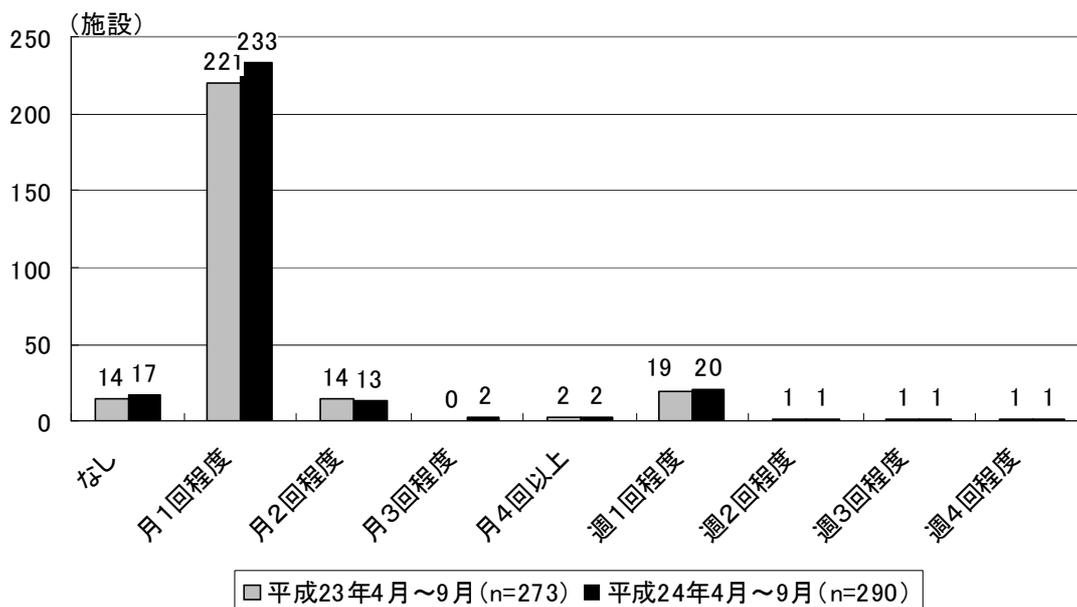
(カンファレンス実績のある施設のみ、褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

		実績のある施設数	月あたりカンファレンス回数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成23年4月～9月	259	1.42	1.48	1
	平成24年4月～9月	273	1.41	1.46	1
届出をしていた施設	平成23年4月～9月	119	1.62	1.91	1
	平成24年4月～9月	113	1.64	1.95	1
届出をしていなかった施設	平成23年4月～9月	138	1.24	0.95	1
	平成24年4月～9月	158	1.25	0.96	1

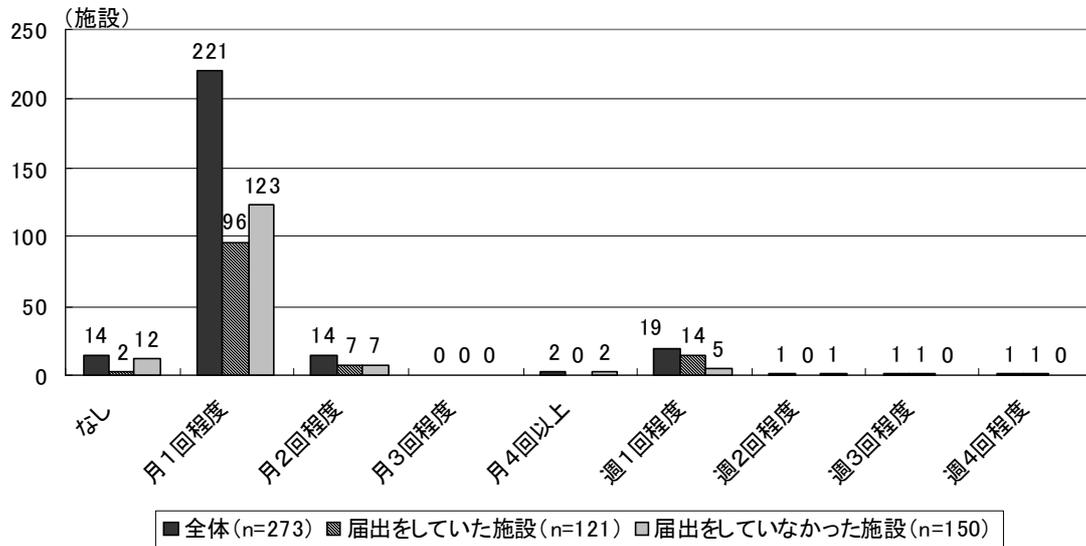
(注)・褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行ってなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

・「月あたりカンファレンス回数」は、1月あたり4週として、例えば、「週1回」は「月4回」などと「週単位」での回答を月ベースに換算した数値である。

図表 184 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数

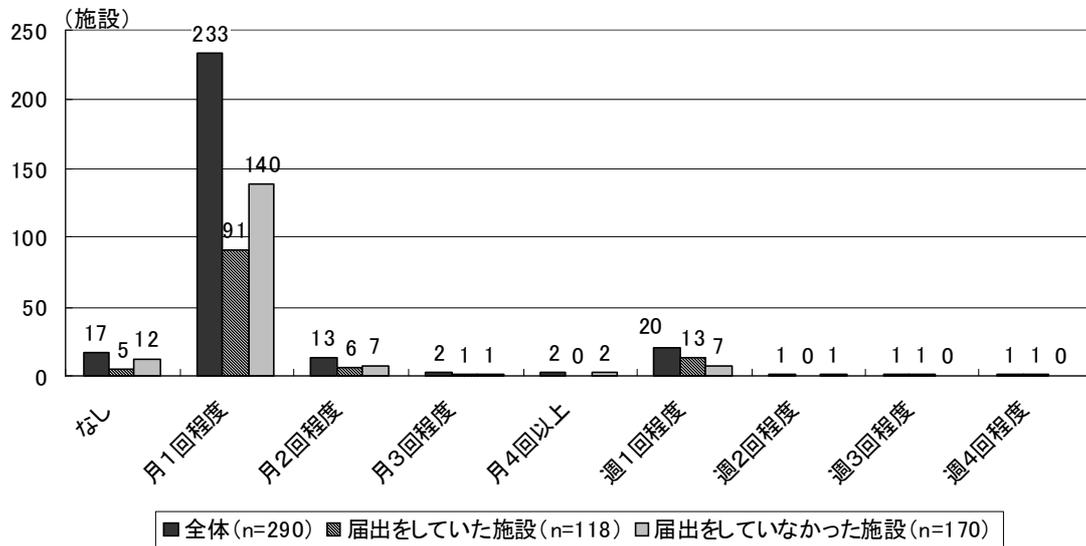


図表 185 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 23 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 186 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 24 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診

図表 187 褥瘡対策チームによる褥瘡回診

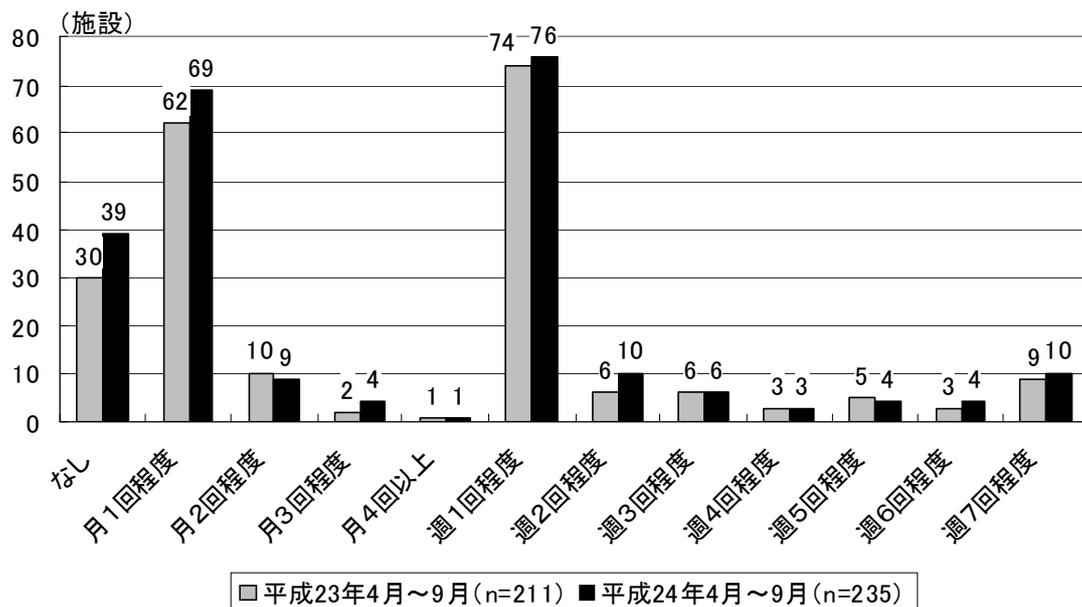
(褥瘡回診実績のある施設のみ、褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

		実績のある施設数	月あたり褥瘡回診数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成23年4月～9月	181	5.40	7.00	4
	平成24年4月～9月	196	5.40	7.03	4
届出をしていた施設	平成23年4月～9月	87	5.83	7.45	4
	平成24年4月～9月	90	6.59	8.29	4
届出をしていなかった施設	平成23年4月～9月	93	5.05	6.61	4
	平成24年4月～9月	105	4.42	5.61	4

