

## 平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 24 年度調査) の結果について

平成 25 年 10 月 9 日  
中央社会保険医療協議会  
診療報酬改定結果検証部会

### 1 特別調査（平成 24 年度調査）の実施について

中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という。）診療報酬改定結果検証部会（以下、「検証部会」という。）では、平成 24 年 3 月 28 日に策定した「平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 24 年度調査）の実施について」に掲げられた特別調査 10 項目のうち、以下の 6 項目について調査を行った。

- (1) 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査（P2～）
- (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査（P14～）
- (3) 訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護等に係る評価についての影響調査（P25～）
- (4) 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査（P36～）
- (5) 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（P51～）
- (6) 後発医薬品の使用状況調査（P61～）

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計・分析方法の検討を経て行った。

調査結果については、調査速報として（6）は平成 25 年 2 月 27 日に、（4）は 4 月 10 日に、（2）及び（5）は 5 月 29 日に、（1）及び（3）は 6 月 12 日に、それぞれ開催した中医協総会に報告を行い、さらに、調査報告書案として平成 25 年 10 月 9 日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。その結果を取りまとめたので以下に報告する。

## 2 「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査」の結果について

### (1) 調査の目的

平成 24 年度診療報酬改定において救急医療等の充実・強化のためにいくつかの見直しを行った。本調査の目的は、その見直しの影響を調べるため、関連する入院料等の施設基準を算定している保険医療機関における診療体制や診療内容、患者の状況、他の医療機関との連携状況などについて把握し、当該診療報酬の改定の効果・影響を検証することにある。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### <救急医療機関調査>

- ・ 「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「院内トリアージ実施料」のいずれかを届け出ている全国の全ての保険医療機関 1,285 施設に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。
- ・ 「地域連携小児夜間・休日診療料Ⅰ・Ⅱ」の届出を行っている全国の保険医療機関から無作為に抽出した 200 施設に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。
- ・ 上記以外で、「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」「救急医療管理加算」の届出を行っている全国の保険医療機関から無作為に抽出した 515 施設に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。

#### <精神科救急調査>

- ・ 「精神科救急入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」「精神科救急・合併症入院料」のいずれかについて届出を行っている全国の全ての保険医療機関 385 施設に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。

#### <救急外来患者調査>

- ・ 上記「救急医療機関調査」の調査対象施設において、調査期間中に救急外来（21 時以降または休日）を利用した患者（1 施設当たり最大 4 名）を調査対象とし、平成 24 年 10 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

### (3) 回収の状況

- |            |                           |
|------------|---------------------------|
| ① 救急医療機関調査 | 有効回収数：597 施設（有効回収率 29.9%） |
| ② 精神科救急調査  | 有効回収数：150 施設（有効回収率 39.0%） |
| ③ 救急外来患者調査 | 有効回収数：736 人               |

#### (4) 主な結果

##### <救急医療機関調査>

- 病院全体の新規入院患者数を 100 床あたりに換算した 100 床あたり新規入院患者数、1 施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、新規入院患者数については平均 140.2 人で変化はみられなかったが、病床利用率については平均 79.9%から 79.3%にやや減少し、平均在院日数については平均 20.6 日から 20.7 日にやや増加したものの大きな変化はみられなかった。(14・15 ページ：図表 9・10)
- 軽症患者等を対象とした時間外選定療養費の導入状況については、三次救急施設では 13.6%、二次救急施設では 6.2%が「導入している」と回答し、金額別では「5,000～10,000 円未満」が 27.5%で最も多く、以下「1,000 円未満」と「3,000～4,000 円未満」で 17.5%、「2,000～3,000 円未満」が 12.5%であった。全体の平均としては 3,676.6 円であった。実際に徴収した件数は平成 23 年 9 月が 1 施設あたり平均 172.4 件、平成 24 年 9 月が平均 166.5 件であった。(19・20・21 ページ：図表 19・21・22・23)
- 救命救急入院料を算定している病院の新規入院患者数を当該病床 10 床あたりに換算した 10 床あたり新規入院患者数、1 施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、10 床あたりの新規入院患者数については平均 47.8 人から 49.2 人に、病床利用率については平均 71.9%から 72.5%に、平均在院日数については平均 6.5 日から 6.8 日にそれぞれ増加している。(25 ページ：図表 29・30)
- 救命救急入院料等の算定件数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、救命救急入院料 1 及び救急救命入院料 4 についてはそれぞれ 59.1 から 60.5、48.8 から 51.3 へと増加しているが、救命救急入院料 2 及び救急救命入院料 3 についてはそれぞれ 44.5 から 40.2、58.3 から 57.3 へと減少している。(29 ページ：図表 32)
- 救命救急センターに従事する医師数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、救命救急センターの外来では平均 13.1 人から 13.5 人に、病棟では平均 8.8 人から 9.0 人にそれぞれやや増加している。(31 ページ：図表 34)
- 救命救急センターに従事する看護職員数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、救命救急センターの外来では平均 9.3 人から 9.5 人に、病棟では平均 18.3 人から 19.1 人にそれぞれやや増加している。(33 ページ：図表 36)

- ・ 特定集中治療室管理料を算定している病院の新規入院患者数を当該病床 10 床あたりに換算した 10 床あたり新規入院患者数、1 施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、10 床あたりの新規入院患者数については平均 36.0 人から 36.5 人に増加している。病床利用率については平均 76.9%から 74.6%に減少しており、平均在院日数については平均 11.3 日から 12.8 日に増加している。(34・35 ページ：図表 38・39)
- ・ 平成 24 年度診療報酬改定で特定集中治療室管理料の小児加算の評価が引き上げられたが、同加算の施設基準の届出施設 72 施設のうち、診療報酬改定後である「平成 24 年 4 月 1 日以降」の届出施設は 5.6%であり、改定前の届出施設が 91.7%であった。また、特定集中治療室管理料算定病床のうち小児専用病床を有する施設における 1 施設あたりの許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、1 施設あたりの許可病床数は平均 8.0 床で変化はなかったが、新規入院患者数は平均 10.9 人から 11.4 人に増加し、病床利用率は平均 68.6%から 74.2%に増加した。一方、平均在院日数は平均 7.6 日から 7.1 日に短縮している。(34・35・36 ページ：図表 37・40・41)
- ・ 特定集中治療室に従事する医師数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、平均 14.7 人から 15.3 人に増加している。(39 ページ：図表 45)
- ・ 特定集中治療室に従事する看護職員数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、平均 32.5 人から 32.7 人にやや増加している。(40 ページ：図表 47)
- ・ 新生児特定集中治療室管理料等の施設基準を届出ている施設のうち平成 24 年 4 月 1 日以降に届出を行っている施設は、新生児特定集中治療室管理料 1 が 2.7%、新生児特定集中治療室管理料 2 が 6.3%、母体・胎児集中治療室管理料が 10.5%、新生児集中治療室管理料が 13.2%、新生児治療回復室入院医療管理料が 3.1%であった。(41 ページ：図表 48)
- ・ 新生児特定集中治療室管理料を算定している病院の新規入院患者数を当該病床 10 床あたりに換算した 10 床あたり新規入院患者数、1 施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、10 床あたりの新規入院患者数については平均 19.4 人から 22.6 人に増加している。病床利用率については平均 90.3%から 89.0%にやや減少したものの高い水準となっている。平均在院日数については平均 25.2 日から 23.7 日に減少している。(42 ページ：図表 49)
- ・ 新生児特定集中治療室に従事する医師数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9



月と平成 24 年 9 月を比較すると、平均 10.8 人で変化はなかった。(49 ページ：図表 53)

- 新生児特定集中治療室に従事する看護職員数を 10 床あたりに換算し、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、平均 28.0 人から 26.7 人に減少している。(51 ページ：図表 55)
- 小児入院医療管理料の施設基準を届出ている施設のうち平成 24 年 4 月 1 日以降に届出を行っている施設は、小児入院医療管理料 1 が 12.0%、小児入院医療管理料 2 が 5.3%、小児入院医療管理料 3 が 7.9%、小児入院医療管理料 4 が 4.8% であった(52 ページ：図表 56)
- 小児入院医療管理料を算定している病院の新規入院患者数を当該病床 10 床あたりに換算した 10 床あたり新規入院患者数、1 施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、10 床あたりの新規入院患者数については平均 24.7 人から 23.9 人に、病床利用率については平均 63.9% から 62.3%にそれぞれ減少しており、平均在院日数については平均 8.7 日から 8.8 日にやや増加している。(52・53 ページ：図表 57・58)
- 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料の各算定病床における小児患者(新生児・乳児を含む 15 歳未満の患者)の状況については、平成 24 年 9 月 1 か月間に各病床から退室した 1 施設あたりの小児患者数は、救命救急入院料が平均 3.6 人、特定集中治療室管理料が平均 2.1 人、新生児特定集中治療室管理料が平均 12.4 人であった。(56 ページ：図表 61)
- 各算定病床から退室した小児患者における入室時の状況については、入室時に人工呼吸器を装着している小児患者は救命救急入院料では 12.9%、特定集中治療室管理料では 44.0%、新生児特定集中治療室管理料では 22.4%であった。また、入室時の状態等については、救命救急入院料を算定している病床では「その他外傷、破傷風等で重篤な状態」(17.7%)、特定集中治療室管理料を算定している病床では「意識障害又は昏睡、ショック、重大な代謝障害等」(40.1%)、新生児特定集中治療室管理料を算定している病床では「高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児」(55.6%) が最も多かった。(59・60 ページ：図表 64・65 (複数回答))
- 各算定病床から退室した小児患者の転帰については、救命救急入院料では退室患者 8.70 人のうち「自院の一般病棟」が 5.93 人で最も多く「自宅(直接退院)」は 1.70 人であった。また、特定集中治療室管理料では退室患者 3.02 人のうち「自院の一般病棟」が 2.63 人で最も多く「自宅(直接退院)」は 0.11 人であった。新生児特定集中治療室管理料では退室患者 12.41 人のうち、「自院の新生児治療回復室」が 6.11 人、「自院の一般病棟」が 3.67 人、「自宅(直接退院)」が 1.91 人

であった。「自院の新生児治療回復室」への退室患者が増加している。新生児特定集中治療室から他の病院に転院した患者は平成23年9月と比較するとやや増えている。(63ページ：図表69)

- 救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況については、71.4%の施設が「受け入れている」と回答している。1施設あたりの精神科患者受入患者数について、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、平均6.0人から6.4人に増加している。また、「救命救急入院料 注2(3000点)」の加算を算定した患者数も平均1.3人から1.9人に増加している。(64ページ：図表70・71)
- 身体合併症のある精神科患者を受け入れている施設のうち、救命救急入院料注2(3000点)の加算を算定する際の体制については、「自院の精神保健指定医が対応」(68.6%)している施設が最も多く、以下「自院の精神科の医師が対応」(22.9%)、「連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応」(8.6%)であった。(65ページ：図表72)
- ハイケアユニット入院医療管理料を算定している病院の新規入院患者数を当該病床10床あたりに換算した10床あたり新規入院患者数、1施設あたりの病床利用率及び平均在院日数を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、10床あたりの新規入院患者数については平均38.0人から37.4人に、病床利用率については平均77.1%から74.9%に、平均在院日数については平均12.5日から11.8日にそれぞれ減少している。(66・67ページ：図表74・75)
- ハイケアユニット入院医療管理料算定病床に従事する医師数を10床あたりに換算し、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、平均15.6人から14.3人に減少している。(69ページ：図表79)
- ハイケアユニット入院医療管理料算定病床に従事する看護職員数を10床あたりに換算し、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、平均20.7人から21.2人に増加している。(70ページ：図表81)
- ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の状況等については、「心電図モニターあり」が82.5%、「輸液ポンプの使用あり」が61.6%、「シリンジポンプの使用あり」が31.0%、「輸液や血液製剤の使用あり」が22.3%、「動脈圧(動脈ライン)あり」が18.2%であった。(74ページ：図表87(複数回答))
- 平成24年度診療報酬改定で引き上げられた救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算であるが、その施設基準の届出時期については、平成24年4月以降に届け出たと回答した割合がそれぞれ67.4%、73.4%であった。また、救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算の算定

件数については、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「紹介加算」においては平均0.3件から1.0件に、「受入加算」においては平均0.1件から0.4件にそれぞれ増加している。(76・84ページ：図表89・101)

- 平成24年度診療報酬改定で引き上げられた新生児特定集中治療室退院調整加算1の施設基準の届出時期については、平成24年4月以降に届け出たと回答した割合が30.3%であった。また、新生児特定集中治療室退院調整加算1の算定件数を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、平均6.9件から7.6件に増加している。さらに、平成24年度診療報酬改定で新設された新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算及び新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算の平成24年9月1か月間の算定件数については、それぞれ平均1.9件、2.1件であった。(76・83ページ：図表89・100)
- 救急医療管理加算の算定患者の状態については、三次救急施設、二次救急施設ともに「その他」に該当する患者が最も多く、100床あたりそれぞれ12.3人、18.6人であった。(98ページ：図表119)
- 退院調整部署については、退院調整部署が「ある」が三次救急施設では88.2%、二次救急施設では82.8%であった。退院調整部署の1施設あたりの職員数を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、三次救急施設では平均7.01人から8.16人に、二次救急施設では4.25人から4.85人に増加した。(103・104・105ページ：図表126・127・128)
- 平成24年度診療報酬改定で引き上げられたハイリスク妊産婦に関する診療報酬であるが、それらに関わる施設基準の届出時期については、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)が0.0%、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)が4.8%、ハイリスク妊娠管理加算が1.6%、ハイリスク分娩管理加算が3.7%の割合で平成24年4月1日以降に届出を行っている。また、1か月間の算定件数を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)は0.1件で変化はないが、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)は2.6件から3.5件に、ハイリスク妊娠管理加算は23.8件から24.6件に、ハイリスク分娩管理加算は19.4件から19.8件に増加している。(76・80・81ページ：図表89・96・97・98)
- 救急医療管理加算の算定件数については、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、救急医療管理加算は402.4件から406.4件に増加したが、乳幼児加算は20.1件から16.5件に減少した。また、平成24年度診療報酬改定で新設の小児加算の平成24年9月1か月間の算定件数は6.9件であった。(77ページ：図表90)
- 平成24年度診療報酬改定で引き上げられた地域連携小児夜間・休日診療料、地

域連携夜間・休日診療料の算定件数については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、地域連携小児夜間・休日診療料 1 においては 290.0 件から 302.6 件に、地域連携小児夜間・休日診療料 2 においては 602.7 件から 680.7 件に、地域連携夜間・休日診療料においては 573.4 件から 615.4 件にそれぞれ増加している。(85 ページ：図表 103)

- 緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「三次救急施設」においては 5.9 人から 7.0 人に、「二次救急施設」においては 1.4 人から 1.6 人にそれぞれ増加している。(96 ページ：図表 117)
- 平成 24 年度診療報酬改定で実施料が新設された院内トリアージの実施状況については、一次救急施設では 13.6%、二次救急施設では 47.5%、三次救急施設では 60.9%が実施していると回答している。院内トリアージを実施していると回答した医療機関のうち、三次救急施設の 61.2%、二次救急施設の 87.6%、一次救急施設の 54.5%が平成 24 年 4 月以降にトリアージを導入したと回答している。(106 ページ：図表 129・130)
- 院内トリアージを実施している施設において、学会推奨のガイドライン(JTAS)などを採用していると回答した施設は、一次救急施設では 18.2%、二次救急施設では 59.1%、三次救急施設では 55.2%であり、独自の基準を採用していると回答した施設は、一次救急施設では 81.8%、二次救急施設では 34.7%、三次救急施設では 40.3%であった。また、実施基準を定めていると回答した施設については、いずれも 90%を超えている。(108・109 ページ：図表 134・136)
- 院内トリアージを実施することの効果等で「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせて最も多かったのは、「重症患者への早期治療が可能になった」で 65.7%、以下「患者や家族からの外来待ち時間に対する苦情が減った」で 21.0%、「救急部門の医師の負担が軽減された」で 19.6%であった。一方、「重症患者への早期治療が可能になった」を除くと「どちらともいえない」、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」の割合も高かった。この他の影響として「患者や家族への説明にかかる時間が増えた」が 34.7%であった。(113 ページ：図表 140)

#### <救急外来患者調査>

- 救急外来患者が来院した時間帯では、午後 10 時～午前 6 時が 44.4%と最も多く、次いで午後 9 時～午後 10 時が 42.1%、午前 6 時～午前 8 時が 7.7%となっている。(138 ページ：図表 166)

- ・ 診療までの待ち時間に対する評価については、「納得できる」「だいたい納得できる」と回答したのを合わせると 89.9%となっている。一方で、時間別にみると、待ち時間が 30～60 分未満では「あまり納得できない」の割合が 17.1%、60 分以上では「あまり納得できない」の割合が 39.0%であった。(157 ページ：図表 194)
- ・ トリアージの認知度としては、38.5%が「知っていた」と回答している。(162 ページ：図表 199)
- ・ トリアージの仕組みを医療機関が導入することについては、「賛成」と「どちらか」というと賛成」を合わせた割合が 95.5%、「どちらか」というと反対」と「反対」を合わせた割合が 2.2%であった。(163 ページ：図表 202)
- ・ トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価（トリアージ区分別）については、「賛成」と回答した割合が最も多かったのは、「準緊急」(58.1%) の患者で、以下「非緊急」(51.5%)、「低緊急」(49.5%) の順であった。(167 ページ：図表 207)
- ・ トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由としては、「緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため」(68.2%)、「より症状の重い他の患者の救命措置につながるから」(57.0%)、「診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため」(24.6%) などとなっている一方、トリアージの仕組みを医療機関が導入することに反対の理由を自由記述してもらったところ、「診療費に不公平が生じる（実施、未実施によって）」、「辛い時にいつまで待たされるかわからないのは辛いから。」などの意見があった。(170・174 ページ：図表 210（複数回答）、図表 214)
- ・ トリアージについての説明の有無については、施設基準の届出ありの施設においては、「受けた」が 39.5%、「受けていない」が 48.2%であり、施設基準の届出なしの施設においては、「受けた」が 12.1%、「受けていない」が 75.3%であり、施設基準の届出ありの方が、説明を受けたという割合が高かった。また、待ち時間別にみても、15 分未満では「受けた」の割合が低い傾向がみられた。トリアージについての説明の理解度については、「よく理解できた」と「だいたい理解できた」を合わせた割合が 95.2%であった。(176・177・178 ページ：図表 217・218・219)

#### <精神科救急調査>

- ・ 精神科救急入院料を算定している病棟の届出状況については、「精神科救急入院料 1」が 42.0%<sup>※3</sup>、「精神科救急入院料 2」が 1.3%<sup>※4</sup>、「いずれも届出なし」が 55.3%

となっている。(194 ページ：図表 247)

※3) 平成 23 年度調査結果は 6.0%

※4) 平成 23 年度調査結果は 0.7%

- ・ 精神科救急・合併症入院料を算定している病棟の届出状況については、「届出あり」が 1.3%<sup>※5</sup>、「届出なし」が 98.0%となっている。(197 ページ：図表 251)

※5) 平成 23 年度調査結果は 0.9%

- ・ 精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟の届出状況については、「精神科急性期治療病棟入院料 1」が 68.7%<sup>※6</sup>、「精神科急性期治療病棟入院料 2」が 1.3%<sup>※7</sup>、「いずれも届出なし」が 29.3%となっている。(200 ページ：図表 254)

※6) 平成 23 年度調査結果は 19.7%

※7) 平成 23 年度調査結果は 0.9%

- ・ 平成 24 年度診療報酬改定で新設された精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の算定状況については、48.0%の施設が「ある」と回答し、届出時期別にみると、「平成 24 年 4 月」が 68.1%と最も多く、以下「平成 24 年 5 月」が 11.1%、「平成 24 年 6 月」が 9.7%となっている。(208・209 ページ：図表 262・264)
- ・ 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたかどうかについては、「変わらない」が 88.9%と最も多く、以下「どちらかというが増えた」が 5.6%、「どちらかというが減った」が 2.8%となっている。(210 ページ：図表 266)

## (5) 検証部会としての評価

平成 24 年 4 月の診療報酬改定で実施された救急医療等の充実・強化に関し、①小児特定集中治療室管理料の新設や救急医療管理加算における乳幼児加算の引上げ・小児加算の新設など小児救急に関する評価、②救急搬送患者地域連携受入加算の引上げと届出・算定要件の緩和など後方病床における取組に関する評価、③夜間休日救急搬送医学管理料の新設や院内トリアージ実施料の新設、地域連携夜間・休日診療料等の引上げなど二次救急医療機関等の救急外来に関する評価、④精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・精神科救急搬送患者地域連携受入加算の新設など精神科救急に関する評価、の 4 つについて検証を行う。

- ① 小児特定集中治療室管理料の新設や救急医療管理加算における乳幼児加算の引上げ・小児加算の新設など小児救急に関する評価  
ア. 新生児特定集中治療室管理料等の施設基準を届け出ていると回答した施設のうち、平成 24 年 4 月 1 日以降に届け出た割合は、「新生児特定集中治療室管理料

1」が2.7%、「新生児特定集中治療室管理料2」が6.3%、「母体・胎児集中治療室管理料」が10.5%、「新生児集中治療室管理料」が13.2%、「新生児治療回復室入院医療管理料」が3.1%であることから、平成24年度診療報酬改定は一定程度効果があったものと考えられる。(41ページ：図表48)

- イ. 新生児特定集中治療室管理料を算定している施設において、10床あたりの新規入院患者数は増加(19.4人→22.6人)しているが、病床利用率(90.3%→89.0%)や平均在院日数(25.2日→23.7日)が減少しているのは、退院調整部署の体制充実が図られた結果、新生児特定集中治療室退院調整加算の算定件数(6.9件→7.6件)も伸びた効果が表れていると考えられる。ただし、依然として病床利用率は高く後方病床との一層の連携推進が必要な状況といえる。(42・83ページ：図表49・100)
- ウ. 平成24年度診療報酬改定で新設された小児特定集中治療室管理料であるが、本調査では届出施設が1施設もなかった。今後の課題等についての医療機関からの記載内容によれば施設基準が厳しいとの指摘もあり、今後の動向を注視する必要がある。

② 救急搬送患者地域連携受入加算の引上げと届出・算定要件の緩和など後方病床における取組に関する評価

救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進という観点から、平成24年度診療報酬改定では、救急搬送患者地域連携受入加算の引上げと届出・算定要件の緩和など後方病床における取組に関する評価が行われた。同一医療機関が紹介加算と受入加算の届出をできるようになったが、この結果、平成24年4月以降に届出をした施設が、紹介加算では67.4%、受入加算では73.4%と大幅に増加している。また、算定要件の緩和を受け、救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算の算定件数については、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「紹介加算」においては0.3件から1.0件に、「受入加算」においては0.1件から0.4件にそれぞれ増加している。(76・84ページ：図表89・101)このことから、救急搬送患者に関する地域連携に一定の効果があったと評価することができる。

③ 夜間休日救急搬送医学管理料の新設や院内トリアージ実施料の新設、地域連携夜間・休日診療料等の引上げなど二次救急医療機関等の救急外来に関する評価

- ア. 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進として、平成24年度診療報酬改定では夜間休日救急搬送医学管理料の新設や院内トリアージ実施料の新設、地域連携夜間・休日診療料等の引上げなど二次救急医療機関等の救急外来

に関する評価が行われた。

- イ. 地域連携小児夜間・休日診療料、地域連携夜間・休日診療料の算定件数において、改定前と比較して「地域連携小児夜間・休日診療料 1」では 12.6 件、「地域連携小児夜間・休日診療料 2」では 78.0 件、「地域連携夜間・休日診療料」では 42.0 件とそれぞれ増加していることから地域における救急医療体制の構築に貢献していることが伺える。(85 ページ：図表 103)
  - ウ. 院内トリアージを実施していると回答した医療機関のうち、三次救急施設の 61.2%、二次救急施設の 87.6%、一次救急施設の 54.5%が平成 24 年 4 月以降にトリアージを導入したと回答していることから、平成 24 年度診療報酬改定が院内トリアージの導入促進に大きく貢献していることがわかる。(106 ページ：図表 130)
  - エ. 院内トリアージを実施することの効果としては「重症患者への早期治療が可能になった」をあげる施設が多い一方、効果を感じていない施設もかなりの割合であることから、院内トリアージの効果は限定的となっている。(113 ページ：図表 140) しかし、患者においては、トリアージの認知度は 38.5%であるにもかかわらず、医療機関がトリアージを実施することに対して「賛成」、「どちらか」というと賛成」の回答を合わせると 95.5%となっている。(162・163 ページ：図表 199・202) さらに、診療までの待ち時間の長さに対する評価も「納得できる」、「だいたい納得できる」の回答を合わせると 89.9%で、トリアージの導入に肯定的であることがわかる。
- ④ 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・精神科救急搬送患者地域連携受入加算の新設など精神科救急に関する評価
- ア. 精神科救急については、平成 24 年度診療報酬改定で、精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合を評価するものとして精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算が新設された。精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況については、48.0%が届け出ていると回答している。紹介加算の新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたかどうかについては「変わらない」という回答が 9 割近くを占めるが、「どちらかというが増えた」が 5.6%であり、「どちらかというが減った」が 2.8%であったことから、現時点ではその効果は明確ではないものの、今後の動向を注視する必要がある。(208・210 ページ：図表 262・266)



イ. この他、精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進という観点から、救命救急入院料の注 2 の要件見直しが行われた。平成 24 年 9 月時点で救命救急入院料の算定病床において、身体合併症のある精神科患者を「受け入れている」と 71.4%の施設が回答しており、「救命救急入院料 注 2」の算定患者数は平成 23 年 9 月と比較して 1.3 人から 1.9 人に増加した。体制としても新たに要件に加えられた「連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応」と「自院の精神科の医師が対応」を合わせた割合が 31.5%となっており、要件緩和の効果があつたものと評価することができる。(64・65 ページ：図表 71・72)

救急医療に関連する施設基準の届出及び算定件数ともに、改定前よりも概ね増加傾向にあり、特に要件緩和を行った救急搬送患者地域連携紹介加算や救急搬送患者地域連携受入加算については、算定件数が大きく増加している。また、新たな評価区分として見直しを行った新生児特定集中治療室退院調整加算 1、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料についても、算定件数が増加していることから、救急医療に関しては医療機関間の連携が進んできている。一方、小児特定集中治療室管理料については、本調査では届出施設が 1 施設もなかったことや、精神科救急については、限定的ではあるが一定の効果が示唆されることを踏まえ、今後の動向を注視する必要がある。

### 3 「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」の結果について

#### (1) 調査の目的

高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となることから、平成 24 年度診療報酬改定においては、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組を評価するとともに、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施を評価するようにした。

これらを踏まえ、本調査は各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等について把握し、効果・影響を検証することを目的とする。

#### (2) 調査方法及び調査の概要

##### <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 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

##### <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 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

##### <患者調査>

「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（1 施設につき、医療区分 1～3 毎にそれぞれ 1 名、計 3 名）を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

#### (3) 回収の状況

- |            |                           |
|------------|---------------------------|
| ① 入院医療機関調査 | 有効回収数：189 施設（有効回収率 18.9%） |
| ② 在宅医療調査   | 有効回収数：549 施設（有効回収率 22.0%） |
| ③ 患者調査     | 1) 施設記入分 有効回収数：505 人      |

2) 患者記入分 有効回収数：486人

うち、施設記入分と患者記入分とも回収できて、回答が一致したものは：364人

#### (4) 主な結果

##### <入院医療機関調査>

- 自法人・関連法人が運営する施設・事業所については、「居宅介護支援事業所」が59.8%と最も多く、以下「訪問看護ステーション」が48.7%、「介護老人保健施設」が39.2%、「通所介護事業所」が34.9%となっている。(10ページ：図表6、複数回答)
- 訪問診療・訪問看護については、「訪問診療・訪問看護のいずれも未実施」が32.3%と最も多く、以下「訪問診療実施・訪問看護未実施」が30.7%、「訪問診療・訪問看護ともに実施」が24.9%となっている。(16ページ：図表18)
- パス(入院診療計画書)の様式について、「厚生労働省が示している様式で作成」が49.7%、「施設独自の様式で作成」が46.6%であった。(17ページ：図表20(複数回答))
- パス(入院診療計画書)の電子化の状況については、「電子化している」が42.5%と最も多く、以下「電子化していない」が34.1%、「電子化を検討中」が18.0%であった。(18ページ：図表21、パスを導入している施設を対象)
- 導入しているパスの疾患別(MDC分類：Major Diagnostic Category(主要診断群))種類の内容については、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が59.9%と最も多く、以下「筋骨格系疾患」が54.5%、「循環器系疾患」が44.9%であった。(22ページ：図表29、複数回答、パスを導入している施設を対象)
- パス作成に携わる人については、「医師」が94.0%、「看護師」が91.0%、「理学療法士」が50.3%、「薬剤師」が46.7%、「管理栄養士・栄養士」が45.5%であった。(24ページ：図表31、複数回答、パスを導入している施設を対象)
- パスにおける退院目標・退院基準・退院調整項目の有無については、63.5%の施設が「ある」と回答している。(25ページ：図表32、パスを導入している施設を対象)
- 在院日数(消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患)については、「パスを活用できた事例」では平均8.5日、「パスを活用できなかった事例」では平均18.4日であり、パスを活用できた最大の理由として「他職種間のコンセンサスが得られた」が34.8%と最も多く、以下「医師の参加が得られた」、「疾患自体がパスに向けた」が21.7%であった。合計事例数は23である。(28ページ：図表37・38)

- ・ 在院日数（筋骨格系疾患）については、「パスを活用できた事例」では平均 39.6 日、「パスを活用できなかった事例」では平均 48.3 日であり、パスを活用できた最大の理由として「疾患自体がパスに向いた」が 47.6%と最も多く、以下「医師の参加が得られた」と「他職種間のコンセンサスが得られた」が 23.8%であった。合計事例数は 21 である。（30 ページ：図表 41・42）
- ・ パスの活用による効果については、「大いにあてはまる」、「あてはまる」と回答した割合を合わせて最も多かったのは、「患者に対するインフォームドコンセントがしやすくなった」（59.3%）であり、以下「治療の標準化と均質な医療の提供ができるようになった」（56.3%）、「チーム医療が進んだ」（48.5%）であった。（31 ページ：図表 44、パスを導入している施設を対象）
- ・ 退院調整部門の有無については、「ある」が 85.7%と最も多く、以下「ない」が 12.2%、「開設準備中」が 1.6%であり、退院調整部門がある施設に退院調整部門の設置場所を尋ねたところ、「地域連携を担う部署の中に設置」が 70.4%と最も多く、以下「独立部門として設置」が 17.3%、「看護部門の中に設置」が 6.8%であった。（32・33 ページ：図表 45・47、パスを導入している施設を対象）
- ・ 平成 24 年度診療報酬改定で引き上げられた総合評価加算であるが、その施設基準の届出がある施設のうち「平成 24 年 4 月以降」に届出をした施設が 40.7%であった。また、算定回数の平均値を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると 52.9 回から 54.9 回へと 2.0 回増加している。（35 ページ：図表 51・52）
- ・ 平成 24 年度診療報酬改定において、退院時共同指導料 2 の算定を訪問看護ステーションで行った場合にも広げたが、その退院時共同指導料 2 等の算定回数については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月 1 か月間の平均を比較すると、退院時共同指導料 2 は 0.33 回から 0.59 回へ、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は 0.16 回から 0.31 回へと増加したが、訪問看護ステーションの看護師等 3 者以上と共同して指導を行った場合は 0.16 回から 0.15 回とほぼ変化がみられなかった。（38 ページ：図表 58）
- ・ 平成 24 年度診療報酬改定で新設された退院調整加算 1 の施設基準の届出が「あり」という施設は 57.7%で、平成 24 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 21.31 回、このうち地域連携計画加算の算定回数は平均 0.48 回であった。また、同じく新設された退院調整加算 2 の施設基準の届出が「あり」という施設は 28.0%で、1 か月間の算定回数は平均 4.04 回、このうち地域連携計画加算の算定回数は 0.89 回であった。（39・40 ページ：図表 59・61・62・64）
- ・ 退院困難者の抽出状況については、「改定前から手順を踏んで行っている」が 52.9%、「改定後から手順を踏んで行っている」が 15.3%、「手順を踏んでいない

が行っている」が10.6%であり、これらを合わせると8割近くの施設が退院困難者の抽出を行っている」と回答した。(41 ページ：図表 66)

- 退院困難者の抽出のタイミングについては、「入院初日」が38.0%と最も多く、以下「入院2日目～3日目」が27.9%、「入院6日目～7日目」が18.6%であった。(42 ページ：図表 67、退院困難者の抽出を実施している施設を対象)
- 退院困難者の抽出実施部門については、「病棟と退院調整部門等の共同」が46.5%と最も多く、以下「病棟」が34.1%、「退院調整部門」が17.8%であった。(42 ページ：図表 68)
- 退院困難者の抽出実施者については、「看護師」が89.9%と最も多く、以下「社会福祉士」が63.6%、「医師」が33.3%であった。(43 ページ：図表 69 (複数回答))
- 転帰別患者数についてみる。まず、「退院調整をした患者数(加算算定の有無に関わらず)」を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、26.2人から32.5人に増加した。次に、「退院調整加算を算定した患者数」を平成23年9月と平成24年9月で比較すると、7.1人から11.7人に増加した。(45 ページ：図表 71)
- 退院調整による効果について、「大いにあてはまる」、「あてはまる」と回答した割合を合わせて最も多かったのは、「部門・他職種間の調整がスムーズになった」(63.5%)であり、以下「今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ」(59.8%)、「患者がスムーズに地域へ移行できるようになった」(58.2%)、「入院から退院までの患者の理解が深まった」(52.3%)であった。一方で、「在宅復帰率が高まった」(28.5%)、「平均在院日数が短くなった」(39.2%)については他の項目と比較して低い割合であった。(46 ページ：図表 72)
- 1施設あたりの連携している施設・事業所数については、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「在宅療養支援病院・診療所」、「緊急時の入院医療機関としている病院・診療所」、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」などで増加している。(47 ページ：図表 73)
- 連携施設・事業所との定期的なカンファレンスの回数について、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「病院・診療所」、「訪問看護ステーション」「介護老人福祉施設」など多くの施設・事業所で増加している。(48 ページ：図表 74)
- 連携医療機関等から受け入れた患者数等について、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「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」及び「このうち緊急入院した患者数」は増加しているものの、わずかであった。(54 ページ：図表 84)
- パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果について、「大

いにあてはまる」、「あてはまる」と回答した割合を合わせて最も多かったのは、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」(55.0%)であり、以下「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」(54.5%)、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」(37.6%)、「平均在院日数が短くなった」(35.5%)であった。(57 ページ：図表 89)

#### <在宅医療調査>

- 在宅医療調査において得られた有効回答 549 施設の届出区分をみると、「機能強化型在宅療養支援診療所」94 施設、「上記以外の在宅療養支援診療所」245 施設、「機能強化型在宅療養支援病院」39 施設、「上記以外の在宅療養支援病院」32 施設、「在宅療養支援診療所ではない」137 施設、そして、「在宅療養支援病院ではない」2 施設であった。(73 ページ：図表 110)

- 「在宅療養支援診療所（在支診）」245 施設が機能強化型在支診の届出をしていない理由としては、「常勤医師を 3 名以上配置できない」が 66.5%と最も多く、次いで「月 1 回以上の定期的なカンファレンス実施ができていない」が 30.2%であった。

「在支診以外の診療所」137 施設が「在支診または機能強化型在支診」の届出をしていない理由としては、「常勤医師を 3 名以上配置できない」が 65.7%と最も多く、次いで「単独で 24 時間往診体制確保が困難」が 63.5%、「単独で 24 時間連絡体制構築が困難」が 53.3%であった。

「在宅療養支援病院（在支病）」32 施設が機能強化型在支病の届出をしていない理由としては、「過去 1 年間の看取り実績が 2 件未満」が 46.9%と最も多く、次いで「常勤医師を 3 名以上配置できない」と「過去 1 年間の緊急往診実績が 5 件未満」（それぞれ 37.5%）であった。(82 ページ：図表 122（複数回答）)

- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定についてみると、まず「在支診」では、「届出をする予定がない」が 38.0%と最も多く、次いで「条件が整えば届出をしたい」が 18.0%、「届出をする予定がある」が 3.3%であった。「在支診以外の診療所」でも、「届出をする予定がない」が 68.6%と最も多く、次いで「条件が整えば届出をしたい」が 14.6%、「届出をする予定がある」が 1.5%であった。

「在支病」では、「条件が整えば届出をしたい」が 37.5%と最も多く、次いで「届出をする予定がない」が 15.6%、「届出をする予定がある」が 6.3%であった。(83 ページ：図表 123)

- 在宅医療を担当する常勤の医師数については、「機能強化型在支診」は平均 1.3 人、「機能強化型在支病」は平均 2.9 人であった(90 ページ：図表 134（施設単

独)

- 在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況についてみると、「自院と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している」と「曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している」と回答した割合を合わせたものが多かったのは「機能強化型在支病」94.9%であり、次いで「機能強化型在支診」83.0%、「在支診」71.4%、「在支病」62.5%、「在支診以外の診療所」57.7%の順であった。(91 ページ：図表 136)
- 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間内）については、「行っている」と回答した割合が最も多かったのは「機能強化型在支診」88.3%であり、次いで「機能強化型在支病」87.2%、「在支病」84.4%、「在支診」74.7%、「在支診以外の診療所」64.2%の順であった。なお、「行っていない」という回答が、「在支診以外の診療所」29.9%、「在支診」21.6%であった。(93 ページ：図表 138)
- 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間外）については、「行っている」と回答した割合が最も多かったのは「機能強化型在支診」94.7%であり、次いで「在支診」88.2%、「機能強化型在支病」79.5%、「在支病」75.0%、「在支診以外の診療所」70.8%の順であった。なお、「行っていない」という回答が、「在支病」25.0%、「在支診以外の診療所」24.1%、「機能強化型在支病」17.9%であった。(93 ページ：図表 139)
- 24 時間往診が可能な体制の構築状況については、機能強化型在支診では「自院対応不可時は連携医療機関で対応」が 58.5%と最も多く、次いで「自院のみで体制構築している」が 26.6%であった。機能強化型在支病では「自院のみで体制構築している」が 56.4%で、「自院対応不可時は連携医療機関で対応」が 35.9%であった。(94 ページ：図表 140)
- 緊急時に入院できる病床の確保体制についてみると、「自院のみで確保」、「自院及び連携保険医療機関で確保」、「連携保険医療機関のみで確保」と回答した割合を合わせたものが多かったのは「機能強化型在支病」97.4%であり、以下「在支病」90.7%、「機能強化型在支診」84.0%、「在支診」82.4%、「在支診以外の診療所」56.9%の順であった。ただし、病院の場合は「自院のみで確保」の割合が大きく、「機能強化型在支病」が 79.5%、「在支病」が 71.9%となっている。診療所の場合は「自院のみで確保」の割合が小さく、「機能強化型在支診」が 5.3%、「在支診」が 6.5%、「在支診以外の診療所」が 5.8%となっていて、一方、「連携保険医療機関のみで確保」の割合が大きく、「機能強化型在支診」が 69.1%、「在支診」が 65.3%、「在支診以外の診療所」が 45.3%となっている。(97 ページ：図表 143)
- 平成 24 年度診療報酬改定において下記の在宅に関する診療項目の点数が引き上

げられた。そこで、1施設あたりの診療報酬項目別患者数（平均値）を平成23年9月と平成24年9月で比較してみる。機能強化型在支診では、「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」は33.01人から33.96人へ、「在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算」は0.70人から0.77人へ、「在宅時医学総合管理料」は29.08人から32.51人へ、「特定施設入居時等医学総合管理料」は12.84人から12.86人へ、「在宅がん医療総合診療料」は0.24人から0.35人へ、そして、「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」は0.03人から0.07人へ増加している。一方、機能強化型在支病では、「往診料」は5.48人から7.00人へ、「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」は19.00人から21.11人へ、「在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算」は0.14人から0.32人へ、「特定施設入居時等医学総合管理料」は4.23人から4.64人へ、「在宅がん医療総合診療料」は0.04人から0.08人へ、「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」は0.04人から0.09人へ、そして、「在宅療養指導料（170点）」は1.74人から1.91人へ増加している。（107・108ページ：図表154）

- 緊急時に往診した回数等について、平成23年4月～9月と平成24年4月～9月を比較すると、「機能強化型在支診」が17.8人から19.8人に、「機能強化型在支病」が11.2人から12.4人に増加している。（111ページ：図表156）
- 在宅で看取りを行った回数について、平成23年4月～9月と平成24年4月～9月を比較してみる。多くの施設で「0回」の割合が減少している。「1回以上」の割合は、「機能強化型在支診」では52.0%から65.3%へ、「在支診」では29.1%から38.0%へ、「機能強化型在支病」では34.3%から48.6%へ、「在支病」では14.3%から38.1%へ増加している。一方、「在支診以外の診療所」では20.4%から17.3%へ減少している。（114ページ：図表161・162）
- 在宅で看取りを行った回数（平成24年4月～9月）については、1回以上の看取りを行ったと回答した割合が最も多かったのは「機能強化型在支診」の65.3%であり、次いで「機能強化型在支病」の48.6%であった。（114ページ：図表161・162）
- 連携している他の施設・事業所数（1施設あたりの平均値）をみると、「機能強化型在支診」では「連携している診療所・病院」が平均4.85箇所、「訪問看護ステーション」が3.38箇所、「歯科保険医療機関」が0.88箇所、「保険薬局」が2.75箇所、「居宅介護支援事業所」が7.65箇所、「地域包括支援センター」が1.89箇所であった。また、「機能強化型在支病」では「連携している診療所・病院」が平均11.08箇所、「訪問看護ステーション」が2.66箇所、「歯科保険医療機関」が1.45箇所、「保険薬局」が1.17箇所、「居宅介護支援事業所」が7.82箇所、



「地域包括支援センター」が1.88箇所であった。(116ページ：図表165)

- 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について、「1回あった」と「複数回あった」を合わせると、「機能強化型在支診」は28.8%、「在支診」は19.6%、「在支診以外の診療所」は14.6%、「機能強化型在支病」は12.8%、「在支病」は12.6%であった。(126ページ：図表182)
- 他の医療機関との連携による効果をみる。「大いにあてはまる」と「あてはまる」を合わせた割合を示す。まず、「患者の在宅医療への移行がスムーズになった」ということに対して、「機能強化型在支診」は45.8%、「在支診」は31.8%、「在支診以外の診療所」は16.7%、「機能強化型在支病」は41.0%、「在支病」は15.6%であった。(140ページ：図表202)

「在宅医療を提供できる患者数が増えた」に対して、「機能強化型在支診」は27.7%、「在支診」は16.3%、「在支診以外の診療所」は5.8%、「機能強化型在支病」は35.9%、「在支病」は6.3%であった。(141ページ：図表203)

「24時間体制の負担が軽減された」ということに対して、「機能強化型在支診」は26.6%、「在支診」は21.0%、「在支診以外の診療所」は8.8%、「機能強化型在支病」は12.9%、「在支病」は3.1%であった。(143ページ：図表205)

「緊急時の対応がより可能となった」ということに対して、「機能強化型在支診」は45.8%、「在支診」は26.9%、「在支診以外の診療所」は16.8%、「機能強化型在支病」は23.0%、「在支病」は12.5%であった。(144ページ：図表206)

#### <患者調査>

- 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について、「満足」と「やや満足」を合わせた割合は95.6%であった。(256ページ：図表349)
- 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について、「とてもそう思う」と「どちらかというと思う」を合わせた割合は97.0%であった。(259ページ：図表352)
- 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について、「とてもよい」と「よい」を合わせた割合は95.4%であった。(261ページ：図表355)
- 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について、「とても満足」と「やや満足」を合わせた割合は92.8%であった。(270ページ：図表364)

## (5) 検証部会としての評価

平成 24 年度診療報酬改定において、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携に関する各種取組を評価するとともに、在宅医療を提供する医療機関や訪問看護の実施を評価することを行った。そうした改定の効果を検証する。

- ア. 平成 24 年度診療報酬改定では効果的な退院調整を評価する観点から「退院調整加算 1」及び「退院調整加算 2」が新設された。入院医療を実施している医療機関では、85.7%の施設で退院調整部門を設置し、1.6%の施設が開設準備中としている。(32 ページ：図表 45)
- イ. 加算算定の有無に関わらず退院調整をした患者数を平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、1 施設あたり 26.2 人から 32.5 人へ増加していることから、積極的に退院調整を実施するようになったことが伺える。(45 ページ：図表 71)
- ウ. 退院調整による効果として、「部門・多職種間の調整がスムーズになった」(63.5%)、「今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ」(59.8%)、「患者がスムーズに地域へ移行できるようになった」(58.2%) など、効果を認める施設が 6 割近くに上った。(46 ページ：図表 72)
- エ. 平成 24 年度診療報酬改定では、入院診療計画については厚生労働省で示す様式によらない場合でも詳細な入院診療計画が作成されている場合も評価することを明確にしたが、「厚生労働省が示している様式で作成」という施設が 49.7%、「施設独自の様式で作成」が 46.6%となっており、約半数の施設が独自の様式を用いるようになっている。(17 ページ：図表 20 (複数回答))
- オ. パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果として、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」(55.0%) や「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」(54.5%) は「大いにあてはまる」と「あてはまる」を合わせた割合が 6 割近くとなっている。したがって、一定の効果が認められる。(57 ページ：図表 89)
- カ. 平成 24 年度診療報酬改定では、従来の在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)の施設基準に要件を追加した機能強化型の在宅療養支援診療所・病院が新設された。しかし、在宅医療調査で得られた 547 施設のうち、機能強化型在支診は 94 施設、機能強化型在支病は 39 施設にすぎなかった。(73 ページ：図表 110)
- キ. 在支診が機能強化型在支診の届出をしていない理由として最も多かったのは、「常

勤医師を3名以上配置できない」の66.5%であった。また、在支病が機能強化型在支病の届出をしていない理由として最も多かったのは、「過去1年間の看取り実績が2件未満」の46.9%であった。(82ページ：図表122(複数回答))このことから、特に診療所では実績を満たしているにもかかわらず医師の配置が原因で機能強化型の届出が行えない施設がみられた。機能強化型在支診・在支病の要件については、こうした状況も踏まえながら議論する必要があるだろう。

ク. 多くの機能強化型在支診及び機能強化型在支病は、在宅患者に対する緊急時の連絡先として、自院と連携医療機関で一元化した電話番号を伝えており、緊急時の往診について、時間内、時間外ともに高い割合で対応している施設が他施設と比較して多く、在宅患者に対しての連絡体制、往診体制が整っていることがわかる。一方、機能強化型在支診以外の診療所では、約3割の施設が時間内、時間外とも緊急時の往診を行っておらず、十分な往診体制が整っていない。(91・93ページ：図表136・138・139)

ケ. 緊急時の病床の確保については、機能強化型在支診及び在支診において6割以上の診療所が連携先で病床を確保しているが、平成24年4月以降の半年間で、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が「ある」と回答した割合が機能強化型在支診の場合3割近くあった。(97・126ページ：図表143・182)このことから、緊急入院のための病床確保は依然として課題となっていることがいえる。

コ. 機能強化型在支診における診療報酬項目の算定患者数をみると、「在宅患者訪問診療料(同一建物以外)」、「在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算」、「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」、「在宅がん医療総合診療料」、「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」については、平成23年9月と比較して増加した。(107・108ページ：図表154)

サ. 機能強化型在支病における診療報酬項目の算定患者数をみると、「往診料」、「在宅患者訪問診療料(同一建物以外)」、「在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算」、「特定施設入居時等医学総合管理料」、「在宅がん医療総合診療料」、「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」、「在宅療養指導料(170点)」については、平成23年9月と比較して増加した。(107・108ページ：図表154)

シ. 緊急時に往診した回数については、機能強化型在支診及び機能強化型在支病とも改定前より増加しており、在宅で看取りを行った回数についても同様に増加している。(111・114ページ：図表156・161・162)

ス. 連携している他の施設・事業所数(1施設あたりの平均値)をみると、連携機関のうち、「連携している診療所・病院」、「訪問看護ステーション」、「居宅介護支

援事業所」については、十分な連携ができていますが、それ以外の機関については、特に「歯科保険医療機関」で低く、十分な連携がとれているとはいえない。（116 ページ：図表 165）

セ. 夜間や緊急時の連絡先を医師から教えてもらっていることについて患者の満足度を尋ねたところ、「満足」と「やや満足」を合わせた割合は95.6%であった。（256 ページ：図表 349）また、患者は医療機関同士が連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることに安心感を高めている。（259 ページ：図表 352）これらのことから、在宅医療を推進していく上で24時間体制を構築することが重要だと考えられる。しかし、他の医療機関等との連携の効果として「24時間体制の負担が軽減された」と回答した割合が決して大きくないことから、連携体制を構築することが24時間体制の構築を推進することには必ずしも寄与しない可能性がある。（143 ページ：図表 205）

本調査の結果から、在宅医療を実施する上で必要となる退院調整や各医療機関や介護保険施設・事業所との連携については、平成24年度診療報酬改定である程度進んできており、効果が得られているとみられるが、その効果はまだ十分とはいえない。これらのことから、在宅医療を進めるために、有効な退院調整や医療機関や介護保険施設・事業所との連携に対する評価等、さらなる充実を図ることが必要であると考えられる。

#### 4 「訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」の結果について

##### (1) 調査の目的

平成 24 年度診療報酬改定においては、在宅で医療ニーズの高い患者が増加していること等から、訪問看護について、対象拡大等の要件の緩和、早朝、夜間、深夜の訪問に対する評価、看護補助者との同行訪問に係る評価、専門性の高い看護師による同一日の訪問看護の評価、精神科訪問看護に対する評価体系の見直し等を行い、さらなる訪問看護の充実を図ることを目的とした各種の評価を行った。

これらを踏まえ、本調査は訪問看護の実施状況や、介護保険との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等について把握し、当該診療報酬の改定の効果・影響を検証することを目的とした。

##### (2) 調査方法及び調査の概要

###### <訪問看護ステーション調査>

全国の訪問看護ステーションから無作為に抽出した 1,500 事業所及び日本精神科看護技術協会の会員で精神科訪問看護を実施している 182 事業所の合計 1,682 事業所に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

###### <保険医療機関調査>

全国の訪問看護を実施している保険医療機関から無作為に抽出した 700 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

###### <精神科訪問看護（病院）調査>

精神科訪問看護・指導料を算定しており、かつ精神病棟入院基本料を算定している全国の病院から無作為に抽出した 300 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

###### <利用者調査>

###### ① 訪問看護ステーション及び保険医療機関の利用者

訪問看護ステーション調査及び保険医療機関調査の対象施設・事業所の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人（1 施設・事業所につき 4 名：内訳「15 歳未満」の利用者、「精神疾患」のある利用者、「11 月 1 か月間に 13 日以上訪問」した利用者、「末期のがん」の利用者から 1 名ずつとした。（該当者がいない場合は、その他もあわせて 4 名までとした。））平成 24 年 11 月に対象施設・事業所を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

###### ② 精神科訪問看護（病院）の利用者

精神科訪問看護（病院）調査の対象施設の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人（1施設につき2名：内訳「退院後3か月未満」の利用者、「退院後3か月以上」の利用者から1名ずつとした。）を調査対象とし、平成24年11月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

### （3）回収の状況

#### <施設・事業所調査>

- |                 |               |               |
|-----------------|---------------|---------------|
| ① 訪問看護ステーション調査  | 回収数：723 事業所   | （回収率 43.0%）   |
|                 | 有効回答数：702 事業所 | （有効回答率 41.7%） |
| ② 保険医療機関調査      | 回収数：230 施設    | （回収率 32.9%）   |
|                 | 有効回答数：105 施設  | （有効回答率 15.0%） |
| ③ 精神科訪問看護（病院）調査 | 回収数：92 施設     | （回収率 30.7%）   |
|                 | 有効回答数：87 施設   | （有効回答率 29.0%） |

#### <利用者調査>

- |         |                           |
|---------|---------------------------|
| ① 施設記入分 | 回収数：2,053 人               |
| ② 患者記入分 | 回収数：1,989 人               |
|         | 分析対象数：1,467 人（①と②が揃った調査票） |

### （4）主な結果

#### <施設・事業所調査>

- 24時間対応体制加算・連絡体制加算の届出状況（訪問看護ステーション）については、「24時間対応体制加算」が71.4%<sup>※1</sup>、「24時間連絡体制加算」が12.0%<sup>※2</sup>の事業所が届け出ており、看護職員数別で見ると、職員数が多くなるほど「24時間対応体制加算」を届け出る施設が多くなる傾向がある。（25ページ：図表37・38）

※1）平成23年度調査結果は68.6%

※2）平成23年度調査結果は11.8%

- 看護職員数については、「7.5人以上」が12.3%、「5.0人以上7.5人未満」が24.6%で、それらを合わせると36.9%となり、平成23年の31.7%に比べ、看護職員数による規模が比較的大きい訪問看護ステーションの割合が多くなっている。（29ページ：図表47）
- 看護補助者・介護職員の有無（訪問看護ステーション）については、「あり」と回答した事業所は2.6%<sup>※3</sup>であった。（30ページ：図表50）

※3）平成23年度調査結果は1.0%

- ・ 看護補助者の有無（保険医療機関）については、「あり」と回答した施設は4.8%<sup>※4</sup>であった。（33 ページ：図表 56）
  - ※4）平成 23 年度調査結果は 3.8%
- ・ 1 事業所（施設）あたり訪問看護利用者数（医療保険）については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「訪問看護ステーション」では 22.9 人から 25.2 人に、「保険医療機関」では 9.7 人から 10.5 人に、「精神科訪問看護（病院）」では 30.5 人から 32.8 人にそれぞれ増加している。（42・43 ページ：図表 73・75・77）
- ・ 1 事業所（施設）あたり訪問回数（医療保険）については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「訪問看護ステーション」では、139.4 回から 145.4 回に、「保険医療機関」では 53.7 回から 56.6 回に、「精神科訪問看護（病院）」では、78.7 回から 80.1 回にそれぞれ増加している。（43 ページ：図表 74・76・78）
- ・ 1 事業所あたり超重症児・準超重症児利用者数（平均値）については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「超重症児」は「訪問看護ステーション」では 1.6 人から 2.1 人に、「保険医療機関」では 1.8 人から 2.2 人にそれぞれ増加し、「準超重症児」は「訪問看護ステーション」では 2.2 人から 2.2 人に、「保険医療機関」では 1.0 人から 1.0 人と変化がみられなかった。（52・53 ページ：図表 100・102）
- ・ 算定要件が緩和された長時間訪問看護の実施状況別利用者数（平均値）については、「訪問看護ステーション」において、「90 分超の訪問看護実施」利用者は 1 事業所あたり 2.9 人、「うち長時間訪問看護加算算定」した利用者は 2.4 人、さらに「15 歳未満超重症児・準超重症児」は 2.1 人であった。「保険医療機関」において、「90 分超の訪問看護実施」した利用者は 1.7 人、「うち長時間訪問看護加算算定」した利用者は 1.4 人、さらに「15 歳未満超重症児・準超重症児」は 1.0 人であった。（63・64 ページ：図表 116・119）
- ・ 回答事業所の長時間訪問看護加算を算定している比率については、平成 24 年度調査は 24.9%となっており、平成 23 年度調査の 19.0%と比較すると高くなっている（64 ページ：図表 117・参考）。
- ・ 訪問看護管理療養費を算定できるようになった 13 日以上訪問利用者の有無（訪問看護ステーション）については、56.7%の事業所が「あり」と回答し、日数別でみた 13 日以上訪問利用者数（平均値）は、「13～15 日」が 1 事業所あたり 0.71 人、「16～20 日」が 0.61 人、「21～25 日」が 0.23 人、「26 日以上」が 0.28 人であった。（66 ページ：図表 120・121）

- 13日以上の訪問利用者の有無（保険医療機関）については、26.7%の施設が「あり」と回答し、日数別で見た13日以上の訪問利用者数（平均値）は、「13～15日」が0.33人、「16～20日」が0.15人、「21～25日」が0.09人、「26日以上」が0.11人であった。（67ページ：図表122・123）
- 1事業所あたり特別管理加算（平成23年は「重症者管理加算」）を算定した利用者数（訪問看護ステーション）（平均値）について、平成23年と平成24年を比較すると、4.26人から5.42人に増加している。（68ページ：図表124）
- 1施設あたり在宅移行管理加算を算定した利用者数（保険医療機関）（平均値）について、平成23年と平成24年を比較すると、0.08人から0.13人に増加している。（68ページ：図表125）
- 介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、介護職員によるたんの吸引を行っているという回答した訪問看護ステーションは20.4%、保険医療機関は11.4%であり、たんの吸引を受けた利用者数（平均値）は、訪問看護ステーションでは1事業所あたり1.9人、保険医療機関では1施設あたり1.7人であった。（70ページ：図表127・128・129）
- 1事業所あたり「特別訪問看護指示書」が交付された件数（平均値）を平成23年9月と平成24年9月で比較してみると、0.8から1.1に増加している。特別訪問看護指示書期間中の訪問回数（平均値）を平成23年9月と平成24年9月で比較してみると、10.5から13.8に増加している。（72ページ：図表133）
- 1事業所あたり死亡利用者数等については、平成23年と平成24年を比較すると、訪問看護ステーションでは、4月～9月の半年間に「亡くなった利用者数」（平均値）が4.4人から4.9人に、そのうち「ターミナルケア療養費算定者数」（平均値）が1.3人から1.6人に、さらにそのうち「在宅で死亡」が1.2人から1.4人にそれぞれ増加した。（73ページ：図表134）保険医療機関では、「亡くなった利用者数」（平均値）が3.6人から4.6人に、そのうち「ターミナルケア療養費算定者数」（平均値）が1.0人から1.7人に、さらにそのうち「在宅で死亡」が0.8人から1.5人にそれぞれ増加している。（73ページ：図表135）
- 最後の訪問日から死亡日までの期間については、「訪問看護ステーション」において最も多かったのは、「0日」の64.3%で、以下「1日」が21.8%、「2日」が5.1%であり、「保険医療機関」において最も多かったのは、「0日」の53.7%で、以下「1日」が29.3%、「2日」が11.0%であった。（76ページ：図表140）
- 入院中の外泊日の訪問看護の有無については、平成23年と平成24年を比較すると、「有」と回答した割合が「訪問看護ステーション」において2.6%から13.5%に、「保険医療機関」において1.9%から7.6%にそれぞれ増加している。（78・



79 ページ：図表 143・146)

- 入院中の外泊日の訪問看護の有無について、「有」と回答した訪問看護ステーションのうち 82.1%の事業所が、保険医療機関のうち 75.0%の施設が診療報酬を算定していると回答している。(78・79 ページ：図表 144・147)
- 退院直後に特別訪問看護指示書が交付された要介護認定者は、「脳血管疾患」が 21.1%、「悪性新生物」が 19.4%、「認知症」が 10.1%であり、利用者の状態としては、「家族への医療処置の指導」が 29.1%、「ターミナル期」が 23.8%であった。(83・84 ページ：図表 154・156 (複数回答))
- 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の有無については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「有」と回答した割合が「訪問看護ステーション」において 6.0%から 8.4%に、「保険医療機関」において 7.6%から 10.5%にそれぞれ増加している。(90 ページ：図表 173・175)
- 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の利用者数(平均値)については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「訪問看護ステーション」において 3.4 人から 3.6 人に微増し、平成 23 年 9 月に利用料を徴収した利用者数(平均値)が 2.2 人であったのに対し、平成 24 年 9 月に「夜間・早朝・深夜訪問看護加算」を算定した患者数は 1.6 人と減少している。(90 ページ：図表 174)「保険医療機関」において同様にみると、早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の利用者数は 5.1 人から 3.8 人に減少し、利用料を徴収した利用者数 1.3 人に対し、「夜間・早朝・深夜訪問看護加算」算定利用者数は 0.9 人と減少している。(91 ページ：図表 176)
- 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況を平成 24 年度診療報酬改定前後で比較したところ、訪問看護ステーション及び保険医療機関ともに増加しており、特に、延べ訪問回数(平均値)において、訪問看護ステーションでは 20.1 回から 36.1 回、保険医療機関では 9.9 回から 13.6 回へと大きな伸びがみられた。(90・91 ページ：図表 174・176)
- 専門性の高い看護師による同行訪問については、緩和ケアのニーズを持つ悪性腫瘍の利用者がいる訪問看護ステーションは 24.5%、保険医療機関は 21.0%であるが、実際に同行訪問を行っているのは、それぞれ 2.3%、0%であった。褥瘡についても同様の傾向であった。(95・96 ページ：図表 186・188、98 ページ：図表 191・193)
- 看護補助者との訪問の有無については、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「有」と回答した割合が「訪問看護ステーション」において 3.4%から 8.5%に、「保険医療機関」において 5.7%から 7.6%にそれぞれ増加している。

(104・105 ページ：図表 200・202)

しかし、1施設あたりの複数名訪問看護状況をみると、利用者数（平均値）は、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「訪問看護ステーション」において2.0人から1.8人へ、「保険医療機関」において4.2人から4.1人へ、また、訪問回数（平均値）は、「訪問看護ステーション」において13.3回から10.3回へ、「保険医療機関」において10.0回から9.3回へと増加していない。（104・105 ページ：図表 201・203）

- 複数名訪問の効果については、「訪問看護ステーション」では「利用者の安全・安楽が確保できた」が75.0%と最も多く、以下「看護職員の負担軽減ができた」（66.7%）、「ケアの充実・追加ができた」（58.3%）となった。「保険医療機関」では「ケアの充実・追加ができた」が100.0%と最も多く、以下「看護職員の負担軽減ができた」（87.5%）、「利用者の安全・安楽が確保できた（75.0%）」、「滞在時間の短縮ができた」（75.0%）となった。（107 ページ：図表 205）
- 精神科訪問看護届出の状況については、23.5%の事業所が「あり」、7.3%の事業所が「経過措置を利用して届け出ている」と回答している。（108 ページ：図表 206）
- 1事業所あたり精神科訪問看護基本療養費（I）の算定回数（平均値）については、「30分未満」が12.0回、「30分以上」が108.2回であった。（119 ページ：図表 227）
- 1施設あたり精神科訪問看護・基本料（I）の算定回数（平均値）については、「30分未満」が9.4回、「30分以上」が105.4回であった。（121 ページ：図表 232）
- 訪問看護ステーションでは、訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数は、在宅療養支援診療所が平均2.3箇所、在宅療養支援病院が平均0.8箇所であった。（136 ページ：図表 262）
- 平成24年度診療報酬改定前と比べての収支の変化（訪問看護ステーション）については、「プラスになった」が40.0%と最も多く、「ほぼ同じ」が28.6%、「マイナスになった」が11.0%、「分からない」が16.2%であった。（143 ページ：図表 271）特に職員数（常勤換算）が多くなるほど「プラスになった」の割合が高くなる傾向がみられた。（145 ページ：図表 275）
- 平成24年度診療報酬改定前と比べての収支の変化の理由（訪問看護ステーション）については、最も多かったのが「利用者が増えたから」で28.1%、以下「診療報酬改定の影響である」が20.9%、「介護報酬改定の影響である」が18.2%であった。（147 ページ：図表 278）

### <患者調査>

- 月 13 日以上訪問している利用者の病名については、「神経難病」が 51.5%と最も多く、次いで「脳血管疾患」と「骨折・筋骨格系」が 9.7%、「糖尿病」が 8.2%であった。(167 ページ：図表 303 (複数回答))
- ターミナル期かどうかについては、「末期がん」の利用者では 100.0%と最も多く、以下「精神疾患」の利用者では 5.5%、「13 日/月以上訪問」の利用者では 3.4%となった。(171 ページ：図表 307)
- 訪問看護が提供したケア内容において最も多かったものは、「15 歳未満」の利用者では「看護師による家族支援」が 85.7%、「精神疾患」の利用者では「服薬援助・管理」が 66.7%、「末期がん」の利用者では「ターミナル期のケア」が 75.2%、「13 日/月以上訪問」の利用者では「リハビリテーション」が 67.9%、「その他」の利用者では「看護師による家族支援」が 56.0%であった。(173~177 ページ：図表 310~314)
- 訪問看護の種別は、「15 歳未満」の利用者では「訪問看護基本療養費」が 97.1%と最も高く、「13 日/月以上訪問」の利用者では 91.4%、「末期がん」の利用者では 83.2%、「その他」の利用者では 79.6%であった。(180 ページ：図表 317)  
また、「精神疾患」の利用者では、「精神科訪問看護基本療養費」が 44.3%と最も高く、次いで「訪問看護基本療養費」が 27.5%、「精神科訪問看護・指導料」が 19.3%であった。(180 ページ：図表 318 (複数回答))
- 当該事業所からの訪問日数(平均値)において最も多かったものは、「訪問日数が 13 日以上」の利用者で 17.1 日、以下「末期がん」の利用者で 9.3 日、「15 歳未満」の利用者で 8.2 日であった。(184 ページ：図表 321)
- 緊急訪問を行った日数(平均値)において最も多かったものは、「末期がん」の利用者で 0.6 日、以下「13 日/月以上訪問」の利用者で 0.3 日、「15 歳未満」、「精神疾患」、「その他」の利用者が 0.1 日であった。(185 ページ：図表 323)
- 特別訪問看護指示書の交付の有無については、「有」と回答した割合が最も多かったものは、「13 日/月以上訪問」の利用者で 12.3%、以下「その他」の利用者で 3.9%、「精神疾患」の利用者で 3.6%であった。(186 ページ：図表 325)
- 訪問看護以外に利用している医療・介護サービスにおいて最も多かったものは、「15 歳未満」、「精神疾患」の利用者では「外来受診」で 68.6%、52.0%であり、「末期がん」、「13 日/月以上訪問」、「その他」の利用者では「訪問診療・往診」で 70.4%、76.1%、58.1%であった。(189~191 ページ：図表 330~334 (複数回答))

- 平成 24 年 4 月以降に、病院に入院した利用者に対して、入院中の外泊日訪問看護の利用について尋ねたところ、いずれも「外泊はしていない」という回答が多かった。ただし、「精神疾患」では、「外泊はしたが訪問看護は利用していない」割合が 36.4%と他と比較して高かった。また「外泊し、訪問看護を利用した」割合についても 5.1%と他の利用者に比べて高かった。(198 ページ：図表 341)
- 自宅に来る訪問看護師の対応についての満足度について尋ねたところ、いずれの場合も「とても満足」と「やや満足」を合わせた割合は 9 割を超えた。特に「末期がん」の利用者において「とても満足」が 83.2%と比較的高かった。(211 ページ：図表 354)
- 夜間や休日に急に具合が悪くなり、訪問看護師への緊急の連絡をしたことがあるかを尋ねたところ、「15 歳未満」「精神疾患」「その他」の利用者では「連絡したことはない」が「連絡したことがある」を上回った。しかし、「末期がん」「13 日/月以上訪問」の利用者では、「連絡したことがある」の方が多かった。(217 ページ：図表 359)
- 在宅で医療を受けることをどう思うかについて、いずれの場合も「住み慣れた環境で生活を続けられるのでよい」が最も多く、次いで「安心感が得られる」であった。「本当は入院して医療を受けたい」は 2.9%~10.9%、「本当は介護施設等に入所したい」は、4.8%~10.9%であった。(221 ページ：図表 362 (複数回答))

#### (5) 検証部会としての評価

平成 24 年度診療報酬改定において、退院後の医療ニーズの高い患者に対する医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組を評価し、在宅医療を受ける患者が増加し、多様化する訪問看護のニーズに対応するため、効率的かつ質の高い訪問看護の推進に向けて、在宅医療の提供を行う医療機関等や訪問看護の実施を評価した。その効果について検証を行う。

ア. 訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同行し役割分担をした場合について、平成 24 年度から新たに評価されることとなったが、看護補助者を配置している訪問看護ステーションは 2.6% (平成 23 年度調査結果は 1.0%)、保険医療機関は 4.8% (平成 23 年度調査結果は 3.8%) であり、平成 23 年度と比較すると割合は高くなっているが、十分に活用されているとはいえない状況であった。(30・33 ページ：図表 50・56)

イ. 訪問看護ステーション、保険医療機関及び精神科訪問看護(病院)における、平

成 24 年 9 月の訪問看護利用者数及び訪問回数については、平成 23 年 9 月と比較していずれも増加していた。(42・43 ページ：利用者数：図表 73・75・77、訪問回数：図表 74・76・78)

ウ. 利用のあった 1 事業所（施設）あたりの超重症児・準超重症児の利用者数については、診療報酬改定前と比較して超重症児の平均利用者数は訪問看護ステーションでは 1.6 人から 2.1 人、保険医療機関では 1.8 人から 2.2 人と増加したが、準超重症児の平均利用者数は訪問看護ステーションでは 2.2 人、保険医療機関では 1.0 人であり、診療報酬改定前と比較して横ばいであった。(52・53 ページ：図表 100・102)

エ. また、長時間訪問看護の対象を、小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大したところ、訪問看護ステーションにおいて長時間訪問看護加算を算定した利用者数 2.4 人のうち、15 歳未満超重症児・準超重症児の利用者数は 2.1 人、保険医療機関において長時間訪問看護加算を算定した利用者数 1.4 人のうち、15 歳未満超重症児・準超重症児の利用者数は 1.0 人とともに算定者数の 7 割以上であることから、一定の効果があつたものと考えられる。(63・64 ページ：図表 116・119)

オ. 訪問看護管理療養費を算定できるようになった 13 日以上訪問利用者の有無（訪問看護ステーション）については、56.7%の事業所が「あり」と回答した。(66 ページ：図表 120・121)

カ. 「重症者管理加算」を介護保険の「特別管理加算」に名称を統一し、重症者管理加算及び在宅移行管理加算における「1 月以内の期間に 4 日以上訪問看護・指導を行うこと」の要件を緩和したところ、平成 23 年と平成 24 年の利用者数を比較すると、訪問看護ステーションでは 4.26 人から 5.42 人へ 1.16 人、保険医療機関では 0.08 人から 0.13 人へ 0.05 人増加した。(68 ページ：図表 125) このことから診療報酬改定の効果があつたと推察される。

キ. 介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、介護職員によるたんの吸引を行っているという回答した訪問看護ステーションは 20.4%、保険医療機関は 11.4% であり、介護職員によるたんの吸引を受けた利用者数は、訪問看護ステーションでは 1.9 人、保険医療機関は 1.7 人であった。(70 ページ：図表 127・128)

ク. 退院直後の医療依存度が高い状態の要介護被保険者等に対し、退院直後の 2 週間に限り、医療保険での訪問看護が提供できることを評価したため、診療報酬改定前後で特別訪問看護指示書が交付された利用者数と利用回数を比較したところ、交付件数が 0.8 件から 1.1 件、訪問回数が 10.5 回から 13.8 回とそれぞれ増加していることから訪問看護の推進に効果があつたものといえる。(72 ページ：図表 133)

- ケ. 死亡日前 14 日以内に 2 回以上の訪問看護・指導が在宅ターミナルケア加算の要件であったが、平成 24 年度診療報酬改定において 2 回目については死亡日の訪問看護・指導も評価するようにしたところ、ターミナルケア療養費算定患者数が平成 24 年は平成 23 年と比較して訪問看護ステーションにおいては 1.3 人から 1.6 人へと 0.3 人、保険医療機関においては 1.0 人から 1.7 人へと 0.7 人増加した。(73 ページ：図表 134・135)
- コ. 患者の試験外泊時における訪問看護の評価については、診療報酬改定前と比較して、試験外泊時の訪問看護を実施したと回答した割合が「訪問看護ステーション」において 2.6%から 13.5%に、「保険医療機関」において 1.9%から 7.6%と大きく伸びている。(78・79 ページ：図表 143・146) また、診療報酬を算定したケースも 7 割を超える事業所で実績が「有」と回答している。(78・79 ページ：図表 144・147) これらのことから、診療報酬改定を機に入院中の外泊日における訪問看護を実施する事業所が増えたものと考えられる。
- サ. 標榜時間外の訪問看護については、その他利用料として自費を徴収していたが、早朝、夜間、深夜の訪問については介護保険と同様に評価することとした。早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況を診療報酬改定前後で比較したところ、訪問看護ステーション及び保険医療機関ともに増加しており、特に、延べ訪問回数において、訪問看護ステーションでは 20.1 回から 36.1 回、保険医療機関では 9.9 回から 13.6 回と大きな伸びがみられた。(90・91 ページ：図表 174・176)
- シ. 訪問看護ステーションと保険医療機関における複数名の訪問看護については、平成 23 年と比較して「実施している」と回答した割合は「訪問看護ステーション」において 3.4%から 8.5%へ、「保険医療機関」において 5.7%から 7.6%へとともに増加しているが、利用者数と訪問回数は「訪問看護ステーション」において 2.0 人から 1.8 人へ、「保険医療機関」において 4.2 人から 4.1 人へ、また、訪問回数（平均値）は、「訪問看護ステーション」において 13.3 回から 10.3 回へ、「保険医療機関」において 10.0 回から 9.3 回へとともに伸びはみられなかった。(104・105 ページ：図表 200・202・201・203)
- ス. 訪問看護ステーションが訪問看護指示書の交付を受ける医療機関は、在宅療養支援診療所が平均で 2.3 箇所、在宅療養支援病院が平均で 0.8 箇所であった。(136 ページ：図表 262)
- セ. 24 時間連絡対応加算の届出割合については、訪問看護ステーションの職員数による規模が大きくなるほど高い結果となった。また、経営面でみても、職員数が多くなるほど、診療報酬改定前と比較して収支が「プラスになった」という訪問看護ステーションの割合が高くなる傾向がみられた。(24 時間連絡対応加算 25 ページ)

ジ：図表 38、収支状況 145 ページ：図表 275)

在宅医療を実施する上で必要となる各医療機関間の連携については、平成 24 年度診療報酬改定である程度進んできているとみることができる。訪問看護についても、医療ニーズの高い患者への対応、効率的かつ質の高い訪問看護の推進、看取りに至るまでの医療の充実ということから、一定の効果がみられたが、一方で、訪問看護ステーションの規模による体制整備の状況、経営面での影響等に違いがみられた。こうした観点を踏まえ、訪問看護のより一層の推進を図る必要があると考えられる。

## 5 「在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査」の結果について

### (1) 調査の目的

在宅歯科医療の推進を図る観点から、平成 24 年度診療報酬改定においては、歯科衛生士による訪問歯科診療の補助に関する評価の新設や歯科訪問診療の評価の引き上げ等を行うとともに、歯科診療で特別な対応が必要とされる者については、加算の主旨がより適切に反映できるように、名称の見直しを行い、これらの患者について、高次な医療機関から一般の歯科診療所で受け入れた場合の評価の新設等を行った。

本調査（平成 24 年度調査）では、こうした診療報酬上の対応による在宅歯科医療及び歯科診療で特別対応が必要な者の歯科医療の実施や体制整備の状況等への影響や患者の意識等を把握し、平成 24 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とする。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### ① 在宅歯科医療の実施状況調査

##### <施設調査>

- 在宅療養支援歯科診療所の届出をしている保険医療機関（4,941 施設）の中から無作為に抽出した歯科診療所 2,000 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

##### <患者調査>

- 上記「施設調査」の対象施設が調査期間中に「歯科訪問診療」を行った患者（1 施設あたり 2 名）を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

#### ② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

##### <施設調査>

- 「歯科診療特別対応連携加算」の届出を行っている全ての保険医療機関 590 施設と日本障害者歯科学会の会員が勤務している保険医療機関の中から無作為に抽出した 410 施設、合計 1,000 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

##### <患者調査>

- 上記「施設調査」の対象施設に調査期間中に来院し、「歯科診療特別対応加算」を算定した患者（1 施設あたり 2 名）を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。



### ③ 歯科医療に関する意向調査

#### <施設調査>

- ・ 「在宅歯科医療の実施状況調査」及び「特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査」の抽出対象となった保険医療機関を除く、全国の歯科診療所の中から無作為に抽出した1,000施設に対し、平成24年11月に調査票を配布。

## (3) 回収の状況

### ① 在宅歯科医療の実施状況調査

- ・ 施設調査 有効回収数： 1,277 施設（有効回収率 63.9%）
- ・ 患者調査 有効回収数： 1,011 人（有効回収率 25.3%）

### ② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

- ・ 施設調査 有効回収数： 557 施設（有効回収率 55.7%）
- ・ 患者調査 有効回収数： 516 人（有効回収率 25.8%）

### ③ 歯科医療に関する意向調査

- ・ 施設調査 有効回収数： 481 施設（有効回収率 48.1%）

## (4) 主な結果

### ① 在宅歯科医療の実施状況調査

#### <施設調査>

- ・ 施設基準の届出状況については、「歯科外来診療環境体制加算」が 37.3%<sup>※1</sup>と最も多く、「歯科治療総合医療管理料」が 35.5%<sup>※2</sup>、「在宅患者歯科治療総合医療管理料」が 32.4%<sup>※3</sup>となっている。（10 ページ：図表 7（複数回答））

※1) 平成 23 年度調査結果は 32.5%

※2) 平成 23 年度調査結果は 36.4%

※3) 平成 23 年度調査結果は 28.0%

注：在宅歯科医療に関する平成 23 年度調査は、在宅療養支援歯科診療所及び地域医療連携体制加算の届出をしている保険医療機関が対象。以下同じ。

- ・ 歯科訪問診療を実施するきっかけとしては、「自院に通院していた患者・家族等からの依頼」が 87.5%<sup>※4</sup>と最も多く、以下「患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介」が 48.8%<sup>※5</sup>、「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの依頼・紹介」が 47.4%<sup>※6</sup>となっている。（15 ページ：図表 19（複数回答））

※4) 平成 23 年度調査結果は 78.4%

※5) 平成 23 年度調査結果は 40.3%

※6) 平成 23 年度調査結果は 31.5%

- 歯科訪問診療の訪問先としては、「自宅（患者宅）：戸建て」が 76.5%<sup>※7</sup> と最も多く、以下「介護保険施設」が 60.9%<sup>※8</sup>、「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設」が 51.7%<sup>※9</sup>となっている。（18 ページ：図表 22（複数回答））

※7) 平成 23 年度調査結果は 82.6%

※8) 平成 23 年度調査結果は 48.8%

※9) 平成 23 年度調査結果は 45.9%

- 歯科訪問診療で行っている主な治療内容としては、「欠損補綴（義歯）」が 90.6%<sup>※10</sup> と最も多く、以下「歯周治療」が 61.3%<sup>※11</sup>、「口腔機能管理」が 55.0%<sup>※12</sup>、「抜歯」が 54.6%<sup>※13</sup>となっている。（19 ページ：図表 23（複数回答））

※10) 平成 23 年度調査結果は 81.4%

※11) 平成 23 年度調査結果は 53.6%

※12) 平成 23 年度調査結果は 40.7%

※13) 平成 23 年度調査結果は 50.6%

- 歯科訪問診療を行う際の同行者としては、「歯科衛生士 1 人が同行」が 76.4%<sup>※14</sup> と最も多く、以下「他の人は同行しない（自分 1 人で行く）」が 27.2%<sup>※15</sup>、「2 人以上の歯科衛生士が同行」が 24.5%となっている。（20 ページ：図表 24（複数回答））

※14) 平成 23 年度調査結果は 67.0%

※15) 平成 23 年度調査結果は 11.9%

- 歯科訪問診療等の実施状況についてみる。まず、患者数であるが、1 施設あたり平均、1 か月の数値で捉える。平成 23 年と平成 24 年を比較した場合、9 月 1 か月間の歯科訪問診療患者総数（延べ人数）は、1 施設あたり 62.9 人から 68.7 人に、また、各種算定患者延べ人数は、歯科訪問診療料 1 が 13.9 人から 15.3 人に、歯科訪問診療料 2 が 45.1 人から 49.8 人に、訪問歯科衛生指導料が 34.1 人から 35.6 人にそれぞれ増加している。（23・24 ページ：図表 27）

- 平成 24 年 4 月前と比較した歯科衛生士を同行する歯科訪問診療件数の変化を尋ねたところ、「変わらない」が 75.4%で最も多く、以下「増加した」が 14.1%、「減少した」が 4.3%であった。（30 ページ、図表 34）

- 歯科衛生士を同行して行う歯科訪問診療のメリットとしては、「定期的に口腔機能管理を実施できるようになった」が 62.6%で最も多く、以下「歯科医師による治療時間が短くなった」が 46.0%、「複雑な治療ができるようになった」が 39.9%となっている。（30 ページ：図表 35（複数回答））

- 歯科訪問診療において連携している歯科の医療機関については、「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が37.2%で最も多く、以下「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が28.3%、「他の歯科診療所」が19.4%となっており、1施設あたりの連携している歯科の医療機関数では、「他の歯科診療所」が1.8件、病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）が1.3件であった。（31ページ：図表36・37（36複数回答））
- 連携している医科の医療機関としては、「一般診療所」が47.5%<sup>※16</sup>で最も多く、以下「病院（救急医療機関）」が36.7%<sup>※17</sup>、「病院（救急医療機関を除く）」が24.8%<sup>※18</sup>となっており、1施設あたりの連携している医科の医療機関数では、「一般診療所」が1.4件、「病院（救急医療機関）」が1.2件、「病院（救急医療機関を除く）」が1.4件であった。（32ページ：図表38・39（38複数回答））
  - ※16) 平成23年度調査結果は43.0%
  - ※17) 平成23年度調査結果は34.0%
  - ※18) 平成23年度調査結果は28.9%
- 連携しているその他の機関としては、「歯科医師会」が45.1%で最も多く、以下「介護保険施設」が30.6%<sup>※19</sup>、「居宅介護支援事業所」が26.2%<sup>※20</sup>となっている。（33ページ：図表40（複数回答））
  - ※19) 平成23年度調査結果は24.3%
  - ※20) 平成23年度調査結果は17.0%
- 各機関と連携していることによる効果を尋ねたところ、「患者急変時に受け入れてもらうことができるため安心できた」が47.0%で最も多く、「患者や家族の不安感がなくなった」が37.5%となっている。（36ページ：図表43（複数回答））
- 各機関と連携を推進する上での課題としては、「歯科訪問診療があることが知られていない」が38.3%で最も多く、以下「介護保険の口腔関連サービスが知られていない」が33.8%、「相談窓口や治療に関する情報が不足している」が28.0%となっている。（37ページ：図表44（複数回答））
- 歯科訪問診療を行うことによる効果として、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」を合わせた割合は、「患者の家族の安心感が増したように感じる」が82.3%<sup>※21</sup>で最も高く、以下「定期的な口腔機能管理を行えるようになった」が69.8%<sup>※22</sup>、「患者のQOLが向上したように感じる」が68.0%<sup>※23</sup>となっている。（38ページ：図表45）
  - ※21) 平成23年度調査結果は71.3%
  - ※22) 平成23年度調査結果は54.4%（定期的な口腔ケアを行えるようになった）
  - ※23) 平成23年度調査結果は55.4%

- 歯科訪問診療を行っていく際の課題としては、「歯科訪問診療用の装置・器具の購入にコストがかかる」が47.1%<sup>※24</sup>で最も多く、以下「一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい」が44.9%、「歯科訪問診療に当たっての装置・器具の準備と後片付けに時間がかかる」が44.7%<sup>※25</sup>となっている。(39 ページ：図表 46 (複数回答))

※24) 平成 23 年度調査結果は 29.6% (歯科訪問診療用の装置・器具の確保が難しい)

※25) 平成 23 年度調査結果は 43.8%

#### <患者調査>

- 患者の年齢分布をみると、「70～79 歳」が23.1%で最も多く、以下「80～84 歳」が23.1%、「85～89 歳」が20.3%等となっていて、言うまでもないことだが、高齢者が多く、平均年齢は79.6 歳であった。(46 ページ：図表 49・50)

- 歯科訪問診療を受診した場所としては、「自宅（一戸建て）」が47.3%<sup>※26</sup>で最も多く、以下「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が19.7%<sup>※27</sup>、「有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設」が13.3%<sup>※28</sup>となっている。(49 ページ：図表 54)

※26) 平成 23 年度調査結果は 45.4%

※27) 平成 23 年度調査結果は 22.7%

※28) 平成 23 年度調査結果は 13.8%

- 歯科訪問診療を受けた患者の中で訪問看護の利用（平成 24 年 4 月以降）頻度を尋ねたところ「受けていない」が30.4%と最も多く、以下「週に 1 回程度」が20.0%、「月に 1 回程度」が11.0%となっている。(56 ページ：図表 64)

- 歯科訪問診療を実施している歯科医師を知ったきっかけとしては、「入居している介護施設等に来てくれた」が24.0%と最も多く、以下「以前、通院していた歯科診療所・病院」が23.0%<sup>※29</sup>、「ケアマネージャーからの紹介」が22.5%<sup>※30</sup>となっている。(58 ページ：図表 66)

※29) 平成 23 年度調査結果は 30.6%

※30) 平成 23 年度調査結果は 19.9%

- 歯科訪問診療を受ける頻度は、「1 週間に 1 度」が28.6%<sup>※31</sup>で最も多く、以下「1 か月に 2～3 度」が22.0%<sup>※32</sup>、「1 か月に 1 度」が17.3%<sup>※33</sup>となっている。(62 ページ：図表 70)