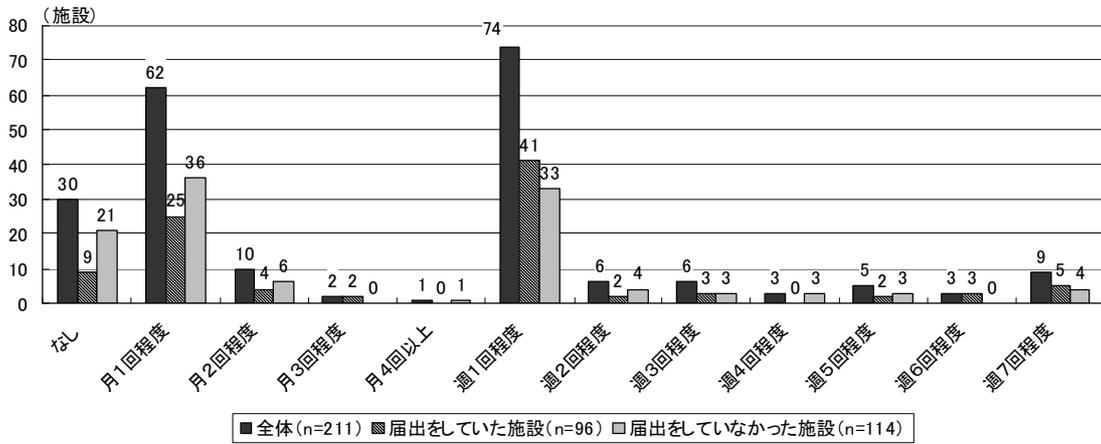
(注)・褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

・「月あたり褥瘡回診数」は、1月あたり4週として、例えば、「週1回」は「月4回」などと「週単位」による回答を月ベースに換算した数値である。

図表 188 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数

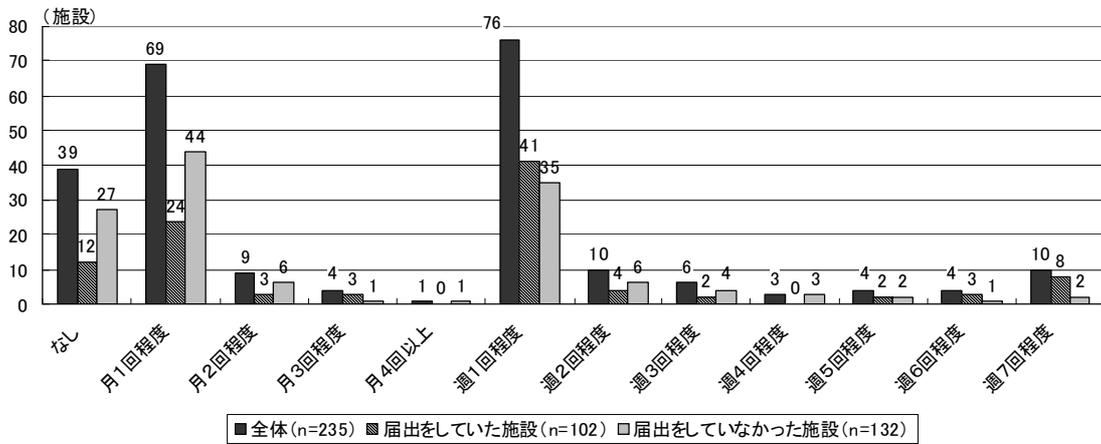


図表 189 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 23 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 190 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 24 年 4 月～9 月)



図表 191 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数

(褥瘡回診実績のある施設のみ、主たる診療科別)

		施設数	なし	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回以上	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回程度	週6回程度	週7回程度
全体	H23	211	30	62	10	2	1	74	6	6	3	5	3	9
	H24	235	39	69	9	4	1	76	10	6	3	4	4	10
内科	H23	74	4	21	5	0	0	31	5	2	0	1	1	4
	H24	78	5	21	5	0	0	31	8	2	0	1	1	4
外科	H23	21	2	5	1	0	0	10	0	1	1	0	1	0
	H24	23	3	6	1	0	0	10	0	1	1	0	1	0
整形外科	H23	28	1	10	1	0	0	11	0	2	1	2	0	0
	H24	30	2	11	1	0	0	11	0	1	1	1	1	1
小児科	H23	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	H23	22	11	6	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0
	H24	30	13	10	0	1	0	4	0	0	0	0	1	1
呼吸器科	H23	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器科	H23	5	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	H24	4	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
循環器科	H23	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	H24	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
精神科	H23	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	H24	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
眼科	H23	12	6	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	H24	17	9	4	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0
耳鼻咽喉科	H23	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	H23	7	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
	H24	9	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
その他	H23	29	2	9	1	1	0	10	1	1	1	1	0	2
	H24	29	2	9	1	2	0	10	1	1	1	1	0	1

(注) 図表中の「H23」は平成23年4月～9月、「H24」は平成24年4月～9月を指す。

⑥褥瘡保有者数等

図表 192 褥瘡保有者数等

(単位：人)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクアセスメント実施数	平均値	2.9	3.0
	標準偏差	7.3	7.9
	合計値	876.0	901.0
	中央値	0.0	0.0
②褥瘡ハイリスク患者特定数	平均値	0.9	0.8
	標準偏差	2.7	2.7
	合計値	268.0	247.0
	中央値	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6
	標準偏差	1.4	1.4
	合計値	160.0	166.0
	中央値	0.0	0.0
④上記③のうち、院内発生の褥瘡を有する患者数	平均値	0.3	0.2
	標準偏差	0.9	0.7
	合計値	79.0	70.0
	中央値	0.0	0.0
⑤上記③のうち、真皮を越える褥瘡を有する患者数	平均値	0.2	0.2
	標準偏差	0.6	0.6
	合計値	60.0	58.0
	中央値	0.0	0.0
⑥上記⑤のうち、院内発生の患者数	平均値	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4
	合計値	41.0	35.0
	中央値	0.0	0.0
⑦褥瘡リスクアセスメント実施対象者に占める褥瘡ハイリスク患者特定率(②/①)		30.6%	27.4%
⑧褥瘡ハイリスク患者特定数に対する褥瘡保有者数の割合(③/②)		59.7%	67.2%
⑨褥瘡保有者に占める院内発生の褥瘡保有者の割合(④/③)		49.4%	42.2%
⑩褥瘡保有者に占める真皮を越える褥瘡保有者率(⑤/③)		37.5%	34.9%
⑪真皮を越える褥瘡保有者における院内発生の患者の割合(⑥/⑤)		68.3%	60.3%

(注) すべての項目に記載のあった 298 施設を集計対象とした。

図表 193 褥瘡保有者数等（褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別）

		合計 (n=298)		届出をしていた施設 (n=107)		届出をしていなかった施設 (n=189)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクアセスメント実施数	平均値	2.9	3.0	4.9	5.1	1.7	1.6
	標準偏差	7.3	7.9	9.9	10.8	4.4	4.3
	合計値	876.0	901.0	525.0	547.0	316.0	306.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②褥瘡ハイリスク患者特定数	平均値	0.9	0.8	1.4	1.2	0.7	0.6
	標準偏差	2.7	2.7	3.0	2.8	2.5	2.6
	合計値	268.0	247.0	145.0	130.0	123.0	117.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6	0.8	0.8	0.4	0.4
	標準偏差	1.4	1.4	1.5	1.7	1.3	1.2
	合計値	160.0	166.0	84.0	90.0	76.0	76.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
④上記③のうち、院内発生の褥瘡を有する患者数	平均値	0.3	0.2	0.5	0.4	0.2	0.2
	標準偏差	0.9	0.7	1.1	0.9	0.8	0.6
	合計値	79.0	70.0	50.0	39.0	29.0	31.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記③のうち、真皮を越える褥瘡を有する患者数	平均値	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
	標準偏差	0.6	0.6	0.6	0.8	0.5	0.6
	合計値	60.0	58.0	30.0	28.0	30.0	30.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑥上記⑤のうち、院内発生の患者数	平均値	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4	0.6	0.6	0.4	0.3
	合計値	41.0	35.0	25.0	20.0	16.0	15.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②／① 褥瘡ハイリスク患者特定率		30.6%	27.4%	27.6%	23.8%	38.9%	38.2%
③／② 褥瘡保有率		59.7%	67.2%	57.9%	69.2%	61.8%	65.0%
④／③ 院内発生褥瘡保有者率		49.4%	42.2%	59.5%	43.3%	38.2%	40.8%
⑤／③ 真皮を越える褥瘡保有者率		37.5%	34.9%	35.7%	31.1%	39.5%	39.5%
⑥／⑤ 院内発生の褥瘡を越える褥瘡保有者率		68.3%	60.3%	83.3%	71.4%	53.3%	50.0%

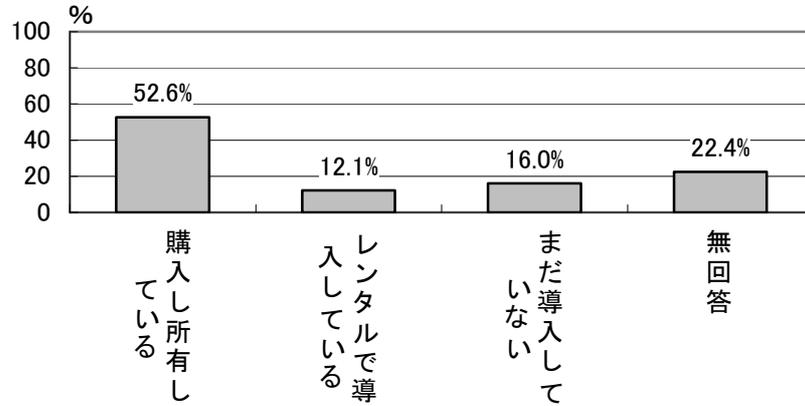
図表 194 褥瘡保有者数等（主たる診療科別）

（単位：人）

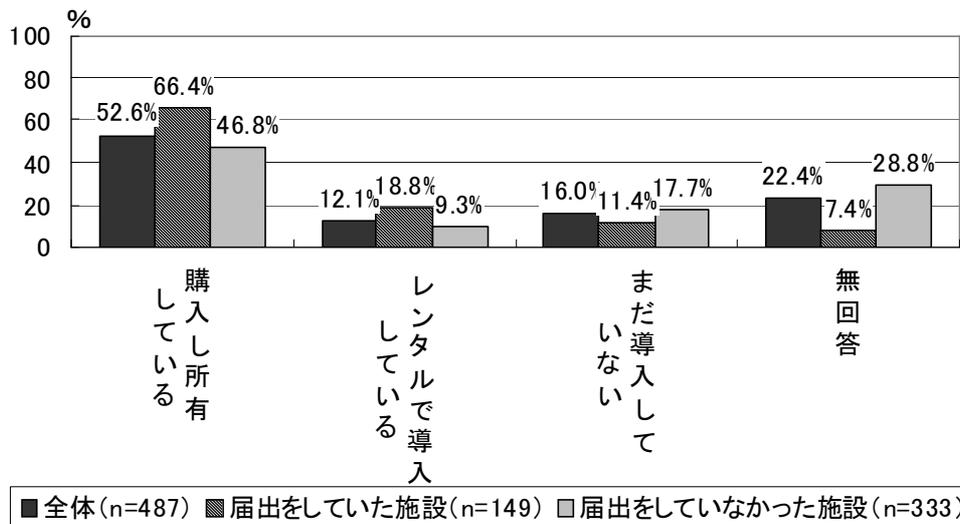
		全体(n=298)		内科(n=84)		外科(n=26)		整形外科(n=36)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクア セスメント実施数	平均値	2.9	3.0	4.7	4.9	1.9	2.4	3.3	3.4
	標準偏差	7.3	7.9	8.8	9.9	4.3	4.2	8.7	8.5
	合計値	876.0	901.0	392.0	410.0	50.0	62.0	118.0	121.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②褥瘡ハイリス ク患者特定数	平均値	0.9	0.8	1.7	1.5	0.8	0.7	0.3	0.2
	標準偏差	2.7	2.7	3.8	3.8	1.7	1.4	1.2	1.0
	合計値	268.0	247.0	146.0	125.0	20.0	17.0	9.0	8.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6	1.1	1.0	0.8	0.7	0.2	0.1
	標準偏差	1.4	1.4	1.6	1.6	2.0	1.7	0.5	0.4
	合計値	160.0	166.0	91.0	82.0	20.0	18.0	6.0	5.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
④上記③のう ち、院内発生の 褥瘡を有する患 者数	平均値	0.3	0.2	0.5	0.5	0.3	0.1	0.1	0.1
	標準偏差	0.9	0.7	1.0	1.0	1.2	0.3	0.4	0.4
	合計値	79.0	70.0	43.0	39.0	8.0	3.0	4.0	3.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記③のう ち、真皮を越え る褥瘡を有する 患者数	平均値	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	1.0	0.4	0.4
	合計値	60.0	58.0	33.0	29.0	7.0	6.0	4.0	3.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑥上記⑤のう ち、院内発生の 患者数	平均値	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	0.2	0.3
	合計値	41.0	35.0	23.0	14.0	5.0	4.0	2.0	2.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②／① 褥瘡ハイリスク患者 特定率		30.6%	27.4%	37.2%	30.5%	40.0%	27.4%	7.6%	6.6%
③／② 褥瘡保有率		59.7%	67.2%	62.3%	65.6%	100.0%	105.9%	66.7%	62.5%
④／③ 院内発生褥瘡保有 者率		49.4%	42.2%	47.3%	47.6%	40.0%	16.7%	66.7%	60.0%
⑤／③ 真皮を越える褥瘡 保有者率		37.5%	34.9%	36.3%	35.4%	35.0%	33.3%	66.7%	60.0%
⑥／⑤ 院内発生の褥瘡を 越える褥瘡保有者率		68.3%	60.3%	69.7%	48.3%	71.4%	66.7%	50.0%	66.7%

⑦褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況

図表 195 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況（複数回答、n=487）



図表 196 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況
（褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、複数回答）



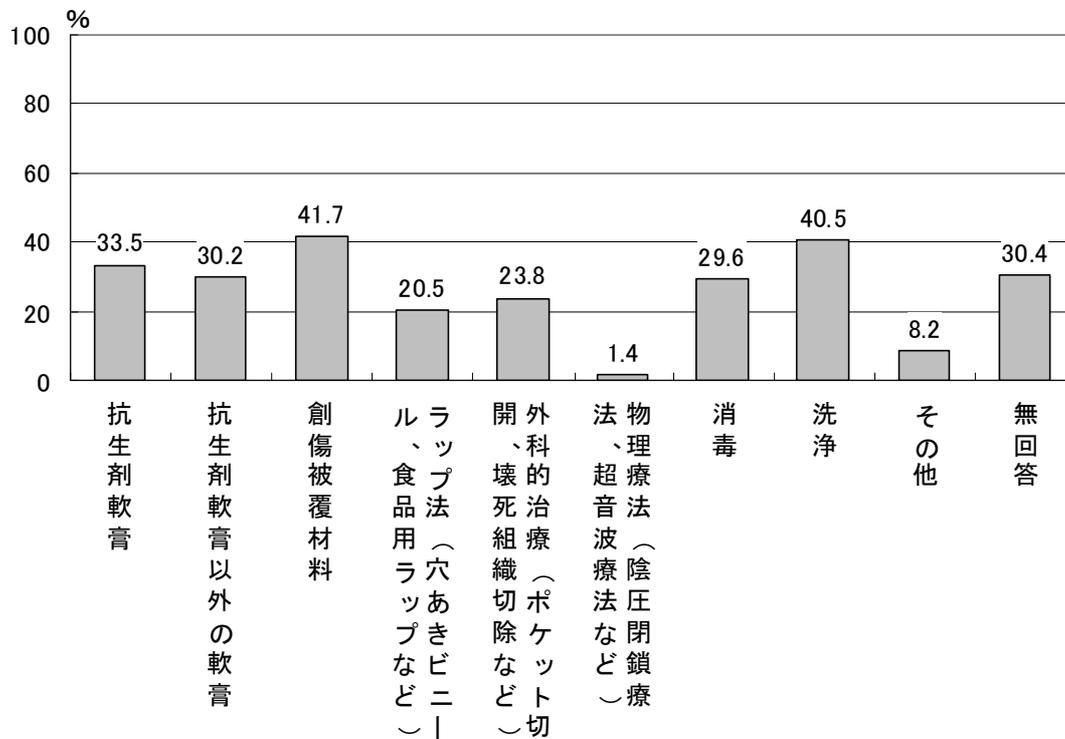
図表 197 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の種類別所有枚数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

(単位：枚)

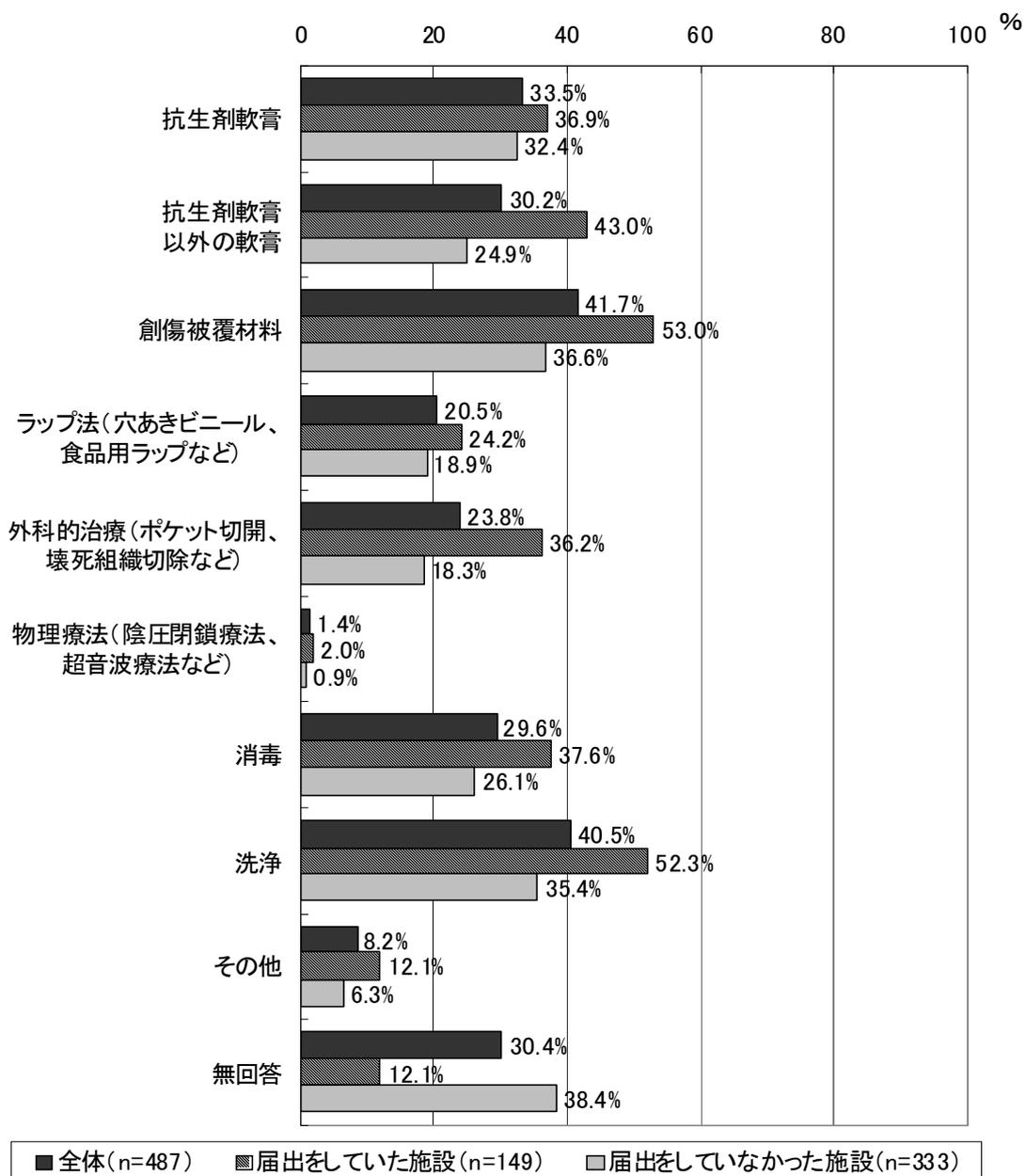
			全体 (n=284)	届出をして いた施設 (n=115)	届出をして いなかった 施設 (n=168)
平成 23 年 9 月	①圧切替型のアアマットレス	平均値	2.4	2.8	2.2
		標準偏差	3.5	3.5	3.5
		合計値	693.0	317.0	373.0
		中央値	1.0	1.0	1.0
	②ウレタンフォームマットレス	平均値	2.4	2.7	2.3
		標準偏差	5.6	6.0	5.3
		合計値	695.0	314.0	381.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
	③その他のマットレス	平均値	1.4	1.7	1.1
		標準偏差	3.8	4.2	3.4
		合計値	388.0	199.0	189.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
平成 24 年 9 月	①圧切替型のアアマットレス	平均値	2.6	2.8	2.4
		標準偏差	3.7	3.6	3.7
		合計値	727.0	323.0	401.0
		中央値	1.0	1.0	1.0
	②ウレタンフォームマットレス	平均値	2.5	2.9	2.3
		標準偏差	5.7	6.7	5.0
		合計値	717.0	335.0	382.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
	③その他のマットレス	平均値	1.5	1.7	1.4
		標準偏差	3.9	4.2	3.7
		合計値	434.0	197.0	237.0
		中央値	0.0	0.0	0.0

⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法

図表 198 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法（複数回答、n=487）



図表 199 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、複数回答)



⑨褥瘡対策を行う上での課題

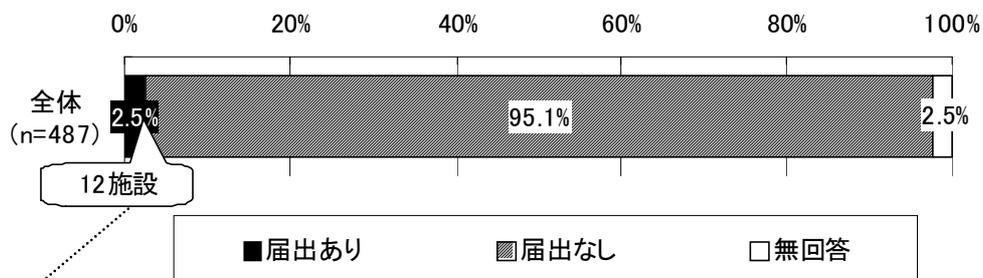
図表 200 褥瘡対策を行う上での課題（自由記述形式）

- ・エアマットの故障が多い。
- ・マットレスの種類が少なく選択の幅が狭い。
- ・体圧分散マットレスの適正運用の評価。
- ・褥瘡予防、悪化防止等に使用する姿勢保持のためのクッションを必要数整備できていない。
- ・持続硬膜外麻酔法を受けた患者の詳細な皮膚の観察。発生の原因を個別に評価し、効果的な予防対策を見つける。褥瘡予防対策の知識、技術の標準的な水準を高める。
- ・早期発見に努める上で発赤等の初期段階でのスタッフ間の意識付け及び報告の徹底の充実。
- ・院内、在宅、施設において連携をとり、スキンケア、除圧、栄養等、チームで対策を行うことが必要。
- ・体位変換の方法、感染対策、低栄養、浮腫発生時の対策。経鼻栄養、胃ろう患者減少により、点滴ルートの確保をしながらの褥瘡対策（＊経口摂取困難時）。
- ・認定看護師等の専門知識を持つ者がいない。
- ・当診療所では、乳幼児患者の褥瘡形成予防の為に、褥瘡材料を貼付することが多々あるが、このような予防的に使用されたものについては、コスト算定できないことが課題としてあげられる。
- ・マンパワー、治療材料費など費用がかかる。
- ・軽度の褥瘡（発赤の持続など）に使用できる特定保険医療材料に認められる安価な創傷被覆材料がほしい。
- ・外科的治療が難しい。
- ・褥瘡のステージ分けが正確にできない。
- ・褥瘡ケアや褥瘡リスクに係るアセスメント能力の向上。
- ・褥瘡管理対策の教育・研修の充実化と人材育成。
- ・対象者がほとんどいないことから活躍の場がない。形だけの対策チーム、委員会となってしまう。 /等

(4) 緩和ケア、ターミナルケア等の実施状況等

①有床診療所緩和ケア診療加算

図表 201 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況



図表 202 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	5	41.7
平成 24 年 6 月	1	8.3
平成 24 年 9 月	2	16.7
無回答	4	33.3
全体	12	100.0

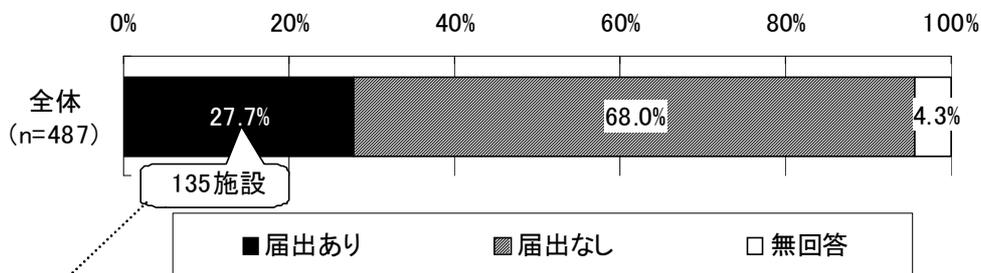
図表 203 有床診療所緩和ケア診療加算の算定回数

(平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間)

	施設数	割合 (%)
0 回	7	58.3
1 回	1	8.3
2 回	1	8.3
無回答	3	25.0
全体	12	100.0

②看取り加算

図表 204 看取り加算の施設基準の届出状況



図表 205 看取り加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	114	84.4
平成 24 年 5 月	3	2.2
平成 24 年 6 月	1	0.7
平成 24 年 7 月	2	1.5
平成 24 年 8 月	1	0.7
平成 24 年 9 月	1	0.7
無回答	13	9.6
全体	135	100.0

(注)「平成 24 年 4 月」には「平成 24 年 3 月」(3 件)が含まれる。

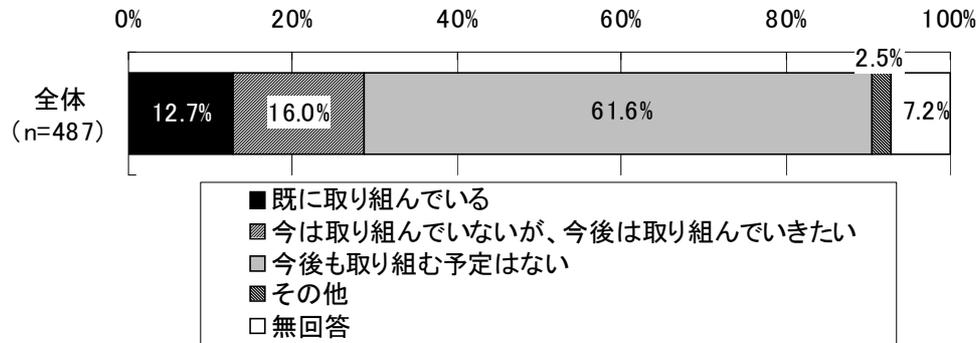
図表 206 看取り加算の算定回数

(平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間)