※31) 平成 23 年度調査結果は 31.8%

※32) 平成 23 年度調査結果は 24.1%

※33) 平成 23 年度調査結果は 12.8%

- 歯科訪問診療で来た医療関係者については、「歯科医師」が 91.4%<sup>※34</sup> で最も多く、以下「歯科衛生士」が 69.3%<sup>※35</sup>、「看護師」が 8.7%<sup>※36</sup> となっている。(64 ページ：図表 72 (複数回答))

※34) 平成 23 年度調査結果は 91.9%

※35) 平成 23 年度調査結果は 62.9%

※36) 平成 23 年度調査結果は 7.7%

- 歯科訪問診療の診療内容については、「入れ歯の製作や調整」が 52.8%<sup>※37</sup> で最も多く、以下「歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導」が 40.0%<sup>※38</sup>、「歯周病の治療」が 18.7%<sup>※39</sup> となっている。(70 ページ：図表 82 (複数回答))

※37) 平成 23 年度調査結果は 52.3%

※38) 平成 23 年度調査結果は 39.3%

※39) 平成 23 年度調査結果は 14.8%

- 歯科訪問診療を受診しての満足度については、「とても満足している」と「満足している」を合わせた割合が 92.6%<sup>※40</sup>、「不満である」と「とても不満である」を合わせた割合が 1.0%<sup>※41</sup> となっている。(72 ページ：図表 84)

※40) 平成 23 年度調査結果は 95.5%

※41) 平成 23 年度調査結果は 0.4%

- 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受けたいかについては、「とてもそう思う」と「そう思う」を合わせた割合が 97.5%<sup>※42</sup>、「あまりそう思わない」と「全くそう思わない」を合わせた割合が 0.5%<sup>※43</sup> となっている。(73 ページ：図表 87)

※42) 平成 23 年度調査結果は 96.8%

※43) 平成 23 年度調査結果は 0.4%

## ② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

### <施設調査>

- 施設基準の届出状況については、「歯科外来診療環境体制加算」が 51.2%<sup>※44</sup> で最も多く、以下「歯科治療総合医療管理料」が 43.4%<sup>※45</sup>、「在宅療養支援歯科診療所」が 24.1%<sup>※46</sup> となっている。(84 ページ：図表 97 (複数回答))

※44) 平成 23 年度調査結果は 40.6%

※45) 平成 23 年度調査結果は 21.2% (在宅患者歯科治療総合医療管理料)

※46) 平成 23 年度調査結果は 19.4%

- 行っている診療内容については、「一般外来歯科診療」と「著しく歯科診療が困

難な患者への歯科診療」が 87.8%<sup>\*47</sup> と最も多く、以下「歯科訪問診療」が 51.5%<sup>\*48</sup>、「入院歯科診療」が 26.4%<sup>\*49</sup> となっている。(85 ページ：図表 98 (複数回答))

※47) 平成 23 年度調査結果は 88.7% (一般外来歯科診療)

94.1% (障害者歯科診療)

※48) 平成 23 年度調査結果は 50.7% (在宅歯科診療)

※49) 平成 23 年度調査結果は 23.6%

- 特別対応が必要な患者専用の歯科ユニットの有無については、43.4%<sup>\*50</sup> の施設があると回答し、施設別でみると「障害者施設内歯科診療所」が 88.9%<sup>\*51</sup> と最も高く、以下「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が 81.3%<sup>\*52</sup>、「口腔保健センター、障害者歯科医療センター」が 78.9%<sup>\*53</sup> となっている。(94 ページ：図表 105)

※50) 平成 23 年度調査結果は 37.5%

※51) 平成 23 年度調査結果は 88.9%

※52) 平成 23 年度調査結果は 77.8%

- 特別対応が必要な患者に対する診療を行う上で、新たに対応したことについては、「自動体外式除細動器や経皮的酸素飽和度測定器などの医療機器を整備した」が 69.0%<sup>\*53</sup> と最も多く、以下「特別対応が必要な患者に対する歯科医療に関する研修に参加した」が 67.4%<sup>\*54</sup>、「治療スペースの確保やバリアフリー化など施設を整備した」が 52.5%<sup>\*55</sup> となっている。(99 ページ：図表 109 (複数回答))

※53) 平成 23 年度調査結果は 72.4%

※54) 平成 23 年度調査結果は 76.4% (障害者歯科医療に関する研修に参加した)

※55) 平成 23 年度調査結果は 48.1%

- 歯科診療特別対応加算を算定した患者数で最も多かった状態としては、「知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態」が 45.4% と最も多く、以下「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科医療において家族等の援助を必要とする状態」が 17.8%、「脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態」が 9.7% となっている。(120 ページ：図表 121)
- 来院する患者に対する最も多い治療状況としては、「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」が 47.2% と最も多く、以下「鎮静法等を用いない治療」が 34.6%、「静脈内鎮静法や吸入鎮静法等を用いた治療」と「全身麻酔を用いた歯科治療」が 3.9% となっている。(121 ページ：図表 122)
- 特別対応が必要な患者の歯科治療における連携状況においては、通常時は全体

でみると、「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が43.4%と最も多く、以下「口腔保健センター、障害者歯科医療センター」が36.6%、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が34.6%となっている。

施設別にみると、最も大きいのは、診療所では「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（46.9%）、病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「他の歯科診療所」（37.9%）、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」（62.5%）、口腔保健センター、障害者歯科医療センターでは「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（64.5%）、そして、障害者施設内歯科診療所では「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」（61.1%）となっている。（124 ページ：図表 124（複数回答））

緊急時は全体でみると、「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」が40.8%と最も多く、以下「病院（救急医療機関）」が34.6%、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が30.0%となっている。

施設別にみると、最も大きいのは、診療所では「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（47.2%）、病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）では「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」（29.3%）、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）」及び「病院（救急医療機関）」（37.5%）、口腔保健センター、障害者歯科医療センターでは「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（61.8%）、そして、障害者施設内歯科診療所では「病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）」（61.1%）となっている。（124 ページ：図表 124（複数回答））

- 緊急時の連絡方法としては、「自院の電話番号を通知」が67.7%<sup>※56</sup>で最も多く、以下「連携医療機関の電話番号を通知」が21.9%<sup>※57</sup>、「自院の医師の電話番号を通知」が15.1%<sup>※58</sup>となっている。（125 ページ：図表 125（複数回答））

※56）平成 23 年度調査結果は 71.6%

※57）平成 23 年度調査結果は 23.4%

※58）平成 23 年度調査結果は 13.1%

- 緊急時の対応状況としては、「夜間（時間外）対応なし、時間内の緊急時は対応」が49.0%<sup>※59</sup>と最も多く、以下「夜間、緊急時のいずれも対応」が32.1%<sup>※60</sup>、「夜間、緊急時のいずれも対応なし」が10.2%<sup>※61</sup>となっている。（126 ページ：図表 126）

※59）平成 23 年度調査結果は 48.7%

※60) 平成 23 年度調査結果は 27.7%

※61) 平成 23 年度調査結果は 15.5%

- 他の医療機関等と連携していることによる効果については、「患者や家族の不安感がなくなった」が 36.6%で最も多く、以下「患者急変時に受け入れてもらうことができるため安心して診療できた」が 34.6%、「特に効果はない」が 19.9%となっている。(129 ページ：図表 129 (複数回答))
- 各機関との連携を推進する上での課題については、「特別対応が必要な患者に対応できる設備が整っている施設が少ない」が 40.0%で最も多く、以下「特別対応が必要な患者の歯科診療が知られていない」が 36.4%、「相談窓口や治療に関する情報が不足している」が 33.2%となっている。(130 ページ：図表 130 (複数回答))
- 「歯科診療特別対応連携加算」の施設基準届出の有無については、56.0%<sup>※62</sup>の施設があると回答し、施設別でみると「口腔保健センター、障害者歯科医療センター」が 92.1%<sup>※63</sup>と最も高く、以下「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が 87.5%<sup>※64</sup>、「病院歯科 (歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」が 70.0%<sup>※65</sup>となっている。(132 ページ：図表 132)

※62) 平成 22 年度調査結果は 82.8% (障害者歯科医療連携加算)

※63) 平成 23 年度調査結果は 100.0%

※64) 平成 23 年度調査結果は 100.0%

※65) 平成 23 年度調査結果は 97.4%

- 「歯科診療特別対応連携加算」の届出をしない理由をみると、「歯科診療特別対応加算を算定した外来患者が月平均 20 人未満である」が 57.3%で最も多くなっている。(137 ページ：図表 137 (複数回答))
- 特別対応が必要な患者を受け入れる上での課題をみると、「診療に時間がかかる」(68.2%)、「採算が合いにくい」(58.0%)、「全身状態の管理が必要になる」(52.1%)、「医療職の負担が大きい」(48.3%)等の回答が多くなっている。(143 ページ：図表 143 (複数回答))

#### <患者調査>

- 患者の年齢分布をみると、「20~64 歳」が 53.3%で最も多く、以下「19 歳未満」が 27.9%、「75 歳以上」が 10.5%等となっていて、平均年齢は 36.9 歳であった。(147 ページ：図表 147・148)
- 特別対応が必要な歯科治療を受けた患者の中で介護保険の利用状況を尋ねたところ 14.1%が「利用している」と回答し、要介護度別では「要介護 5」が介護保



険利用者の 26.0%を占め最も多く、以下「要介護 4」が 20.5%、「要介護 2」が 19.2%、「要介護 3」が 13.7%となっている。(151・152 ページ：図表 154・156)

- 受診した歯科医療機関については、「診療所」が 69.6%<sup>※66</sup>と最も多く、以下「病院歯科」が 19.8%<sup>※67</sup>、「大学歯学部附属病院や歯科大学病院」が 7.4%<sup>※68</sup>となっている。(156 ページ：図表 162)

※66) 平成 23 年度調査結果は 74.1%

※67) 平成 23 年度調査結果は 14.8%

※68) 平成 23 年度調査結果は 9.3%

- 特別対応が必要な患者が受けた診療内容については、「口腔衛生指導」が 35.3%<sup>※69</sup>で最も多く、以下「むし歯の治療や歯の根の治療」が 30.4%<sup>※70</sup>、「歯周病の治療」が 16.5%<sup>※71</sup>となっている。(161 ページ：図表 168 (複数回答))

※69) 平成 23 年度調査結果は 32.6%

※70) 平成 23 年度調査結果は 35.2%

※71) 平成 23 年度調査結果は 14.8%

- 受診した診療の満足度については、「とても満足している」と「満足している」を合わせた割合が 96.1%<sup>※72</sup>、「不満である」と「とても不満である」を合わせた割合が 0.4%<sup>※73</sup>となっている。(164 ページ：図表 172)

※72) 平成 23 年度調査結果は 95.3%

※73) 平成 23 年度調査結果は 0.6%

- 今後、歯科医療を受けるにあたり希望することについては、「患者の全身状況や周囲が患者の状態を理解する環境」が 65.1%<sup>※74</sup>で最も多く、以下「どこの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境」が 55.2%<sup>※75</sup>、「専門性の高い歯科保険医療機関で安心して診療が受けられる環境」が 47.9%<sup>※76</sup>となっている。(168 ページ：図表 179 (複数回答))

※74) 平成 23 年度調査結果は 71.8%

※75) 平成 23 年度調査結果は 58.1%

※76) 平成 23 年度調査結果は 64.2%

### ③ 歯科医療に関する意向調査

#### <施設調査>

- 施設基準の届出状況について尋ねたところ、「歯科外来診療環境体制加算と歯科治療総合医療管理料のいずれも届出していない」が 81.3%と最も多く、以下「歯科外来診療環境体制加算」が 8.5%、「歯科治療総合医療管理料」が 6.4%となっ

ている。(175 ページ：図表 188 (複数回答))

- 歯科訪問診療の実施状況について尋ねたところ、「実施していない」が 49.5%と最も多く、以下「実施している」が 27.7%、「実施していたが、今はしていない」が 15.8%、「今後、実施したいと考えている」が 6.0%となっている。(177 ページ：図表 192)
- 歯科訪問診療を実施していない理由としては、「歯科訪問診療の要請がない」が 54.5%で最も多く、以下「一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい」が 51.3%、「歯科訪問診療用の装置・器具の購入にコストがかかる」が 46.1%となっている。(178 ページ：図表 193 (複数回答))
- 歯科訪問診療を始めるために整えてほしい環境としては、「歯科訪問診療に適した装置・器具を揃えるための支援」が 55.1%で最も多く、以下「診療報酬上のより一層の評価」が 39.1%、「他機関・他職種との連携をするための支援」が 28.0%となっている。(182 ページ：図表 197 (複数回答))
- 特別対応が必要な患者の歯科医療の実施状況について尋ねたところ、「実施していない」が 69.6%と最も多く、以下「実施している」が 15.2%、「今後、実施したいと考えている」が 8.1%となっている。(188 ページ：図表 201)
- 特別対応が必要な患者の歯科医療を実施していない理由としては、「特別対応が必要な患者の歯科医療の要請がない」が 59.8%で最も多く、以下「自院の医療スタッフが不足している」が 46.5%、「特別対応が必要な患者の歯科医療に必要な装置・器具の購入にコストがかかる」が 35.4%となっている。(189 ページ：図表 202 (複数回答))
- 特別対応が必要な患者の歯科医療を始めるために整えてほしい環境としては、「特別対応が必要な患者の歯科医療に適した装置・器具を揃えるための支援」が 54.5%で最も多く、以下「研修受講に関する支援」が 40.2%、「診療報酬上のより一層の評価」が 39.6%となっている。(191 ページ：図表 204 (複数回答))

## (5) 検証部会としての評価

### ① 在宅歯科医療の実施状況調査

ア. 最初に、施設調査をみる。歯科訪問診療を実施するきっかけは、「自院に通院していた患者・家族等からの依頼」が最も多く (87.5%)、次いで「患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介」(48.8%) や「有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの依頼・紹介」(47.4%)が多かった(15 ページ：図表 19 (複数回答))。

- イ. 歯科訪問診療の患者総数（延べ人数）は平成 24 年は 68.7 人で、平成 23 年の 62.9 人と比較して 5.8 人増加した。歯科訪問診療料に係る算定患者の延べ人数も増加している。特に歯科訪問診療料 2（同一建物居住者に対する歯科訪問診療）が顕著に増加している。（23・24 ページ：図表 27（複数回答））
- ウ. これらのことから、歯科訪問診療を行う患者総数は、歯科訪問診療を受ける患者のみならず患者を支える家族等関係者からの要請次第で、大きく変化すると思われる。
- エ. 歯科衛生士を同行する歯科訪問診療件数については、診療報酬改定前と比較して「増加した」と回答した施設が 14.1%あった。平成 24 年度診療報酬改定の一定の効果があったものと思われる。（30 ページ：図表 34）
- オ. 歯科訪問診療の連携状況をみる。歯科の医療機関との連携先は、病院歯科が 37.2%で最も多く、次いで歯科大学病院もしくは歯学部附属病院が 28.3%となっていた。（31 ページ：図表 36（複数回答））医科の医療機関との連携先は、一般診療所が 47.5%で最も多く、次いで病院（救急医療機関）36.7%となっていた。（32 ページ：図表 38（複数回答））各機関と連携することで、安心感が高まる等の効果が期待されるが（36 ページ：図表 43（複数回答））、課題としては、「歯科訪問診療があることが知られていない（38.3%）」、「介護保険の口腔関連サービスが知られていない（33.8%）」、「相談窓口や治療に関する情報が不足している（28.0%）」等があげられている。（37 ページ：図表 44（複数回答））連携を図るためには、歯科訪問診療に関する情報等の周知が重要であると思われる。
- カ. さらに、歯科訪問診療を行っていく際の課題として、歯科訪問診療用の装置・器具の購入コストや歯科訪問診療に際しての時間の確保等があげられており、様々な角度から検討を行っていく必要があると思われる。（39 ページ：図表 46（複数回答））
- キ. 続けて、患者調査をみる。歯科訪問診療を受けた患者の年齢は、平均 79.6 歳であった。（46 ページ：図表 50）。歯科訪問診療を実施している歯科医師を知ったきっかけとしては、「入居している介護施設等に来てくれた（24.0%）」が最も大きく、次いで「以前、通院していた歯科診療所・病院（23.0%）」、「ケアマネージャーからの紹介（22.5%）」となっている。（58 ページ：図表 66）施設調査でも同様の傾向がみられたが、歯科訪問診療が必要な患者に対して適切に歯科訪問診療が提供されるためには、患者や患者を支える家族等関係者に対する歯科訪問診療の周知と理解が重要であると思われる。
- ク. 歯科訪問診療を受診しての満足度は、「とても満足している」と「満足してい

る」を合わせた割合が 92.6%、「不満である」と「とても不満である」を合わせた割合が 1.0%となっていた。(72 ページ：図表 84) また、歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受けたいかと尋ねたところ、「とてもそう思う」と「そう思う」を合わせると 97.5%あった。(73 ページ：図表 87)

これらの結果から、患者の歯科訪問診療に対するニーズが非常に高いことが伺える。

## ② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

ア. 最初に、施設調査をみる。特別対応が必要な患者専用の歯科ユニットを持つ施設は、全体で 43.4%であり、施設別で見ると「障害者施設内歯科診療所」が 88.9%と最も高く、次いで「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」が 81.3%、「口腔保健センター、障害者歯科医療センター」で 78.9%となっているので、ある程度保有していると言えよう。(94 ページ：図表 105) 特別対応が必要な患者に対する歯科医療を日常的に実施している医療機関では、これらの患者に対する診療環境が整備されていると思われる。

イ. 来院する患者に対する最も多い治療状況は、「鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療」が 47.2%で最も大きいので(121 ページ：図表 122)、通常の歯科治療と比べて負担が大きいと思われる。

ウ. 通常時に連携している医療機関について診療所では「病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」、病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では、「他の歯科診療所」、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「病院の医科の診療科(救急医療機関を除く)」、口腔保健センター、障害者歯科医療センターでは「病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」、障害者施設内歯科診療所では、「歯科大学病院もしくは歯学部附属病院」がそれぞれ最も多い連携機関となっている。(124 ページ：図表 124 (複数回答))

エ. また、緊急時に連携している医療機関について、診療所では「病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」、病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)では、「病院の医科の診療科(救急医療機関を除く)」、歯科大学病院もしくは歯学部附属病院では「病院の医科の診療科(救急医療機関を除く)」及び「病院(救急医療機関)」、口腔保健センター、障害者歯科医療センターでは「病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」、障害者施設内歯科診療所では、「病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)」がそれぞれ最も多い連携機関となっている。(124 ページ：図表 124 (複数回答))

オ. 各機関と連携することで、安心感が高まる等の効果が期待されるが（129 ページ：図表 129（複数回答））、課題として、「特別対応が必要な患者に対応できる設備が整っている施設が少ない（40.0%）」、「特別対応が必要な患者の歯科医療が知られていない（36.4%）」、「相談窓口や治療に関する情報が不足している（33.2%）」等が上位となっており（130 ページ：図表 130（複数回答））、特別対応が必要な患者に対する歯科医療を進めていく上では、特別対応が必要な患者に対する歯科医療についての周知と、診療を行うことが可能な設備の増加が課題となる。

カ. また、「歯科診療特別対応連携加算」の届出をしない理由として、施設基準の 1 つである、歯科診療特別対応加算を算定した外来患者が月平均 20 人を満たさないと回答した医療機関が約 6 割程度あった（137 ページ：図表 137（複数回答））ことから、実態を踏まえた検討も必要とされる。

キ. さらに、特別対応が必要な患者を受け入れる上での課題は、「診療に時間がかかる」（68.2%）、「採算が合いにくい」（58.0%）、「全身状態の管理が必要になる」（52.1%）、「医療職の負担が大きい」（48.3%）等の回答が多く（143 ページ：図表 143（複数回答））、また、特別対応が必要となる患者の歯科医療を実施する上での問題点と課題等について自由記述形式で記載いただいたところ、「一般診療の合間に行うことは難しく特別に時間とスタッフを確保して行っている」という意見が 54 件と最も多かった。（145 ページ：自由記載）

これらのことから、特別対応を必要な患者に対する歯科診療の負担を軽減するための方法を幅広く検討を行っていく必要がある。

ク. 続けて、患者調査をみる。特別対応が必要な患者の歯科医療を受けた患者の年齢は、平均 36.9 歳であり（147 ページ：図表 148）、受診しての満足度は、「とても満足している」と「満足している」を合わせると 96.1%となっている。（164 ページ：図表 172）また歯科医療を受けるにあたり希望することとして、「患者の全身状況や周囲が患者の状態を理解する環境」（65.1%）、「どこの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境」（55.2%）、「専門性の高い歯科保険医療機関で安心して診療が受けられる環境」（47.9%）等があげられた。（168 ページ：図表 179（複数回答））

### ③ 歯科医療に関する意向調査

ア. 歯科訪問診療の実施意向については、「今後、実施したいと考えている」という施設が 6.0%（177 ページ：図表 192）、特別対応が必要な患者の歯科医療の実施意向については、「今後、実施したいと考えている」という施設が 8.1%

あった。(188 ページ：図表 201)

- イ. 歯科訪問診療を実施していない理由としては、「歯科訪問診療の要請がない」(54.5%) が最も多く、以下「一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい」(51.3%)、「歯科訪問診療用の装置・器具の購入にコストがかかる」(46.1%) があげられていた。(178 ページ：図表 193 (複数回答))
- ウ. 特別対応が必要な患者の歯科医療を実施していない理由としては、「特別対応が必要な患者の歯科医療の要請がない」(59.8%) と最も多く、以下「自院の医療スタッフが不足している」(46.5%)、「特別対応が必要な患者の歯科診療に必要な装置・器具の購入にコストがかかる」(35.4%) があげられていた。(189 ページ：図表 202 (複数回答))
- エ. 歯科訪問診療及び特別対応が必要な患者の歯科医療を始めるために整えてほしい環境として、「診療に適した装置・器具を揃えるための支援」が最も多く、以下「診療報酬上のより一層の評価」、「他機関・他職種との連携をするための支援」、「研修受講に関する支援」等の要望があげられていた。(182・191 ページ：図表 197・204 (複数回答))

これらの課題について様々な角度から検討を行うことにより、歯科訪問診療及び特別対応が必要な患者の歯科医療の推進が期待される。

## 6 「医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果の調査」の結果について

### (1) 調査の目的

平成 24 年度診療報酬改定において、医療従事者と患者との対話を促進するため患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設するとともに診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの病院で実施されている加算について、入院基本料等に包括して評価することとした。

また、療養病棟及び診療所の療養病床については、評価体系の見直しを行い、医療法上の設備基準の原則を下回る場合に療養環境の改善計画を提出させること、医療安全対策については、院内感染防止策に関する評価の見直しや、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有する CT 及び MRI の画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準を見直した。

本調査は、これらの影響等を把握し、平成 24 年度診療報酬改定の結果検証をすることを目的とした。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### 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に抽出した 1,500 施設(病院)に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

#### 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(1 施設につき最大 6 名)を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

#### 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に抽出した 1,000 施設(有床診療所)に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。

#### 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」の届出がある全保険医療機関及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出がある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出がない全保険医療機関の計 620 施設(有床診療所)に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。

### (3) 回収の状況

- 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  
回収数： 433 施設 (回収率 28.9%)  
有効回収数： 429 施設 (有効回収率 28.6%)
- 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  
回収数： 624 人  
有効回収数： 624 人
- ③ 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査  
回収数： 495 施設 (回収率 49.5%)  
有効回収数： 487 施設 (有効回収率 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  
回収数： 294 施設 (回収率 47.4%)  
有効回収数： 265 施設 (有効回収率 42.7%)

### (4) 主な結果

- 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 年度診療報酬改定において新設した感染防止対策加算の施設基準の届出状況については、「感染防止対策加算 1」を届け出ている施設が 35.0%、「感染防止対策加算 2」を届け出ている施設が 52.4%、「届出をしていない」施設が 11.7%であった。(13 ページ：図表 11) 施設基準の届出時期別にみると、どちらも診療報酬改定直後の「平成 24 年 4 月」が最も多く、感染防止対策加算 1 では 94.7%、感染防止対策加算 2 では 80.0%であった。(14・15 ページ：図表 12・14)
  - 感染防止対策加算 1 の届出施設は 500 床以上の施設が 42.7%を占めており、病床規模が大きい施設の割合が高かった。一方、感染防止対策加算 2 の届出施設は 200 床未満が 69.4%を占めており、感染防止対策加算 1 の届出施設と比較すると小規模施設の割合が高かった。(14 ページ：参考)
  - 感染防止対策加算 1 の算定件数(平成 24 年 9 月 1 か月)の平均値は 633.4 件であり、100 床あたりの算定件数の平均値は 129.8 件であった。(15 ページ：図表 13)
  - 感染防止対策加算 2 の算定件数(平成 24 年 9 月 1 か月)の平均値は 121.7 件であり、100 床あたりの算定件数の平均値は 71.2 件であった。(15 ページ：図表 15)



- 院内感染防止対策部門の有無については、「医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チームを設置している」と回答した施設が81.8%と最も多く、次いで「医療安全管理部門が感染制御チームとしても機能している」が10.0%であった。

(17 ページ：図表 17)「医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チームを設置している」と回答した割合を施設基準の届出状況別にみると、感染防止対策加算 1 届出施設では93.3%、感染防止対策加算 2 届出施設では82.2%であった。(18 ページ：図表 18)
- 感染制御チームを設置して院内感染防止対策に取り組んでいる施設に、その効果を尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせたものが最も高かったのは、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」(89.6%)で、以下「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に一元化されるようになった」(84.3%)、「病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ」(83.5%)、「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」(80.7%)となっている。(25 ページ：図表 21)
- 感染制御チームを設置して院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果を、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に尋ねた。まず、感染防止対策加算 1 を届け出ている施設では、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせたものが最も多かったのは、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」(91.8%)で、以下「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」(91.7%)、「院内感染の拡大を防ぐことができた」(90.4%)となっている。(26～33 ページ：図表 22～29)
- 次に、感染防止対策加算 2 を届け出ている施設では、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせたものが最も多かったのは、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」(88.7%)で、以下「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」(81.1%)、「病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ」(80.2%)となっている。(26～33 ページ：図表 22～29)
- 平成 24 年 9 月時点における院内感染防止対策についての他医療機関との連携した取組の実施状況について尋ねたところ、感染防止対策加算 1 を届け出ている施設では「行っている」との回答が100%であったが、感染防止対策加算 2 を届け出ている施設では、「行っている」が72.2%、「行っていない」が26.9%であった。(38 ページ：図表 31)
- 感染防止対策において連携している医療機関数は、1 施設あたり平均 4.8 施設

であり、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別でみると、「届出あり」の施設では平均 6.9 施設、「届出なし」の施設では平均 2.9 施設であった。(40 ページ：図表 34)

- 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ついて、「大いに効果があった」、「効果があった」と回答した割合を合わせたものは 78.1%であり、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別でみると、「届出あり」の施設では 79.9%、「届出なし」の施設では 76.6%であった。(45 ページ：図表 42)
- 抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組内容としては、「抗菌薬の使用に関する届出制の採用」が 80.7%と最も多く、以下「耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携」が 61.3%、「抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与計画」が 48.3%となっていた。感染防止対策加算 1 の届出施設では感染防止対策加算 2 の届出施設や他の施設と比較して、すべての項目で実施率が高かった。「抗菌の使用に関する届出制の採用」(97.3%)、「抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計」(83.3%)、「院内の微生物学的検査を実施できる体制の確保」(79.3%)、「耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携」(78.7%)。そのうち、いくつかでは、他の施設との実施率の差が 50 ポイント以上あった。(51 ページ：図表 44 (複数回答))
- 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については、「薬剤師」が 37.3%と最も多く、以下「医師」が 23.3%、「感染症薬剤師」が 9.3%となっていた。(53 ページ：図表 45 (単数回答))
- 取り組んでいる院内の感染対策サーベイランスについては、「薬剤耐性菌サーベイランス」が 62.2%と最も多く、以下「血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス」が 36.8%、「外科手術部位感染サーベイランス」が 35.9%となっていた。(55 ページ：図表 46 (複数回答))
- 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については、32.2%の施設が「参加している」と回答しており、感染防止対策加算の届出別でみると、「感染防止対策加算 1」の届出施設では 70.7%、「感染防止対策加算 2」の届出施設では 14.2%であった。(56 ページ：図表 47)
- 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(平均値)の変化については、平成 23 年 4 月～9 月の半年間と平成 24 年 4 月～9 月の半年間で比較すると 276.2 人から 308.7 人に増加しており、感染防止対策加算の届出別でみると、「感染防止対策加算 1」の届出施設では 556.3 人から 643.8 人、「感染防止対策加算 2」の届出施設では 120.3 人から 130.1 人にそれぞれ増加している。(59 ページ：図表 50)

- 新規入院患者千人あたり MRSA 感染者数の変化については、平成 23 年 4 月～9 月の半年間と平成 24 年 4 月～9 月の半年間で比較すると、「感染防止対策加算 1」の届出施設では 17.9 人から 16.5 人（対前年同期比 7.7%の減）、「感染防止対策加算 2」の届出施設では 53.5 人から 51.9 人（対前年同期比 3.0%の減）にそれぞれ減少しているが、「届出をしていない施設」は 62.3 人から 63.5 人（対前年同期比 1.9%の増）に増加している。（68 ページ：図表 58）
- 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については、平成 23 年 4 月～9 月の半年間と平成 24 年 4 月～9 月の半年間で比較すると、「感染防止対策加算 1」の届出施設では 0.3 人から 0.2 人（対前年同期比 35.2%の減）、「感染防止対策加算 2」の届出施設では 3.5 人から 2.4 人（対前年同期比 31.4%の減）、「届出をしていない施設」では 8.9 人から 6.9 人（対前年同期比 22.5%の減）にそれぞれ減少している。（70 ページ：図表 60）
- CT の使用状況については、96.5%の施設が「使用している」と回答している。（75 ページ：図表 63）
- MRI の使用状況については、69.7%の施設が「使用している」と回答している。（79 ページ：図表 71）
- CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況については、83.9%の施設が「策定している」と回答し、策定した保守管理計画の見直しの頻度は、「1 年間に 1 回（毎年）」が 51.7%と最も多く、以下「機器の入替があった時など内容に変更があった時（定期的な見直しは行ってない）」が 24.7%、「1 年間に数回」が 8.6%であった。（83 ページ：図表 78・79）
- 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については、「行ってない（計画もない）」が 47.3%と最も多く、以下「行っている」が 35.2%、「行ってないが、計画が具体的にある」が 10.7%であった。（84 ページ：図表 80）
- 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況について、「届出を行っている」が 76.0%、「届出は行ってない（具体的な予定もない）」が 19.3%、「届出を行っていないが検討中」が 4.0%となっており、施設基準の届出時期では「平成 24 年 4 月」が 80.1%と最も多かった。（86 ページ：図表 83・84）
- 患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設に対して、その理由を尋ねたところ、「診療時間内に常時 1 名以上の職員を配置することができないから」が 69.0%と最も多く、以下「患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから」が 40.0%、「マニュアルが整備できていないから」が 19.0%であった。（87 ページ：図表 86（複数回答））

- 患者サポート体制充実加算の届出をしている施設において、患者相談窓口の状況について尋ねたところ、「独立している（専門部署）」と回答した施設が60.7%と最も多く、ついで「医療安全対策加算の窓口と兼用」が27.3%であった。（90ページ：図表91）
- 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は「看護師・保健師・助産師」が平均1.86人と最も多く、次いで「社会福祉士」が平均1.77人で、合計は平均5.64人であった。（90ページ：図表92）
- 医療安全対策加算の施設基準の届出の有無について、69.7%が「あり」と回答し、患者サポート体制充実加算の届出の有無別でみると、「届出ありの施設」では76.4%、「届出なしの施設」では48.0%であった。（92ページ：図表94）
- 患者相談支援窓口の有無について、90.4%が「あり」と回答し、患者サポート体制充実加算の届出の有無別でみると、「届出ありの施設」では97.2%、「届出なしの施設」では68.0%が患者相談支援窓口を設置している。（93ページ：図表95）
- 患者サポート体制充実加算の届出施設における患者相談支援窓口が行っている業務内容としては、「患者・家族からの相談への対応」（98.7%）が最も多く、以下「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議」（85.2%）、「担当医師から患者等への説明の際の同席」（72.2%）、「マニュアル作成・見直し」（60.9%）「患者相談対応と対応内容についてのデータ化」（59.0%）であった。（98ページ：図表99（複数回答））
- 患者相談支援体制を充実させることによる効果について、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせたものが最も多いのは、「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」（75.5%）で、以下「各部門間の連携・調整がスムーズになった」（62.1%）、「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」（61.1%）、「医療従事者が協力的になった（52.3%）」であった。（101ページ：図表101）

## 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

- 患者相談窓口を知ったきっかけについては、「担当医師・看護師から紹介されて」が31.4%と最も多く、以下「患者相談窓口の担当者が来て」が30.1%、「「患者相談窓口」などの看板をみて」が20.0%であった。（119ページ：図表119（複数回答））
- 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさについて尋ねたところ、「わかりやすかった」、「どちらかというとなかりやすかった」と回答した割合を

合わせたものが84.1%であった。(122 ページ：図表 122)

- 患者相談窓口の利用内容については、「退院後の行き先のこと」が41.7%と最も多く、以下「介護保険のこと」が31.6%、「病気のこと」が30.0%、「治療・入院期間のこと」が28.0%、「費用に関すること」が26.4%であった。(126 ページ：図表 125 (複数回答))
- 患者 1 人あたりの相談回数は、外来患者が平均 3.1 回、入院患者が平均 3.7 回であり、患者 1 人あたりの相談時間合計の平均は、外来患者が46.9 分、入院患者が68.7 分であった。(130・131 ページ：図表 133・136)
- 相談対応者をみると、「社会福祉士」が45.8%と最も多く、以下「看護師」が40.5%、「医師」が20.2%であった。(132 ページ：図表 137、複数回答)
- 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したかを尋ねたところ、「解決した」が48.2%、「ある程度解決した」が42.5%あり、それらを合わせると90.7%となった。(135 ページ：図表 140)
- 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」が42.9%、「満足している」が46.8%あり、それらを合わせると89.7%となった。(139 ページ：図表 145)

### ③ 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査 (有床診療所を対象)

- 平成 24 年 3 月 31 日時点での「栄養管理実施加算」の届出状況をみると、86.7%の施設が届出をしていなかった。(151 ページ：図表 163) その理由を尋ねたところ、「管理栄養士がない」(72.7%)、「該当する患者がない」(25.8%) であった。(152 ページ：図表 165 (複数回答))
- 管理栄養士がない施設における管理栄養士の確保の状況についてみると、「目処がまったく立っていない」が54.4%と最も多く、以下「平成 25 年度末までに管理栄養士を確保する予定」が23.6%、「管理栄養士の確保の目処が具体的にある」が3.0%であった。(158 ページ：図表 171)
- 平成 24 年 3 月 31 日時点での「褥瘡患者管理加算」の届出状況をみると、68.4%の施設が届出をしていなかった。(163 ページ：図表 178) その理由を尋ねたところ、「該当する患者がない」(62.8%)、「褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師がない」(35.1%)、「褥瘡対策に係る専任の医師がない」(20.4%) であった。(164 ページ：図表 180 (複数回答))
- 褥瘡対策チームの職種別人数を尋ねたところ、届出をしていた施設では、平均値として、医師 1.1 名、看護師 1.8 名、届出をしていない施設では、医師 1.0 名、看護師 1.3 名が配置されていた。(165 ページ：図表 182) 平成 24 年 4 月～9

月の期間、カンファレンスの開催回数は、届出をしていた施設では、月平均 1.64 回、届出をしていない施設では、月平均 1.25 回であった。(166 ページ：図表 183) また、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス(圧切替型のエアマットレスの場合)の所有枚数状況をみると、届出をしていた施設では、平均 2.8 枚、届出をしていない施設では、平均 2.4 枚であった。(177 ページ：図表 197)

- 平成 24 年 3 月 31 日時点での「有床診療所緩和ケア診療加算」の届出状況を見ると、95.1%が届出をしていなかった。(181 ページ：図表 201)「看取り加算」については、68.0%が届出をしていなかった。(182 ページ：図表 204) また、緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向があるかどうかを尋ねたところ、「既に取り組んでいる」が 12.7%、「今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい」が 16.0%あったが、「今後も取り組む予定はない」という回答が 61.6%で最も多かった。(183 ページ：図表 207)

#### 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 9 月 30 日時点での療養環境に関する届出状況を見ると、「診療所療養病床療養環境加算の届出を行っている」施設が 2.3%、「診療所療養病床療養環境改善加算の届出を行っている」施設が 31.3%、「いずれの届出も行っていない」施設が 57.4%であった。(197 ページ：図表 229) この「いずれの届出も行っていない」施設に今後の予定を尋ねたところ、診療所療養病床療養環境加算の「届出を行う予定はない」と回答した施設は 94.1%であった。(197 ページ：図表 230)
- 療養病床についての今後の増改築の予定を尋ねたところ、診療所療養病床療養環境改善加算を届け出ている施設では、「増築の予定が具体的にある」(2.4%)、「全面的な改築の予定が具体的にある」(6.0%)、「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」(45.8%)という回答となり、それらを合わせると 54.2%となった。(208 ページ：図表 245)

#### (5) 検証部会としての評価

- ア. 平成 24 年度診療報酬改定では、感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改めるとともに、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算 2 を新設し、感染防止対策加算 2 を算定している医療機関は感染防止対策加算 1 を算定する医療機関と連携していることとした。
- イ. 病院調査結果によると、感染防止対策加算 1 もしくは 2 を届け出ている病院の施設基準の届出時期としては、診療報酬改定直後の「平成 24 年 4 月」が最も多か

った。(14 ページ：図表 12) 感染防止対策加算 1 の届出施設では 93.3%、感染防止対策加算 2 の届出施設では 82.2%が、「医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チームを設置」している。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として、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」(89.6%)、「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に一元化した」(84.3%)、「病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ」(83.5%)、「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」(80.7%)などの効果を挙げる施設が 8 割を超えた。(25 ページ：図表 21) また、抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組内容としては、感染防止対策加算 1 の届出施設では、他の施設と比較して、「抗菌薬の使用に関する届出制の採用」(実施率 97.3%)、「抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計」(83.3%)、「院内微生物学的検査を実施できる体制の確保」(79.3%)、「耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携」(78.7%)等、抗菌薬の適正使用を図るための様々な取組が積極的に行われている。(51 ページ：図表 44 (複数回答))

ウ. この他、平成 24 年度診療報酬改定において他の医療機関と連携した感染防止対策の取組について「感染防止対策地域連携加算」が新設されたが、こうした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ついて、「大きな効果があった」、「効果があった」と回答した割合を合わせたものは約 8 割となった。(45 ページ：図表 42)

エ. このように医療機関が感染防止対策に積極的に取り組んだ結果、新規入院患者千人あたりの MRSA 及び多剤耐性緑膿菌の感染者数の変化において、平成 23 年 4 月～9 月と比較して平成 24 年 4 月～9 月の感染者数が大きく減少していることから、感染防止対策の促進効果はあったものと考えられる。(68・70 ページ：図表 58・60)

オ. 平成 24 年度診療報酬改定では、医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設した。新設された患者サポート体制充実加算を届けている施設において、患者相談支援窓口を医療安全対策加算の窓口とは独立して専門部署を設置している施設は約 6 割あった。(90 ページ：図表 91)

カ. 1 施設あたりの平均職員数は看護師・保健師・助産師が 1.86 人、社会福祉士が 1.77 人など、全体で 5.64 人であった。(90 ページ：図表 92) こうした患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応 (98.7%)」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議 (85.2%)」「担当医師から患

者等への説明の際の同席（72.2%）」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っている。（98 ページ：図表 99（複数回答））

キ. また、患者調査結果においても、患者相談窓口での説明や文書について、「わかりやすかった」、「どちらかというわかりやすかった」と回答した割合を合わせたものが 84.1%あった。（122 ページ：図表 122）患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」48.2%、「ある程度解決した」42.5%であり、それらを合わせると 90.7%となった。（135 ページ：図表 140）さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」42.9%、「満足している」46.8%であり、それらを合わせると 89.7%となった。（139 ページ：図表 145）患者にとって、患者相談窓口は評価されているようだ。

ク. 褥瘡患者管理加算及び栄養管理実施加算については、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価するとともに、栄養管理実施加算については、平成 24 年 3 月 31 日時点で届出を行っていない医療機関は、平成 26 年 3 月 31 日までに栄養管理体制を整備することとされた。

ケ. 有床診療所に対する調査結果では、平成 24 年 3 月 31 日時点で「栄養管理実施加算」の届出を行っていなかったという医療機関は 86.7%であり、その理由として最も多かったのは、「管理栄養士がいない」（72.7%）であった。（152 ページ：図表 165（複数回答））しかし、これらの医療機関のうち 54.4%の診療所が平成 25 年度末までに管理栄養士の確保について、「目処がまったく立っていない」状況であることから、対策を検討する必要がある。（158 ページ：図表 171）

コ. 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の設備基準の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることを要件とした。調査では、平成 24 年 9 月末時点で 57.4%の診療所が「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という状況であった。（197 ページ：図表 229）このうち 94.1%の診療所が、今後「診療所療養病床療養環境加算」の「届出を行う予定はない」と回答した。（197 ページ：図表 230）また、「診療所療養病床療養環境改善加算」を届け出ている施設のうち、増築や改築の予定があると回答した施設は 54.2%であった。（208 ページ：図表 245）増改築の予定のある診療所がある一方、経営上の問題等から療養環境の改善に具体的に着手できていない施設も多くあると考えられる。



## 7 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

### (1) 調査の目的

本調査（平成 24 年度調査）は、まず第一に、平成 24 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策の結果を検証することを目的としている。加えて第二に、薬局、医療機関における後発医薬品の使用状況、医療機関・医師、保険薬局及び患者の後発医薬品使用に対する意識等を把握することを目的としている。「後発医薬品の使用状況調査」は平成 23 年度にも実施されているので、項目によっては、比較を行うことができる。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### <施設調査>

- 全国の施設の中から無作為に抽出した保険薬局 2,500 施設（ただし二種類のベースの調査を行うので、処方せんベースを 1,250 施設、品目ベースを 1,250 施設）、診療所 2,000 施設、病院 1,500 施設に対し、平成 24 年 8 月に調査票を配布。

#### <医師調査>

- 調査対象となった病院に勤務し、外来診療を担当する、診療科の異なる 2 名の医師を調査対象とし、病院を通じて調査票を配布。

#### <患者調査>

- 調査対象となった保険薬局において、調査期間中に来局した患者（1 施設につき最大 2 名）を調査対象とし、平成 24 年 8 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

### (3) 回収の状況

① 保険薬局（処方せんベース）	有効回収数：	567 施設（有効回収率 45.4%）
② 保険薬局（品目ベース）	有効回収数：	546 施設（有効回収率 43.7%）
③ 診療所	有効回収数：	506 施設（有効回収率 25.3%）
④ 病院	有効回収数：	323 施設（有効回収率 21.5%）
⑤ 医師	有効回収数：	458 人
⑥ 患者	有効回収数：	1,332 人

#### (4) 主な結果

##### <保険薬局調査>

- 後発医薬品調剤体制加算の算定状況は、「算定していない」が33.6%と最も多く、「後発医薬品調剤体制加算3（19点）」が29.4%<sup>※1</sup>、「後発医薬品調剤体制加算1（5点）」が20.9%<sup>※2</sup>、「後発医薬品調剤体制加算2（15点）」が15.3%<sup>※3</sup>となっている。（12ページ：図表10）

※1) 平成23年度調査結果は24.0%

※2) 平成23年度調査結果は16.8%

※3) 平成23年度調査結果は16.2%

- 後発医薬品の調剤率（数量ベース）の平均値は、平成23年1月から平成24年3月までの間で24.0%から25.9%の約2ポイント程度増加した。だが、平成24年3月から4月までの僅か1ヶ月で2.1ポイント増加し、平成24年4月には28.0%になった。さらに、平成24年8月までの4ヶ月で1.4ポイント増加したが、4月以降の1ヶ月あたりの増加は0.6ポイント以内であった。

（13ページ：図表12）

- 後発医薬品調剤体制加算を算定している保険薬局の総数の割合は65.6%（「後発医薬品調剤体制加算3（19点）」の割合29.4%+「後発医薬品調剤体制加算1（5点）」の割合20.9%+「後発医薬品調剤体制加算2（15点）」の割合15.3%）となり、平成23年度調査結果の57%より増加した。前回調査結果の42.4%よりは減少したとはいえ、後発医薬品調剤体制加算を算定していない保険薬局の割合が33.6%あった。（12ページ：図表10）
- 平成24年9月9日～15日の1週間の調査期間内の取り扱い処方せん（125,952枚）において、「1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん（一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含む）」（26,410枚）の割合は21.0%<sup>※4</sup>であった。（16ページ：図表17）

また1品目でも「『後発医薬品への変更不可』欄に処方医の署名がない処方せん（一般名処方を含む）」（96,576枚）の取り扱い処方せん総数に対する割合は76.7%<sup>※5</sup>、「すべての品目が変更不可となっている処方せん」（29,376枚）の割合は23.3%<sup>※6</sup>であった。（16ページ：図表17）

※4) 平成23年度調査結果は5.7%（一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含まない）

※5) 平成23年度調査結果は69.0%

※6) 平成23年度調査結果は31.0%

- 1品目でも「変更不可」となっていない処方せん（一般名処方を含む）（96,576

枚)を100%としたとき、「1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん」(47,640枚)の割合は49.3%で、さらに、「1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せん(一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含む)」(26,410枚)の割合は27.3%<sup>※7</sup>であった。(17ページ:図表18)

※7)平成23年度調査結果は8.3%(一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含まない)

- 1品目でも「変更不可」となっていない処方せんの取扱いが1枚以上ある薬局(452薬局)のうち、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布(薬局数ベース)において、ここで仮に変更割合の高い数値として40%を基準とするならば、その40%以上となっている薬局の割合は26.3%<sup>※8</sup>((27+35+15+14+12+16)/452)であった。(24ページ:図表25)

※8)平成23年度調査結果は5.9%((13+10+4+2+2+6)/626)

- 平成24年9月9日~15日の1週間の調査期間内の取り扱い処方せんに記載された医薬品の品目数(212,391品目)のうち、「先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品目数」は67.2%、「後発医薬品名で処方された医薬品目数」は14.8%、「一般名で処方された医薬品目数」は14.7%であった。(25・26ページ:図表26・27)
- 一般名で処方された医薬品(31,268品目)のうち、後発医薬品が選択されたのは(19,362品目)61.9%であり、先発医薬品が選択されたのは(11,906品目)38.1%であった。(25・27ページ:図表26・28)
- 保険薬局の後発医薬品の調剤に関する考えとして、「積極的に取り組んでいる」と回答したのが29.5%<sup>※9</sup>、「薬の種類によって取り組んでいる」と回答したのが54.1%<sup>※10</sup>、「あまり積極的には取り組んでいない」と回答したのが11.7%<sup>※11</sup>であった。(30ページ:図表33)

「あまり積極的には取り組んでいない」と回答した保険薬局にその理由を複数回答でたずねたところ、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」が44.6%<sup>※12</sup>、「在庫管理の負担が大きい」が37.7%<sup>※13</sup>、「後発医薬品の品質に疑問がある」及び「後発医薬品の効果に疑問がある」が29.2%<sup>※14</sup>であった。(30・31ページ:図表33、34、34は複数回答)

※9)平成23年度調査結果は38.6%

※10)平成23年度調査結果は29.4%(薬効によって取り組んでいる)

※11)平成23年度調査結果は25.2%

※12)平成23年度調査結果は48.5%

※13) 平成 23 年度調査結果は 48.5%

※14) 平成 23 年度調査結果は 24.5% (品質に疑問がある)、21.9% (効果に疑問がある)

- 一般名処方処方せんを持参した患者のうち、保険薬局が後発医薬品を調剤しなかったケースの中で最も多い理由として、「患者が後発医薬品を希望しなかったから」と回答したのが 72.2%と最も多く、「後発医薬品の在庫がなかったから」と回答したのが 18.6%と続き、この二つの理由で合わせて 90.8%を占める。(28 ページ：図表 31)
- 保険薬局の備蓄医薬品品目数の変化をみる。平成 23 年 8 月または把握可能な 23 年度の 1 ヶ月分の品目数から平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の品目数への増加率は、医薬品全品目数の場合、8.3% (平均値)、後発医薬品に限った品目数の場合、27.2% (平均値)であった。どの期間を捉えたかは回答者によって異なっているため、この増加率をすべての回答者に共通な期間を対象とした対前年増加率と捉えることはできないものの、医薬品全品目数の増加率 (平均値) とその中の後発医薬品に限定した品目数の増加率 (平均値) を比較することには意味がある。また、平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の医薬品全品目数 (平均値) に対する平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の後発医薬品に限った品目数 (平均値) の割合は、20.1%<sup>※17</sup>であった。(46 ページ：図表 52)

※15) 平成 23 年度調査結果は 5.7%

※16) 平成 23 年度調査結果は 15.0%

※17) 平成 23 年度調査結果は 18.1% (平成 23 年 6 月又は把握可能な直近 1 ヶ月分)

- 次に、保険薬局の医薬品の在庫金額及び廃棄額をみる。上記の項目と同様な方法で回答者に聞いた。その結果、平成 23 年 8 月または把握可能な 23 年度の 1 ヶ月分の在庫金額から平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の在庫金額への増加率は、医薬品全品目数の場合、6.7%<sup>※18</sup> (平均値)、後発医薬品に限った場合、25.0%<sup>※19</sup> (平均値)であった。ここでも、医薬品全品目数の増加率 (平均値) とその中の後発医薬品に限定した品目数の増加率 (平均値) を比較することには意味がある。また、平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の医薬品全品目の在庫金額 (平均値) に対する平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の後発医薬品に限った在庫金額 (平均値) の割合は、12.3%<sup>※20</sup>であった。一方、平成 23 年 8 月または把握可能な 23 年度の 1 ヶ月分の廃棄額から平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の廃棄額への増加率は、医薬品全品目数の場合、-0.8%<sup>※21</sup> (平均値)、後発医薬品に限った場合、18.3%<sup>※22</sup> (平均値)であった。ここでも、医薬品全品目数の増加率 (平均値) とその中の後発医薬品に限

定した品目数の増加率（平均値）を比較することには意味がある。また、平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の医薬品全品目の廃棄額（平均値）に対する平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の後発医薬品に限った廃棄額（平均値）の割合は、18.4%<sup>※23</sup>であった。（47 ページ：図表 54）

※18) 平成 23 年度調査結果は 8.7%

※19) 平成 23 年度調査結果は 19.6%

※20) 平成 23 年度調査結果は 11.5%

※21) 平成 23 年度調査結果は 8.2%

※22) 平成 23 年度調査結果は 37.3%

※23) 平成 23 年度調査結果は 21.1%

- 保険薬局にジェネリック医薬品軽減額通知などを患者から提示された経験の有無についてたずねたところ、「提示されたことがある」が 74.3%<sup>※24</sup>であった。また、ジェネリック医薬品希望カードを患者から提示された経験については、「提示されたことがある」が 83.8%<sup>※25</sup>であった。（48 ページ：図表 55・56）

※24) 平成 23 年度調査結果は 54.5%

※25) 平成 23 年度調査結果は 81.1%

- 保険薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件としては、「後発医薬品に対する患者の理解」が 53.0%<sup>※26</sup>と最も多く、次いで「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」が 43.5%<sup>※27</sup>、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」、及び「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」が 43.0%<sup>※28</sup>と続き、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」39.8%<sup>※29</sup>等であった。（52 ページ：図表 59、複数回答）

※26) 平成 23 年度調査結果は 43.2%

※27) 平成 23 年度調査結果は 43.1%

※28) 平成 23 年度調査結果は 41.4%（周知徹底）、39.3%（在庫の確保）

※29) 平成 23 年度調査結果は 37.0%

#### <医療機関調査、医師調査>

- 一般名処方への対応を含め後発医薬品の使用促進の観点から、何らかのオーダリングシステムを導入していると回答した病院は 58.8%<sup>※30</sup>（22.6+13.6+22.6）、診療所は 50.4%<sup>※31</sup>（33.2+12.5+4.7）であった。（67 ページ：図表 72、複数回答、同図表に示された各項目のオーダリングシステムを導入していると回答した割合の合計）

※30) 平成 23 年度調査結果は 40.8% (21.0+19.8)、

※31) 平成 23 年度調査結果は 19.2% (15.5+3.7)

- ・ 診療所における医薬品の廃棄金額をみる。無床診療所（院外処方率 50%未満）では、月間の調剤用医薬品廃棄額は、13,619 円<sup>※32</sup>（平均値）、そのうち後発医薬品廃棄額は、3,684 円（平均値）であった。無床診療所（院外処方率 50%以上）では、月間の調剤用医薬品廃棄額は、932 円<sup>※33</sup>（平均値）、そのうち後発医薬品廃棄額は、101 円であった。（72 ページ：図表 81）

※32) 平成 23 年度調査結果は 7,607 円

※33) 平成 23 年度調査結果は 1,263 円

- ・ 診療所・病院に後発医薬品備蓄品目数の今後の予定をたずねたところ、「増やす予定」と回答した診療所は 26.7%<sup>※34</sup>、病院は 61.6%<sup>※35</sup>であった。（77 ページ：図表 87）1 年前と比較して後発医薬品の供給体制が「改善した」と回答した診療所は 22.7%<sup>※36</sup>、病院は 20.7%<sup>※37</sup>であった。（78 ページ：図表 88）

※34) 平成 23 年度調査結果は 25.9%

※35) 平成 23 年度調査結果は 61.0%

※36) 平成 23 年度調査結果は 18.5%

※37) 平成 23 年度調査結果は 24.4%

- ・ 院外処方せんを発行している医療機関の後発医薬品リストの近隣薬局・地域薬剤師会等への提供状況をたずねると、診療所では 24.3%<sup>※38</sup> (2.0+22.3)、病院では 53.5%<sup>※39</sup> (17.0+13.4+23.1) が「提供している」と回答した（84 ページ：図表 94、同図表における三つの「提供している」の割合を合計した数値）。

※38) 平成 23 年度調査結果は 19.6% (1.6+0.4+17.6)

※39) 平成 23 年度調査結果は 43.4% (11.5+8.1+23.8)

- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてたずねると、有床診療所の場合、32.0%が「積極的に使用」、同じく 32.0%が「一部を使用」と回答し、それらを合わせると 64.0%<sup>※40</sup> (32.0+32.0) となる。一方、病院の場合、39.6%が「積極的に使用」、47.4%が「一部を使用」と回答し、それらを合わせると 87.0%<sup>※41</sup> (39.6+47.4) となる。（86 ページ：図表 95）

※40) 平成 23 年度調査結果は 63.8% (24.1+39.7)

※41) 平成 23 年度調査結果は 85.0% (40.8+44.2)

- ・ 後発医薬品使用体制加算の算定状況は、有床診療所で 10.0%、病院で 21.7%にとどまっている。（89 ページ：図表 99）

後発医薬品使用体制加算を算定したと回答した医療機関のうち、有床診療所の 40%、病院の 51.4%<sup>※42</sup>が平成 24 年 4 月以降に施設基準の届出を行っている。

割合は 40%、51.4%という相対的に大きな数値であるが、その数はそれぞれ 2 と 36 という数にとどまっている。(90 ページ：図表 101)

※42) 平成 23 年度調査結果は 11.1% (平成 23 年 1 月以降に届出)

- ・ 診療所・病院における平成 24 年 8 月 1 ヶ月間の外来診療での一般名処方加算の算定状況をみる。一般名処方加算の算定率(一般名処方加算の算定回数/処方せん料の算定回数)は診療所で 37.7%、病院で 9.7%であった。(94 ページ：図表 106)
- ・ 院外処方を実施している病院を対象に、後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方をする場合の施設としての対応方針をたずねたところ、40.6%<sup>※43</sup>が「積極的に使用する」と回答した。(95 ページ：図表 107)

※43) 平成 23 年度調査結果は 16.2%

- ・ 病院の一般名処方による処方せん発行への対応をたずねたところ、39.9%が「対応している」と回答した。一般名処方対応オーダリングシステムの導入の有無別に聞いたところ、導入している病院の 68.2%が「対応している」と回答し、導入していない病院の 30.0%が「対応している」と回答した。(96 ページ：図表 108)
- ・ 診療所・病院に 1 年前と比較して外来診療における後発医薬品の処方の変化をたずねたところ、診療所の 51.6%<sup>※44</sup>、病院の 55.2%<sup>※45</sup>が「多くなった」と回答した。(99 ページ：図表 114、医師ベース)

※44) 平成 23 年度調査結果は 35.8%

※45) 平成 23 年度調査結果は 43.0%

- ・ 平成 24 年 4 月以降、後発医薬品への「変更不可」欄にチェックした処方せんの発行経験の有無をたずねたところ、診療所では 40.3%が「ある」と、56.3%<sup>※46</sup>が「ない」と、病院では 31.9%が「ある」と、65.3%<sup>※47</sup>が「ない」と回答した。(101 ページ：図表 115、医師ベース)

※46) 平成 23 年度調査結果は 63.3%

※47) 平成 23 年度調査結果は 70.1%

- ・ 一部の医薬品について「変更不可」とする理由を複数回答でたずねたところ、診療所・病院の医師も回答割合の多い理由は大体共通している。診療所では、「後発医薬品の品質が不安だから」が最も大きく 48.7%、次に「患者からの強い要請があったから」「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」が 32.5%、「後発医薬品の治療効果の違いを経験したから」が 26.0%となっている。病院では、「患者からの強い要請があったから」が最も大きく 49.3%、「後発医薬品の品質が不安だから」が 45.9%と続き、「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」が 30.1%、「後発医薬品の治療効果の違いを経験したから」が 29.5%となっている。(102

ページ：図表 118、医師ベース、複数回答）さらに、それらのうち最も大きな理由を単数回答してもらおうと、診療所では、「患者からの強い要請があったから」と「後発医薬品の品質が不安だから」が同じ 22.1%で、病院では、「患者からの強い要請があったから」が最も大きく 24.0%、「後発医薬品の品質が不安だから」が 19.2%となっている。（103 ページ：図表 119、医師ベース、単数回答）

- 平成 24 年 4 月以降、一般処方による処方せんを発行した経験の有無をたずねたところ、診療所では 56.5%が「ある」と、9.4%が「ないが検討中」と回答し、病院では、35.4%が「ある」と、14.8%が「ないが検討中」と回答した。（104 ページ：図表 120、医師ベース）

- 「ジェネリック医薬品減額通知」などを患者から提示された経験の有無についてたずねたところ、診療所の医師の 34.8%<sup>※48</sup>、病院の医師の 24.0%<sup>※49</sup>が「患者から提示されたことがある」と回答した。（117 ページ：図表 139、医師ベース）

※48）平成 23 年度調査結果は 28.4%

※49）平成 23 年度調査結果は 14.7%

- 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示された経験の有無についてたずねたところ、診療所の医師の 47.2%<sup>※50</sup>、病院の医師の 22.7%<sup>※51</sup>が「患者から提示されたことがある」と回答している。（117 ページ：図表 140、医師ベース）

※50）平成 23 年度調査結果は 63.2

※51）平成 23 年度調査結果は 47.7%

- どのような対応がなされれば医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いかという問いに対して、複数回答の場合、次のようになった。診療所では、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」が最も多く 70.0%<sup>※52</sup>、「後発医薬品メーカー卸による情報提供体制の構築」44.5%<sup>※53</sup>、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」35.6%、「一般名処方を行いやすくする環境の整備」34.6%<sup>※54</sup>、「後発医薬品に対する患者の理解」23.5%、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」23.5%であった。病院では、同じく「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」が最も多く 69.9%<sup>※55</sup>、「後発医薬品メーカー卸による情報提供体制の構築」48.5%<sup>※56</sup>、「一般名処方を行いやすくする環境の整備」40.4%<sup>※57</sup>、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」27.7%、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」27.3%であった。（123 ページ：図表 147、医師ベース、複数回答）さらに、それらのうち最も重要なものを単数回答してもらおうと、診療所・病院ともに一つの項目が大きな比率を占めた。それは、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」であり、診療所では 39.3%、病院では 40.6%となった。（124 ページ：図表 148、医師ベース、単



数回答)

- ※52) 平成 23 年度調査結果は 68.6%
- ※53) 平成 23 年度調査結果は 45.6%
- ※54) 平成 23 年度調査結果は 30.2%
- ※55) 平成 23 年度調査結果は 71.5%
- ※56) 平成 23 年度調査結果は 52.1%
- ※57) 平成 23 年度調査結果は 35.4%

#### <患者調査>

- 一般名処方処方せんの患者による認知状況であるが、「知っていた」と回答したのは 49.2%、「知らなかった」と回答したのは 49.8%であった。(158 ページ：図表 173)
- 一般名処方処方せんを知っていると回答した人に対し、一般名処方処方せんを受け取った経験の有無をたずねたところ、「ある」と回答したのは 61.1%、「ない」と回答したのは 33.9%であった。(160 ページ：図表 175)
- 一般名処方処方せんを受け取った経験のある人に、一般名処方処方せんについて薬局の薬剤師から受けた説明内容を複数回答でたずねたところ、「一般名処方では医薬品を患者が選択できる」が 66.5%、「ジェネリック医薬品とは何かという説明」が 57.3%、「先発医薬品とジェネリック医薬品との価格差」が 44.5%であった。(162 ページ：図表 177、複数回答)
- 一般名処方処方せんを受け取った経験のある人に、一般名処方処方せんを受け取って困った経験の有無をたずねたところ、16.8%が「ある」、80.0%が「ない」であった。(164 ページ：図表 179)
- 後発医薬品の患者による認知状況であるが、「知っている」74.0%<sup>※58</sup>、「名前は聞いたことがある」22.1%、「知らない」3.2%であった。(173 ページ：図表 188)
  - ※58) 平成 23 年度調査結果は 76.2%
- 後発医薬品を知っている人に後発医薬品の使用経験の有無をたずねたところ、72.8%<sup>※59</sup>が「ある」、16.3%が「ない」と回答した。(174 ページ：図表 190)
  - ※59) 平成 23 年度調査結果は 60.8%
- 後発医薬品を知っていると回答した人に対し、医師あるいは薬剤師からの後発医薬品の説明を受けた経験の有無をたずねたところ、「ある」とした回答は、医師からが 28.3%<sup>※60</sup>、薬剤師からが 84.4%<sup>※61</sup>であった。(176・180 ページ：図表 192・196)
  - ※60) 平成 23 年度調査結果は 26.9%

※61) 平成 23 年度調査結果は 69.8%

- 後発医薬品を知っていると回答した人に対し、後発医薬品の処方方を医師に、調剤を薬局にお願いした経験の有無についてたずねたところ、「医師にお願いしたことがある」が 16.3%<sup>※62</sup>、「薬剤師にお願いしたことがある」が 41.4%<sup>※63</sup>であった。(178・182 ページ：図表 194・198)

※62) 平成 23 年度調査結果は 14.3%

※63) 平成 23 年度調査結果は 32.6%

- 薬剤師に後発医薬品の調剤をお願いした経験のある人に対し、薬局で後発医薬品に変更してもらえなかった経験の有無をたずねたところ、「ある」という回答が 22.8%あった。(186 ページ：図表 202) その際の薬局からの説明内容を単数回答してもらったところ、「ジェネリック医薬品が存在しない医薬品」が最も多く 41.3%<sup>※64</sup>、「処方医薬品が、すでにジェネリック医薬品」が 24.8%<sup>※65</sup>と続き、「変更が医師の指示によりできない」が 17.4%<sup>※66</sup>であった。(188 ページ：図表 204)

※64) 平成 23 年度調査結果は 48.4%

※65) 平成 23 年度調査結果は 15.9%

※66) 平成 23 年度調査結果は 19.8%

- 後発医薬品を知っている人に対し、先発医薬品から後発医薬品に変更した薬の有無をたずねたところ、「ある」が 50.7%、「ない」が 37.3%であった。(189 ページ：図表 206) その変更したことがある人に対し、先発医薬品から後発医薬品に変更した最大のきっかけをたずね、事前に用意したいいくつかの項目の中から単数回答してもらったところ、「薬剤師からの説明」が 71.5%<sup>※67</sup>と圧倒的に大きく、次いで「医師からの説明」が 8.3%<sup>※68</sup>であった。(191 ページ：図表 208)

※67) 平成 23 年度調査結果は 46.6%

※68) 平成 23 年度調査結果は 13.4%

- 先発医薬品から後発医薬品に変更した薬がある人に対し、後発医薬品変更時における薬局窓口での薬代の負担感についてたずねたところ、「とても安くなった」が 8.9%<sup>※69</sup>、「それなりに安くなった」が 62.4%、二つを合わせると 7 割以上の患者が安くなったと認識していた。(195 ページ：図表 212)

※69) 平成 23 年度調査結果は 50.1% (安くなった)

- ジェネリック医薬品軽減通知の受取経験の有無をたずねたところ、16.7%<sup>※70</sup>の患者が「ある」と回答した。(197 ページ：図表 214) そのジェネリック医薬品軽減通知を受け取った人に、その受取によって後発医薬品に変更したかをたずねたところ、37.7%<sup>※71</sup>の患者が後発医薬品に変更したと回答した。(201 ページ：図表 219)

※70) 平成 23 年度調査結果は 10.4%

※71) 平成 23 年度調査結果は 48.3%

- ジェネリック医薬品軽減額通知について、「受け取りを希望する」が 37.4%<sup>※72</sup>、「わからない」が 36.0%<sup>※73</sup>、「希望しない」が 23.9%<sup>※74</sup>であった。(204 ページ：図表 222)

※72) 平成 23 年度調査結果は 40.7%

※73) 平成 23 年度調査結果は 38.0%

※74) 平成 23 年度調査結果は 18.3%

- 患者の後発医薬品の使用に関する考えについてたずねたところ、「先発医薬品や後発医薬品にこだわらない」が 39.3%<sup>※75</sup>、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 33.6%<sup>※76</sup>、「わからない」が 12.3%<sup>※77</sup>、「できればジェネリック医薬品を使いたくない」が 11.3%<sup>※78</sup>であった。(216 ページ：図表 234)

※75) 平成 23 年度調査結果は 42.1%

※76) 平成 23 年度調査結果は 27.9%

※77) 平成 23 年度調査結果は 17.6%

※78) 平成 23 年度調査結果は 9.8%

- 後発医薬品を使用するにあたって重要なことを複数回答してもらった。「効果があること」が 75.1%で最も大きく、以下、「窓口で支払う薬代が安くなること」61.9%、「副作用の不安が少ないこと」56.5%、「医師のすすめがあること」28.4%、「薬剤師のすすめがあること」28.1%、「先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえらること」26.4%、「少しでも医療財政の節約に貢献できること」26.4%であった。(218 ページ：図表 236)

- 今後の後発医薬品の使用に関する考えは、「少しでも安くなるのであれば使用したい」が 43.2%<sup>※79</sup>、「本日の支払い金額より安くなるのであれば使用したい」の 16.5%<sup>※80</sup>と合わせ、半分以上の患者が安ければ後発医薬品に変更すると回答した。(222 ページ：図表 240)

※79) 平成 23 年度調査結果は 39.9%

※80) 平成 23 年度調査結果は 14.9% (具体的に安くなるのであれば)

## (5) 検証部会としての評価

まずは、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進施策に関し、①保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、②一般名による記載を含む処方せんを交付した場合の加算の新設、③医療機関における後発医薬品使用体制加算の見直し、の三つの施策の検証を行う。

- ① 保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直しの検証
- ア. 保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の対象となる算定要件の見直し（後発医薬品調剤体制加算 1、20%以上（6 点）→22%以上（5 点）、後発医薬品調剤体制加算 2、25%以上（13 点）→30%以上（15 点）、後発医薬品調剤体制加算 3、30%以上（17 点）→35%以上（19 点））を行ったが、後発医薬品の調剤率の数量ベースの平均値は、平成 24 年 1 月から 3 月までの間、25.5%から 26.0%の範囲で推移していたが、4月には 28.0%となり 1 ヶ月で 2.1 ポイント増加した。（13 ページ：図表 12）これは、新たな後発医薬品調剤体制加算制度が 4 月より導入されたために伸びたものと考えられる。しかしながら、4月以降は 1 ヶ月あたり 0.6 ポイント以内の増加にとどまった。
- イ. 後発医薬品の調剤率が一番高い後発医薬品調剤体制加算（後発医薬品調剤体制加算 3）を算定している薬局が増加（24.0%→29.4%）していること（13 ページ：図表 12）、及び、回答してくれた保険薬局総数に対する後発医薬品調剤体制加算を算定している保険薬局数の割合（65.6%）が平成 23 年度調査結果（57.0%）よりも増加していることから、この加算の存在が保険薬局の後発医薬品調剤の増加に貢献している面を把握できる。しかし、一方で、平成 23 年度調査結果（42.4%）よりは減少したとはいえ、後発医薬品調剤体制加算を算定していない保険薬局の割合が 33.6%あったことには留意が必要である。
- ② 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合の加算の新設の検証
- ア. まず、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で導入された一般名処方の処方せんのことを保険薬局に関する調査結果からみってみる。
- イ. 1 週間の調査期間内の取り扱い処方せんに記載された医薬品の品目数（212,391 品目）のうち、「先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品目数」は 67.2%、「後発医薬品名で処方された医薬品目数」は 14.8%、「一般名で処方された医薬品目数」は 14.7%であった。（25 ページ：図表 26）この結果から後発医薬品の処方先発医薬品の処方に比べて著しく少ないようにみえる。しかし、一般名で処方された医薬品のうち 61.9%が後発医薬品を選択しており（27 ページ：図表 28）、それが全体の 9.1%を占めているため（21 ページ：図表 22）、最終的に後発医薬品で処方された医薬品の全体に占める割合は 23.9%になる。一般名で処方された医薬品目の 38.1%は先発医薬品が選択されているとはいえ（27 ページ：図表 28）、一般名処方による後発医薬品の使用促進効果はあったと考えられる。ただし、一般名処方の処方せんを持参した患者の

うち、保険薬局が後発医薬品を調剤しなかったケースがあるが、その理由として最も大きな割合を示したのは、「患者が後発医薬品を希望しなかったから」であり、72.2%であった。(28 ページ：図表 31)

- ウ. また、1 週間の調査期間内に取り扱った全処方せんのうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名のない処方せんであって「1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せん」のうち「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん（一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含む）」の割合が 21.0%であり（16 ページ：図表 17）、平成 23 年度調査結果 5.7%（その時は一般名処方がなかった）に比べて著しく増加している。さらに、1 ヶ月間の取り扱い処方せんのうち、1 品目でも「変更不可」となっていない処方せんの取り扱いが 1 枚以上ある保険薬局（452 薬局）のうち、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布（薬局数ベース）において、40%以上となっている保険薬局の割合が 26.3%となっており、平成 23 年度調査結果の 5.9%を大きく上回ったことから、高い率で後発医薬品への変更を行っている保険薬局が明らかに増加していることが把握できる。こうした調査結果から、一般名処方が後発医薬品の使用促進に効果があったものと推察できる。
- エ. 次に、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で導入された一般名処方の処方せんを医療機関・医師に関する調査結果からみても。
- オ. 平成 24 年 4 月以降、医師に一般処方による処方せんを発行した経験の有無をたずねたところ、診療所では 56.5%が「ある」、9.4%が「ないが検討中」、病院では 35.4%が「ある」、14.8%が「ないが検討中」という回答を得た。（104 ページ：図表 120、医師ベース）病院ではまだ 3 割程度であるが、診療所では 5 割を越えている。導入が平成 24 年 4 月、医療機関・医師に対する本調査の実施が同年 8 月であることを考えれば、これらの数値は決して小さいとはいえない。加えて、「ないが検討中」という回答に注目すると、診療所で 9.4%、病院で 14.8%あるので、今後はさらに増えると思われる。
- カ. 最後に、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で導入された一般名処方の処方せんを患者に関する調査結果からみても。
- キ. 一般名処方の処方せんは患者によってどの程度認知されていたか。49.2%が「知っていた」、49.8%が「知らなかった」と回答した。（158 ページ：図表 173）ほぼ同じ割合であるが、導入が平成 24 年 4 月、患者に対する本調査の実施が同年 8 月であることを考えれば、一般名処方の処方せんの認知度は高い水準にあると考えてもよいだろう。
- ク. 一般名処方の処方せんを知っていると回答した人に一般名処方の処方せんを受

け取った経験の有無をたずねたところ、61.1%が「ある」、33.9%が「ない」と回答した。(160 ページ：図表 175) さらに、一般名処方処方せんを受け取った経験のある人に、一般名処方処方せんを受け取って困った経験の有無をたずねたところ、16.8%が「ある」、80.0%が「ない」と回答した。(164 ページ：図表 179) 一般名処方処方せんのことを 50%の患者がまだ知らないが、知っている人のうち、半数以上が一般名処方処方せんを受け取る経験をしている。その人の中で、一般名処方処方せんを受け取って困った経験をしたのは、わずか 16.8%で、80.0%の患者が困った経験がないと回答している。このように、患者の視点に立つならば、一般名処方処方せんをまだ知らない人がいるとはいえ、多くの患者はその存在によって困った経験をもたない。

ケ. 一般名処方処方せんを受け取った経験のある人に、一般名処方処方せんについて保険薬局の薬剤師から受けた説明内容を複数回答でたずねたところ、「一般名処方では医薬品を患者が選択できる」が 66.5%、「ジェネリック医薬品とは何かという説明」が 57.3%、「先発医薬品とジェネリック医薬品との価格差」が 44.5%であった。(162 ページ：図表 177、複数回答) これが示すように、患者が一般名処方を理解するにおいて保険薬局の薬剤師による説明が重要となる。

### ③ 医療機関における後発医薬品使用体制加算の見直しの検証

後発医薬品使用体制加算の算定状況は、有床診療所で 10.0%、病院で 21.7%にとどまっている。(89 ページ：図表 99) しかし、後発医薬品使用体制加算を算定したと回答した医療機関のうち、有床診療所の 40%、病院の 51.4%が平成 24 年 4 月以降に施設基準の届出を行っている。それは、平成 24 年 4 月の診療報酬改定における後発医薬品使用体制加算の見直しの一定の効果なのかもしれない。だが、注意すべき点は、割合は 40%、51.4%というように相対的に大きな数値であるものの、医療機関の数自体はそれぞれ 2 と 36 という値にとどまっていることである。(90 ページ：図表 101)

次に、平成 24 年度診療報酬改定以外の項目、すなわち、保険薬局、医療機関・医師、及び患者における後発医薬品の使用状況、後発医薬品使用についての意識等について分析する。最初に、①保険薬局、②医療機関・医師、③患者、という三つの調査ごとにその結果から把握できることを述べる。続けて、④三つの調査結果の関連付け(項目によって)を行う。

① 保険薬局に関して

ア. 1 週間の調査期間内における保険薬局での調剤状況をみると、処方せんの76.7%が1品目でも「変更不可」となっていない処方せんであるにもかかわらず、(16 ページ：図表 17) そのうち、保険薬局において後発医薬品を調剤した割合は、平成 23 年度調査結果の 46.8%よりは増加しているものの、49.3%といまだ50%に至ってない。しかし、1品目でも「変更不可」となっていない処方せんのうち、「1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せん(一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合を含む)」の割合は27.3%となり、平成 23 年度調査結果の 8.3%より大きく増加している。(17 ページ：図表 18) このことから、保険薬局における後発医薬品の変更調剤の試みは一定程度進んでいると推察できる。

イ. 保険薬局に後発医薬品の調剤に関する考えをたずねたところ、「積極的に取り組んでいる」と回答した割合が29.5%と平成 23 年度調査結果 38.6%よりも減少している。しかし、「後発医薬品の調剤にあまり積極的には取り組んでいない」と回答した割合が11.7%と平成 23 年度調査結果の 25.2%に比べて半減している。(30 ページ：図表 33) この結果から単純な評価をくだすことは難しいものの、保険薬局が後発医薬品の調剤に対して消極的ではないと推察される。

ウ. 減少したとはいえ、11.7%あった「あまり積極的に取り組んでいない」理由としては、割合の高い方から順番に「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」、「在庫管理の負担が大きい」、「後発医薬品の品質に疑問がある」及び「後発医薬品の効果に疑問がある」というものがあげられている。(30・31 ページ：図表 33、34、34 は複数回答)「在庫管理の負担が大きい」という理由は平成 23 年度調査結果と同様な傾向であった。

エ. 保険薬局の医薬品の在庫金額及び廃棄額の増加率をみてみると、平成 23 年 8 月または把握可能な 23 年度の 1 ヶ月分の在庫金額から平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の在庫金額への増加率は、医薬品全品目数の場合、6.7% (平均値)、後発医薬品に限った場合、25.0% (平均値) であった。医薬品全品目数の増加率 (平均値) とその中の後発医薬品に限定した品目数の増加率 (平均値) を比較することには意味がある。一方、平成 23 年 8 月または把握可能な 23 年度の 1 ヶ月分の廃棄額から平成 24 年 8 月または把握可能な直近の 1 ヶ月分の廃棄額への増加率は、医薬品全品目数の場合、-0.8% (平均値)、後発医薬品に限った場合、18.3% (平均値) であった。ここでも、医薬品全品目数の増加率 (平均値) とその中の後発医薬品に限定した品目数の増加率 (平均

値)を比較することには意味がある。(47 ページ: 図表 54) 在庫金額においても廃棄額においても、後発医薬品は全医薬品に比べて増加率が大きかった。後発医薬品の使用が進むほど在庫管理の負担ということを考えなければならなくなるだろう。

- オ. 今後、保険薬局の立場から後発医薬品への変更を進めるための要件を選んでもらったところ、割合の高い方から順番に次のようであった。「後発医薬品に対する患者の理解」、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」、及び「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」等であった。(52 ページ: 図表 59、複数回答)
- カ. さらに、自由記述において、後発医薬品の品目数が多過ぎること、一般名処方普及しないこと、後発医薬品を銘柄指定した上で「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんが見受けられることなどといった問題点もあげられていた。保険薬局における後発医薬品の調剤を進めていくためには、こうした回答をも参考にしつつ、具体策を検討する必要がある。

## ② 医療機関・医師に関して

- ア. 第一に、医療機関における後発医薬品の使用状況をみる。まず、入院患者に対する後発医薬品の使用状況であるが、有床診療所の場合、32.0%がそれぞれ「積極的に使用」「一部を使用」と回答し、それらを合わせると 64.0%、病院の場合、39.6%が「積極的に使用」、47.4%が「一部を使用」と回答し、それらを合わせると 87.0%となる。(86 ページ: 図表 95) これらの数値をみる限り、医療機関において入院患者に対して後発医薬品が使用されていることが分かる。特に、病院の場合には、かなり高い割合となっている。
- イ. 次に、外来診療における後発医薬品の処方であるが、院外処方を実施している病院を対象に、後発医薬品の使用について外来患者に院外処方をする場合の施設としての対応方針をたずねたところ、40.6%が「積極的に使用する」と回答し、平成 23 年度調査結果の 16.2%より大きく増えていた。(95 ページ: 図表 107)
- ウ. また、診療所・病院に 1 年前と比較して外来診療における後発医薬品の処方の変化をたずねたところ、診療所の 51.6% (平成 23 年度調査結果 35.8%)、病院の 55.2% (平成 23 年度調査結果 43.0%) が多くなったと回答した。(99 ページ: 図表 114、医師ベース) どちらも 50%を越えていて、しかも平成 23 年度調査結果より大きくなっている。これらの数値をみると、医療機関の外来診



療における後発医薬品の処方も進んでいることを把握できる。

- エ. 第二に、医師の後発医薬品の処方行動に目を向ける。平成 24 年 4 月以降、後発医薬品への「変更不可」欄にチェックした処方せんの発行経験の有無を医師にたずねたところ、診療所では「ある」40.3%、「ない」が56.3%、病院では「ある」31.9%、「ない」が65.3%であった。(101 ページ：図表 115、医師ベース)「ない」という回答は、平成 23 年度調査結果では、診療所 63.3%、病院 70.1%、であったので、どちらも若干減少しているものの、診療所・病院ともに 50%を越えている。この結果から医師が必ずしも後発医薬品の使用に消極的ではないといえるが、いまなお約 3~4 割の医師が「変更不可」に署名していることに留意する必要がある。
- オ. それでは、何故医師は「変更不可」に署名するのか。一部の医薬品について「変更不可」とする理由を複数回答でたずねたところ、診療所の医師も病院の医師も回答割合の大きい理由は大体共通していた。割合の高い方から順番にあげると、診療所では、「後発医薬品の品質が不安だから」、「患者からの強い要請があったから」、「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」、「後発医薬品の治療効果の違いを経験したから」となっている。病院では、「患者からの強い要請があったから」、「後発医薬品の品質が不安だから」、「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」、「後発医薬品の治療効果の違いを経験したから」となっている。(102 ページ：図表 118、医師ベース、複数回答)同時に、それらのうち最も大きな理由を単数回答してもらおうと、診療所では、「患者からの強い要請があったから」と「後発医薬品の品質が不安だから」、病院では、「患者からの強い要請があったから」、「後発医薬品の品質が不安だから」となっている。(103 ページ：図表 119、医師ベース、単数回答)
- カ. この調査結果から「変更不可」に署名する大きな理由は、次の二つにまとめられる。一つは、「患者からの強い要請があったから」ということ、もう一つは、「後発医薬品の品質が不安だから」ということである。前者の理由を解消させるには、患者の後発医薬品に対する意識を変えさせる必要がある。後者の理由を解消させるには、これまでも尽力してきたとはいえ、厚生労働省をはじめ関係機関が医師に対して後発医薬品の品質の不安を解消させる必要がある。
- キ. さらに、どのような対応がなされれば医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いかをたずねたところ、複数回答の場合、割合の高い方から順番にあげると、次のようになった。診療所では、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」、「後発医薬品メーカー卸による情報提供体制の構築」、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」、「一般名処方を行いやすくする環

境の整備」、「後発医薬品に対する患者の理解」、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」であった。病院では、同じく「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」、「後発医薬品メーカー卸による情報提供体制の構築」、「一般名処方を行いやすくする環境の整備」、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」であった。（123 ページ：図表 147、医師ベース、複数回答）これらのうち最も重要なものを単数回答してもらおうと、診療所・病院ともに一つの項目が大きな割合を占めた。それは、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」であった。（124 ページ：図表 148、医師ベース、単数回答）

ク. この回答は、上記の「変更不可」に署名する大きな理由の二つ目の解消策と符合している。後発医薬品に対する医師の疑問を解消していくためのさらなる取り組みが必要と考えられる。

### ③ 患者に関して

ア. 患者の後発医薬品の認知状況であるが、「知っている」が74.0%、「名前は聞いたことがある」が22.1%、「知らない」が3.2%となっていた。（173 ページ：図表 188）「知っている」は平成 23 年度調査結果では、76.2%あったので、若干下がったとはいえ、大体同じと捉えることができる。8 割弱の患者が知っているということになる。「知らない」と回答した割合は小さいが3%程度いる。また、「名前は聞いたことがある」というのも、おそらく後発医薬品の内容までは知らないのではないか。そういう患者が2割程度いるので、厚生労働省および関係機関はすべての患者が後発医薬品を理解できるように啓蒙を続けていく必要がある。

イ. 後発医薬品を知っていると回答した人のうち、72.8%が後発医薬品の使用経験があり、16.3%が使用経験ないと答えた。（174 ページ：図表 190）経験した人の割合は、平成 23 年度調査結果 60.8%より増加した。

ウ. 後発医薬品を知っていると回答した人のうち、16.3%が後発医薬品の処方を医師に、41.4%が薬剤師にお願いしたことがあると回答した。（178・182 ページ：図表 194・198）それらの数値は、平成 23 年度調査結果の 14.3%、32.6%より少し上がっている。

エ. 以上の結果から、わずかではあるが、患者による後発医薬品の認知も使用経験も増えていると推察できるだろう。

オ. 後発医薬品を知っていると回答した人のうち、50.7%が先発医薬品から後発医薬品に変更したことがあると答え、37.3%が変更したことがないと答えた。

(189 ページ：図表 206) 変更したことがある人に対し、先発医薬品から後発医薬品に変更した最大のきっかけをたずね、項目の中から単数回答してもらったところ、「薬剤師からの説明」が圧倒的に大きく、次いで「医師からの説明」であった。(191 ページ：図表 208) 患者が先発医薬品を後発医薬品へ変更する契機として、薬剤師の貢献が大きいこと、次いで医師の存在も重要であることが分かる。

カ. 患者の後発医薬品の使用に関する考えとして項目の中から選んでもらった結果は、割合の高い方から順番にあげると、次のようであった。「先発医薬品や後発医薬品にこだわらない」、「できればジェネリック医薬品を使いたい」、「わからない」、「できればジェネリック医薬品を使いたくない」であった。(216 ページ：図表 234)「できればジェネリック医薬品を使いたくない」と考えている人は約 1 割程度であるから、患者に対する情報提供などを含めて、後発医薬品に関する啓蒙を行うことによって後発医薬品の使用をさらに増やすことも可能と考えられる。