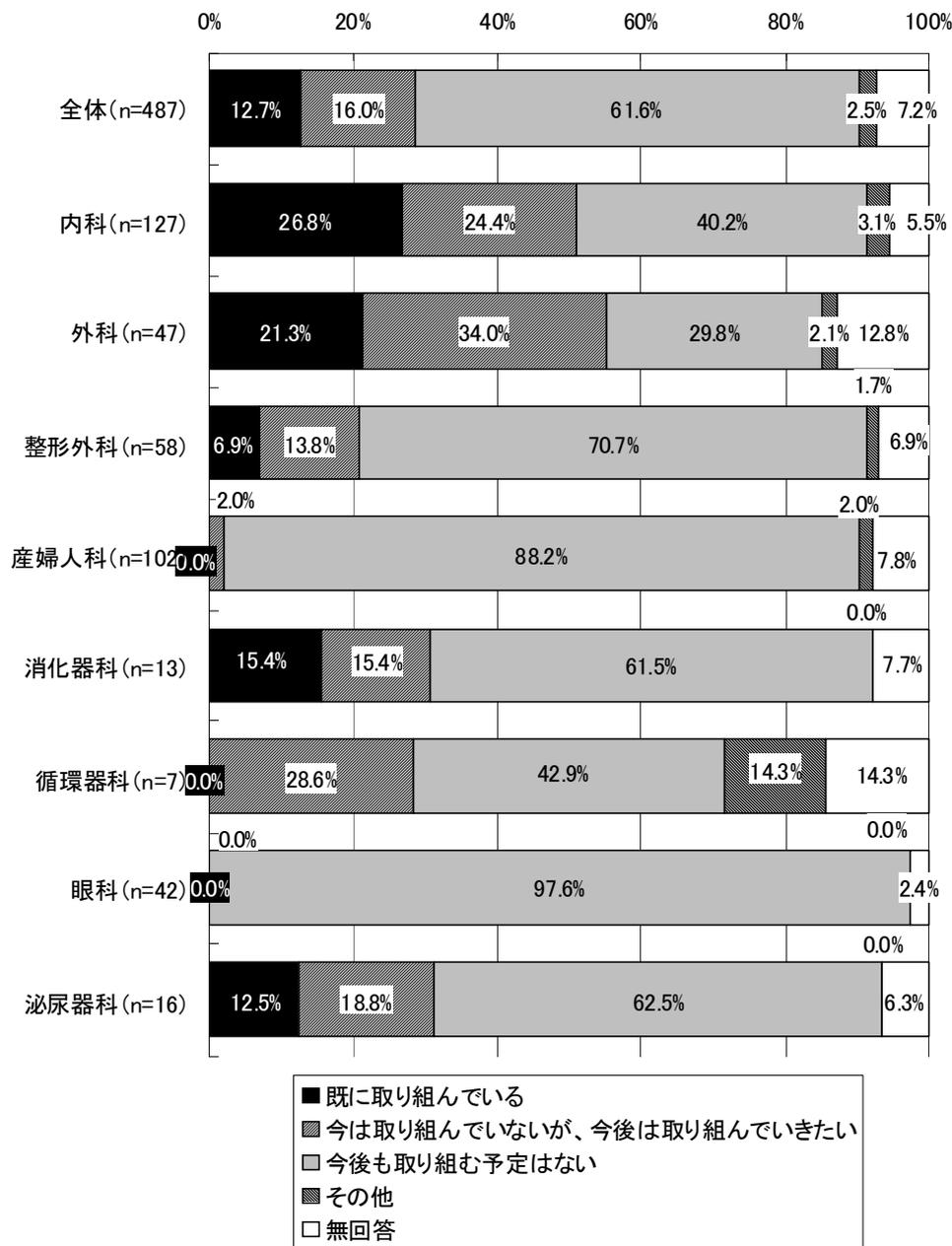
	施設数	割合 (%)
0 回	72	53.3
1 回	19	14.1
2 回	16	11.9
3 回	4	3.0
4 回	1	0.7
5 回以上	5	3.7
無回答	18	13.3
全体	135	100.0

③緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向

図表 207 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向



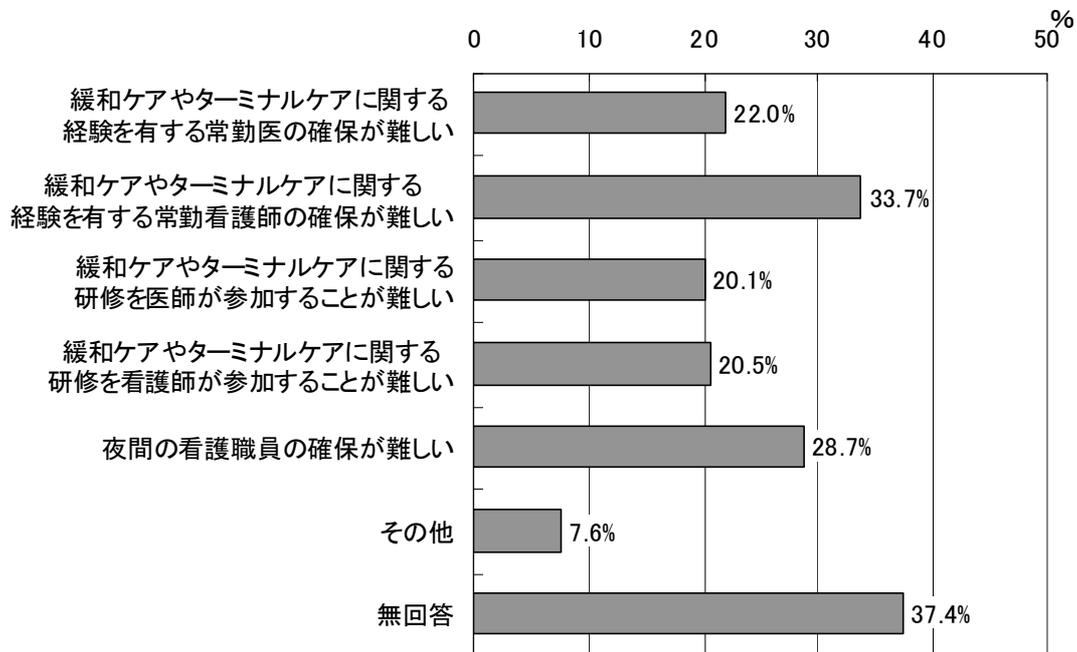
図表 208 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向（主たる診療科別）



(注)「全体」には、小児科 (n=7)、呼吸器科 (n=1)、精神科(n=4)、耳鼻咽喉科(n=8)、その他 (n=50)、診療科について無回答 (n=5) 施設が含まれる。

④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題

図表 209 緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題（複数回答、n=487）



5. 療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設（悉皆）、及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出のない施設、計 620 施設（有床診療所）

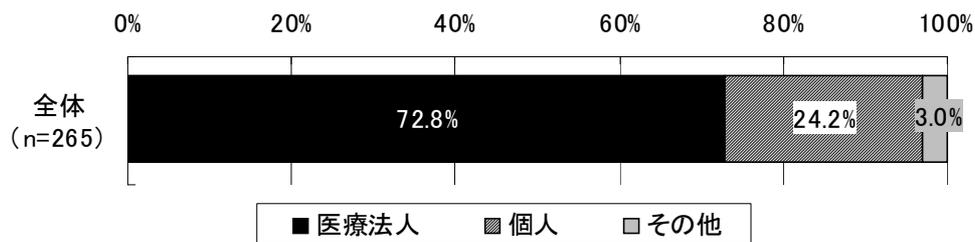
回答数：265 施設

回答者：管理者

（1）施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

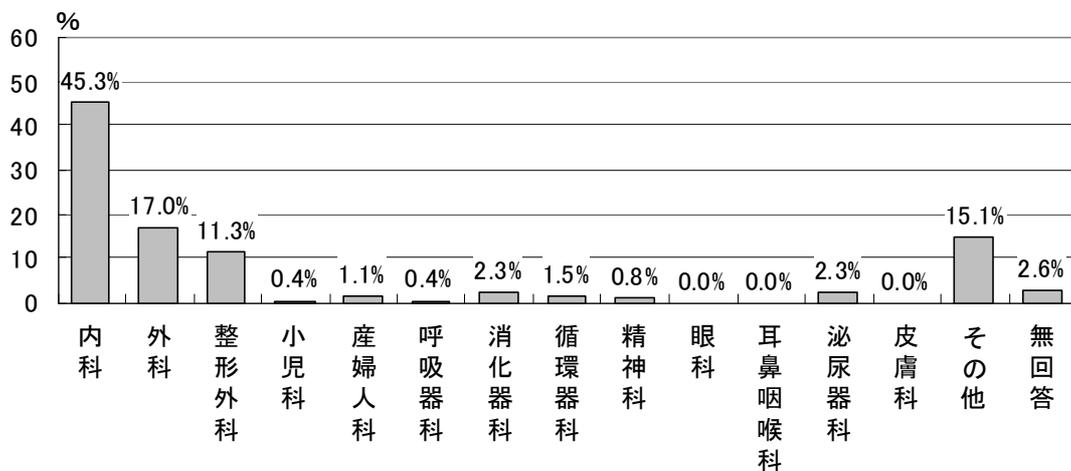
①開設者

図表 210 開設者



②主たる診療科

図表 211 主たる診療科



③職員数

図表 212 1施設あたりの職員数（常勤換算、n=263）

（単位：人）

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.29	0.57	1.0	0.20	0.48	0.0
歯科医師	0.02	0.12	0.0	0.00	0.00	0.0
保健師・助産師・看護師	2.01	2.56	1.0	0.41	0.81	0.0
准看護師	5.07	2.96	5.0	0.59	0.90	0.0
薬剤師	0.10	0.33	0.0	0.01	0.06	0.0
その他医療職職員	1.87	2.66	1.0	0.32	1.11	0.0
看護補助者	2.31	2.35	2.0	0.87	1.51	0.0
事務職員他	3.96	3.17	3.0	0.70	1.76	0.0
合計	16.63	9.50	15.0	3.10	4.01	2.0

（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。
 ・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）÷（当該診療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）÷（当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

④病床数

図表 213 1施設あたり病床数（n=263）

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	7.6	4.7	7
療養病床	9.9	4.6	10
全体	17.5	2.7	19

図表 214 1施設あたり一般病床数（一般病床がある施設、n=235）

（単位：床）

平均値	標準偏差	中央値
8.5	4.1	8.0

⑤患者数

1) 1 か月間の外来患者延べ人数

図表 215 1 か月間の外来患者延べ人数

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
1,361.6	862.8	1,202.5

(注) 平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数
(初診+再診患者延べ人数)。

2) 1 日あたり平均入院患者数

図表 216 1 日あたり平均入院患者数

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	233	5.7	4.2	5.3
療養病床	256	7.2	5.4	6.0
全体	248	12.9	5.9	14.0

3) 療養病床の平均在院日数

図表 217 療養病床の平均在院日数

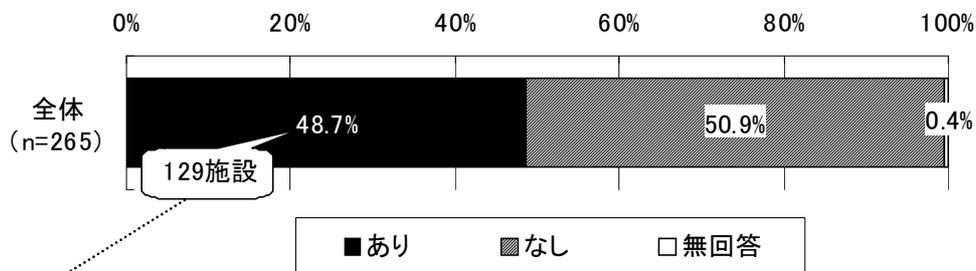
(単位：日)