キ. 後発医薬品を使用するにあたって重要なことを複数回答してもらったところ、次のようであった。割合の高い方から順番にあげると、「効果があること」、「窓口で支払う薬代が安くなること」、「副作用の不安が少ないこと」、「医師のすすめがあること」、「薬剤師のすすめがあること」、「先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえること」、「少しでも医療財政の節約に貢献できること」であった。(218 ページ：図表 236)「薬代が安くなること」や「医療財政の節約に貢献できること」などの項目があるとはいうものの、それら以外の項目は、「後発医薬品が先発医薬品とどのように違い、後発医薬品の品質・効果が大丈夫なのか」という事柄と「医師および薬剤師のすすめ」という事柄に要約できる。

以上、まず平成 24 年 4 月の診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進施策三つに関して、平成 24 年度調査結果をみながら、その効果を検証した。続けて、平成 24 年度診療報酬改定以外の項目、すなわち、後発医薬品の使用状況、後発医薬品使用についての意識等について、同じく平成 24 年度調査結果をみて、保険薬局、医療機関・医師、患者という順番で分析した。各調査から得られた結果から把握できたことを述べたが、そこに述べられた考察は、各調査から得られた結果だけに基づくものであり、保険薬局、医療機関・医師、患者という三つのうちのどれか一つの主体の結果だけからみたものにすぎなかった。しかし、項目によっては、保険薬局、医療機関・医師、患者という三つを主体すべてから考察してみるのもよい。限られた内容ではあるが、次の④において、そのことを行

たい。

④ 三つの調査結果の関連付け（項目によって）

- ア. 保険薬局の結果に基づく分析の中から、改めて三つのことをくり返しておきたい。
- イ. 第一は、平成 23 年度調査結果に比べて半減しているとはいえ、「後発医薬品の調剤にあまり積極的には取り組んでいない」と回答した保険薬局の割合が 11.7%あったということである。そして、その理由として、割合の高い方から順番に以下のことがあげられていたことである。「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」、「在庫管理の負担が大きい」、「後発医薬品の品質に疑問がある」及び「後発医薬品の効果に疑問がある」などである。（30・31 ページ：図表 33、34、34 は複数回答）在庫管理負担の問題を除けば、理由としてあげられていたのは、「医療機関が後発医薬品の使用に消極的であるということ」と「後発医薬品の品質・効果に疑問がある」ということであった。
- ウ. 第二は、一般名処方処方せんを持参した患者のうち、保険薬局が後発医薬品を調剤しなかった理由として割合が最も大きかったのは「患者が後発医薬品を希望しなかったから」というもので、72.2%もあったということである。（28 ページ：図表 31）すでに上記したように、一般名処方が後発医薬品の使用促進に効果があったものと推察できるが、一般名で処方された医薬品目の 38.1%は先発医薬品が選択されていた。（27 ページ：図表 28）もしもそれも後発医薬品が選択されていたならば、後発医薬品の使用はもっと促進されていたであろうが、そうはならなかった大きな理由は、「患者が後発医薬品を希望しなかった」からであった。
- エ. 第三は、今後、保険薬局の立場から後発医薬品への変更を進めるための要件を選んでもらったところ、割合の高い方から順番に以下のことがあげられていたことである。「後発医薬品に対する患者の理解」、「後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合」、「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」、及び「後発医薬品メーカー・卸における在庫の確保」、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」等ということであった。（52 ページ：図表 59、複数回答）要件の中に、「価格のバラつきや品目数の整理統合」や「在庫の確保」及び「診療報酬上の一層の評価」ということもあげられていたが、割合の大きい要件として、次の二つに注目しておきたい。「後発医薬品に対する患者の理解」と厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質

保証が十分であることの周知徹底」の二つである。

- オ. 次に、医師の結果に基づく分析の中から、改めて二つのことをくり返してあげておきたい。
- カ. 第一は、平成 24 年 4 月以降、後発医薬品への「変更不可」欄にチェックした処方せんの発行経験の有無に関して、診療所の医師では 40.3%、病院の医師では 31.9%が「ある」と回答していたことである。(101 ページ：図表 115、医師ベース) 医師は必ずしも後発医薬品の使用に消極的ではないといえるが、いまなお約 3~4 割の医師が「変更不可」に署名している。何故医師は「変更不可」に署名するのか、最も大きな理由を単数回答してもらうと、診療所では、「患者からの強い要請があったから」と「後発医薬品の品質が不安だから」、病院では、「患者からの強い要請があったから」、「後発医薬品の品質が不安だから」であった。(103 ページ：図表 119、医師ベース、単数回答)
- キ. すでに上記に記述したことであるが、それを繰り返すと、この調査結果から「変更不可」に署名する大きな理由は、次の二つにまとめられる。一つは、「患者からの強い要請があったから」ということ、もう一つは、「後発医薬品の品質が不安だから」ということである。
- ク. 第二は、どのような対応がなされれば医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いかについて最も重要なものを単数回答してもらうと、診療所・病院ともに一つの項目が大きな割合を占めたことである。それは、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」であった。(124 ページ：図表 148、医師ベース、単数回答)
- ケ. 最後に、患者の結果に基づく分析の中から、改めて二つのことをくり返してあげておきたい。
- コ. 第一は、先発医薬品から後発医薬品に変更した最大のきっかけをたずね、いくつかの項目の中から単数回答してもらったところ、「薬剤師からの説明」が圧倒的に大きく、次いで「医師からの説明」であったので、(191 ページ：図表 208) 患者が先発医薬品を後発医薬品へ変更する契機として、薬剤師の貢献が大きく、次いで医師の存在も重要であるということである。
- サ. 第二は、後発医薬品を使用するにあたって重要なことを複数回答してもらった内容に関することであり、その部分を繰り返しておきたい。次のようであった。割合の高い方から順番にあげると、「効果があること」、「窓口で支払う薬代が安くなること」、「副作用の不安が少ないこと」、「医師のすすめがあること」、「薬剤師のすすめがあること」、「先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえること」、「少しでも医療財政の節約に貢献できること」であった。(218 ページ：図表

236)「薬代が安くなること」や「医療財政の節約に貢献できること」などの項目があるとはいうものの、それら以外の項目は、「後発医薬品が先発医薬品とどのように違い、後発医薬品の品質・効果が大丈夫なのか」という事柄と「医師および薬剤師のすすめ」という事柄に要約できる。

- シ. 以上、繰り返す内容となったが、後発医薬品使用が進まない理由と、後発医薬品使用促進のためには何が大切かということを保険薬局、医師、患者の各調査から得られた結果から把握できたことを述べた。
- ス. 保険薬局の結果からは、後発医薬品使用が進まない理由としては、「医療機関が後発医薬品の使用に消極的であるということ」と「後発医薬品の品質・効果に疑問がある」、それに「患者が後発医薬品を希望しなかった」ということがあげられた。
- セ. 促進のために大切なこととしては、「後発医薬品に対する患者の理解」と「厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」があげられた。
- ソ. 医師の結果からは、後発医薬品使用が進まない一部の理由として、「患者からの強い要請があったから」ということと「後発医薬品の品質が不安だから」ということがあげられた。促進のために大切なこととしては、「厚生労働省による品質保証が十分であることの周知徹底」があげられた。
- タ. 最後に、患者の結果からは、先発医薬品を後発医薬品へ変更する契機として、薬剤師の貢献が大きく、次いで医師の存在も重要であるということが得られた。
- チ. 後発医薬品を使用するにあたって重要なこととしては、「後発医薬品が先発医薬品とどのように違い、後発医薬品の品質・効果が大丈夫なのか」と「医師および薬剤師のすすめ」ということがあげられた。
- ツ. このように、三つの主体に対する調査結果を並べて関連付けると新しいことがみえてくる。保険薬局が後発医薬品が進まない理由として「患者が後発医薬品を希望しなかった」ことをあげ、医師が一部の理由として「患者からの強い要請があったから」ということをあげていたが、一方の患者にしてみれば、先発医薬品を後発医薬品へ変更する契機として、薬剤師の貢献が大きく、次いで医師の存在も重要である。保険薬局も医師も患者の意思を尊重しなければならないが、患者が意思決定を行うにあたって、薬剤師や医師のアドバイスも重要なものとなっている。患者が最終的に意思決定する場合の患者にとっても、その患者にアドバイスする薬剤師や医師にとっても、後発医薬品に対する正しい情報を持っていないといけないし、何よりも大切なのは、その後発医薬品の品質や効果に対して信頼を持っていないといけないことである。今回の調査結果をみると、保険薬局、

医師、そして患者から、後発医薬品使用促進のために大切なこととして、同じことがあげられている。それは「厚生労働省による後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」である。

- テ. 良い医療が患者に提供されなければならないことは言うまでもない。医療財政を保ち、また、患者負担をできるだけ軽減しながらも良い医療を患者に提供しなければならない。そこで、品質・効果・安全が保障された後発医薬品を使用することに意味がでてくる
- ト. 平成 24 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策は、本調査結果で示されたように、ある程度効果があったと推察できる。後発医薬品の使用促進はさらに継続的に取り組まれるべき課題であろう。中医協では平成 26 年度改定に向けて後発医薬品の使用促進のために診療報酬という方策でさらに何かできることがあるかどうかということを検討してほしい。
- ナ. 後発医薬品使用促進のためには、患者、保険薬局、医療機関、医師の意識に働きかける必要がある。そして、その大前提としては、患者、保険薬局、医療機関、医師が後発医薬品を正しく理解していることが大切である。本調査報告が明らかにしたように、「厚生労働省による後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」が大切である。これは、診療報酬に関係した方策ではないが、重要な方策だと思われる。すでにこれまでもいくつかの対応がなされているであろうが、少なくとも本調査報告の結果が示す限り、まだ十分ではない。厚生労働省はさらにこの課題に取り組んでいくことが必要である。

最後に、次のことを述べておく。本調査報告が対象とした調査（平成 24 年度調査）は平成 24 年 8 月に実施されたものである。したがって、平成 24 年度診療報酬改定にしても、その他の方策にしても、平成 24 年 8 月時点の効果を把握したものであり、その時点以降の効果に関しては対象としていない。幸いなことに、「後発医薬品の使用状況調査（平成 25 年度調査）」が平成 25 年 8 月に行われている。そこで、平成 24 年 8 月時点以降の効果に関してはそちらの結果を参照されたい。ただし、それは平成 26 年度改定に向けて本調査報告のようなものを示すことはできずに、概要（速報版）という形にとどまる。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 24 年度調査）

救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や

精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査

報告書（案）について

（右下頁）

・ 報告書（案）	2 頁
・ 救急医療機関票	2 2 1 頁
・ 患者票	2 3 4 頁
・ 精神科救急票	2 3 6 頁



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）  
救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や  
精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査  
報告書（案）

## 目 次

I. 調査の概要	1
1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
II. 調査の結果	5
1. 回収結果	5
2. 救急医療機関調査の結果	6
(1) 調査対象施設の概要	7
①救急医療体制	7
②開設者	8
(2) 二次・三次救急施設の概要	9
①救急告示の有無	9
②病院種別	10
③D P C 対応	11
④病床数	12
⑤新規入院患者数・病床利用率・平均在院日数の推移	14
⑥時間外選定療養費の導入状況等	19
⑦近隣における夜間対応の診療所の有無	22
⑧近隣における休日診療所の有無	23
(3) 救命救急入院料の状況等	24
①救命救急入院料等の施設基準の届出状況等	24
②救命救急入院料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数	25
③救命救急入院料等の算定件数	26
④救命救急センターに従事する職員数	30
(4) 特定集中治療室管理料の状況等	34
①特定集中治療室管理料等の施設基準の届出状況等	34
②特定集中治療室管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数	34
③特定集中治療室管理料等の算定件数	37
④特定集中治療室に従事する職員数	39
(5) 新生児特定集中治療室管理料等の状況等	41
①新生児特定集中治療室管理料等の施設基準の届出状況	41

②新生児特定集中治療管理料等算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数.....	42
③新生児特定集中治療室管理料等の算定件数.....	46
④新生児特定集中治療室等に従事する職員数.....	48
(6) 小児入院医療管理料の状況等.....	52
①小児入院医療管理料の施設基準の届出状況等.....	52
②小児入院医療管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数.....	52
③小児入院医療管理料の算定件数.....	54
(7) 救命救急入院料算定病床等における小児患者の状況等.....	56
①各算定病床から退室した小児患者数.....	56
②各算定病床から退室した小児患者における入室時の年齢区分.....	57
③各算定病床から退室した小児患者における入室前の状況.....	58
④各算定病床から退室した小児患者における入室時の状況.....	59
⑤各算定病床から退室した小児患者における入室時の状態等.....	60
⑥月末時点在室小児患者数.....	61
⑦1 か月間に退室した小児患者の転帰.....	63
(8) 救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況等... 64	64
①救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況.....	64
②救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入実績.....	64
③「救命救急入院料」注2(3000点)の加算を算定する際の体制.....	65
(9) ハイケアユニット入院医療管理料の状況等.....	66
①ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準の届出状況等.....	66
②ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数.....	66
③ハイケアユニット入院医療管理料の算定件数.....	67
④ハイケアユニットに従事する職員数.....	69
⑤ハイケアユニットの入院患者の状況等.....	71
(10) 救急医療の実施状況等.....	76
①施設基準の届出状況等.....	76
②各診療報酬項目算定件数.....	77
(11) 救急外来の実施状況等.....	88
①夜間における救急対応.....	88
②夜間の救急外来の初期対応.....	90
③初診料・再診料(外来診療料)の算定件数.....	91
④外来延べ患者数、救急搬送受入患者数等.....	92
⑤在宅医療を提供する連携医療機関の有無等.....	95
⑥救急医療管理加算の算定患者の状況等.....	97

⑦緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等	100
⑧退院調整の体制	103
(12) 院内トリアージの実施状況等	106
①院内トリアージの実施状況	106
②院内トリアージを実施する職員数	107
③院内トリアージを実施する際の医師の関与	108
④院内トリアージのガイドラインの種類	108
⑤院内トリアージの段階	109
⑥院内トリアージの実施基準	109
⑦実施した院内トリアージの内容等	111
⑧院内トリアージを実施することの効果等	113
(13) 救急医療における課題等	119
3. 救急外来患者調査の結果	129
(1) 受診した医療機関の「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出状況	129
(2) 回答者の属性等	130
①調査票記入者	130
②患者の性別	131
③患者の年齢	132
(3) 受診した時の状況等	134
①受診した医療機関への来院方法	134
②受診した医療機関	135
③外来受付時間	138
④診察までの待ち時間	140
(4) 受診までの状況等	143
①家族以外への相談の状況	143
②時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか	149
③受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか	152
④診療までの待ち時間の長さに対する評価	154
⑤受診した医療機関を選んだ最大の理由	158
(5) 院内トリアージに対する評価等	162
①トリアージの認知度	162
②トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価	163
③トリアージについての説明の有無	174
④トリアージについての説明の理解度	178
4. 精神科救急調査の結果	180
(1) 調査対象施設の概要	180
①開設者	180
②救急告示の有無	180

③救急医療体制 .....	181
④病院種別 .....	181
⑤精神科医療に関する指定等の状況 .....	182
⑥精神病棟入院基本料等.....	183
(2) 精神科医療の体制等.....	184
①許可病床数.....	184
②病床利用率.....	185
③平均在院日数 .....	186
④精神科病棟に従事している職員数 .....	187
(3) 精神科医療の実施状況等 .....	188
①精神科救急医療体制整備事業への参加状況等 .....	188
②施設基準の届出状況等.....	190
③各診療報酬項目算定件数 .....	191
④精神科救急入院料の施設基準の届出状況等.....	194
⑤精神科救急・合併症入院料算定病棟の状況等 .....	197
⑥精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の状況等 .....	200
(4) 精神科医療における退院調整等の状況等.....	205
①精神病床における入院患者の退院調整を行う部署の有無等 .....	205
②精神病床（急性期）に入院している患者の退院調整のタイミング .....	207
(5) 精神科救急における後方病床との連携状況等 .....	208
①精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況等 .....	208
②精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の算定件数.....	209
③精神科救急搬送患者地域連携受入加算新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたか .....	210
④連携医療機関数.....	211
(6) 精神科救急における課題等.....	212

# I. 調査の概要

## 1. 目的

平成 24 年度診療報酬改定においては、①救命救急入院に対する看護配置基準の明確化や一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価、小児特定集中治療室管理料の新設等小児救急医療に対する評価など質の高い救命救急入院に係る医療の推進をはじめ、②精神疾患を合併する救急患者の受入れの更なる推進、③救急搬送患者地域連携受入れの更なる推進、④急性期後の患者や在宅患者の受入れに対する評価、⑤NICU 入院患者等の後方病床の充実などを狙いとする多岐にわたる診療報酬項目の新設・見直しが行われた。

本調査では、これらの診療報酬改定の見直しによる影響・効果等の把握を目的として調査を実施した。

## 2. 調査対象

本調査では、以下の 3 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「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査 <救急医療機関調査>」（以下、「救急医療機関調査」）

- ・「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「院内トリアージ実施料」のいずれかについて届出を行っている保険医療機関（悉皆、1,285 施設）、
- ・「地域連携小児夜間・休日診療料 I・II」の届出を行っている保険医療機関（無作為抽出、200 施設）、
- ・上記以外で、「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」「救急医療管理加算」の届出を行っている保険医療機関（無作為抽出、515 施設）

調査客体数は上記 3 つ合わせて 2,000 施設とした。

②「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査 <精神科救急調査>」（以下、「精神科救急調査」）

- ・「精神科救急入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」「精神科救急・合併症入院料」のいずれかについて届出を行っている保険医療機関（悉皆、385 施設）。

③「医療機関における救急外来に関するアンケート調査」（以下、「救急外来患者調査」）

- ・上記①の調査対象施設において、調査期間中に救急外来（21 時以降または休日）を利用した患者。1 施設当たり最大 4 名とした。

## 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。
- ・上記①「救急医療機関調査」、②「精神科救急調査」の 2 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。

- ・上記③「救急外来患者調査」の患者調査については、①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、平成24年10月25日～平成25年1月23日。

#### 4. 調査項目

区分	主な調査項目
<p>①救急医療機関調査</p> <p>【施設調査】</p>	<p>○施設属性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、承認等の状況、DPCの対応状況</li> </ul> <p>○救急医療体制等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急告示の有無、救急医療体制（一次／二次／三次等）</li> <li>・ 近隣における夜間対応・休日対応の診療所の有無</li> <li>・ 夜間の救急対応の可否（内科、小児科、外科、産科、精神科）</li> <li>・ 時間外選定療養費の設定の有無、金額、件数の推移</li> <li>・ 救急に係る病床数・新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数（改定前後）</li> <li>・ 救急医療に従事する医師数、看護師数（改定前後）</li> </ul> <p>○一般救急医療の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来延べ患者数、時間外・休日・深夜加算の算定件数、救急搬送患者受入数、緊急入院患者数（改定前後）</li> <li>・ 院内トリアージの実施状況（算定の有無に関わらず）、導入時期、実施者、基準の有無、トリアージガイドラインの種類、施設基準の届出の有無</li> <li>・ トリアージの適切さ（オーバートリアージ・アンダートリアージ）</li> <li>・ 院内トリアージの効果、今後の課題</li> <li>・ 在宅療養中の患者の受入状況（緊急時の対応の連携についての取り決めの有無）、在宅患者緊急入院診療加算を算定件数、重症度、小児の在宅療養中の患者の受入状況</li> <li>・ 救急医療管理加算算定患者の状態別患者数</li> <li>・ 救急搬送受入を断った事例の有無、件数の変化、理由</li> <li>・ 救急医療管理加算（乳幼児加算、小児加算）、救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携小児夜間・休日診療料、救急搬送診療料長時間加算等の施設基準の届出状況、届出時期、改定前後の算定件数の状況 / 等</li> </ul> <p>○「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」等の救急病床における小児患者の受入状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児患者の受入状況、小児専用病床の確保状況</li> <li>・ 小児特定集中治療室管理料の届出状況</li> <li>・ 各病床における小児患者の状態、長期入院の小児患者数、転帰</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況 / 等</li> </ul> <p>○ハイケアユニットにおける状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院患者数、入院患者の状況、医療処置の内容</li> <li>ハイケアユニット入院医療管理料を算定できないケースの有無 / 等</li> </ul> <p>○連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整の体制（改定前後）</li> <li>緊急入院した患者、小児患者の転帰 / 等</li> <li>救急搬送による入院患者の行き先、平均在院期間</li> <li>救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算の届出の有無、算定件数 / 等</li> </ul>
<p>②精神科救急調査 【施設調査】</p>	<p>○施設属性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>開設者、病院種別、精神科医療に関する指定等の状況、入院基本料の状況、許可病床数</li> <li>精神科病棟に従事している職員数 / 等</li> </ul> <p>○精神科救急体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急告示、救急医療体制</li> <li>精神科救急医療体制整備事業への参加状況、参加の回数、参加日における体制</li> <li>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の施設基準の届出の状況、届出時期</li> <li>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定患者のうち救急搬送されてきた患者数、長期入院患者数、身体合併症の治療のために救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて再入院となった患者数等</li> <li>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の退院先 / 等</li> </ul> <p>○退院調整・他医療機関との連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整を行う部署の有無、体制</li> <li>退院調整のタイミング</li> <li>精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況・時期・算定件数、届出の予定、届出をしていない理由</li> <li>精神科救急搬送患者地域連携受入加算の効果</li> <li>連携先の医療機関数</li> </ul> <p>○精神科救急における課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神科救急患者の受入上の課題 / 等</li> </ul>
<p>③救急外来患者調査</p>	<p>○基本属性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>性別、年齢</li> </ul>



<p><b>【患者調査】</b></p>	<p>○受診までの状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 来院方法、外来受付時間、診察までの待ち時間、受診した医療機関の種類</li> <li>・ 受診前の他者への相談の有無、相談相手</li> <li>・ 医療機関についての事前の情報収集、受診できる他医療機関の有無、受診した医療機関を選択した理由</li> <li>・ 診療までの待ち時間の長さについての評価 / 等</li> </ul> <p>○トリアージに関する評価等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ トリアージの認知度、トリアージを導入することの評価とその理由</li> <li>・ トリアージの説明の有無、説明についての理解状況</li> <li>・ トリアージ、時間外の救急医療についての要望等</li> </ul>
----------------------	--

## Ⅱ. 調査の結果

### 1. 回収結果

救急医療機関調査の有効回収数（施設数）は 597 件、有効回収率は 29.9%であった。また、精神科救急調査の有効回収数（施設数）は 150 件、有効回収率は 39.0%であった。救急外来患者調査の有効回答人数は 736 人分であった。

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	有効回収数	有効回収率
①救急医療機関調査	2,000	597	29.9%
②精神科救急調査	385	150	39.0%
③救急外来患者調査	—	736	—

（注）上記「③救急外来患者調査」の対象は、「①救急医療機関調査」において調査日の救急外来を受診した患者の受付順に、調査協力について患者の同意を得られた患者 4 名であり、当該施設を通じて配布した。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、発送数及び回収率は「—」とした。

## 2. 救急医療機関調査の結果

### 【調査対象等】

調査対象：以下に該当する施設、合計 2,000 施設。

- ・「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「院内トリアージ実施料」のいずれかについて届出を行っている保険医療機関（悉皆、1,285 施設）
- ・「地域連携小児夜間・休日診療料Ⅰ・Ⅱ」の届出を行っている保険医療機関（無作為抽出、200 施設）
- ・上記以外で、「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」「救急医療管理加算」のいずれかの届出を行っている保険医療機関（無作為抽出、515 施設）

回答数：597 施設

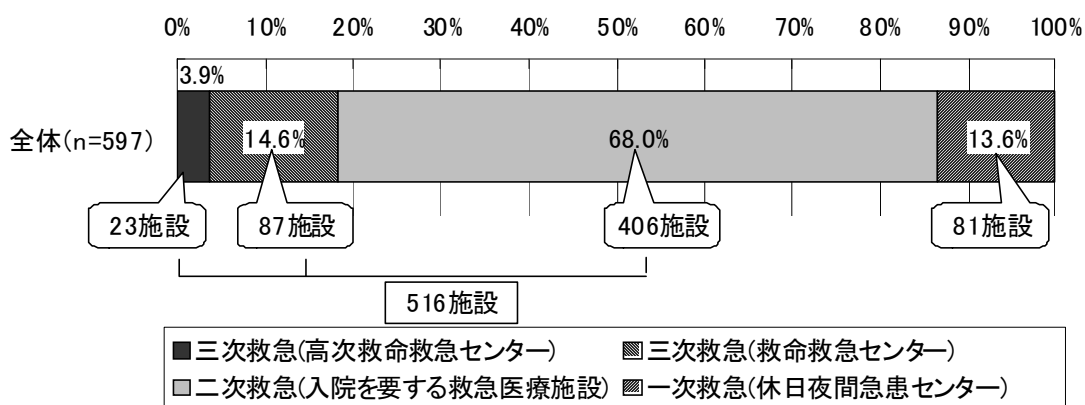
回答者：管理者

## (1) 調査対象施設の概要

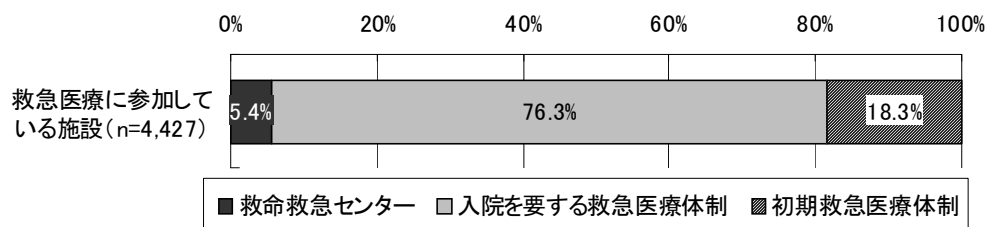
### ①救急医療体制

本調査で有効回答が得られた施設 597 施設の救急医療体制をみると、「三次救急（高次救命救急センター）」が 23 施設（回答施設の 3.9%）、「三次救急（救命救急センター）」が 87 施設（同 14.6%）、「二次救急（入院を要する救急医療施設）」が 406 施設（68.0%）、「一次救急（休日夜間急患センター）」が 81 施設（13.6%）であった。

図表 2 救急医療体制



### (参考)

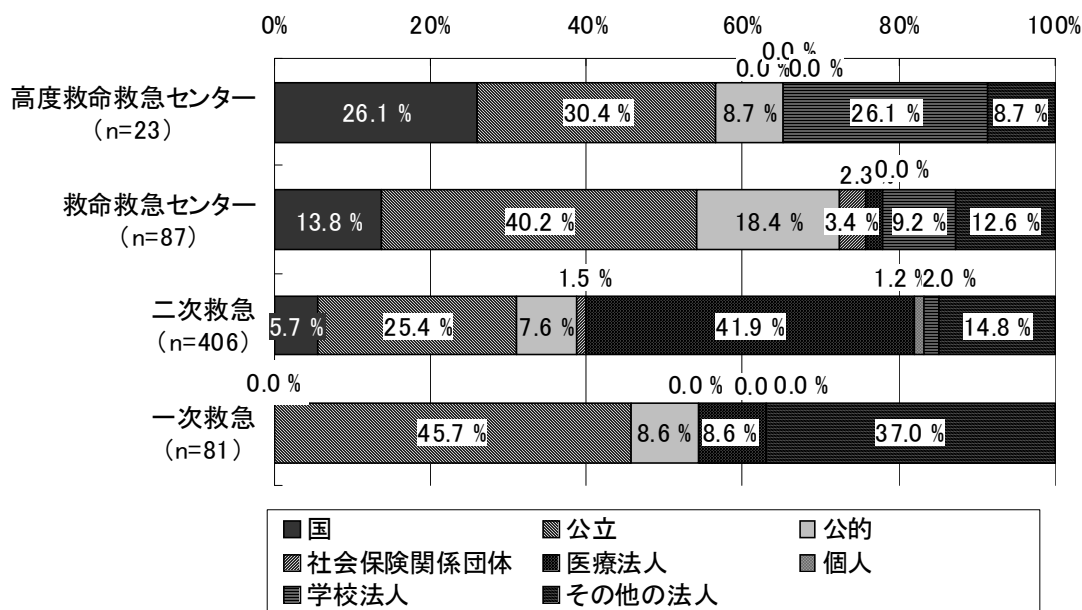


(出典) 厚生労働省「平成 23 年医療施設（静態・動態）調査」より作成

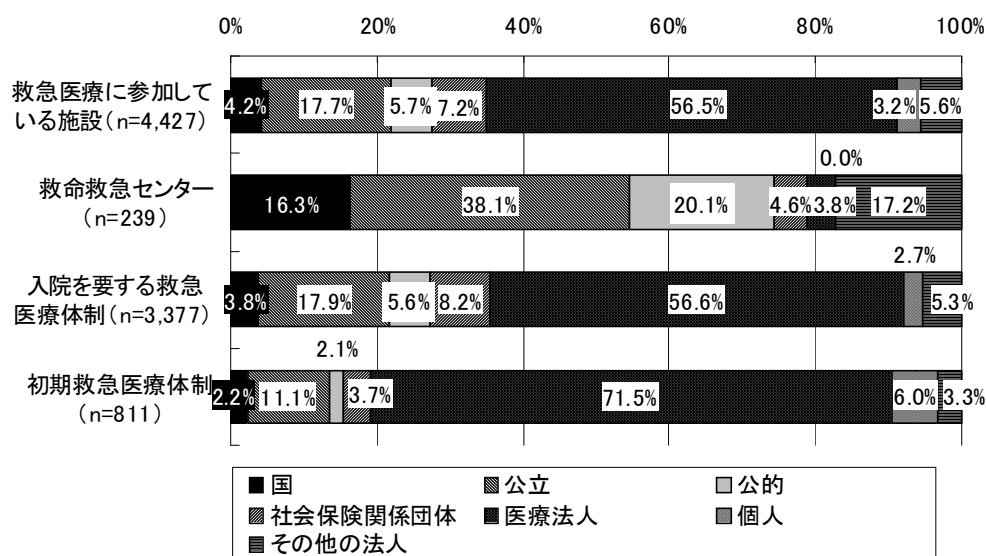
## ②開設者

開設者をみると、高度救命救急センターでは「公立」が30.4%で最も多く、次いで「国」、  
「学校法人」（いずれも26.1%）であった。救命救急センターでは「公立」が40.2%で最も  
多く、次いで「公的」（18.4%）、「国」（13.8%）であった。二次救急では「医療法人」が41.9%  
で最も多く、次いで「公立」（25.4%）、「その他の法人」（14.8%）であった。一次救急では  
「公立」が45.7%で最も多く、次いで「その他の法人」（37.0%）、「公的」、「医療法人」（い  
ずれも8.6%）であった。

図表 3 開設者



### (参考)



(注) 「学校法人」は「その他の法人」に含まれる。

(出典) 厚生労働省「平成23年医療施設（静態・動態）調査」より作成

## (2) 二次・三次救急施設の概要

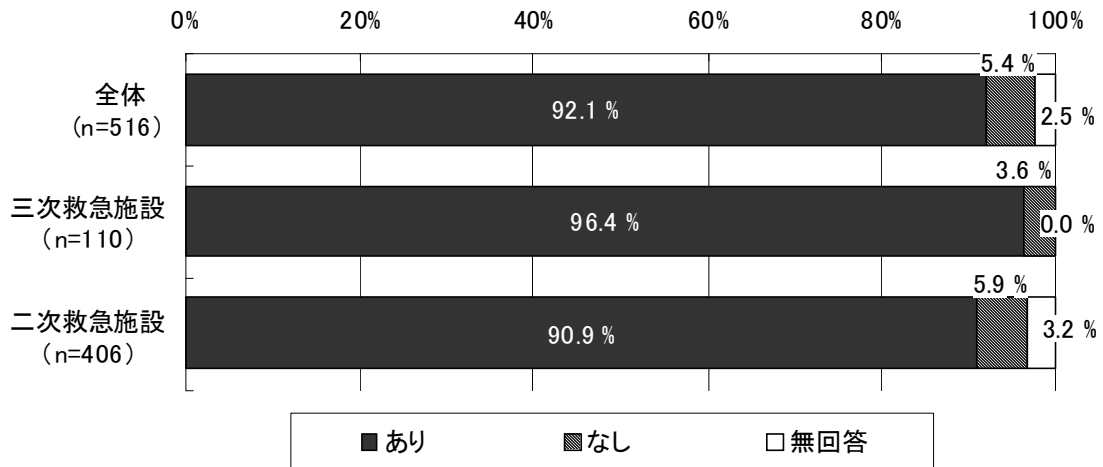
本調査では、以下の通りとした。

- ・三次救急施設：図表 2「救急医療体制」で「三次救急（高次救命救急センター）」、「三次救急（救命救急センター）」と回答した施設。ただし、患者数など、必ずしも三次救急に該当する患者数だけではなく、二次救急、一次救急などを含めた回答となっていることに留意する必要がある。
- ・二次救急施設：図表 2「救急医療体制」で「二次救急（入院を要する救急医療施設）」と回答した施設。
- ・一次救急施設：図表 2「救急医療体制」で「一次救急（休日夜間急患センター）」と回答した施設。

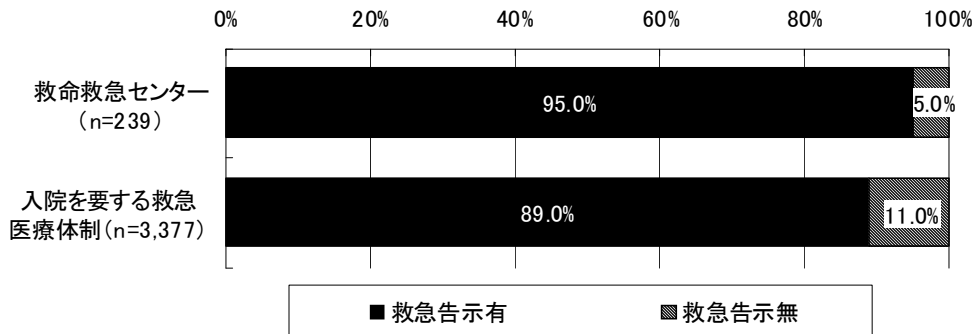
### ①救急告示の有無

救急告示の有無をみると、三次救急施設では救急告示が「あり」という施設が 96.4%であった。また、二次救急施設では救急告示が「あり」という施設が 90.9%であった。

図表 4 救急告示の有無



(参考)

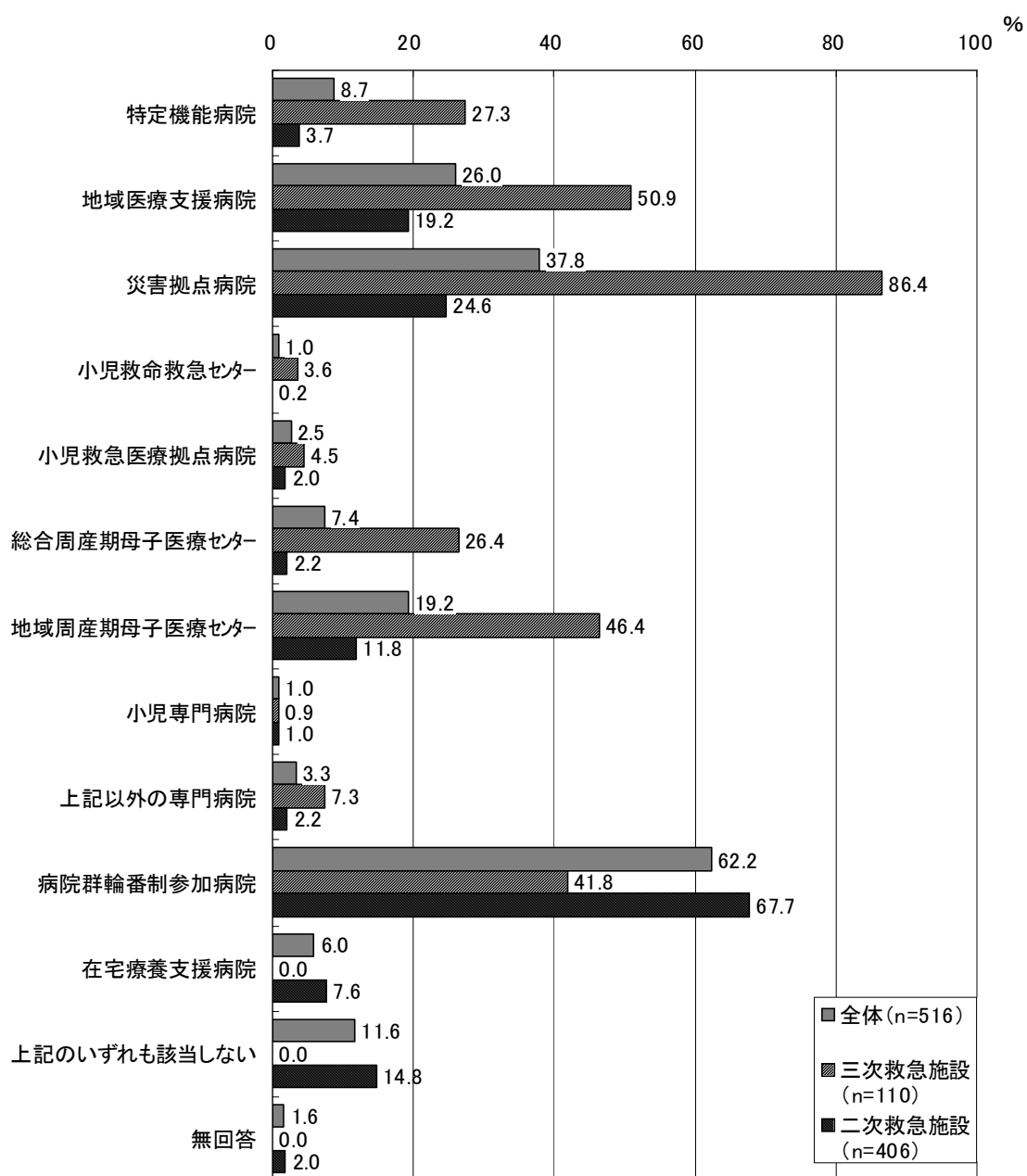


(出典) 厚生労働省「平成 23 年医療施設（静態・動態）調査」より作成

## ②病院種別

病院種別をみると、三次救急施設では「災害拠点病院」が86.4%、「地域医療支援病院」が50.9%、「地域周産期母子医療センター」が46.4%、「病院群輪番制参加病院」が41.8%、「特定機能病院」が27.3%、「総合周産期母子医療センター」が26.4%であった。二次救急施設では「病院群輪番制参加病院」が67.7%、「災害拠点病院」が24.6%、「地域医療支援病院」が19.2%であった。

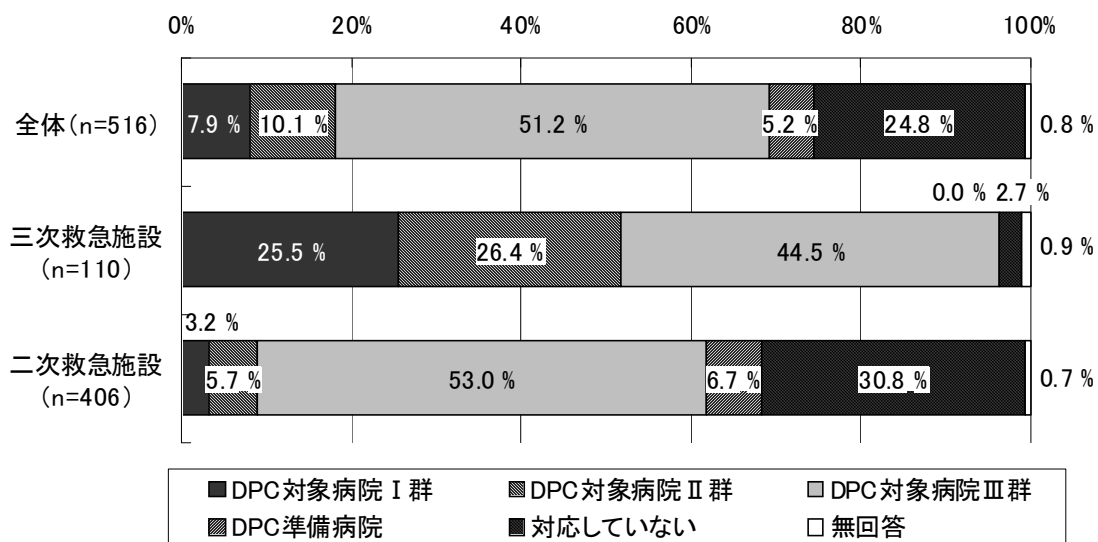
図表 5 病院種別（複数回答）



### ③DPC対応

DPC 対応をみると、三次救急施設では「DPC 対象病院 I 群」が 25.5%、「DPC 対象病院 II 群」が 26.4%、「DPC 対象病院 III 群」が 44.5%であった。二次救急施設では「DPC 対象病院 I 群」が 3.2%、「DPC 対象病院 II 群」が 5.7%、「DPC 対象病院 III 群」が 53.0%、「DPC 準備病院」が 6.7%、「対応していない」が 30.8%であった。

図表 6 DPC対応





#### ④病床数

平成23年9月末の病床数をみると、三次救急施設では平均656.2床（標準偏差248.8、中央値628.0）であり、二次救急施設では平均287.6床（標準偏差182.7、中央値261.5）であった。平成24年9月末の病床数をみると、三次救急施設では平均658.8床（標準偏差246.8、中央値632.5）であり、二次救急施設では平均287.3床（標準偏差181.9、中央値264.0）であった。

図表 7 1 施設あたり病床数

(単位：床)

		平成23年9月末					
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体
全体 (n=490)	平均値	344.4	11.2	9.7	2.7	0.9	368.9
	標準偏差	246.5	30.4	28.3	10.7	2.5	250.9
	中央値	304.5	0.0	0.0	0.0	0.0	322.5
三次救急施設 (n=108)	平均値	627.8	1.4	20.6	4.4	2.1	656.2
	標準偏差	233.8	10.7	28.7	10.9	3.4	248.8
	中央値	599.0	0.0	0.0	0.0	0.0	628.0
二次救急施設 (n=382)	平均値	264.2	14.0	6.7	2.2	0.5	287.6
	標準偏差	182.8	33.4	27.5	10.6	2.0	182.7
	中央値	236.5	0.0	0.0	0.0	0.0	261.5
		平成24年9月末					
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体
全体 (n=490)	平均値	344.7	11.2	9.9	2.6	0.9	369.2
	標準偏差	246.4	30.4	27.8	10.5	2.4	250.8
	中央値	309.0	0.0	0.0	0.0	0.0	324.5
三次救急施設 (n=108)	平均値	629.2	1.4	22.0	4.1	2.1	658.8
	標準偏差	232.1	10.7	28.6	10.5	3.4	246.8
	中央値	600.0	0.0	0.0	0.0	0.0	632.5
二次救急施設 (n=382)	平均値	264.2	14.0	6.5	2.1	0.5	287.3
	標準偏差	182.6	33.5	26.6	10.5	1.9	181.9
	中央値	243.0	0.0	0.0	0.0	0.0	264.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の病床規模について回答のあった施設のみを集計対象とした。