平均値	標準偏差	中央値
79.6	169.8	30.0

⑥施設基準の届出状況

1) 在宅療養支援診療所

図表 218 在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況

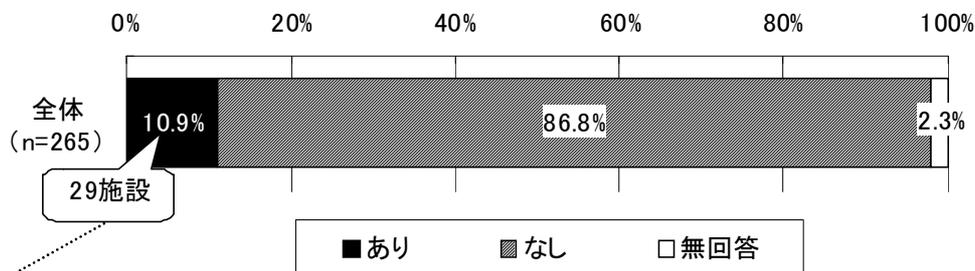


図表 219 在宅療養支援診療所の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	78	60.5
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	6	4.7
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	10	7.8
平成 24 年 4 月～	12	9.3
無回答	23	17.8
全体	129	100.0

2) 機能強化型在宅療養支援診療所

図表 220 機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況

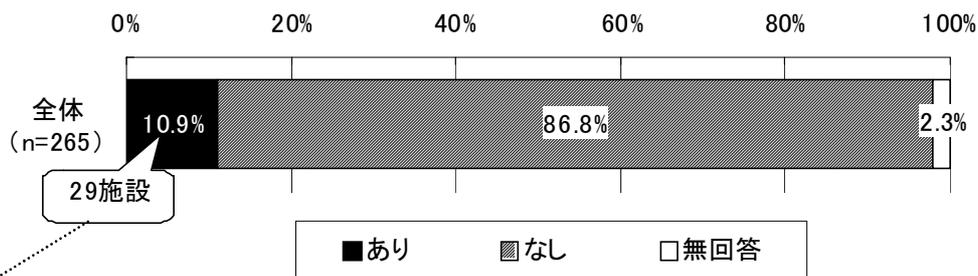


図表 221 機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	24	82.8
平成 24 年 5 月	1	3.4
平成 24 年 7 月	2	6.9
平成 24 年 8 月	1	3.4
平成 24 年 9 月	1	3.4
全体	29	100.0

3) 有床診療所緩和ケア診療加算

図表 222 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況

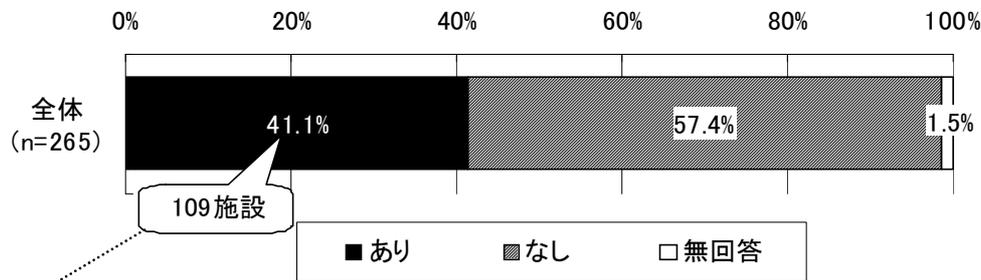


図表 223 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	6	37.5
平成 24 年 6 月	2	12.5
平成 24 年 8 月	2	12.5
平成 24 年 10 月	2	12.5
無回答	4	25.0
全体	16	100.0

4) 看取り加算

図表 224 看取り加算の施設基準の届出状況



図表 225 看取り加算の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	88	80.7
平成 24 年 6 月	1	0.9
平成 24 年 7 月	2	1.8
平成 24 年 8 月	2	1.8
平成 24 年 9 月	2	1.8
平成 24 年 10 月	1	0.9
無回答	13	11.9
全体	109	100.0

図表 226 夜間の看護職員数別施設数

看護職員数	施設数	割合 (%)
1 人	89	81.7
2 人	12	11.0
3 人	0	0.0
4 人	1	0.9
無回答	7	6.4
全体	109	100.0

図表 227 看取り加算算定回数別施設数

算定回数	施設数	割合 (%)
0 回	58	53.2
1 回	20	18.3
2 回	6	5.5
3 回	3	2.8
4 回	2	1.8
5 回以上	7	6.4
無回答	13	11.9
全体	109	100.0

(注) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数。

図表 228 看取り加算の算定回数

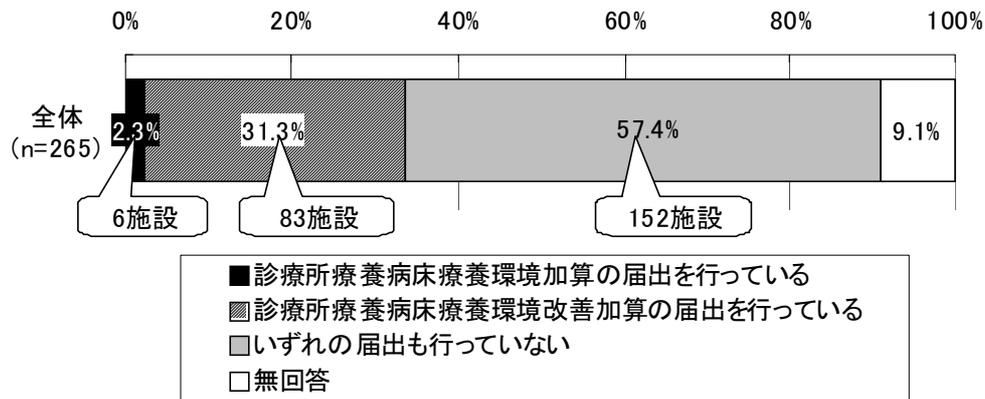
	平均値	標準偏差	中央値
算定回数(回)	1.11	2.611	0.00

(注) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数。

(2) 療養病床の状況（平成 24 年 9 月 30 日時点）

①施設基準の届出状況

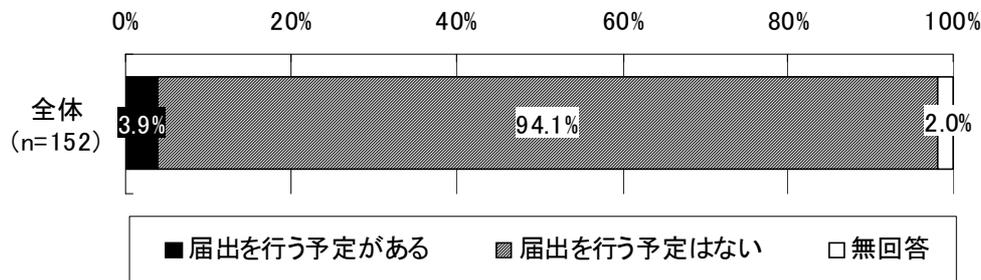
図表 229 施設基準の届出状況



(注) ・「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行っていると回答した 6 施設の届出時期は「平成 24 年 4 月」が 4 施設、「平成 24 年 10 月」が 2 施設であった。
 ・「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出を行っていると回答した 83 施設の届出時期は、「平成 24 年 4 月」が 21 施設、「平成 24 年 5 月」「平成 24 年 7 月」「平成 24 年 8 月」が各 1 施設、「平成 24 年 9 月」が 31 施設、「平成 24 年 10 月」が 22 施設、「平成 24 年 11 月」が 1 施設であった。

②今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定

図表 230 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定
 （「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の
 いずれの届出も行っていない施設）



(注) 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定があると回答した 6 施設に予定時期を尋ねたところ、「平成 24 年 10 月」が 1 施設、「平成 25 年 4 月」が 2 施設、「平成 25 年 11 月」が 1 施設、「平成 25 年（月不明）」が 1 施設、「平成 29 年（月不明）」が 1 施設であった。

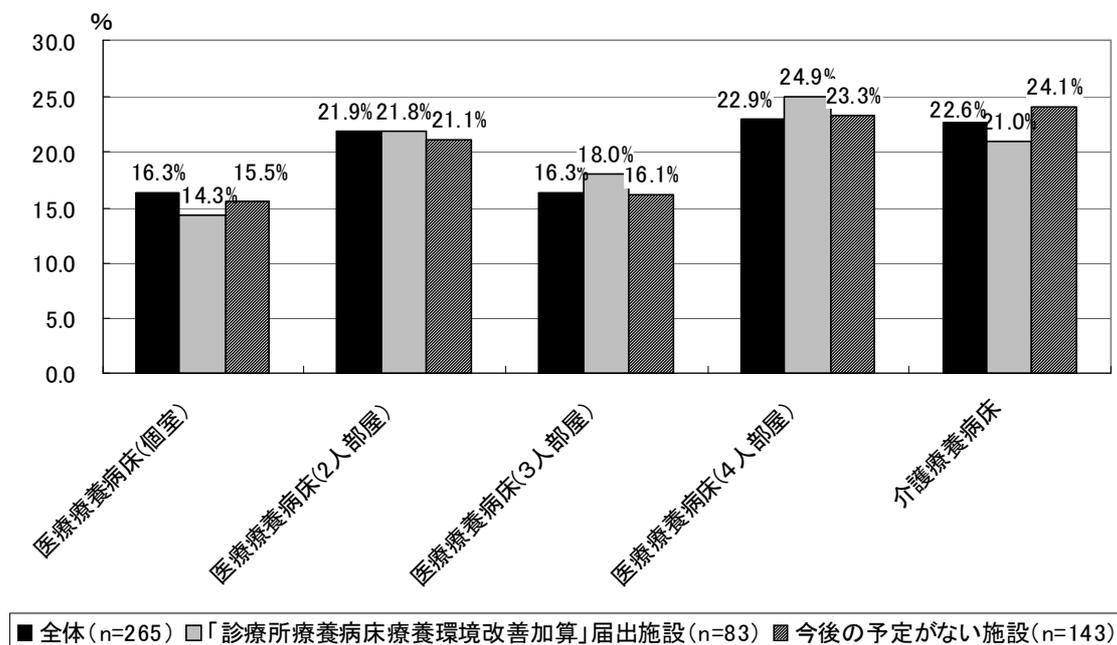
③今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定がない理由

図表 231 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定がない理由
(現在、「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の
いずれの届出も行っておらず、今後も「診療所療養病床療養環境加算」の
届出を行う予定もない施設、自由記述形式)

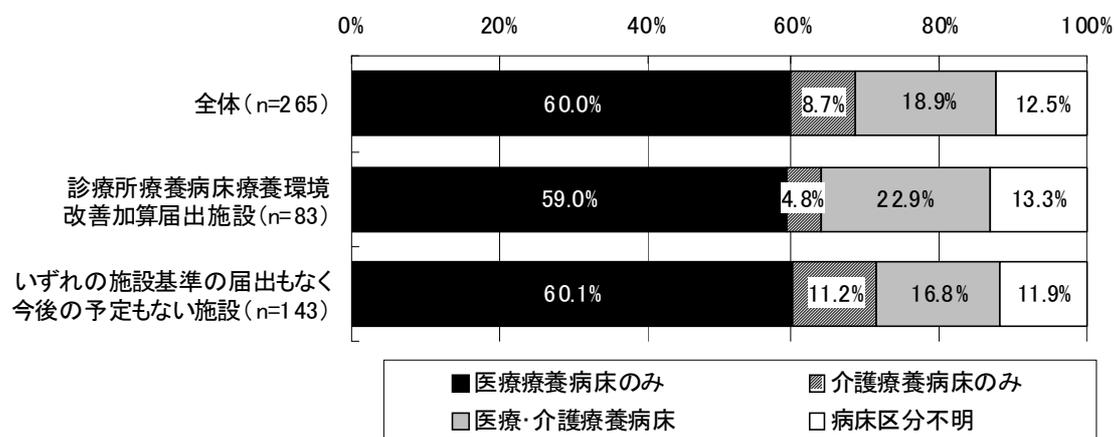
- ・廊下幅の改善が困難なため（同旨を含め 12 件）。
- ・改築の予算と面積の問題があり、改築を行うだけの収入が見込めない（同旨を含め 9 件）
- ・改築予定がないため（同旨を含め 7 件）。
- ・全面的な改築が困難／物理的な増改築が不可能なため（同旨を含め 5 件）。
- ・病床廃止を検討中（同旨を含め 5 件）。
- ・すべて介護療養病床であるため（同旨を含め 3 件）。
- ・職員数の確保などが困難なため（同旨を含め 3 件）。
- ・施設基準を満たしていないため（同旨を含め 3 件）。
- ・院長が高齢になり、今後いつまで継続できるかが不明のため（同旨を含め 2 件）。
- ・一般病床へ変換する予定のため（同旨を含め 2 件）。
- ・介護療養型老人保健施設へ転換する予定のため（同旨を含め 2 件）。
- ・今後の変化により検討する。
- ・現時点においては不明。
- ・療養病床の先行きが不安なため。
- ・平成 24 年 9 月までは「診療所療養病床療養環境加算 2」を採用していたが、平成 24 年 10 月からは届出を行わず、「診療所療養病床療養環境改善加算」も行っていない。手続き、要件が複雑なため。 / 等

④療養病床の病室構成等

図表 232 療養病床の病室構成等（施設基準の届出状況別）



図表 233 療養病床の病床構成（施設基準の届出状況別）



⑤施設の面積等

1) 療養病床の病床部分の面積

図表 234 療養病床の病床部分の患者1人あたり床面積

(単位：㎡)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	241	8.09	2.11	7.70
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	79	7.62	1.08	7.40
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	130	8.31	2.32	7.90

2) 廊下幅

図表 235 片側室部分の廊下幅

(単位：m)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	185	1.71	0.34	1.70
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	55	1.65	0.22	1.70
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	98	1.71	0.38	1.72

図表 236 両側室部分の廊下幅

(単位：m)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	166	1.91	0.45	1.80
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	55	1.81	0.33	1.70
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	90	1.97	0.50	1.80

3) 食堂の面積

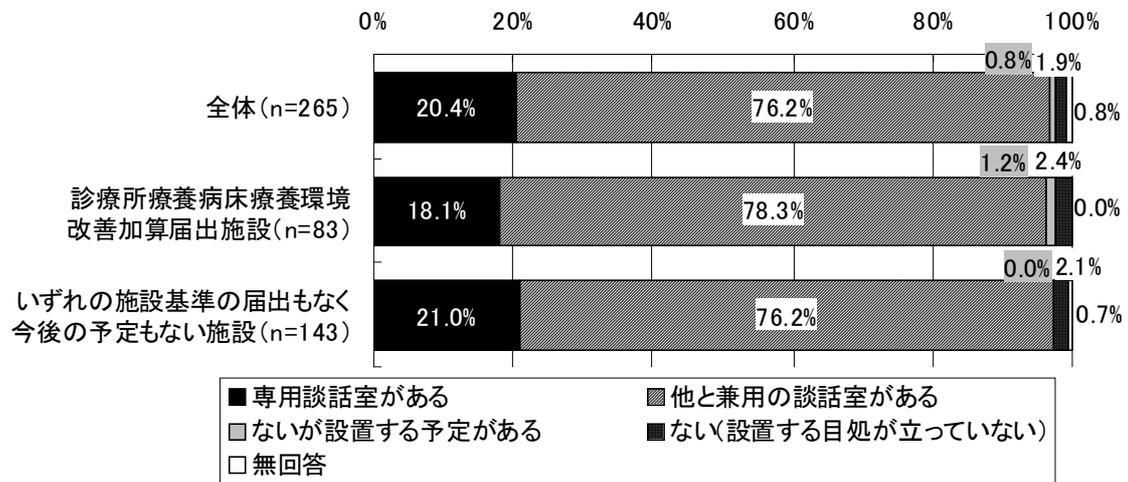
図表 237 食堂の面積

(単位：㎡)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	233	22.11	11.49	20.00
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	75	22.77	0.33	22.00
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	127	22.23	12.39	19.80