図表 8 1 施設あたり病床数（各該当病床のある施設）

（単位：床）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
療養病床	回答施設数	88	88
	平均値	62.4	62.4
	標準偏差	44.2	44.4
	中央値	50.0	51.0
精神病床	回答施設数	80	85
	平均値	59.6	57.0
	標準偏差	44.2	42.2
	中央値	47.0	46.0
結核病床	回答施設数	58	56
	平均値	22.8	22.6
	標準偏差	22.6	22.8
	中央値	15.0	15.0
感染症病床	回答施設数	79	79
	平均値	5.5	5.3
	標準偏差	3.7	3.6
	中央値	5.0	4.0

（注）各該当病床がある施設のみを集計対象とした。

## ⑤新規入院患者数・病床利用率・平均在院日数の推移

### 1) 病院全体

1施設あたりの新規入院患者数をみると、三次救急施設では平成23年9月には平均1,182.1人（標準偏差857.6、中央値1,091.0）であり、平成24年9月には平均1,189.7人（標準偏差898.0、中央値1,097.0）であった。二次救急施設では平成23年9月には平均404.2人（標準偏差341.5、中央値317.0）であり、平成24年9月には平均402.4人（標準偏差336.2、中央値325.0）であった。

100床あたりの新規入院患者数をみると、三次救急施設では平成23年9月には平均180.8人（標準偏差87.7、中央値170.8）であり、平成24年9月には平均182.2人（標準偏差101.5、中央値169.9）であり、平均値ベースでは1.4人増、中央値ベースでは0.9人減であった。二次救急施設では平成23年9月には平均128.4人（標準偏差58.1、中央値125.6）であり、平成24年9月には平均128.1人（標準偏差58.9、中央値124.6）であり、平均値ベースでは0.3人減、中央値ベースでは1.0人減であった。三次救急施設のほうが二次救急施設よりも100床あたりの新規入院患者数が50人程多かった。

図表 9 1施設あたり新規入院患者数・100床あたり新規入院患者数の推移

		新規入院患者数(人)		100床あたり新規入院患者数(人)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体(n=450)	平均値	578.8	579.1	140.2	140.2
	標準偏差	599.8	612.7	69.3	74.1
	中央値	459.5	445.5	141.3	139.6
三次救急施設 (n=101)	平均値	1,182.1	1,189.7	180.8	182.2
	標準偏差	857.6	898.0	87.7	101.5
	中央値	1,091.0	1,097.0	170.8	169.9
二次救急施設 (n=349)	平均値	404.2	402.4	128.4	128.1
	標準偏差	341.5	336.2	58.1	58.9
	中央値	317.0	325.0	125.6	124.6

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の病院全体の新規入院患者数・病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

1施設あたりの病床利用率をみると、三次救急施設では平成23年9月には平均84.2%（標準偏差7.4、中央値84.4）であったのが、平成24年9月には平均83.9%（標準偏差6.6、中央値83.5）となり、平均値ベースでは0.3ポイント減、中央値ベースでは0.9ポイント減となったが、依然として80%を超える病床利用率であった。二次救急施設では平成23年9月には平均78.6%（標準偏差13.6、中央値79.2）であったのが、平成24年9月には平均77.9%（標準偏差13.4、中央値79.2）となり、平均値ベースでは0.7ポイント減、中央値ベースでは増減はなかった。

平均在院日数をみると、三次救急施設では平成23年9月には平均14.1日（標準偏差3.0、中央値13.9）であり、平成24年9月には平均14.1日（標準偏差2.9、中央値13.6）であり、平均値ベースでは増減はなかったが、中央値ベースでは0.3日の減少となった。二次救急施設では平成23年9月には平均22.5日（標準偏差36.7、中央値16.0）であり、平成24年9月には平均22.7日（標準偏差35.8、中央値15.6）であり、平均値ベースでは0.2日の増加、中央値ベースでは0.4日の減少であった。

図表 10 1施設あたり病床利用率・平均在院日数の推移

		病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体	平均値	79.9	79.3	20.6	20.7
	標準偏差	12.6	12.4	32.4	31.7
	中央値	81.3	81.6	15.0	15.0
三次救急施設	平均値	84.2	83.9	14.1	14.1
	標準偏差	7.4	6.6	3.0	2.9
	中央値	84.4	83.5	13.9	13.6
二次救急施設	平均値	78.6	77.9	22.5	22.7
	標準偏差	13.6	13.4	36.7	35.8
	中央値	79.2	79.2	16.0	15.6

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の病院全体の病床利用率・平均在院日数についてそれぞれ回答のあった施設のみを集計対象とした。

病床利用率の回答施設数：全体 n=444、三次救急施設 n=102、二次救急施設 n=342

平均在院日数の回答施設数：全体 n=432、三次救急施設 n=98、二次救急施設 n=334

## 2) 一般病床

図表 11 1施設あたり新規入院患者数・100床あたり新規入院患者数の推移<一般病床>

(一般病床がある施設)

		新規入院患者数(人)		100床あたり新規入院患者数(人)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体(n=478)	平均値	559.8	559.4	147.1	146.5
	標準偏差	580.6	593.0	65.6	69.9
	中央値	452.0	436.0	145.7	143.7
三次救急施設 (n=106)	平均値	1,153.0	1,159.9	183.2	184.7
	標準偏差	818.1	857.2	85.8	97.6
	中央値	1,071.5	1,085.5	174.3	172.8
二次救急施設 (n=372)	平均値	390.8	388.3	136.8	135.7
	標準偏差	338.8	334.4	54.5	55.3
	中央値	306.0	308.5	136.9	134.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の一般病床の新規入院患者数・病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

図表 12 1施設あたり病床利用率・平均在院日数の推移<一般病床>

(一般病床がある施設)

		病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体	平均値	81.2	79.1	15.9	15.8
	標準偏差	39.4	12.8	6.0	6.2
	中央値	81.2	81.0	14.5	14.5
三次救急施設	平均値	85.1	84.9	13.9	13.7
	標準偏差	7.3	6.6	2.6	2.7
	中央値	84.5	85.1	13.6	13.3
二次救急施設	平均値	80.1	77.4	16.5	16.3
	標準偏差	44.5	13.6	6.5	6.7
	中央値	79.3	79.2	15.0	15.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の一般病床の病床利用率・平均在院日数についてそれぞれ回答のあった施設のみを集計対象とした。

病床利用率の回答施設数：全体 n=474、三次救急施設 n=106、二次救急施設 n=368

平均在院日数の回答施設数：全体 n=476、三次救急施設 n=106、二次救急施設 n=370

## 3) 療養病床

図表 13 1施設あたり新規入院患者数・100床あたり新規入院患者数の推移<療養病床>

(療養病床がある施設)

		新規入院患者数(人)		100床あたり新規入院患者数(人)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体(n=79)	平均値	6.6	6.8	11.2	11.1
	標準偏差	10.5	11.2	17.1	17.8
	中央値	3.0	2.0	5.0	3.1

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の療養病床の新規入院患者数・病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

図表 14 1 施設あたり病床利用率・平均在院日数の推移<療養病床>

(療養病床がある施設)

		病床利用率(%) (n=82)		平均在院日数(日) (n=78)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
全体	平均値	88.4	84.4	254.5	255.9
	標準偏差	16.5	18.2	343.3	396.0
	中央値	92.1	89.7	129.9	129.1

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月末時点の療養病床の病床利用率・平均在院日数についてそれぞれ回答のあった施設のみを集計対象とした。

#### 4) 精神病床

図表 15 1 施設あたり新規入院患者数・100 床あたり新規入院患者数の推移<精神病床>

(精神病床がある施設)

		新規入院患者数(人)		100 床あたり新規入院患者数(人)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
全体(n=77)	平均値	17.2	16.3	38.3	36.5
	標準偏差	12.2	11.0	36.0	30.4
	中央値	14.0	14.0	30.6	32.4
三次救急施設 (n=43)	平均値	18.1	17.8	45.0	42.9
	標準偏差	12.3	11.1	42.0	34.4
	中央値	15.0	16.0	33.3	33.3
二次救急施設 (n=34)	平均値	15.9	14.4	29.8	28.4
	標準偏差	12.2	10.7	24.5	22.4
	中央値	13.5	12.0	25.5	24.7

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月末時点の精神病床の新規入院患者数・病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

図表 16 1 施設あたり病床利用率の推移<精神病床>

(精神病床がある施設)

		病床利用率(%)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
全体(n=76)	平均値	74.4	73.1
	標準偏差	17.8	19.9
	中央値	77.4	77.8
三次救急施設 (n=43)	平均値	76.8	73.4
	標準偏差	17.3	20.3
	中央値	79.9	79.4
二次救急施設 (n=33)	平均値	71.3	72.8
	標準偏差	18.3	19.6
	中央値	74.4	77.5

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月末時点の精神病床の病床利用率について回答のあった施設のみを集計対象とした。

5) 結核病床

図表 17 1施設あたり新規入院患者数・100床あたり新規入院患者数の推移<結核病床>

(結核病床がある施設)

		新規入院患者数(人)		100床あたり新規入院患者数(人)	
		平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
全体(n=53)	平均値	4.5	3.4	17.2	14.1
	標準偏差	6.5	4.7	16.8	14.7
	中央値	2.0	2.0	15.9	10.5
三次救急施設 (n=21)	平均値	3.4	2.7	14.2	14.9
	標準偏差	4.7	2.8	12.7	17.3
	中央値	2.0	2.0	12.0	10.0
二次救急施設 (n=32)	平均値	5.2	3.9	19.2	13.6
	標準偏差	7.5	5.7	19.0	13.0
	中央値	2.5	2.5	17.0	10.7

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の結核病床の新規入院患者数・病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

図表 18 1施設あたり病床利用率の推移<結核病床>

(結核病床がある施設)

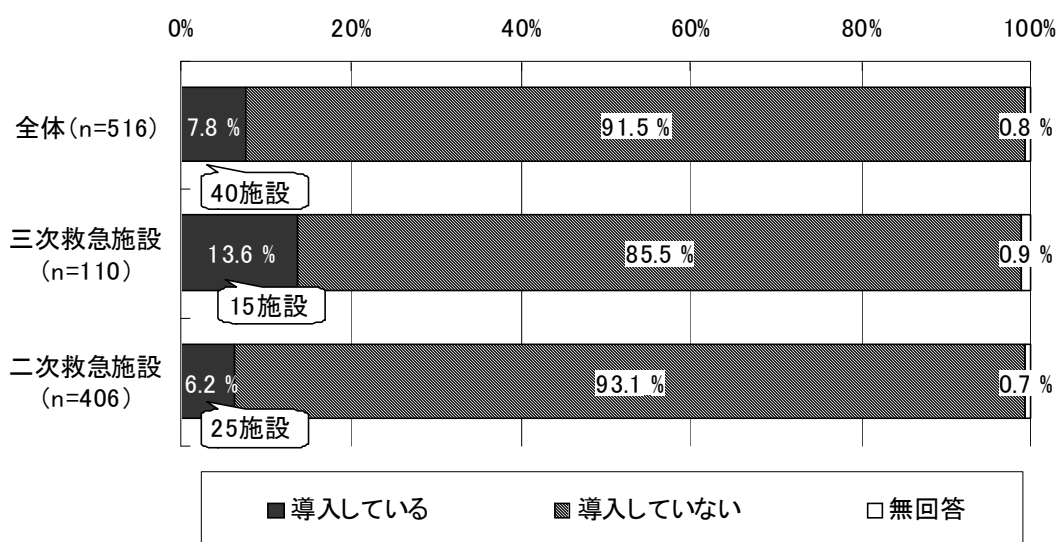
		病床利用率(%)	
		平成23年9月	平成24年9月
全体(n=52)	平均値	30.5	31.5
	標準偏差	24.9	27.9
	中央値	28.8	24.5
三次救急施設 (n=20)	平均値	28.4	35.5
	標準偏差	18.5	28.3
	中央値	28.8	33.1
二次救急施設 (n=32)	平均値	31.7	29.0
	標準偏差	28.3	27.8
	中央値	28.3	20.4

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点の結核病床の病床利用率について回答のあった施設のみを集計対象とした。

### ⑥時間外選定療養費の導入状況等

軽症患者等を対象とした時間外選定療養費の導入状況をみると、三次救急施設では「導入している」が13.6%、「導入していない」が85.5%であった。二次救急施設では「導入している」が6.2%、「導入していない」が93.1%であった。

図表 19 軽症患者等を対象とした時間外選定療養費の導入状況



軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入している40施設における導入時期をみると、「平成18年3月以前」が27.5%、「平成18年4月～平成20年3月」が10.0%、「平成20年4月～平成22年3月」が25.0%、「平成22年4月～平成24年3月」が25.0%、「平成24年4月～」が5.0%であった。平成24年4月以降も大幅な増加はみられない。

図表 20 軽症患者等を対象とした時間外選定療養費の導入時期  
(時間外選定療養費を導入している施設)

導入時期	施設数	割合 (%)
平成18年3月以前	11	27.5
平成18年4月～平成20年3月	4	10.0
平成20年4月～平成22年3月	10	25.0
平成22年4月～平成24年3月	10	25.0
平成24年4月～	2	5.0
無回答	3	7.5
	40	100.0



軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入している 40 施設における時間外選定療養費の金額をみると、「5,000～10,000 円」が 27.5%で最も多く、次いで「1,000 円未満」、「3,000～4,000 円未満」（いずれも 17.5%）、「2,000～3,000 円未満」（12.5%）となった。

図表 21 軽症患者等を対象とした時間外選定療養費の金額  
(税込み、時間外選定療養費を導入している施設)

	施設数	割合(%)
1,000 円未満	7	17.5
1,000～2,000 円未満	3	7.5
2,000～3,000 円未満	5	12.5
3,000～4,000 円未満	7	17.5
4,000～5,000 円未満	3	7.5
5,000～10,000 円未満	11	27.5
10,000 円以上	2	5.0
無回答	2	5.0
合計	40	100.0

(注) 例えば、初診と再診の場合とで時間外選定療養費の金額が異なる場合は、高い金額を回答していただいた。

軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入している施設における時間外選定療養費の平均額は 3,676.6 円（標準偏差 2,549.5、中央値 3,150）となった。

図表 22 1 施設あたりの軽症患者等を対象とした時間外選定療養費  
(時間外選定療養費を導入している施設、n=38)

(単位：円)

平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
3,676.6	2,549.5	3,150.0	10,500.0	420.0

軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入している施設における時間外選定療養費の1施設あたり1か月間の徴収件数をみると、平成23年9月は平均172.4件（標準偏差314.6、中央値6.0）であったが、平成24年9月は平均166.5件（標準偏差278.6、中央値10.5）であった。時間外選定療養費を導入していても徴収実績のない施設が11施設あった。

図表 23 軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を徴収した件数  
（時間外選定療養費を導入している施設、n=34）

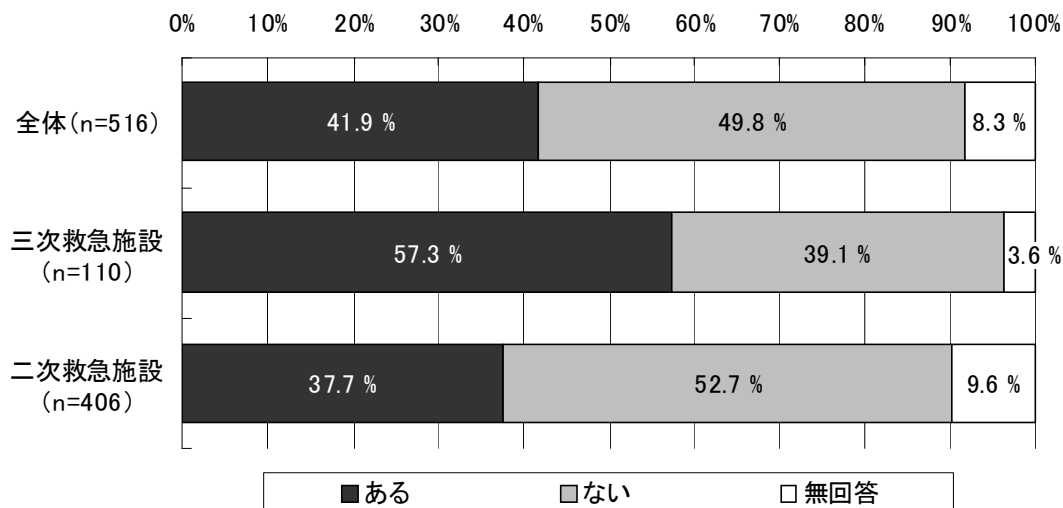
（単位：件）

	平成23年9月	平成24年9月
平均値	172.4	166.5
標準偏差	314.6	278.6
中央値	6.0	10.5
(参考)0件の施設数	11施設	11施設
平成23年9月と比較して増加した施設数		15施設
平成23年9月と比較して減少した施設数		10施設
平成23年9月と変化のない施設数		9施設

⑦近隣における夜間対応の診療所の有無

近隣における夜間対応の診療所の有無をみると、三次救急施設では「ある」が57.3%、「ない」が39.1%であった。二次救急施設では「ある」が37.7%、「ない」が52.7%であった。

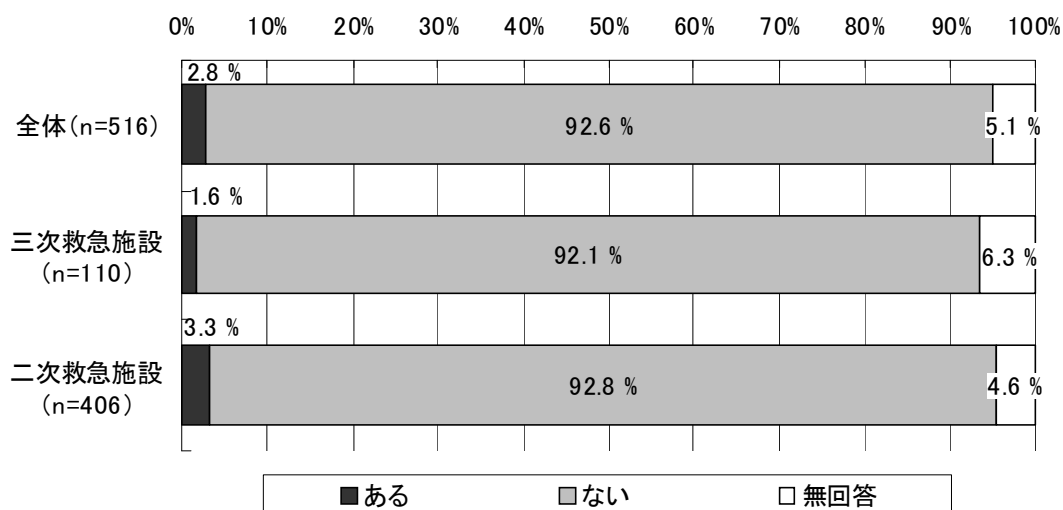
図表 24 近隣における夜間対応の診療所の有無



(注)・「近隣」とは、この調査では半径4キロメートル程度以内と定義している(以下、同様)。  
 ・「夜間」とは、この調査では「準夜・深夜・早朝」と定義している(以下、同様)。

平成24年4月以降に新たにできた夜間対応の診療所の有無をみると、三次救急施設では「ある」が1.6%、「ない」が92.1%であった。二次救急施設では「ある」が3.3%、「ない」が92.8%であった。

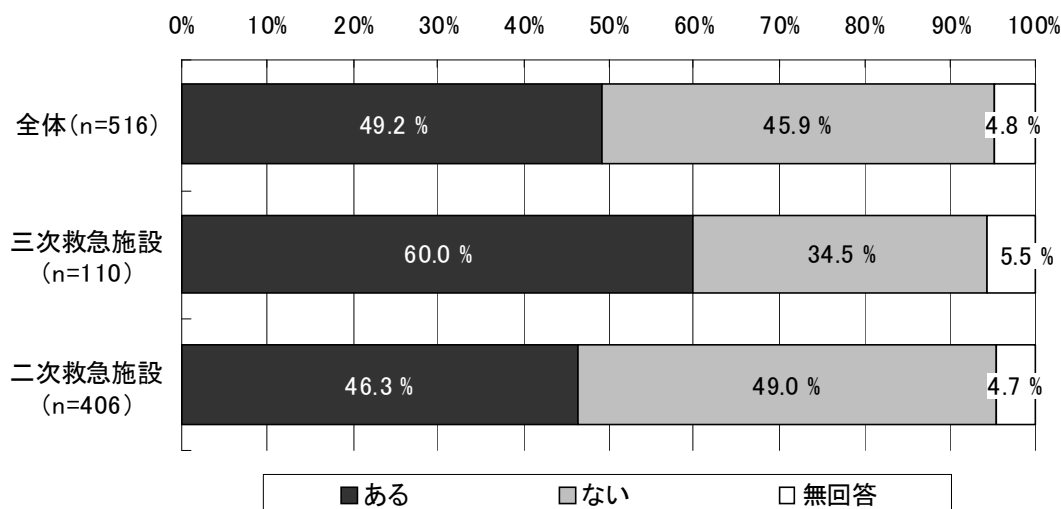
図表 25 平成24年4月以降に新たにできた夜間対応の診療所の有無



### ⑧近隣における休日診療所の有無

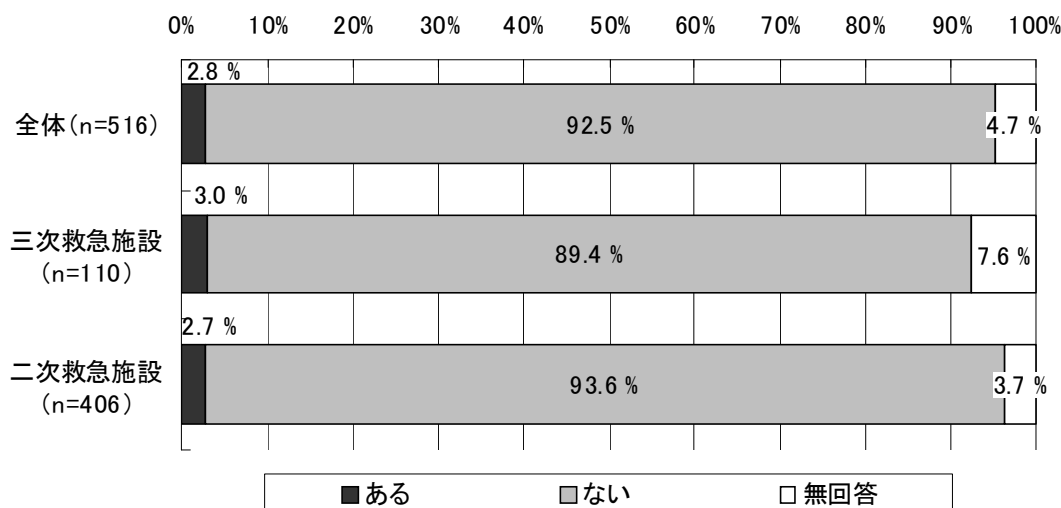
近隣における休日診療所の有無をみると、三次救急施設では「ある」が60.0%、「ない」が34.5%であった。二次救急施設では「ある」が46.3%、「ない」が49.0%であった。

図表 26 近隣における休日診療所の有無



平成24年4月以降に新たにできた休日診療所の有無をみると、三次救急施設では「ある」が3.0%、「ない」が89.4%であった。二次救急施設では「ある」が2.7%、「ない」が93.6%であった。

図表 27 平成24年4月以降に新たにできた休日診療所の有無



### (3) 救命救急入院料の状況等

#### ①救命救急入院料等の施設基準の届出状況等

救命救急入院料 1 及び 3 における看護配置については、必要な看護師を常時配置とし、明確な基準を設けられていなかった。平成 24 年度診療報酬改定では施設基準の一つに「看護師配置が常時 4 対 1 以上であること」が明記された。

施設基準の届出時期が「平成 24 年 4 月 1 日以降」である施設の割合をみると、救命救急入院料 1 届出施設（62 施設）では 8.1%であり、救命救急入院料 2 届出施設（25 施設）では 4.0%、救命救急入院料 3 届出施設（33 施設）では 6.1%、救命救急入院料 4 届出施設（40 施設）では 7.5%であった。

また、救命救急入院料の充実度評価加算 A 届出施設は 86 施設で、このうち「平成 24 年 4 月 1 日以降」の届出施設が 7.0%であった。救命救急入院料の充実度評価加算 B 届出施設はなかった。救命救急入院料の小児加算届出施設は 51 施設で、このうち「平成 24 年 4 月 1 日以降」の届出施設が 7.8%であった。

図表 28 救命救急入院料の施設基準届出施設数と届出時期

	届出施設数	届出時期			
		平成 23 年 8 月 31 日以前	平成 23 年 9 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日	平成 24 年 4 月 1 日以降	無回答
救命救急入院料 1	62	83.9 %	3.2 %	8.1 %	4.8 %
救命救急入院料 2	25	88.0 %	0.0 %	4.0 %	8.0 %
救命救急入院料 3	33	87.9 %	3.0 %	6.1 %	3.0 %
救命救急入院料 4	40	82.5 %	0.0 %	7.5 %	10.0 %
救命救急入院料の充実度評価加算 A	86	81.4 %	4.7 %	7.0 %	7.0 %
救命救急入院料の充実度評価加算 B	0	—	—	—	—
救命救急入院料の小児加算	51	84.3 %	5.9 %	7.8 %	2.0 %

## ②救命救急入院料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数

救命救急入院料算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均27.5床（標準偏差15.2、中央値29.5）であり、平成24年9月が平均27.5床（標準偏差14.8、中央値28.5）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、救命救急入院料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均122.2人（標準偏差69.3、中央値108.0）であったのが、平成24年9月には平均126.1人（標準偏差74.0、中央値113.0）となっており、平均値・中央値ともに若干増えている。救命救急入院料算定病床10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均47.8人（標準偏差34.2、中央値41.8）であったのが、平成24年9月には平均49.2人（標準偏差38.4、中央値44.1）となっており、平均値では1.4人、中央値では2.3人増えた。

図表 29 救命救急入院料算定病床の1施設あたりの許可病床数・新規入院患者数、10床あたりの新規入院患者数（救命救急入院料届出施設）

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり 新規入院患者数(人)	
	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	92	92	87	87	86	86
平均値	27.5	27.5	122.2	126.1	47.8	49.2
標準偏差	15.2	14.8	69.3	74.0	34.2	38.4
中央値	29.5	28.5	108.0	113.0	41.8	44.1

救命救急入院料算定病床の1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均71.9%（標準偏差17.5、中央値72.7）であったのが、平成24年9月には平均72.5%（標準偏差16.3、中央値74.9）となり、平均値では0.6ポイント、中央値では2.2ポイント上昇した。

次に、救命救急入院料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均6.5日（標準偏差3.4、中央値5.7）であったのが、平成24年9月では平均6.8日（標準偏差4.1、中央値5.7）となり、平均値で0.3日増えたが、中央値では増減がみられなかった。

図表 30 救命救急入院料算定病床の1施設あたりの病床利用率・平均在院日数（救命救急入院料届出施設）

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	85	85	84	84
平均値	71.9	72.5	6.5	6.8
標準偏差	17.5	16.3	3.4	4.1
中央値	72.7	74.9	5.7	5.7

### ③救命救急入院料等の算定件数

救命救急入院料等の1施設あたりの1か月間の算定件数をみたものが次の図表である。救命救急入院料1の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均141.9件(標準偏差169.0、中央値87.0)であり、平成24年9月が平均146.6件(標準偏差155.5、中央値97.0)であった。平均値では4.7件、中央値では10件の増加であった。同様に、救命救急入院料2の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均105.4件(標準偏差80.3、中央値91.0)であり、平成24年9月が平均100.3件(標準偏差88.2、中央値98.5)であった。平均値では5.1件の減少となったが、中央値で7.5件の増加となった。救命救急入院料3の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均171.3件(標準偏差200.1、中央値110.0)であり、平成24年9月が平均169.0件(標準偏差176.2、中央値119.0)であった。平均値では2.3件の減少となったが、中央値では9件の増加であった。救命救急入院料3広範囲熱傷特定集中治療管理料の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均0.1件(標準偏差0.2、中央値0.0)であり、平成24年9月が平均0.6件(標準偏差1.7、中央値0.0)であった。救命救急入院料4の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均123.9件(標準偏差143.6、中央値80.0)であり、平成24年9月が平均123.8件(標準偏差163.4、中央値62.0)であった。平均値では0.1件の減少となり、中央値でも18件の減少となった。救命救急入院料4広範囲熱傷特定集中治療管理料の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均1.7件(標準偏差6.4、中央値0.0)であり、平成24年9月が平均0.5件(標準偏差2.3、中央値0.0)であった。

救命救急入院料の充実度評価加算Aの1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均205.7件(標準偏差220.7、中央値127.0)であり、平成24年9月が平均219.8件(標準偏差224.7、中央値134.0)であった。平均値では14.1件、中央値では7件の増加であった。救命救急入院料の充実度評価加算Bを算定している施設はなかった。

救命救急入院料の小児加算の1か月あたりの算定件数は平成23年9月が平均2.8件(標準偏差4.4、中央値1.0)であり、平成24年9月が平均2.2件(標準偏差2.9、中央値1.0)であった。平均値では0.6件の減少であったが、中央値では変わらなかった。

図表 31 救命救急入院料等の1施設あたりの算定件数（救命救急入院料届出施設）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
救命救急入院料 1	回答施設数	59	61
	平均値	141.9	146.6
	標準偏差	169.0	155.5
	中央値	87.0	97.0
救命救急入院料 2	回答施設数	24	24
	平均値	105.4	100.3
	標準偏差	80.3	88.2
	中央値	91.0	98.5
救命救急入院料 3	回答施設数	32	33
	平均値	171.3	169.0
	標準偏差	200.1	176.2
	中央値	110.0	119.0
救命救急入院料 3 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	32	33
	平均値	0.1	0.6
	標準偏差	0.2	1.7
	中央値	0.0	0.0
救命救急入院料 4	回答施設数	37	39
	平均値	123.9	123.8
	標準偏差	143.6	163.4
	中央値	80.0	62.0
救命救急入院料 4 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	37	39
	平均値	1.7	0.5
	標準偏差	6.4	2.3
	中央値	0.0	0.0
救命救急入院料の充実度評価加算 A	回答施設数	77	79
	平均値	205.7	219.8
	標準偏差	220.7	224.7
	中央値	127.0	134.0
救命救急入院料の充実度評価加算 B	回答施設数	0	0
	平均値	-	-
	標準偏差	-	-
	中央値	-	-
救命救急入院料の小児加算	回答施設数	46	46
	平均値	2.8	2.2
	標準偏差	4.4	2.9
	中央値	1.0	1.0



救命救急入院料等の10床あたりの1か月間の算定件数をみたものが次の図表である。救命救急入院料1の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均59.1件（標準偏差67.7、中央値34.7）であり、平成24年9月が平均60.5件（標準偏差60.1、中央値38.8）であった。平均値では1.4件、中央値では4.1件の増加であった。同様に、救命救急入院料2の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均44.5件（標準偏差44.9、中央値24.7）であり、平成24年9月が平均40.2件（標準偏差42.5、中央値28.1）であった。平均値では4.3件の減少となったが、中央値で3.4件の増加となった。救命救急入院料3の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均58.3件（標準偏差77.9、中央値32.3）であり、平成24年9月が平均57.3件（標準偏差63.8、中央値41.0）であった。平均値では1.0件の減少となったが、中央値では8.8件の増加であった。救命救急入院料3広範囲熱傷特定集中治療管理料の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均0.0件（標準偏差0.1、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均0.1件（標準偏差0.4、中央値0.0）であった。救命救急入院料4の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均48.8件（標準偏差59.9、中央値25.0）であり、平成24年9月が平均51.3件（標準偏差66.0、中央値28.0）であった。平均値では2.5件、中央値では3.0件の増加であった。救命救急入院料4広範囲熱傷特定集中治療管理料の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均0.3件（標準偏差0.8、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均0.1件（標準偏差0.2、中央値0.0）であった。

救命救急入院料の充実度評価加算Aの10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均83.2件（標準偏差81.1、中央値52.5）であり、平成24年9月が平均87.8件（標準偏差78.7、中央値49.0）であった。平均値では4.6件の増加、中央値では3.5件の減少であった。救命救急入院料の充実度評価加算Bを算定している施設はなかった。

救命救急入院料の小児加算の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均0.9件（標準偏差1.4、中央値0.3）であり、平成24年9月が平均0.9件（標準偏差1.1、中央値0.3）であった。平均値・中央値とも変わらなかった。

図表 32 救命救急入院料等の 10 床あたりの算定件数（救命救急入院料届出施設）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
救命救急入院料 1	回答施設数	55	55
	平均値	59.1	60.5
	標準偏差	67.7	60.1
	中央値	34.7	38.8
救命救急入院料 2	回答施設数	20	20
	平均値	44.5	40.2
	標準偏差	44.9	42.5
	中央値	24.7	28.1
救命救急入院料 3	回答施設数	31	31
	平均値	58.3	57.3
	標準偏差	77.9	63.8
	中央値	32.3	41.0
救命救急入院料 3 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	31	31
	平均値	0.0	0.1
	標準偏差	0.1	0.4
	中央値	0.0	0.0
救命救急入院料 4	回答施設数	37	37
	平均値	48.8	51.3
	標準偏差	59.9	66.0
	中央値	25.0	28.0
救命救急入院料 4 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	37	37
	平均値	0.3	0.1
	標準偏差	0.8	0.2
	中央値	0.0	0.0
救命救急入院料の充実度評価加算 A	回答施設数	71	71
	平均値	83.2	87.8
	標準偏差	81.1	78.7
	中央値	52.5	49.0
救命救急入院料の充実度評価加算 B	回答施設数	0	0
	平均値	—	—
	標準偏差	—	—
	中央値	—	—
救命救急入院料の小児加算	回答施設数	43	43
	平均値	0.9	0.9
	標準偏差	1.4	1.1
	中央値	0.3	0.3

(注) ・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各診療報酬項目の算定件数・救命救急入院料算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10 床あたりとは救命救急入院料算定病床の許可病床数 10 床あたりを意味する。

#### ④救命救急センターに従事する職員数

##### 1) 医師数

救命救急センター外来に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均27.9人（標準偏差68.0、中央値8.4）であり、平成24年9月が平均28.2人（標準偏差26.9、中央値8.9）であった。また、救命救急センター病棟に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均18.6人（標準偏差68.9、中央値8.3）であり、平成24年9月が平均18.2人（標準偏差27.2、中央値8.5）であった。

図表 33 救命救急センターに従事する医師数  
(1施設あたり、救命救急入院料届出施設、n=86)

(単位：人)

		平成23年9月	平成24年9月
救命救急センター外来【専従】	平均値	3.3	3.3
	標準偏差	5.3	5.5
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター外来【専任(兼任)】	平均値	24.6	25.0
	標準偏差	67.8	68.4
	中央値	4.0	4.0
救命救急センター外来【合計】	平均値	27.9	28.2
	標準偏差	68.0	26.9
	中央値	8.4	8.9
救命救急センター病棟【専従】	平均値	3.4	3.3
	標準偏差	5.3	5.2
	中央値	1.0	0.0
救命救急センター病棟【専任(兼任)】	平均値	15.2	15.1
	標準偏差	27.0	27.1
	中央値	5.0	3.3
救命救急センター病棟【合計】	平均値	18.6	18.2
	標準偏差	68.9	27.2
	中央値	8.3	8.5

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の救命救急センターに従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

救命救急センター外来に従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均13.1人（標準偏差30.9、中央値3.8）であり、平成24年9月が平均13.5人（標準偏差31.1、中央値3.6）であった。また、救命救急センター病棟に従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均8.8人（標準偏差17.2、中央値4.1）であり、平成24年9月が平均9.0人（標準偏差17.0、中央値4.0）であった。

図表 34 救命救急センターに従事する医師数  
(10床あたり、救命救急入院料届出施設、n=80)

(単位：人)

		平成23年9月	平成24年9月
救命救急センター外来【専従】	平均値	1.4	1.4
	標準偏差	2.4	2.3
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター外来【専任(兼任)】	平均値	11.7	11.9
	標準偏差	30.7	30.7
	中央値	1.8	2.0
救命救急センター外来【合計】	平均値	13.1	13.5
	標準偏差	30.9	31.1
	中央値	3.8	3.6
救命救急センター病棟【専従】	平均値	1.4	1.2
	標準偏差	2.1	1.7
	中央値	0.3	0.1
救命救急センター病棟【専任(兼任)】	平均値	7.5	7.7
	標準偏差	17.3	17.1
	中央値	1.5	1.7
救命救急センター病棟【合計】	平均値	8.8	9.0
	標準偏差	17.2	17.0
	中央値	4.1	4.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の救命救急センターに従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。また、10床あたりとは救命救急入院料算定病床10床あたりである。

## 2) 看護職員数

救命救急センター外来に従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均18.6人(標準偏差21.7、中央値14.0)であり、平成24年9月が平均18.9人(標準偏差22.3、中央値16.4)であった。また、救命救急センター病棟に従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均44.6人(標準偏差26.0、中央値45.3)であり、平成24年9月が平均45.9人(標準偏差25.6、中央値46.0)であった。

図表 35 救命救急センターに従事する看護職員数  
(1施設あたり、救命救急入院料届出施設、n=87)

(単位：人)

		平成23年9月	平成24年9月
救命救急センター外来【専従】	平均値	10.0	10.2
	標準偏差	12.2	12.2
	中央値	4.0	4.0
救命救急センター外来【専任(兼任)】	平均値	8.6	8.7
	標準偏差	21.7	22.5
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター外来【合計】	平均値	18.6	18.9
	標準偏差	21.7	22.3
	中央値	14.0	16.4
救命救急センター病棟【専従】	平均値	38.3	39.3
	標準偏差	29.1	28.9
	中央値	41.0	40.0
救命救急センター病棟【専任(兼任)】	平均値	6.3	6.6
	標準偏差	16.0	16.8
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター病棟【合計】	平均値	44.6	45.9
	標準偏差	26.0	25.6
	中央値	45.3	46.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の救命救急センターに従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

救命救急センター外来に従事する看護職員数の10床あたりの人数は平成23年9月が平均9.3人（標準偏差13.6、中央値6.5）であり、平成24年9月が平均9.5人（標準偏差14.3、中央値6.3）であった。また、救命救急センター病棟に従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均18.3人（標準偏差8.4、中央値18.2）であり、平成24年9月が平均19.1人（標準偏差9.0、中央値19.0）であった。

図表 36 救命救急センターに従事する看護職員数  
（10床あたり、救命救急入院料届出施設、n=80）

（単位：人）

		平成23年9月	平成24年9月
救命救急センター外来【専従】	平均値	4.9	4.7
	標準偏差	7.8	6.9
	中央値	1.5	1.3
救命救急センター外来【専任（兼任）】	平均値	4.3	4.5
	標準偏差	12.7	13.3
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター外来【合計】	平均値	9.3	9.5
	標準偏差	13.6	14.3
	中央値	6.5	6.3
救命救急センター病棟【専従】	平均値	15.2	15.7
	標準偏差	9.4	9.8
	中央値	16.4	16.8
救命救急センター病棟【専任（兼任）】	平均値	3.1	3.3
	標準偏差	8.1	8.5
	中央値	0.0	0.0
救命救急センター病棟【合計】	平均値	18.3	19.1
	標準偏差	8.4	9.0
	中央値	18.2	19.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の救命救急センターに従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。また、10床あたりとは救命救急入院料算定病床10床あたりである。

#### (4) 特定集中治療室管理料の状況等

##### ①特定集中治療室管理料等の施設基準の届出状況等

特定集中治療室管理料1届出施設(201施設)のうち、平成24年4月1日以降の届出施設の割合は2.5%であった。また、特定集中治療室管理料2届出施設(49施設)のうち、平成24年4月1日以降の届出施設の割合は6.1%であった。さらに、特定集中治療室管理料の小児加算届出施設(72施設)のうち、平成24年4月1日以降の届出施設の割合は5.6%であった。

図表 37 特定集中治療室管理料の施設基準届出施設数と届出時期

	届出施設数	届出時期			
		平成23年8月31日以前	平成23年9月1日～平成24年3月31日	平成24年4月1日以降	無回答
特定集中治療室管理料1	201	91.5%	2.5%	2.5%	3.5%
特定集中治療室管理料2	49	83.7%	2.0%	6.1%	8.2%
特定集中治療室管理料の小児加算	72	90.3%	1.4%	5.6%	2.8%

##### ②特定集中治療室管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数

特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均9.5床(標準偏差7.6、中央値8.0)であり、平成24年9月が平均9.9床(標準偏差7.6、中央値8.0)となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均33.8人(標準偏差38.1、中央値23.0)であったのが、平成24年9月には平均33.3人(標準偏差35.9、中央値23.0)となっており、大きな変化はみられなかった。特定集中治療室管理料算定病床10床あたり新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均36.0人(標準偏差28.4、中央値30.0)であったのが、平成24年9月には平均36.5人(標準偏差31.4、中央値30.0)となっており、大きな変化はみられなかった。

図表 38 特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの許可病床数・新規入院患者数、10床あたりの新規入院患者数(特定集中治療室管理料届出施設)

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	228	228	221	221	218	218
平均値	9.5	9.9	33.8	33.3	36.0	36.5
標準偏差	7.6	7.6	38.1	35.9	28.4	31.4
中央値	8.0	8.0	23.0	23.0	30.0	30.0

特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均76.9%（標準偏差31.7、中央値76.7）であったのが、平成24年9月には平均74.6%（標準偏差18.1、中央値77.0）となり、平均値では2.3ポイント減少、中央値では0.3ポイントの増加となった。

次に、特定集中治療室管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均11.3日（標準偏差16.7、中央値5.0）であったのが、平成24年9月では平均12.8日（標準偏差22.1、中央値5.0）となり、平均値で1.5日増えたが、中央値では変化がみられなかった。

図表 39 特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの病床利用率・平均在院日数  
(特定集中治療室管理料届出施設)

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	221	221	214	214
平均値	76.9	74.6	11.3	12.8
標準偏差	31.7	18.1	16.7	22.1
中央値	76.7	77.0	5.0	5.0