4) 談話室

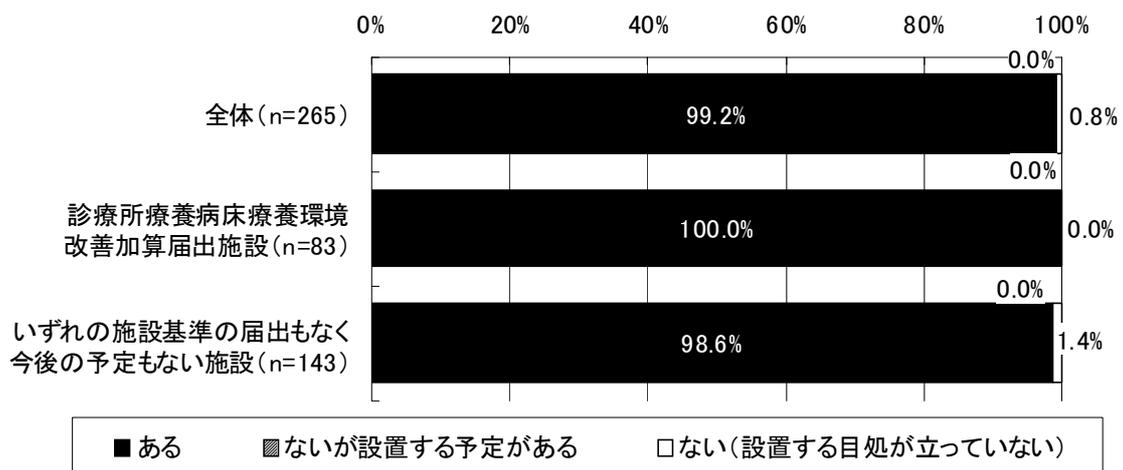
図表 238 談話室の状況



(備考) 「ないが設置する予定がある」と回答した2施設に予定時期を尋ねたところ、「平成25年11月」が1施設、「平成34年」が1施設であった。

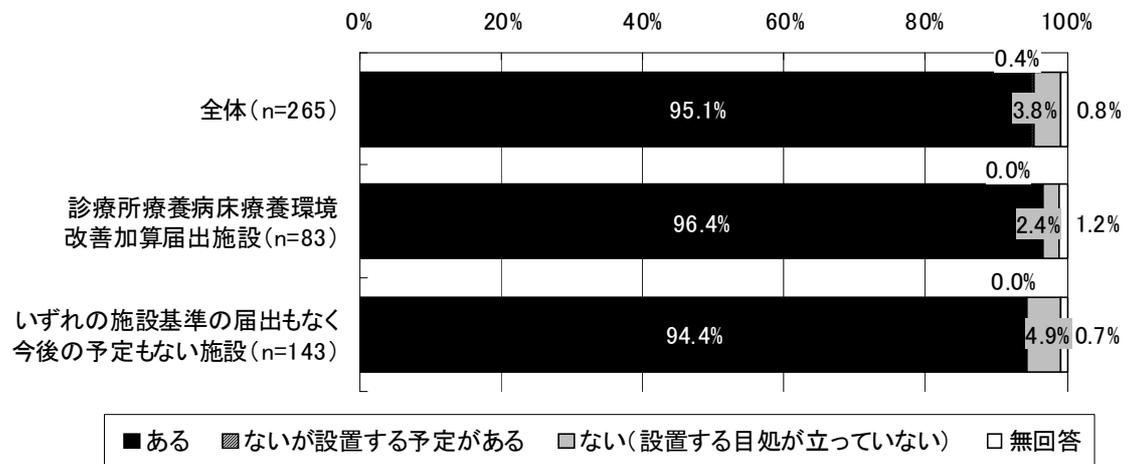
5) 浴室

図表 239 浴室の状況



6) 機能訓練室

図表 240 機能訓練室の状況



(備考) 「ないが設置する予定がある」と回答した1施設に予定時期を尋ねたところ、「平成25年10月」であった。

図表 241 機能訓練室の床面積

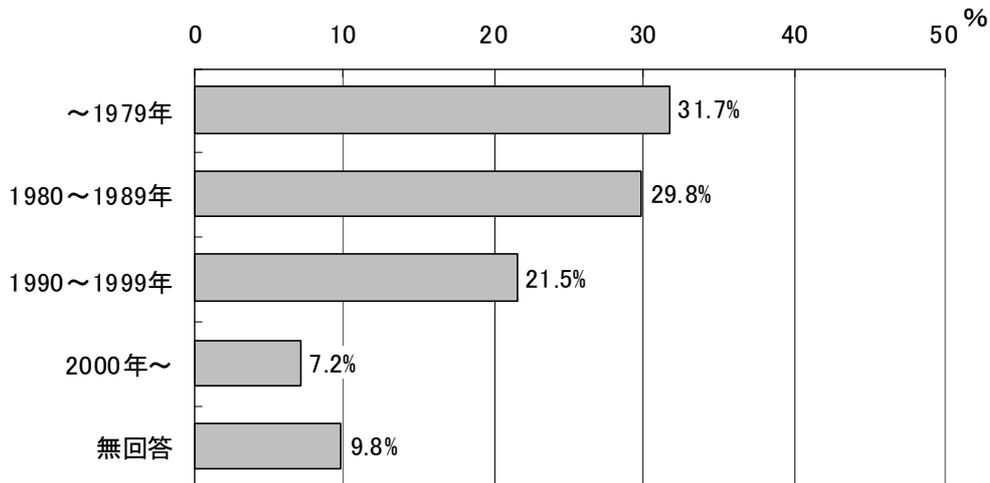
(単位: m²)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	211	43.53	39.10	32.00
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	68	37.85	34.57	28.35
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	112	43.28	37.22	31.39

⑥建築時期

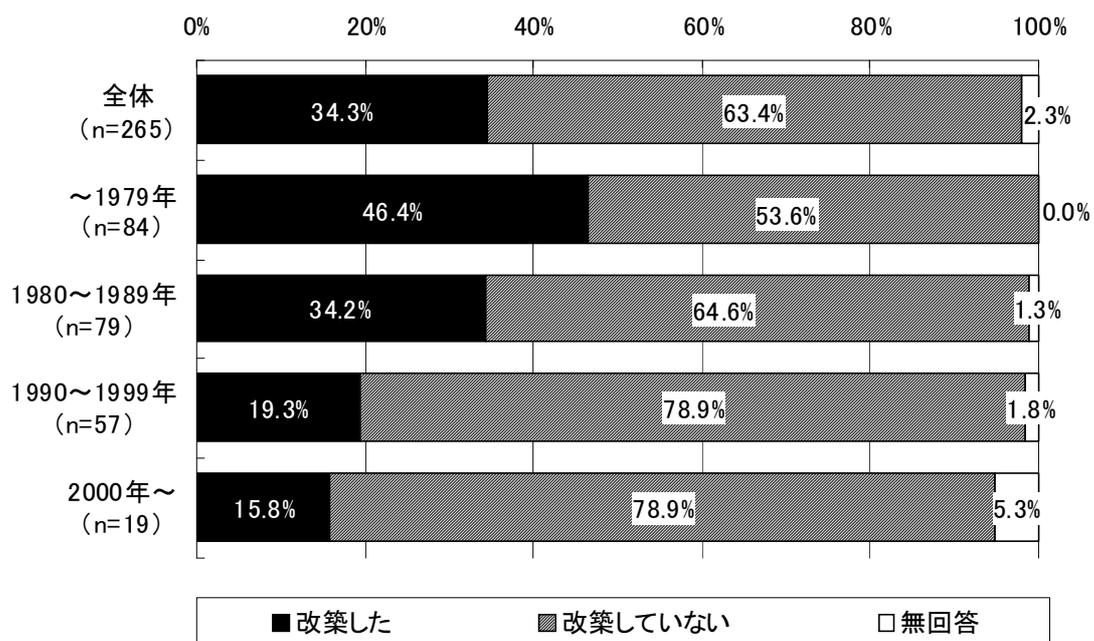
1) 療養病床のある建物を建築した時期

図表 242 療養病床のある建物を建築した時期



2) 療養病床のある建物の改築の有無

図表 243 療養病床のある建物の改築の有無（建物の建築年別）

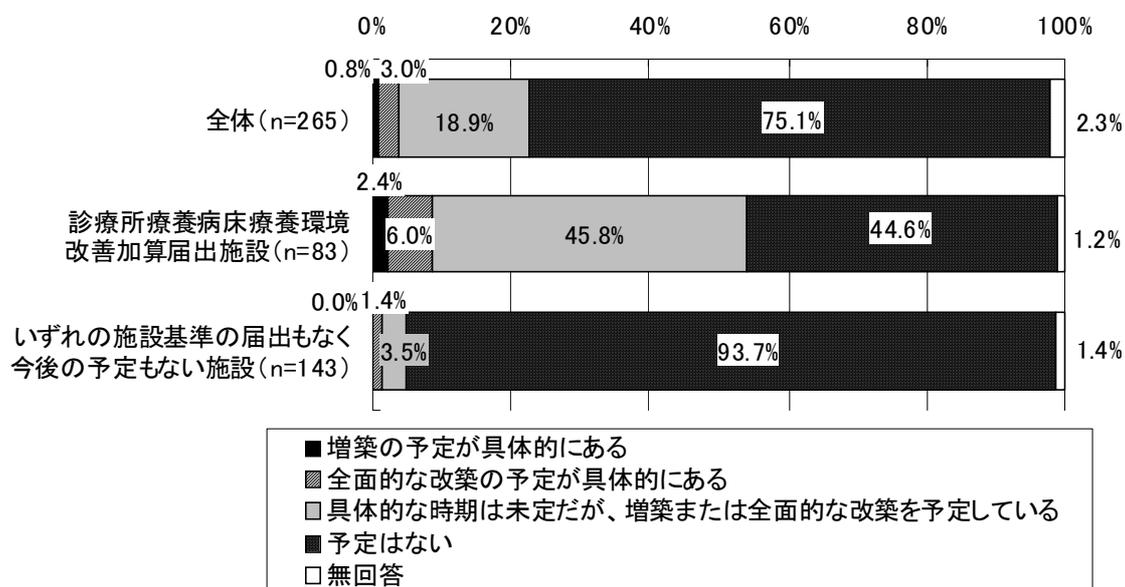


図表 244 療養病床のある建物の改築年（建物の建築年別）

建築年 改築年	全体		～1979年		1980～1989年		1990～1999年		2000年～	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
～1999年	34	37.4	18	46.2	9	33.3	4	36.4	0	0.0
2000年	17	18.7	7	17.9	7	25.9	0	0.0	1	33.3
2001年	4	4.4	3	7.7	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2002年	6	6.6	2	5.1	3	11.1	1	9.1	0	0.0
2003年	2	2.2	0	0.0	1	3.7	1	9.1	0	0.0
2004年	3	3.3	2	5.1	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2005年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
2006年	4	4.4	3	7.7	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2007年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
2008年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0
2009年	2	2.2	0	0.0	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2010年	2	2.2	1	2.6	0	0.0	1	9.1	0	0.0
2011年	4	4.4	1	2.6	2	7.4	1	9.1	0	0.0
2012年	1	1.1	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	9	9.9	1	2.6	1	3.7	2	18.2	0	0.0
全体	91	100.0	39	100.0	27	100.0	11	100.0	3	100.0

3) 療養病床についての今後の増改築の予定

図表 245 療養病床についての今後の増改築の予定（施設基準の届出状況別）



図表 246 療養病床についての今後の増改築の予定時期（予定がある施設）

【増築の予定が具体的にある】

「診療所療養病床療養環境改善加算」届出施設 2 施設

- ・ A施設の場合

着工予定：一、完成予定：平成 25 年 3 月

- ・ B施設の場合

着工予定：平成 25 年 4 月、完成予定：平成一年一月

【全面的な改築の予定が具体的にある】

着工時期	完成予定
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	
平成 25 年 1 月	平成 25 年 2 月
平成 25 年 2 月	平成 25 年 11 月
平成 25 年 6 月	平成 25 年 12 月
平成 25 年 9 月	平成 26 年
平成 34 年 9 月	平成 35 年 4 月
いずれの届出も行っていないが今後届出を行う予定がある施設	
平成 24 年 9 月	平成 24 年 9 月
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	
平成 25 年 6 月	平成 26 年 4 月
平成 26 年 1 月	平成 26 年 12 月

【具体的な時期は未定だが、増築または全面的な改築を予定している】

増築または全面的な改築の時期	施設数
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	
平成 25 年	8
平成 26 年	8
平成 27 年	7
平成 29 年	2
平成 30 年	4
平成 32 年	1
平成 34 年	2
いずれの届出も行っていないが今後届出を行う予定がある施設	
平成 24 年	1
平成 25 年	1
平成 29 年	1
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	
平成 25 年	1
平成 26 年	2
平成 32 年	1
-	1