特定集中治療室管理料算定病床のうち小児専用病床がある施設は7施設あった。1施設あたりの小児専用病床の許可病床数をみると、平成23年9月が平均8.0床（標準偏差1.6、中央値8.0）であり、平成24年9月が平均8.0床（標準偏差1.6、中央値8.0）となっており、変化はみられなかった。

次に、特定集中治療室管理料算定病床のうち小児専用病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均10.9人（標準偏差12.0、中央値7.0）であったのが、平成24年9月には平均11.4人（標準偏差10.9、中央値7.0）となっており、大きな変化はみられなかった。特定集中治療室管理料算定病床のうち小児専用病床10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均16.6人（標準偏差20.7、中央値8.0）であったのが、平成24年9月には平均16.7人（標準偏差18.5、中央値8.8）となっており、大きな変化はみられなかった。

図表 40 特定集中治療室管理料算定病床【再掲 小児専用病床】の1施設あたりの  
許可病床数・新規入院患者数、10床あたりの新規入院患者数  
(特定集中治療室管理料届出施設のうち、小児専用病床がある施設)

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	7	7	7	7	7	7
平均値	8.0	8.0	10.9	11.4	16.6	16.7
標準偏差	1.6	1.6	12.0	10.9	20.7	18.5
中央値	8.0	8.0	7.0	7.0	8.0	8.8



特定集中治療室管理料算定病床のうち小児専用病床の1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均68.6%（標準偏差14.8、中央値64.6）であったのが、平成24年9月には平均74.2%（標準偏差9.8、中央値72.9）となり、平均値では5.6ポイント、中央値では8.3ポイントの増加となった。

次に、特定集中治療室管理料算定病床のうちの小児専用病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均7.6日（標準偏差2.9、中央値6.5）であったのが、平成24年9月では平均7.1日（標準偏差2.0、中央値6.6）となり、大きな変化はみられなかった。

図表 41 特定集中治療室管理料算定病床【再掲 小児専用病床】の1施設あたりの病床利用率・平均在院日数（特定集中治療室管理料届出施設のうち、小児専用病床がある施設）

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	7	7	7	7
平均値	68.6	74.2	7.6	7.1
標準偏差	14.8	9.8	2.9	2.0
中央値	64.6	72.9	6.5	6.6

### ③特定集中治療室管理料等の算定件数

特定集中治療室管理料 1 の 1 施設あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 101.2 件（標準偏差 96.7、中央値 73.5）であり、平成 24 年 9 月が平均 100.4 件（標準偏差 100.3、中央値 72.0）であった。平均値では 0.8 件、中央値では 1.5 件の減少であった。同様に、特定集中治療室管理料 2 の 1 施設あたりの 1 か月間の算定件数をみると、平成 23 年 9 月が平均 123.8 件（標準偏差 163.7、中央値 60.5）であり、平成 24 年 9 月が平均 126.1 件（標準偏差 163.7、中央値 55.0）であった。平均値では 2.3 件の増加となったが、中央値で 5.5 件の減少となった。特定集中治療室管理料 2 広範囲熱傷特定集中治療管理料の 1 施設あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 0.5 件（標準偏差 2.2、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 0.0 件（標準偏差―、中央値 0.0）であった。特定集中治療室管理料の小児加算の 1 施設あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 13.2 件（標準偏差 27.6、中央値 1.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 11.0 件（標準偏差 20.6、中央値 1.0）であった。平均値では 2.2 件の減少となったが、中央値では変わらなかった。

図表 42 特定集中治療室管理料等の 1 施設あたりの算定件数  
(特定集中治療室管理料等届出施設)

(単位：件)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
特定集中治療室管理料 1	回答施設数	192	192
	平均値	101.2	100.4
	標準偏差	96.7	100.3
	中央値	73.5	72.0
特定集中治療室管理料 2	回答施設数	44	47
	平均値	123.8	126.1
	標準偏差	163.7	163.7
	中央値	60.5	55.0
特定集中治療室管理料 2 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	44	20
	平均値	0.5	0.0
	標準偏差	2.2	―
	中央値	0.0	0.0
特定集中治療室管理料の小児加算	回答施設数	66	67
	平均値	13.2	11.0
	標準偏差	27.6	20.6
	中央値	1.0	1.0

特定集中治療室管理料等の10床あたりの1か月間の算定件数をみたものが次の図表である。特定集中治療室管理料1の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均130.5件（標準偏差91.9、中央値101.7）であり、平成24年9月が平均125.8件（標準偏差89.1、中央値95.6）であった。平均値では4.7件、中央値では6.1件の減少であった。同様に、特定集中治療室管理料2の10床あたりの1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均99.8件（標準偏差76.7、中央値70.9）であり、平成24年9月が平均99.7件（標準偏差89.8、中央値70.0）であった。平均値では0.1件、中央値では0.9件の減少となった。特定集中治療室管理料2広範囲熱傷特定集中治療管理料の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均0.7件（標準偏差2.0、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均0.0件（標準偏差0.0、中央値0.0）であった。特定集中治療室管理料の小児加算の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均11.0件（標準偏差23.1、中央値0.5）であり、平成24年9月が平均9.6件（標準偏差21.5、中央値0.9）であった。平均値では1.4件の減少、中央値では0.4件の増加となった。

図表 43 特定集中治療室管理料等の10床あたりの算定件数  
(特定集中治療室管理料等届出施設)

(単位：件)

		平成23年9月	平成24年9月
特定集中治療室管理料1	回答施設数	178	178
	平均値	130.5	125.8
	標準偏差	91.9	89.1
	中央値	101.7	95.6
特定集中治療室管理料2	回答施設数	44	44
	平均値	99.8	99.7
	標準偏差	76.7	89.8
	中央値	70.9	70.0
特定集中治療室管理料2 【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料	回答施設数	20	20
	平均値	0.7	0.0
	標準偏差	2.0	0.0
	中央値	0.0	0.0
特定集中治療室管理料の小児加算	回答施設数	64	64
	平均値	11.0	9.6
	標準偏差	23.1	21.5
	中央値	0.5	0.9

- (注)・平成23年9月及び平成24年9月の各診療報酬項目の算定件数・特定集中治療室管理料算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。  
・10床あたりとは特定集中治療室管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

#### ④特定集中治療室に従事する職員数

##### 1) 医師数

特定集中治療室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均10.0人(標準偏差12.8、中央値5.0)であり、平成24年9月が平均10.6人(標準偏差13.1、中央値5.0)であった。大きな変化はみられなかった。

図表 44 特定集中治療室に従事する医師数  
(1施設あたり、特定集中治療室管理料届出施設、n=191)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】
平均値	1.3	8.6	10.0	1.5	9.2	10.6
標準偏差	3.3	13.1	12.8	3.6	13.4	13.1
中央値	0.0	3.4	5.0	0.0	4.0	5.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の特定集中治療室に従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

特定集中治療室に従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均14.7人(標準偏差21.8、中央値7.4)であり、平成24年9月が平均15.3人(標準偏差21.8、中央値7.4)であった。大きな変化はみられなかった。

図表 45 特定集中治療室に従事する医師数  
(10床あたり、特定集中治療室管理料届出施設、n=181)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】
平均値	1.7	13.0	14.7	1.9	13.5	15.3
標準偏差	4.4	22.0	21.8	4.7	22.0	21.8
中央値	0.0	5.0	7.4	0.0	5.0	7.4

(注) ・平成23年9月及び平成24年9月の特定集中治療室に従事する医師数及び許可病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとは特定集中治療室管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

## 2) 看護職員数

特定集中治療室に従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均27.9人（標準偏差23.1、中央値23.0）であり、平成24年9月が平均28.6人（標準偏差21.9、中央値24.0）であった。平均値で0.7人、中央値で1.0人の増加となった。

図表 46 特定集中治療室に従事する看護職員数  
(1施設あたり、特定集中治療室管理料届出施設、n=210)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】
平均値	24.2	3.7	27.9	24.9	3.8	28.6
標準偏差	21.3	13.9	23.1	20.5	13.6	21.9
中央値	21.1	0.0	23.0	22.0	0.0	24.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の特定集中治療室に従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

特定集中治療室に従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均32.5人（標準偏差14.1、中央値32.5）であり、平成24年9月が平均32.7人（標準偏差14.3、中央値33.3）であった。平均値で0.2人、中央値で0.8人の増加となった。

図表 47 特定集中治療室に従事する看護職員数  
(10床あたり、特定集中治療室管理料届出施設、n=210)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】	特定集中治療室【専従】	特定集中治療室【専任(兼任)】	特定集中治療室【合計】
平均値	28.9	3.6	32.5	29.1	3.7	32.7
標準偏差	15.7	10.6	14.1	15.8	11.0	14.3
中央値	31.3	0.0	32.5	32.5	0.0	33.3

(注) ・平成23年9月及び平成24年9月の特定集中治療室に従事する看護職員数及び許可病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとは特定集中治療室管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

(5) 新生児特定集中治療室管理料等の状況等

①新生児特定集中治療室管理料等の施設基準の届出状況

平成24年4月1日以降の届出施設の割合は、新生児特定集中治療室管理料1届出施設(74施設)では2.7%、新生児特定集中治療室管理料2届出施設(16施設)では6.3%、母体・胎児集中治療室管理料届出施設(38施設)では10.5%、新生児集中治療室管理料届出施設(38施設)では13.2%、新生児治療回復室入院医療管理料届出施設(64施設)では3.1%であった。

図表 48 新生児特定集中治療室管理料等の施設基準届出施設数と届出時期

	届出施設数	届出時期			
		平成23年8月31日以前	平成23年9月1日～平成24年3月31日	平成24年4月1日以降	無回答
新生児特定集中治療室管理料1	74	97.3%	0.0%	2.7%	0.0%
新生児特定集中治療室管理料2	16	75.0%	12.5%	6.3%	6.3%
母体・胎児集中治療室管理料	38	81.6%	0.0%	10.5%	7.9%
新生児集中治療室管理料	38	81.6%	0.0%	13.2%	5.3%
新生児治療回復室入院医療管理料	64	81.3%	12.5%	3.1%	3.1%

②新生児特定集中治療室管理料等算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数

新生児特定集中治療室管理料等算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均7.1床（標準偏差2.8、中央値6.0）であり、平成24年9月が平均7.3床（標準偏差2.8、中央値6.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、新生児特定集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均12.6人（標準偏差7.7、中央値11.0）であったのが、平成24年9月には平均14.1人（標準偏差12.9、中央値11.0）となっており、平均値では1.5人増加した。新生児特定集中治療室管理料算定病床の10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均19.4人（標準偏差14.0、中央値16.7）であったのが、平成24年9月には平均22.6人（標準偏差37.9、中央値16.7）となっており、平均値では3.2人増加した。

さらに、新生児特定集中治療室管理料算定病床のうち1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均90.3%（標準偏差15.5、中央値96.1）であったのが、平成24年9月には平均89.0%（標準偏差15.6、中央値93.3）となり、平均値では1.3ポイント、中央値では2.8ポイントの減少となったが依然として高い病床利用率となっている。

新生児特定集中治療室管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均25.2日（標準偏差22.6、中央値18.1）であったのが、平成24年9月では平均23.7日（標準偏差16.7、中央値18.8）となり、平均値では1.5日の減少、中央値では0.7日の増加となった。

図表 49 新生児特定集中治療室管理料等算定病床の1施設あたりの許可病床数・新規入院患者数、10床あたりの新規入院患者数、1施設あたりの病床利用率・平均在院日数  
（各届出施設）

【新生児特定集中治療室管理料】

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	73	73	73	73	73	73
平均値	7.1	7.3	12.6	14.1	19.4	22.6
標準偏差	2.8	2.8	7.7	12.9	14.0	37.9
中央値	6.0	6.0	11.0	11.0	16.7	16.7

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	73	73	73	73
平均値	90.3	89.0	25.2	23.7
標準偏差	15.5	15.6	22.6	16.7
中央値	96.1	93.3	18.1	18.8

母体・胎児集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均7.3床（標準偏差3.7、中央値6.0）であり、平成24年9月が平均7.3床（標準偏差3.6、中央値6.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、母体・胎児集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均22.7人（標準偏差24.2、中央値15.5）であったのが、平成24年9月には平均20.2人（標準偏差23.9、中央値15.5）となっており、平均値では2.5人減少した。母体・胎児集中治療室管理料算定病床の10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均32.5人（標準偏差36.0、中央値22.9）であったのが、平成24年9月には平均29.4人（標準偏差38.8、中央値23.7）となっており、平均値では3.1人の減少となったが、中央値では0.8人の増加となった。

さらに、母体・胎児集中治療室管理料算定病床のうち1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均84.1%（標準偏差19.8、中央値91.4）であったのが、平成24年9月には平均81.2%（標準偏差19.1、中央値87.5）となり、平均値では2.9ポイント、中央値では3.9ポイントの減少となったが依然として高い病床利用率となっている。

母体・胎児集中治療室管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均13.7日（標準偏差11.2、中央値9.0）であったのが、平成24年9月では平均16.0日（標準偏差18.2、中央値8.3）となり、平均値では2.3日の増加、中央値では0.7日の減少となった。

**【母体・胎児集中治療室管理料】**

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	36	36	36	36	36	36
平均値	7.3	7.3	22.7	20.2	32.5	29.4
標準偏差	3.7	3.6	24.2	23.9	36.0	38.8
中央値	6.0	6.0	15.5	15.5	22.9	23.7

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	36	36	36	36
平均値	84.1	81.2	13.7	16.0
標準偏差	19.8	19.1	11.2	18.2
中央値	91.4	87.5	9.0	8.3



新生児集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均15.4床（標準偏差6.6、中央値12.0）であり、平成24年9月が平均15.4床（標準偏差6.6、中央値12.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、新生児集中治療室管理料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均22.3人（標準偏差19.5、中央値19.0）であったのが、平成24年9月には平均19.5人（標準偏差12.9、中央値16.0）となっており、平均値では2.8人、中央値でも3.0人減少した。新生児集中治療室管理料算定病床の10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均14.3人（標準偏差9.6、中央値13.3）であったのが、平成24年9月には平均12.5人（標準偏差6.5、中央値11.7）となっており、平均値では1.8人、中央値でも1.6人の減少となった。

さらに、新生児集中治療室管理料算定病床のうち1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均96.3%（標準偏差6.9、中央値98.9）であったのが、平成24年9月には平均94.8%（標準偏差9.7、中央値98.6）となり、平均値では1.5ポイント、中央値では0.3ポイントの減少となったが依然として高い病床利用率となっている。

新生児集中治療室管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均29.9日（標準偏差26.7、中央値21.1）であったのが、平成24年9月では平均32.7日（標準偏差26.4、中央値22.4）となり、平均値では2.8日の増加、中央値では1.3日の増加となった。

#### 【新生児集中治療室管理料】

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	29	29	29	29	29	29
平均値	15.4	15.4	22.3	19.5	14.3	12.5
標準偏差	6.6	6.6	19.5	12.9	9.6	6.5
中央値	12.0	12.0	19.0	16.0	13.3	11.7

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	29	29	29	29
平均値	96.3	94.8	29.9	32.7
標準偏差	6.9	9.7	26.7	26.4
中央値	98.9	98.6	21.1	22.4

新生児治療回復室入院医療管理料算定病床の1施設あたりの許可病床数をみると、平成23年9月が平均13.3床（標準偏差8.5、中央値12.0）であり、平成24年9月が平均13.3床（標準偏差8.5、中央値12.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、新生児治療回復室入院医療管理料算定病床の1施設あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均10.4人（標準偏差9.3、中央値7.0）であったのが、平成24年9月には平均13.9人（標準偏差17.6、中央値9.0）となっており、平均値では3.5人、中央値でも2.0人増加した。新生児治療回復室入院医療管理料算定病床の10床あたりの新規入院患者数をみると、平成23年9月では平均9.7人（標準偏差10.1、中央値7.1）であったのが、平成24年9月には平均14.6人（標準偏差27.4、中央値8.3）となっており、平均値では4.9人、中央値でも1.2人の増加となった。

さらに、新生児治療回復室入院医療管理料算定病床のうち1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均70.0%（標準偏差21.7、中央値70.6）であったのが、平成24年9月には平均71.7%（標準偏差21.5、中央値73.9）となり、平均値では1.7ポイント、中央値では3.3ポイントの増加となった。

新生児治療回復室入院医療管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均23.5日（標準偏差15.1、中央値18.6）であったのが、平成24年9月では平均22.4日（標準偏差13.2、中央値18.4）となり、平均値では1.1日、中央値では0.2日の減少となった。

**【新生児治療回復室入院医療管理料】**

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10床あたり新規入院患者数(人)	
	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	49	49	49	49	49	49
平均値	13.3	13.3	10.4	13.9	9.7	14.6
標準偏差	8.5	8.5	9.3	17.6	10.1	27.4
中央値	12.0	12.0	7.0	9.0	7.1	8.3

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	49	49	49	49
平均値	70.0	71.7	23.5	22.4
標準偏差	21.7	21.5	15.1	13.2
中央値	70.6	73.9	18.6	18.4

### ③新生児特定集中治療室管理料等の算定件数

新生児特定集中治療室管理料1の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均76.5件（標準偏差99.4、中央値26.0）であり、平成24年9月が平均79.7件（標準偏差106.4、中央値24.5）であった。平均値では3.2件の増加、中央値では1.5件の減少であった。同様に、新生児特定集中治療室管理料2の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均52.7件（標準偏差61.1、中央値15.0）であり、平成24年9月が平均46.5件（標準偏差49.0、中央値24.0）であった。平均値では6.2件の減少となったが、中央値で9.0件の増加となった。母体・胎児集中治療室管理料の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均61.4件（標準偏差73.6、中央値26.0）であり、平成24年9月が平均60.9件（標準偏差73.4、中央値21.0）であった。新生児集中治療室管理料の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均140.9件（標準偏差161.1、中央値45.0）であり、平成24年9月が平均132.3件（標準偏差155.2、中央値39.0）であった。平均値では8.6件、中央値では6.0件の減少となった。新生児治療回復室入院医療管理料の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均69.2件（標準偏差116.0、中央値22.0）であり、平成24年9月が平均89.7件（標準偏差124.9、中央値23.0）であった。平均値では20.5件と大幅に増加したものの、中央値では1.0件の増加にとどまった。

図表 50 新生児特定集中治療室管理料等の1施設あたりの算定件数（各届出施設）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
新生児特定集中治療室管理料1	回答施設数	68	68
	平均値	76.5	79.7
	標準偏差	99.4	106.4
	中央値	26.0	24.5
新生児特定集中治療室管理料2	回答施設数	13	13
	平均値	52.7	46.5
	標準偏差	61.1	49.0
	中央値	15.0	24.0
母体・胎児集中治療室管理料	回答施設数	38	38
	平均値	61.4	60.9
	標準偏差	73.6	73.4
	中央値	26.0	21.0
新生児集中治療室管理料	回答施設数	35	35
	平均値	140.9	132.3
	標準偏差	161.1	155.2
	中央値	45.0	39.0
新生児治療回復室入院医療管理料	回答施設数	60	60
	平均値	69.2	89.7
	標準偏差	116.0	124.9
	中央値	22.0	23.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の各診療報酬項目の算定件数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

新生児特定集中治療室管理料 1 の 10 床あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 106.1 件（標準偏差 122.1、中央値 33.3）であり、平成 24 年 9 月が平均 107.8 件（標準偏差 125.5、中央値 33.1）であった。平均値では 1.7 件、中央値では 0.2 件の減少であった。同様に、新生児特定集中治療室管理料 2 の 10 床あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 148.7 件（標準偏差 147.1、中央値 40.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 126.6 件（標準偏差 123.2、中央値 43.3）であった。平均値では 22.1 件の減少となったが、中央値では 3.3 件の増加となった。母体・胎児集中治療室管理料の 10 床あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 88.7 件（標準偏差 89.7、中央値 44.2）であり、平成 24 年 9 月が平均 85.8 件（標準偏差 89.9、中央値 35.0）であった。新生児集中治療室管理料の 10 床あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 100.6 件（標準偏差 110.9、中央値 27.1）であり、平成 24 年 9 月が平均 97.3 件（標準偏差 114.0、中央値 25.4）であった。平均値では 3.3 件、中央値では 1.7 件の減少となった。新生児治療回復室入院医療管理料の 10 床あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 59.4 件（標準偏差 85.1、中央値 16.3）であり、平成 24 年 9 月が平均 61.7 件（標準偏差 79.8、中央値 19.2）であった。平均値では 2.3 件、中央値では 2.9 件の増加となった。

図表 51 新生児特定集中治療室管理料等の 10 床あたりの算定件数（各届出施設）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
新生児特定集中治療室管理料 1	回答施設数	60	60
	平均値	106.1	107.8
	標準偏差	122.1	125.5
	中央値	33.3	33.1
新生児特定集中治療室管理料 2	回答施設数	11	11
	平均値	148.7	126.6
	標準偏差	147.1	123.2
	中央値	40.0	43.3
母体・胎児集中治療室管理料	回答施設数	36	36
	平均値	88.7	85.8
	標準偏差	89.7	89.9
	中央値	44.2	35.0
新生児集中治療室管理料	回答施設数	28	28
	平均値	100.6	97.3
	標準偏差	110.9	114.0
	中央値	27.1	25.4
新生児治療回復室入院医療管理料	回答施設数	49	49
	平均値	59.4	61.7
	標準偏差	85.1	79.8
	中央値	16.3	19.2

(注) ・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各診療報酬項目の算定件数・算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10 床あたりとは各算定病床の許可病床数 10 床あたりを意味する。

#### ④新生児特定集中治療室等に従事する職員数

##### 1) 医師数

新生児特定集中治療室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均6.5人（標準偏差4.6、中央値6.0）であり、平成24年9月が平均6.8人（標準偏差4.5、中央値6.0）であった。大きな変化はみられなかった。

総合周産期特定集中治療室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均11.8人（標準偏差10.5、中央値10.5）であり、平成24年9月が平均12.5人（標準偏差11.3、中央値11.0）であった。大きな変化はみられなかった。

新生児治療回復室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均8.1人（標準偏差6.7、中央値6.3）であり、平成24年9月が平均8.8人（標準偏差7.1、中央値7.0）であり、やや増加した。

図表 52 新生児特定集中治療室等に従事する医師数（1施設あたり、各届出施設）

（単位：人）

		平成23年9月			平成24年9月		
		【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】
新生児特定集中治療室	回答施設数	74	74	74	74	74	74
	平均値	1.4	5.1	6.5	1.5	5.3	6.8
	標準偏差	2.6	5.1	4.6	2.6	5.1	4.5
	中央値	0.0	4.0	6.0	0.0	4.2	6.0
総合周産期特定集中治療室	回答施設数	28	28	28	28	28	28
	平均値	3.1	8.7	11.8	3.4	9.0	12.5
	標準偏差	6.1	11.3	10.5	6.6	12.2	11.3
	中央値	0.0	5.0	10.5	0.0	5.2	11.0
新生児治療回復室	回答施設数	39	39	39	39	39	39
	平均値	1.4	6.7	8.1	1.4	7.3	8.8
	標準偏差	3.6	7.2	6.7	3.7	7.6	7.1
	中央値	0.0	5.0	6.3	0.0	6.0	7.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の新生児特定集中治療室等に従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

新生児特定集中治療室に従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均10.8人（標準偏差8.3、中央値8.3）であり、平成24年9月が平均10.8人（標準偏差8.3、中央値8.3）であった。大きな変化はみられなかった。

総合周産期特定集中治療室に従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均8.0人（標準偏差7.3、中央値5.8）であり、平成24年9月が平均8.3人（標準偏差7.6、中央値5.8）であった。大きな変化はみられなかった。

新生児治療回復室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均7.2人（標準偏差5.8、中央値6.7）であり、平成24年9月が平均7.5人（標準偏差6.0、中央値6.7）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 53 新生児特定集中治療室等に従事する医師数（10床あたり、各届出施設）

（単位：人）

		平成23年9月			平成24年9月		
		【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】
新生児特定集中治療室	回答施設数	61	61	61	61	61	61
	平均値	1.9	9.0	10.8	1.9	8.9	10.8
	標準偏差	2.8	9.2	8.3	3.0	9.1	8.3
	中央値	0.0	6.7	8.3	0.0	6.7	8.3
総合周産期特定集中治療室	回答施設数	21	21	21	21	21	21
	平均値	2.2	5.8	8.0	2.3	5.9	8.3
	標準偏差	4.6	7.7	7.3	4.7	8.0	7.6
	中央値	0.0	2.9	5.8	0.0	1.7	5.8
新生児治療回復室	回答施設数	32	32	32	32	32	32
	平均値	0.3	6.9	7.2	0.3	7.2	7.5
	標準偏差	1.0	6.1	5.8	1.0	6.3	6.0
	中央値	0.0	6.7	6.7	0.0	6.7	6.7

(注)・平成23年9月及び平成24年9月の新生児特定集中治療室等に従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとは各算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

## 2) 看護職員数

新生児特定集中治療室に従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均17.5人（標準偏差8.0、中央値16.3）であり、平成24年9月が平均17.5人（標準偏差7.9、中央値16.0）であった。大きな変化はみられなかった。

総合周産期特定集中治療室に従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均34.4人（標準偏差20.8、中央値32.0）であり、平成24年9月が平均34.7人（標準偏差21.0、中央値33.5）であった。平均値、中央値ともに若干の増加がみられた。

新生児治療回復室に従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均17.5人（標準偏差12.1、中央値15.0）であり、平成24年9月が平均18.2人（標準偏差11.1、中央値15.0）であり、若干の増加がみられた。

図表 54 新生児特定集中治療室等に従事する看護職員数（1施設あたり、各届出施設）

（単位：人）

		平成23年9月			平成24年9月		
		【専従】	【専任 （兼任）】	【合計】	【専従】	【専任 （兼任）】	【合計】
新生児特定集中治療室	回答施設数	76	76	76	76	76	76
	平均値	13.2	4.3	17.5	13.2	4.3	17.5
	標準偏差	9.4	9.1	8.0	9.1	9.3	7.9
	中央値	14.0	0.0	16.3	14.0	0.0	16.0
総合周産期特定集中治療室	回答施設数	32	32	32	32	32	32
	平均値	30.1	4.3	34.4	30.5	4.2	34.7
	標準偏差	24.1	10.2	20.8	24.4	9.7	21.0
	中央値	25.5	0.0	32.0	22.0	0.0	33.5
新生児治療回復室	回答施設数	48	48	48	48	48	48
	平均値	12.5	4.9	17.5	12.7	5.6	18.2
	標準偏差	12.7	10.3	12.1	11.9	10.9	11.1
	中央値	12.5	0.0	15.0	13.0	0.0	15.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の新生児特定集中治療室等に従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。



新生児特定集中治療室に従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均28.0人（標準偏差14.9、中央値25.0）であり、平成24年9月が平均26.7人（標準偏差15.6、中央値24.4）であった。大きな変化はみられなかった。

総合周産期特定集中治療室に従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均24.3人（標準偏差12.9、中央値22.2）であり、平成24年9月が平均24.2人（標準偏差12.5、中央値23.3）であった。大きな変化はみられなかった。

新生児治療回復室に従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均14.2人（標準偏差7.5、中央値13.1）であり、平成24年9月が平均14.6人（標準偏差8.1、中央値12.9）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 55 新生児特定集中治療室等に従事する看護職員数（10床あたり、各届出施設）  
（単位：人）

		平成23年9月			平成24年9月		
		【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】
新生児特定集中治療室	回答施設数	63	63	63	63	63	63
	平均値	19.4	8.7	28.0	18.7	8.0	26.7
	標準偏差	12.2	19.8	14.9	11.7	19.8	15.6
	中央値	21.7	0.0	25.0	23.3	0.0	24.4
総合周産期特定集中治療室	回答施設数	24	24	24	24	24	24
	平均値	19.5	4.8	24.3	19.6	4.6	24.2
	標準偏差	14.9	10.5	12.9	14.7	10.1	12.5
	中央値	17.1	0.0	22.2	16.9	0.0	23.3
新生児治療回復室	回答施設数	39	39	39	39	39	39
	平均値	8.3	5.9	14.2	8.8	5.8	14.6
	標準偏差	5.8	10.8	7.5	6.2	11.1	8.1
	中央値	10.0	0.0	13.1	10.8	0.0	12.9

(注)・平成23年9月及び平成24年9月の新生児特定集中治療室等に従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとは各算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。



(6) 小児入院医療管理料の状況等

①小児入院医療管理料の施設基準の届出状況等

小児入院医療管理料について施設基準の届出時期をみると、「平成 24 年 4 月 1 日以降」の割合は、小児入院医療管理料 1 届出施設（25 施設）では 12.0%、小児入院医療管理料 2 届出施設（75 施設）では 5.3%、小児入院医療管理料 3 届出施設（38 施設）では 7.9%、小児入院医療管理料 4 届出施設（105 施設）では 4.8%であった。

図表 56 小児入院医療管理料の施設基準届出施設数と届出時期

	届出施設数	届出時期			無回答
		平成 23 年 8 月 31 日 以前	平成 23 年 9 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日	平成 24 年 4 月 1 日 以降	
小児入院医療管理料 1	25	80.0%	0.0%	12.0%	8.0%
小児入院医療管理料 2	75	89.3%	4.0%	5.3%	1.3%
小児入院医療管理料 3	38	76.3%	10.5%	7.9%	5.3%
小児入院医療管理料 4	105	83.8%	4.8%	4.8%	6.7%

②小児入院医療管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数

小児入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの許可病床数をみると、平成 23 年 9 月が平均 43.9 床（標準偏差 36.4、中央値 36.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 43.8 床（標準偏差 35.9、中央値 36.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、小児入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月では平均 94.9 人（標準偏差 69.5、中央値 82.0）であったのが、平成 24 年 9 月には平均 93.9 人（標準偏差 71.0、中央値 76.0）となっており、平均値では 1.0 人、中央値では 6.0 人の減少であった。小児入院医療管理料算定病床の 10 床あたりの新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月では平均 24.7 人（標準偏差 12.4、中央値 22.6）であったのが、平成 24 年 9 月には平均 23.9 人（標準偏差 11.6、中央値 22.6）となっており、平均値では 0.8 人減少したが、中央値は変わらなかった。

図表 57 小児入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの許可病床数・新規入院患者数、10 床あたりの新規入院患者数（小児入院医療管理料届出施設等）

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10 床あたり新規入院患者数(人)	
	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	177	177	177	177	177	177
平均値	43.9	43.8	94.9	93.9	24.7	23.9
標準偏差	36.4	35.9	69.5	71.0	12.4	11.6
中央値	36.0	36.0	82.0	76.0	22.6	22.6

(注)「小児入院医療管理料 5」の算定施設も含まれる。

小児入院医療管理料算定病床のうち1施設あたりの病床利用率をみると、平成23年9月では平均63.9%（標準偏差20.8、中央値67.0）であったのが、平成24年9月には平均62.3%（標準偏差21.8、中央値66.7）となり、平均値では1.6ポイント、中央値では0.3ポイントの減少となった。

小児入院医療管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成23年9月では平均8.7日（標準偏差5.5、中央値7.1）であったのが、平成24年9月では平均8.8日（標準偏差5.7、中央値7.0）となり、大きな変化はみられなかった。

図表 58 小児入院医療管理料算定病床の1施設あたりの病床利用率・平均在院日数  
（小児入院医療管理料届出施設等）

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	177	177	177	177
平均値	63.9	62.3	8.7	8.8
標準偏差	20.8	21.8	5.5	5.7
中央値	67.0	66.7	7.1	7.0

(注)「小児入院医療管理料5」の算定施設も含まれる。

### ③小児入院医療管理料の算定件数

小児入院医療管理料1の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均971.0件(標準偏差1,232.3、中央値377.0)であり、平成24年9月が平均961.9件(標準偏差1237.8、中央値340.0)であった。平均値では9.1件の減少、中央値でも37.0件の減少であった。同様に、小児入院医療管理料2の1施設あたりの1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均381.2件(標準偏差429.6、中央値142.5)であり、平成24年9月が平均390.8件(標準偏差418.9、中央値161.0)であった。平均値では9.6件、中央値では18.5件の増加となった。小児入院医療管理料3の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均449.9件(標準偏差418.4、中央値345.0)であり、平成24年9月が平均421.7件(標準偏差402.3、中央値309.0)であった。平均値では28.2件、中央値では36.0件の減少となった。小児入院医療管理料4の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均165.5件(標準偏差191.7、中央値79.0)であり、平成24年9月が平均211.5件(標準偏差371.4、中央値97.0)であった。平均値では46.0件、中央値では18.0件の増加となった。小児入院医療管理料5の1施設あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均69.4件(標準偏差129.8、中央値7.0)であり、平成24年9月が平均28.1件(標準偏差60.4、中央値0.0)であった。平均値では41.3件と大幅に減少し、中央値も7.0件減少した。

図表 59 小児入院医療管理料の1施設あたりの算定件数(各届出施設)

		平成23年9月	平成24年9月
小児入院医療管理料1	回答施設数	22	22
	平均値	971.0	961.9
	標準偏差	1232.3	1237.8
	中央値	377.0	340.0
小児入院医療管理料2	回答施設数	68	68
	平均値	381.2	390.8
	標準偏差	429.6	418.9
	中央値	142.5	161.0
小児入院医療管理料3	回答施設数	31	31
	平均値	449.9	421.7
	標準偏差	418.4	402.3
	中央値	345.0	309.0
小児入院医療管理料4	回答施設数	99	99
	平均値	165.5	211.5
	標準偏差	191.7	371.4
	中央値	79.0	97.0
小児入院医療管理料5	回答施設数	21	21
	平均値	69.4	28.1
	標準偏差	129.8	60.4
	中央値	7.0	0.0

(注)「小児入院医療管理料5」は算定施設での回答。

小児入院医療管理料1の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均105.3件（標準偏差125.6、中央値34.5）であり、平成24年9月が平均107.4件（標準偏差121.1、中央値34.0）であった。平均値では2.1件の増加、中央値では0.5件の減少であった。同様に、小児入院医療管理料2の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均86.0件（標準偏差97.4、中央値34.7）であり、平成24年9月が平均88.2件（標準偏差93.1、中央値37.1）であった。平均値では2.2件、中央値では2.4件の増加となった。小児入院医療管理料3の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均134.1件（標準偏差117.1、中央値154.3）であり、平成24年9月が平均116.1件（標準偏差112.9、中央値57.6）であった。平均値では18.0件、中央値では96.7件の大幅減少となった。小児入院医療管理料4の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均71.2件（標準偏差82.8、中央値38.4）であり、平成24年9月が平均70.4件（標準偏差71.9、中央値41.1）であった。平均値では0.8件の減少、中央値では2.7件の増加となった。小児入院医療管理料5の100床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均56.1件（標準偏差138.3、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均29.6件（標準偏差73.3、中央値0.0）であった。平均値では26.5件と大幅に減少した。

図表 60 小児入院医療管理料の10床あたりの算定件数（各届出施設等）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
小児入院医療管理料1	回答施設数	20	20
	平均値	105.3	107.4
	標準偏差	125.6	121.1
	中央値	34.5	34.0
小児入院医療管理料2	回答施設数	66	66
	平均値	86.0	88.2
	標準偏差	97.4	93.1
	中央値	34.7	37.1
小児入院医療管理料3	回答施設数	27	27
	平均値	134.1	116.1
	標準偏差	117.1	112.9
	中央値	154.3	57.6
小児入院医療管理料4	回答施設数	85	85
	平均値	71.2	70.4
	標準偏差	82.8	71.9
	中央値	38.4	41.1
小児入院医療管理料5	回答施設数	14	14
	平均値	56.1	29.6
	標準偏差	138.3	73.3
	中央値	0.0	0.0

（注）・平成23年9月及び平成24年9月の各診療報酬項目の算定件数・算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとは小児入院医療管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

## (7) 救命救急入院料算定病床等における小児患者の状況等

- ・平成 24 年 9 月 1 か月間に「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」の各算定病床から退室した小児患者（15 歳未満、新生児を含む）について集計した。
- ・「患者数」には各管理料を算定できなかった場合も含めている。

### ①各算定病床から退室した小児患者数

平成 24 年 9 月 1 か月間に各病床から退室した小児患者数は、救命救急入院料算定病床が平均 3.6 人（標準偏差 11.5、中央値 2.0）、特定集中治療室管理料算定病床が平均 2.1 人（標準偏差 5.2、中央値 0.0）、新生児特定集中治療室管理料算定病床が平均 12.4 人（標準偏差 8.4、中央値 11.0）であった。本調査では、小児特定集中治療室管理料算定病床を有する施設からの回答は得られなかった。

図表 61 平成 24 年 9 月 1 か月間に各算定病床から退室した小児患者数（1 施設あたり）

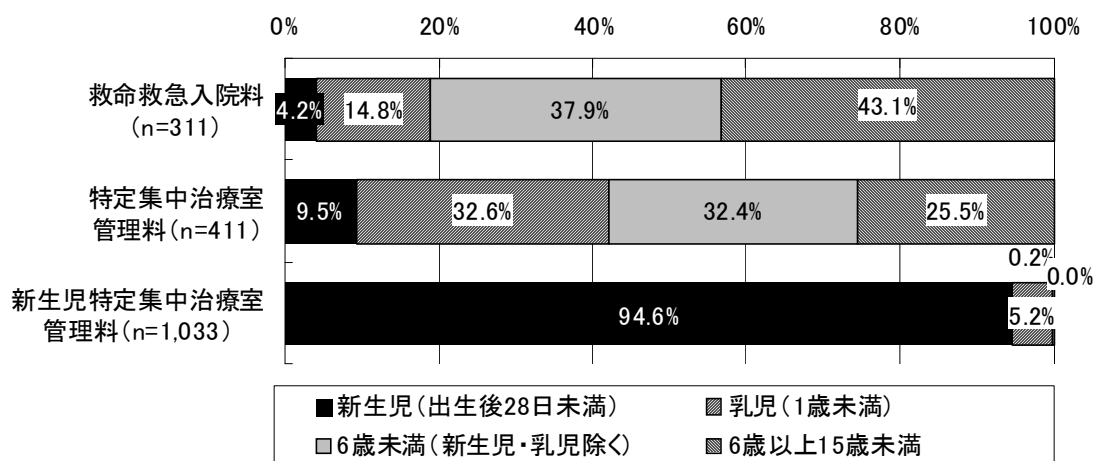
（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
救命救急入院料	86	3.6	11.5	2.0
特定集中治療室管理料	195	2.1	5.2	0.0
小児特定集中治療室管理料	0	-	-	-
新生児特定集中治療室管理料	83	12.4	8.4	11.0

## ②各算定病床から退室した小児患者における入室時の年齢区分

平成24年9月1か月間に各病床から退室した小児患者の入院時の年齢区分は、救命救急入院料算定病床では「6歳以上15歳未満」が43.1%で最も多く、次いで「6歳未満(新生児・乳児除く)」(37.9%)、「乳児(1歳未満)」(14.8%)、「新生児(出生後28日未満)」(4.2%)であった。同様に、特定集中治療室管理料算定病床についてみると、「乳児(1歳未満)」が32.6%で最も多く、次いで「6歳未満(新生児・乳児除く)」(32.4%)、「6歳以上15歳未満」(25.5%)、「新生児(出生後28日未満)」(9.5%)となった。新生児特定集中治療室管理料算定病床についてみると、「新生児(出生後28日未満)」が94.6%であったが、「乳児(1歳未満)」も5.2%あった。

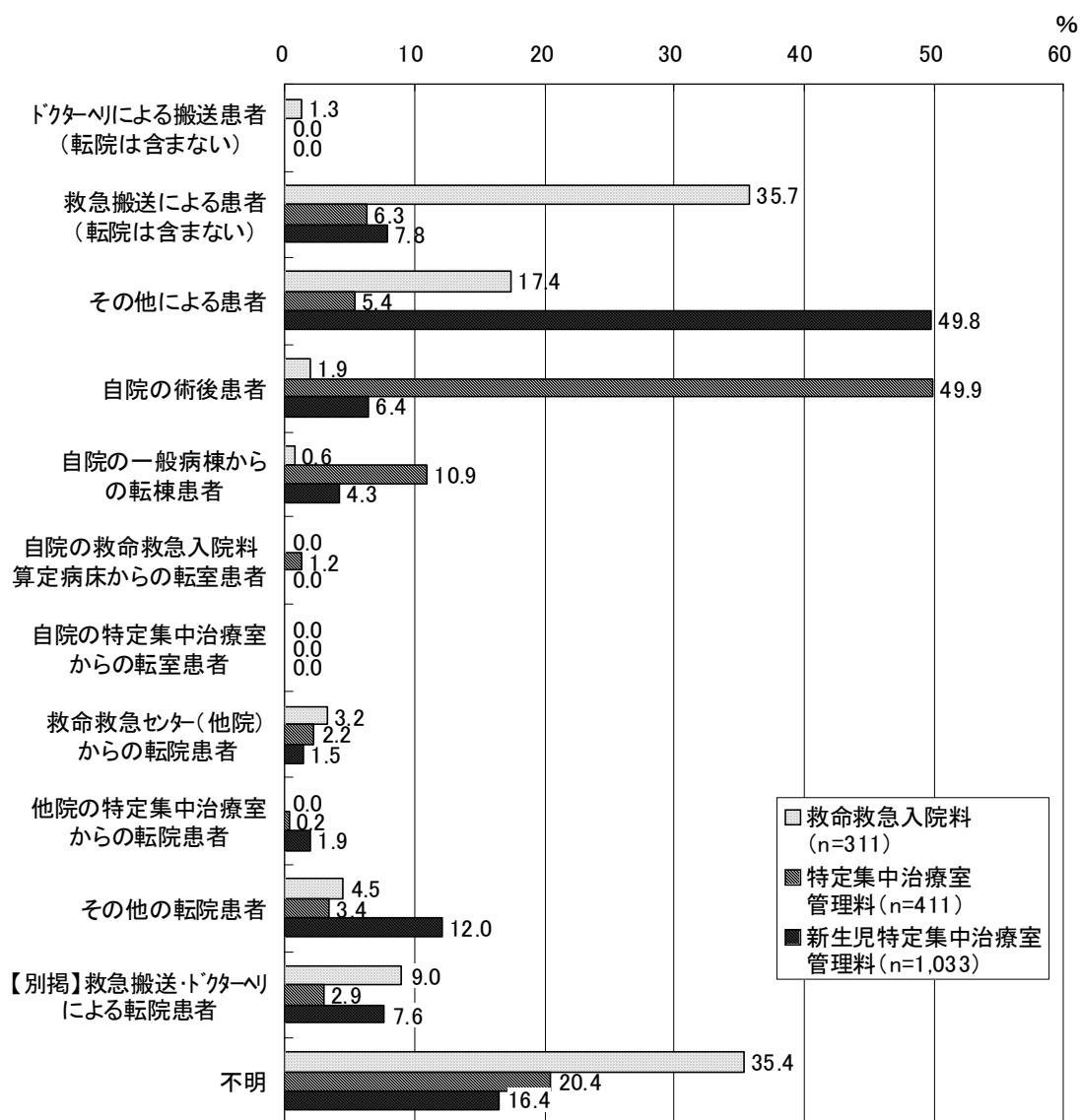
図表 62 平成24年9月1か月間に各算定病床から退室した小児患者における入室時の年齢(患者数ベース)



### ③各算定病床から退室した小児患者における入室前の状況

平成24年9月1か月間に各病床から退室した小児患者の入室前の状況をみると、救命救急入院料算定病床の小児患者では「救急搬送による患者（転院は含まない）」が35.7%で最も多く、次いで「その他による患者」（17.4%）となった。同様に、特定集中治療室管理料算定病床の小児患者では「自院の術後患者」が49.9%で最も多く、次いで「自院の一般病棟からの転棟患者」（10.9%）となった。この他、新生児特定集中治療室管理料算定病床の小児患者では「その他による患者」が49.8%で最も多く、次いで「その他の転院患者」（12.0%）、「救急搬送による患者」（7.8%）であった。救命救急入院料算定病床及び新生児特定集中治療室管理料算定病床の小児患者では「救急搬送・ドクターヘリによる転院患者」もそれぞれ9.0%、7.6%あった。

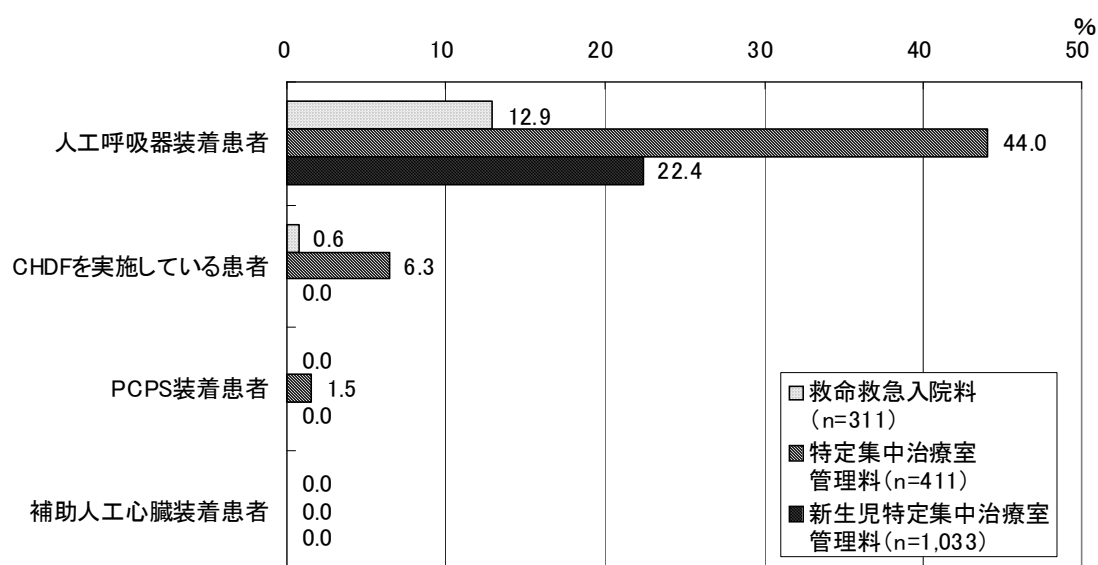
図表 63 平成24年9月1か月間に各算定病床から退室した小児患者における入室前の状況（患者数ベース）



#### ④各算定病床から退室した小児患者における入室時の状況

平成24年9月1か月間に各病床から退室した小児患者の入室時の状況をみると、救命救急入院料算定病床の小児患者の12.9%、特定集中治療室管理料算定病床の小児患者の44.0%、新生児特定集中治療室管理料算定病床の小児患者の22.4%が「人工呼吸器装着患者」であった。また、特定集中治療室管理料算定病床の小児患者の6.3%が「CHDFを実施している患者」であり、1.5%が「PCPS装着患者」であった。

図表 64 平成24年9月1か月間に各算定病床から退室した小児患者における入室時の状況（患者数ベース、複数回答）



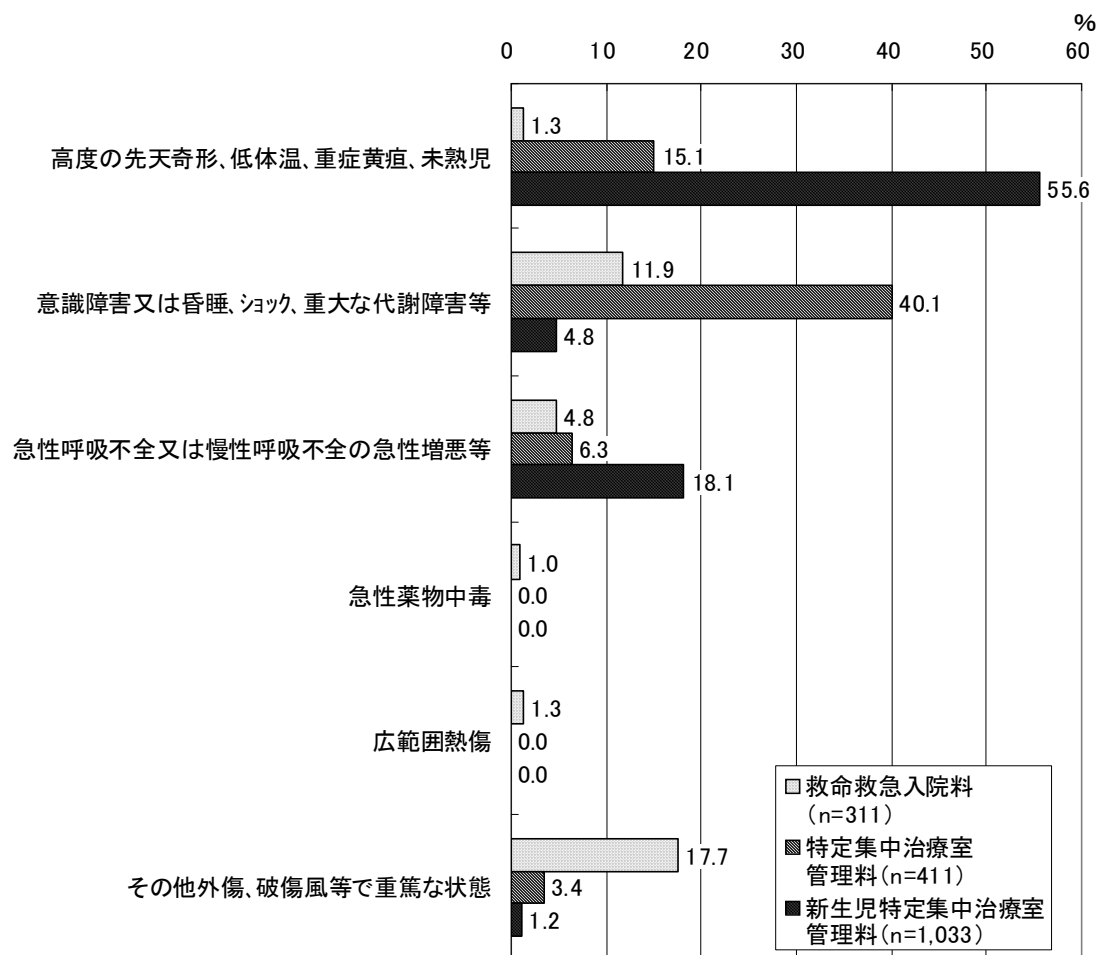
(備考) 「CHDF」：持続血液濾過法。「PCPS」：経皮的心肺補助。



### ⑤各算定病床から退室した小児患者における入室時の状態等

平成24年9月1か月間に各病床から退室した小児患者の入室時の状態等をみると、救命救急入院料算定病床の小児患者では「その他外傷、破傷風等で重篤な状態」が17.7%で最も多く、次いで「意識障害又は昏睡、ショック、重大な代謝障害等」が11.9%、「急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪等」が4.8%であった。特定集中治療室管理料算定病床の小児患者では「意識障害又は昏睡、ショック、重大な代謝障害等」が40.1%で最も多く、「高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児」が15.1%、「急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪等」が6.3%であった。新生児特定集中治療室管理料算定病床の小児患者では「高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児」が55.6%で最も多く、次いで「急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪等」が18.1%であった。

図表 65 平成24年9月1か月間に各算定病床から退室した小児患者における入室時の状態等（患者数ベース、複数回答）



## ⑥月末時点在室小児患者数

### 1) 救命救急入院料算定病床

平成 23 年 9 月末時点及び平成 24 年 9 月末時点で救命救急入院料算定病床に在室している 1 施設あたりの小児患者数の平均は、それぞれ 0.48 人（標準偏差 1.30、中央値 0.00）、0.49 人（標準偏差 1.15、中央値 0.00）であった。

このうち 60 日以上在室している小児患者数は、それぞれ平均 0.02 人（標準偏差 0.15、中央値 0.00）、平均 0.01 人（標準偏差 0.11、中央値 0.00）であった。

図表 66 救命救急入院料算定病床における月末時点在室小児患者数  
(1 施設あたり、n=84)

(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	合計	平均値	標準偏差	中央値	合計
月末在室の小児患者数	0.48	1.30	0.00	40	0.49	1.15	0.00	41
60 日以上在室の小児患者数	0.02	0.15	0.00	2	0.01	0.11	0.00	1

(注)「合計」は 84 施設での合計患者数。小児患者は 15 歳未満の患者で新生児も含む。

### 2) 特定集中治療室管理料算定病床

平成 23 年 9 月末時点及び平成 24 年 9 月末時点で特定集中治療室管理料算定病床に在室している 1 施設あたりの小児患者数の平均は、それぞれ 0.71 人（標準偏差 1.80、中央値 0.00）、0.57 人（標準偏差 1.46、中央値 0.00）であった。

このうち 60 日以上在室している小児患者数は、それぞれ 0.06 人（標準偏差 0.26、中央値 0.00）、0.08 人（標準偏差 0.39、中央値 0.00）であった。

図表 67 特定集中治療室管理料算定病床における月末在室小児患者数  
(1 施設あたり、n=161)

(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	合計	平均値	標準偏差	中央値	合計
月末在室の小児患者数	0.71	1.80	0.00	114	0.57	1.46	0.00	92
60 日以上在室の小児患者数	0.06	0.26	0.00	9	0.08	0.39	0.00	13

(注)「合計」は 161 施設での合計患者数。小児患者は 15 歳未満の患者で新生児も含む。

### 3) 新生児特定集中治療室管理料算定病床

平成 23 年 9 月末時点及び平成 24 年 9 月末時点で新生児特定集中治療室管理料算定病床に在室している 1 施設あたりの小児患者数の平均は、それぞれ 6.63 人（標準偏差 4.26、中央値 6.00）、6.92 人（標準偏差 4.42、中央値 6.00）であった。

このうち 60 日以上在室している小児患者数は、それぞれ 0.75 人（標準偏差 1.64、中央値 0.00）、1.01 人（標準偏差 1.88、中央値 0.00）であった。また、1 年以上在室している小児患者数は、それぞれ 0.13 人（標準偏差 0.44、中央値 0.00）、0.12 人（標準偏差 0.36、中央値 0.00）であった。60 日以上在室している小児患者が若干増えている。

図表 68 新生児特定集中治療室管理料算定病床における月末在室小児患者数  
(1 施設あたり、n=76)

(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	合計	平均値	標準偏差	中央値	合計
月末在室の小児患者数	6.63	4.26	6.00	504	6.92	4.42	6.00	526
60 日以上在室の小児患者数	0.75	1.64	0.00	57	1.01	1.88	0.00	77
1 年以上在室の小児患者数	0.13	0.44	0.00	10	0.12	0.36	0.00	9

(注)「合計」は 76 施設での合計患者数。小児患者は 15 歳未満の患者で新生児も含む。

⑦1 か月間に退室した小児患者の転帰

平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間に救命救急入院料算定病床から退室した小児患者数についてみると、平成 23 年 9 月は平均 7.17 人であったのが平成 24 年 9 月は 8.70 人と増えている。平成 24 年 9 月の転帰内訳をみると、「自院の他の病室・病棟等」が 6.36 人で最も多く特に「一般病棟（障害者施設除く）」（5.93 人）が多かった。同様に、特定集中治療室管理料算定病床から退室した小児患者数についてみると、平成 23 年 9 月は平均 3.56 人であったのが平成 24 年 9 月は 3.02 人と減少している。平成 24 年 9 月の転帰内訳をみると、「自院の他の病室・病棟等」が 2.73 人で最も多く特に「一般病棟（障害者施設除く）」（2.63 人）が多かった。新生児特定集中治療室管理料算定病床から退室した小児患者数についてみると、平成 23 年 9 月は平均 11.70 人であったのが平成 24 年 9 月は 12.41 人と増加している。平成 24 年 9 月の転帰内訳をみると「自院の他の病室・病棟等」が 9.80 人で最も多く、このうち「新生児治療回復室」（6.11 人）が最も多く、次いで「一般病棟（障害者施設除く）」（3.67 人）であった。この他、「自宅（直接退院）」が 1.91 人であった。

図表 69 1 か月間に各算定病床から退室した小児患者の転帰別人数（1 施設あたり平均）

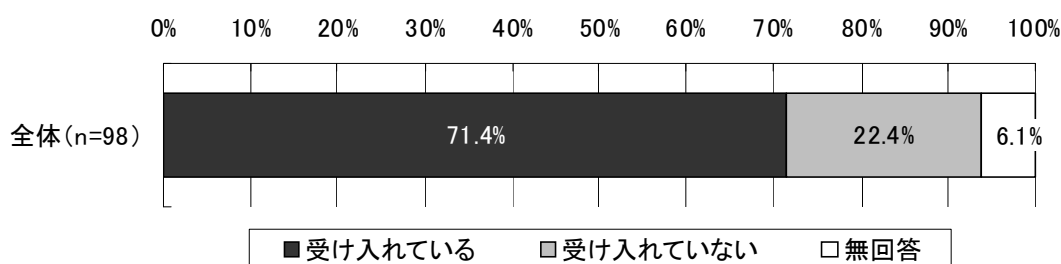
	救命救急入院料		特定集中治療室管理料		新生児特定集中治療室管理料	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	81	81	163	163	79	81
1) 当該病床から退室した患者数	7.17	8.70	3.56	3.02	11.70	12.41
2) 自宅(直接退院)	1.58	1.70	0.12	0.11	1.85	1.91
3) 自院の他の病室・病棟等	4.78	6.36	3.24	2.73	9.19	9.80
(うち)新生児特定集中治療室	0.01	0.00	0.04	0.04		
(うち)新生児治療回復室	0.00	0.00	0.02	0.02	5.19	6.11
(うち)小児特定集中治療室	0.00	0.00	0.06	0.03	0.00	0.00
(うち)特定集中治療室	0.37	0.37			0.04	0.01
(うち)一般病棟(障害者施設除く)	4.36	5.93	3.11	2.63	3.96	3.67
4) 他の病院	0.36	0.30	0.04	0.04	0.23	0.39
(うち)新生児特定集中治療室		0.01		0.00		0.15
(うち)新生児治療回復室		0.00		0.00		0.03
(うち)小児特定集中治療室		0.00		0.00		0.00
(うち)特定集中治療室		0.00		0.00		0.00
(うち)一般病棟(障害者施設除く)		0.28		0.04		0.22
5) 障害者施設	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6) 有床診療所(一般・療養)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00
7) 療養病棟(自院・他院)	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
8) その他	0.00	0.00	0.06	0.02	0.28	0.18
9) 死亡	0.44	0.35	0.11	0.12	0.13	0.13

(8) 救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況等

①救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況

救命救急入院料算定病床がある施設に対して、救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況を尋ねたところ、「受け入れている」が 71.4%、「受け入れていない」が 22.4%であった。

図表 70 救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入状況



②救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入実績

救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入を行っている施設での受入実績についてみると、平成 23 年 9 月 1 か月間に受け入れた該当患者数は 1 施設あたり平均 6.0 人（標準偏差 6.5、中央値 4.0）であり、平成 24 年 9 月は平均 6.4 人（標準偏差 7.0、中央値 4.0）であった。患者数は平均値では若干増えたものの大きな変化はみられなかった。

また、受入患者のうち「救命救急入院料 注 2」の加算を算定した患者数は、1 施設あたり平均 1.3 人（標準偏差 2.8、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月は平均 1.9 人（標準偏差 3.6、中央値 0.0）であった。算定患者数も同様に若干増えたものの大幅な増加とはならなかった。

図表 71 救命救急入院料算定病床における身体合併症のある精神科患者の受入実績

(受入をしている救命救急入院料届出施設、n=56)

(単位：人)

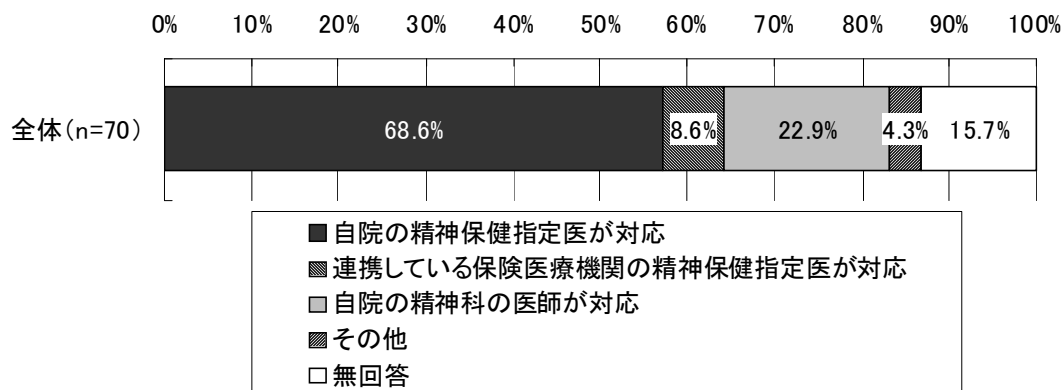
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
救命救急入院料算定病床に入院した身体合併症のある精神科患者数	平均値	6.0	6.4
	標準偏差	6.5	7.0
	中央値	4.0	4.0
上記のうち、「救命救急入院料」注 2 (3000 点)の加算を算定した患者数	平均値	1.3	1.9
	標準偏差	2.8	3.6
	中央値	0.0	0.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各診療報酬項目の算定件数・算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

### ③「救命救急入院料」注2（3000点）の加算を算定する際の体制

「救命救急入院料 注2」の加算を算定する際の体制としては、「自院の精神保健指定医が対応」が68.6%で最も多く、次いで「自院の精神科の医師が対応」が22.9%、「連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応」が8.6%、「連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応」が4.3%、「無回答」が15.7%であった。

図表 72 「救命救急入院料」注2（3000点）の加算を算定する際の体制  
（受入をしている救命救急入院料届出施設）



(9) ハイケアユニット入院医療管理料の状況等

①ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準の届出状況等

ハイケアユニット入院医療管理料について施設基準の届出時期をみると、「平成 23 年 8 月 31 日以前」が 75.9%、「平成 23 年 9 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日」が 10.1%、「平成 24 年 4 月 1 日以降」が 8.9%であった。

図表 73 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準届出施設数と届出時期

	届出施設数	届出時期			
		平成 23 年 8 月 31 日 以前	平成 23 年 9 月 1 日～ 平成 24 年 3 月 31 日	平成 24 年 4 月 1 日 以降	無回答
ハイケアユニット入院医療管理料	79	75.9%	10.1%	8.9%	5.1%

②ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の許可病床数、新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数

ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの許可病床数をみると、平成 23 年 9 月が平均 10.2 床（標準偏差 5.5、中央値 8.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 11.0 床（標準偏差 6.4、中央値 8.0）となっており、大きな変化はみられなかった。

次に、ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月では平均 34.6 人（標準偏差 34.5、中央値 24.5）であったのが、平成 24 年 9 月には平均 36.9 人（標準偏差 34.7、中央値 30.5）となっており、平均値では 2.3 人、中央値でも 6.0 人増加した。ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の 10 床あたりの新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月では平均 38.0 人（標準偏差 33.7、中央値 30.0）であったのが、平成 24 年 9 月には平均 37.4 人（標準偏差 34.5、中央値 29.4）となっており、平均値では 0.6 人、中央値でも 0.6 人の減少となった。

図表 74 ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの許可病床数・新規入院患者数、10 床あたりの新規入院患者数

(ハイケアユニット入院医療管理料届出施設)

	許可病床数(床)		新規入院患者数(人)		10 床あたり 新規入院患者数(人)	
	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	52	52	52	52	52	52
平均値	10.2	11.0	34.6	36.9	38.0	37.4
標準偏差	5.5	6.4	34.5	34.7	33.7	34.5
中央値	8.0	8.0	24.5	30.5	30.0	29.4

ハイケアユニット入院医療管理料算定病床のうち 1 施設あたりの病床利用率をみると、平成 23 年 9 月では平均 77.1%（標準偏差 18.5、中央値 76.6）であったのが、平成 24 年 9 月には平均 74.9%（標準偏差 20.8、中央値 76.6）となり、平均値では 2.2 ポイント減少したが、中央値では変わらなかった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の平均在院日数をみると、平成 23 年 9 月では平均 12.5 日（標準偏差 21.0、中央値 6.8）であったのが、平成 24 年 9 月では平均 11.8 日（標準偏差 21.0、中央値 7.2）となり、平均値では 0.7 日の減少、中央値では 0.4 日の増加となった。

図表 75 ハイケアユニット入院医療管理料算定病床の 1 施設あたりの病床利用率・平均在院日数（ハイケアユニット入院医療管理料届出施設）

	病床利用率(%)		平均在院日数(日)	
	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	52	52	52	52
平均値	77.1	74.9	12.5	11.8
標準偏差	18.5	20.8	21.0	21.0
中央値	76.6	76.6	6.8	7.2

### ③ハイケアユニット入院医療管理料の算定件数

ハイケアユニット入院医療管理料の 1 施設あたりの 1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 118.3 件（標準偏差 96.9、中央値 79.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 120.4 件（標準偏差 106.6、中央値 90.0）であった。平均値では 2.1 件、中央値では 11.0 件の増加であった。

図表 76 ハイケアユニット入院医療管理料の 1 施設あたりの算定件数  
（ハイケアユニット入院医療管理料届出施設）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
ハイケアユニット入院医療管理料	回答施設数	57	57
	平均値	118.3	120.4
	標準偏差	96.9	106.6
	中央値	79.0	90.0

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のハイケアユニット入院医療管理料の算定件数について回答のあった施設のみを集計対象とした。



ハイケアユニット入院医療管理料の10床あたりの1か月間の算定件数は平成23年9月が平均133.0件（標準偏差96.2、中央値101.8）であり、平成24年9月が平均125.6件（標準偏差89.9、中央値86.9）であった。平均値では7.4件の減少、中央値でも14.9件の減少であった。

図表 77 ハイケアユニット入院医療管理料の10床あたりの算定件数  
（ハイケアユニット入院医療管理料届出施設）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
ハイケアユニット入院医療管理料	回答施設数	50	50
	平均値	133.0	125.6
	標準偏差	96.2	89.9
	中央値	101.8	86.9

- (注) ・平成23年9月及び平成24年9月のハイケアユニット入院医療管理料の算定件数・算定病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。  
・10床あたりとはハイケアユニット小児入院医療管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

#### ④ハイケアユニットに従事する職員数

##### 1) 医師数

ハイケアユニットに従事する医師の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均10.6人(標準偏差19.1、中央値2.5)であり、平成24年9月が平均10.8人(標準偏差16.2、中央値3.5)であった。平均値では0.2人、中央値では1.0人と若干増加した。

図表 78 ハイケアユニットに従事する医師数  
(1施設あたり、ハイケアユニット入院医療管理料届出施設)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】
回答施設数	60	60	60	60	60	60
平均値	0.5	10.1	10.6	0.5	10.2	10.8
標準偏差	2.4	19.2	19.1	2.5	16.3	16.2
中央値	0.0	2.0	2.5	0.0	2.0	3.5

(注) 平成23年9月及び平成24年9月のハイケアユニットに従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

ハイケアユニットに従事する医師の10床あたりの人数は平成23年9月が平均15.6人(標準偏差29.3、中央値4.2)であり、平成24年9月が平均14.3人(標準偏差23.4、中央値3.4)であった。平均値では1.3人、中央値では0.8人と減少した。

図表 79 ハイケアユニットに従事する医師数  
(10床あたり、ハイケアユニット入院医療管理料届出施設)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】	【専従】	【専任 (兼任)】	【合計】
回答施設数	44	44	44	44	44	44
平均値	0.5	15.1	15.6	0.5	13.9	14.3
標準偏差	1.9	29.5	29.3	1.8	23.6	23.4
中央値	0.0	1.4	4.2	0.0	1.9	3.4

(注) ・平成23年9月及び平成24年9月のハイケアユニットに従事する医師数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとはハイケアユニット入院医療管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

## 2) 看護職員数

ハイケアユニットに従事する看護職員の1施設あたりの人数は平成23年9月が平均16.1人（標準偏差12.3、中央値16.0）であり、平成24年9月が平均19.2人（標準偏差12.4、中央値19.0）であった。平均値では3.1人、中央値では3.0人増加した。

図表 80 ハイケアユニットに従事する看護職員数  
(1施設あたり、ハイケアユニット入院医療管理料届出施設)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	【専従】	【専任(兼任)】	【合計】	【専従】	【専任(兼任)】	【合計】
回答施設数	66	66	66	66	66	66
平均値	12.2	3.9	16.1	15.4	3.8	19.2
標準偏差	12.5	9.4	12.3	13.7	9.0	12.4
中央値	10.5	0.0	16.0	15.0	0.0	19.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月のハイケアユニットに従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

ハイケアユニットに従事する看護職員の10床あたりの人数は平成23年9月が平均20.7人（標準偏差14.2、中央値17.9）であり、平成24年9月が平均21.2人（標準偏差14.2、中央値19.0）であった。平均値では0.5人、中央値では1.1人増加した。

図表 81 ハイケアユニットに従事する看護職員数  
(10床あたり、ハイケアユニット入院医療管理料届出施設)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	【専従】	【専任(兼任)】	【合計】	【専従】	【専任(兼任)】	【合計】
回答施設数	48	48	48	48	48	48
平均値	14.3	6.3	20.7	15.6	5.7	21.2
標準偏差	11.5	15.8	14.2	11.9	15.2	14.2
中央値	15.6	0.0	17.9	16.3	0.0	19.0

(注) ・平成23年9月及び平成24年9月のハイケアユニットに従事する看護職員数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

・10床あたりとはハイケアユニット入院医療管理料算定病床の許可病床数10床あたりを意味する。

## ⑤ハイケアユニットの入院患者の状況等

### 1) ハイケアユニット入院管理料の算定状況

平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中の患者数は1施設あたり平均8.00人(標準偏差 5.54、中央値 7.00)であり、このうち入室が22日以上でハイケアユニット入院医療管理料を算定できない患者数は平均0.79人(標準偏差 1.21、中央値 0.00)で、要件に該当せずハイケアユニット入院医療管理料を算定できない患者数は平均0.64人(標準偏差 1.48、中央値 0.00)であった。ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者数は平均6.56人(標準偏差 4.48、中央値 6.00)であり、ハイケアユニットに入室している患者の82.0%がハイケアユニット入院医療管理料を算定しているが、残り18.0%がハイケアユニット入院管理料を算定できない患者であった。

図表 82 平成24年9月末時点でのハイケアユニットに入室している患者数等 (n=73)

	平均値	標準偏差	中央値
患者数(人)			
1)平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中の患者数	8.00	5.54	7.00
2)うち、入室が22日以上で「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	0.79	1.21	0.00
3)うち、要件に該当せず「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	0.64	1.48	0.00
4)「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者数	6.56	4.48	6.00
構成割合(%)			
	①	②	
1)平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中の患者	100.0%		
うち、「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者	18.0%		
2)上記のうち、入室が22日以上で「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者		55.2%	
3)うち、要件に該当せず「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数		44.8%	
4)「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者数	82.0%		

(注)・上記図表の割合①は「平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中の患者数」に対する各該当の患者数の割合。

・上記図表の割合②は平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中であるが、「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者に対する各該当の患者数の割合。

ハイケアユニット入室患者に占める、22 日以上の在室でハイケアユニット入院医療管理料を算定できない患者の割合別の施設数分布をみると、「該当患者がいない」施設が 51.9%、「～20%未満」が 19.0%、「20%以上～50%未満」が 15.2%、「50%以上」が 2.5%であった。

図表 83 ハイケアユニット入室患者に占める、22 日以上の在室でハイケアユニット入院医療管理料を算定できない患者の割合別にみた施設数

	施設数	割合
該当患者がいない	41	51.9%
～20%未満	15	19.0%
20%以上～50%未満	12	15.2%
50%以上	2	2.5%
無回答	9	11.4%
合計	79	100.0%

ハイケアユニット入室患者に占める、算定要件に該当しないためハイケアユニット入院医療管理料を算定できない患者の割合別の施設数分布をみると、「該当患者がいない」施設が 60.8%、「～20%未満」が 13.9%、「20%以上～50%未満」が 11.4%、「50%以上」が 2.5%であった。

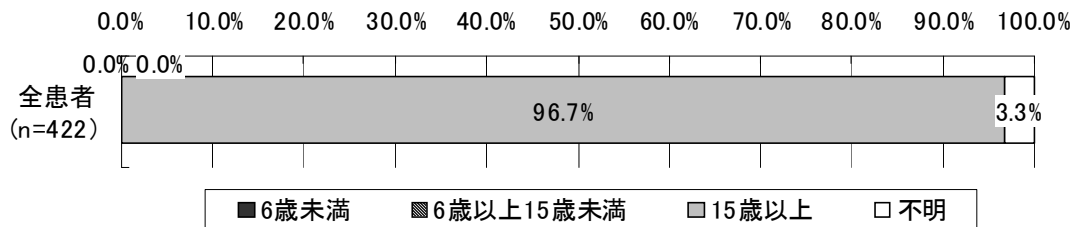
図表 84 ハイケアユニット入室患者に占める、算定要件に該当しないため算定できない患者の割合別にみた施設数

	施設数	割合
該当患者がいない	48	60.8%
～20%未満	11	13.9%
20%以上～50%未満	9	11.4%
50%以上	2	2.5%
無回答	9	11.4%
合計	79	100.0%

2) ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の状況 (65 施設、総計 422 人の患者の詳細)

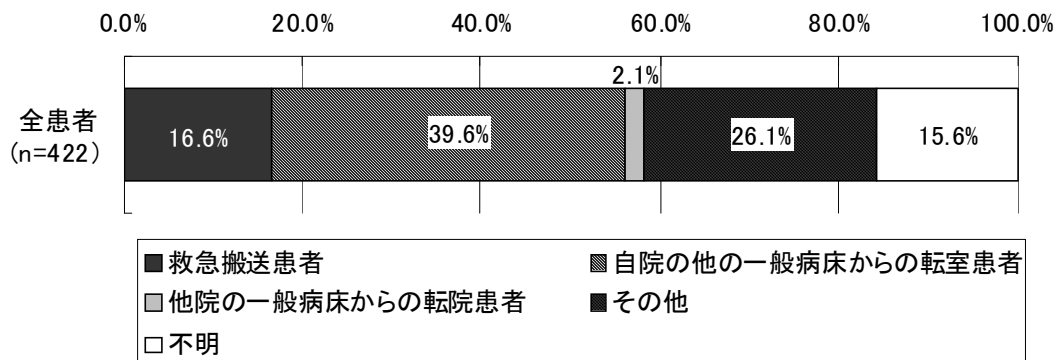
平成 24 年 9 月末時点におけるハイケアユニット入院医療管理料算定患者の年齢構成をみると、「15 歳以上」が 96.7%であり、「6 歳未満」、「6 歳以上 15 歳未満」は 0.0%であった。

図表 85 平成 24 年 9 月末時点でのハイケアユニット入院医療管理料算定患者の年齢構成



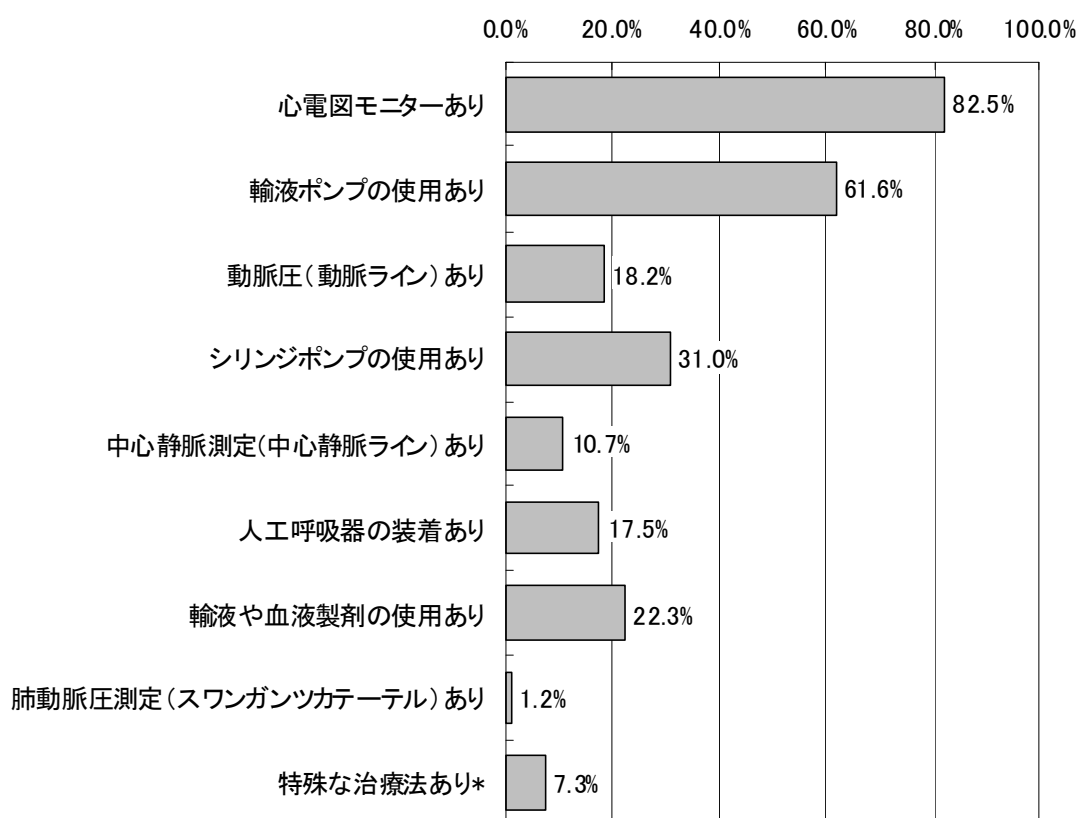
平成 24 年 9 月末時点におけるハイケアユニット入院医療管理料算定患者の入室時の状況をみると、「自院の他の一般病床からの転室患者」が 39.6%で最も多く、「救急搬送患者」が 16.6%、「他院の一般病床からの転院患者」が 2.1%であった。

図表 86 平成 24 年 9 月末時点でのハイケアユニット入院医療管理料算定患者の入室時の状況



平成 24 年 9 月末時点におけるハイケアユニット入院医療管理料算定患者の現在のモニタリング及び処置等の状況をみると、「心電図モニターあり」が 82.5%、「輸液ポンプの使用あり」が 61.6%、「シリンジポンプの使用あり」が 31.0%、「輸液や血液製剤の使用あり」が 22.3%、「動脈圧（動脈ライン）あり」が 18.2%、「人工呼吸器の装着あり」が 17.5%、「中心静脈測定（中心静脈ライン）あり」が 10.7%、「特殊な治療法あり」が 7.3%、「肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）あり」が 1.2%であった。

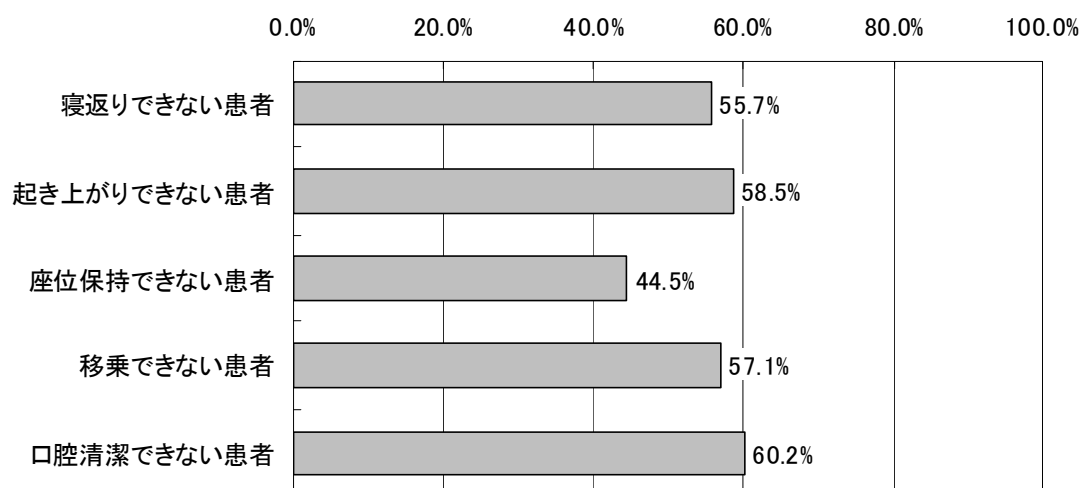
図表 87 平成 24 年 9 月末時点でのハイケアユニット入院医療管理料算定患者の現在のモニタリング及び処置等の状況（複数回答、n=422）



(注) 「特殊な治療法あり」とは、CHDF（持続血液透析濾過法）、IABP（大動脈内バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP 測定などを指す。

平成 24 年 9 月末時点におけるハイケアユニット入院医療管理料算定患者の状況等をみると、「寝返りできない患者」が 55.7%、「起き上がりできない患者」が 58.5%、「座位保持できない患者」が 44.5%、「移乗できない患者」が 57.1%、「口腔清潔できない患者」が 60.2%であった。

図表 88 平成 24 年 9 月末時点でのハイケアユニット入院医療管理料算定患者の状況等  
(複数回答、n=422)





## (10) 救急医療の実施状況等

### ①施設基準の届出状況等

各施設基準の届出状況は以下の通りである。「新生児特定集中治療室退院調整加算 1」では「平成 24 年 4 月以降」の届出施設が 30.3%であった。また、「救急搬送患者地域連携紹介加算」では 67.4%、「救急搬送患者地域連携受入加算」では 73.4%が「平成 24 年 4 月以降」の届出施設であった。「地域連携小児夜間・休日診療料 1」では 2.6%、「地域連携小児夜間・休日診療料 2」では 7.4%、「地域連携夜間・休日診療料」では 4.7%、「地域連携診療計画管理料」では 10.2%、「地域連携診療計画退院時指導料」では 3.8%が、平成 24 年度診療報酬改定後となる「平成 24 年 4 月以降」の届出施設であった。

図表 89 施設基準の届出施設数と届出時期 (n=597)

	届出施設数	届出時期			
		平成 22 年 3 月以前	平成 22 年 4 月～平 成 24 年 3 月	平成 24 年 4 月以降	不明
救急医療管理加算	474	91.4%	3.4%	1.9%	3.4%
超急性期脳卒中加算	234	82.5%	13.2%	2.6%	1.7%
妊産婦緊急搬送入院加算	235	92.3%	6.4%	0.0%	1.3%
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	39	87.2%	7.7%	0.0%	5.1%
ハイリスク妊産婦共同管理料(II)	21	66.7%	9.5%	4.8%	19.0%
ハイリスク妊娠管理加算	251	90.0%	6.0%	1.6%	2.4%
ハイリスク分娩管理加算	219	82.2%	12.3%	3.7%	1.8%
退院調整加算 1	389	0.0%	0.0%	96.9%	3.1%
新生児特定集中治療室退院調整加算 1	66	0.0%	65.2%	30.3%	4.5%
新生児特定集中治療室退院調整加算 2	33	0.0%	0.0%	93.9%	6.1%
救急搬送患者地域連携紹介加算	432	0.5%	31.3%	67.4%	0.9%
救急搬送患者地域連携受入加算	421	1.0%	24.0%	73.4%	1.7%
地域連携小児夜間・休日診療料 1	76	71.1%	23.7%	2.6%	2.6%
地域連携小児夜間・休日診療料 2	27	48.1%	37.0%	7.4%	7.4%
地域連携夜間・休日診療料	43	7.0%	86.0%	4.7%	2.3%
院内トリアージ実施料	279	0.0%	0.0%	97.1%	2.9%
夜間休日救急搬送医学管理料	332	0.0%	0.0%	96.4%	3.6%
地域連携診療計画管理料	266	58.3%	28.2%	10.2%	3.4%
地域連携診療計画退院時指導料	105	48.6%	45.7%	3.8%	1.9%

## ②各診療報酬項目算定件数

### 1) 救急医療管理加算

救急医療管理加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均402.4件（標準偏差551.5、中央値169.0）であり、平成24年9月が平均406.4件（標準偏差542.9、中央値178.5）であった。平均値で4.0件、中央値で9.5件の増加であった。乳幼児救急医療管理加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均20.1件（標準偏差58.0、中央値1.0）であり、平成24年9月が平均16.5件（標準偏差38.6、中央値1.0）であった。平均値で3.6件の減少であったが、中央値は変わらなかった。小児救急医療管理加算の平成24年9月1か月間の算定件数は平均6.9件（標準偏差18.5、中央値0.0）であった。

図表 90 救急医療管理加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
救急医療管理加算 (n=456)	平均値	402.4	406.4
	標準偏差	551.5	542.9
	中央値	169.0	178.5
【再掲】乳幼児救急医療管理加算 (n=218)	平均値	20.1	16.5
	標準偏差	58.0	38.6
	中央値	1.0	1.0
【再掲】小児救急医療管理加算 (n=232)	平均値	/	6.9
	標準偏差		18.5
	中央値		0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 2) 超急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均0.8件（標準偏差1.2、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均0.8件（標準偏差1.3、中央値0.0）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 91 超急性期脳卒中加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
超急性期脳卒中加算 (n=218)	平均値	0.8	0.8
	標準偏差	1.2	1.3
	中央値	0.0	0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 3) 妊産婦緊急搬送入院加算

妊産婦緊急搬送入院加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均4.2件（標準偏差5.3、中央値2.0）であり、平成24年9月が平均4.1件（標準偏差5.2、中央値2.0）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 92 妊産婦緊急搬送入院加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
妊産婦緊急搬送入院加算 (n=218)	平均値	4.2	4.1
	標準偏差	5.3	5.2
	中央値	2.0	2.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 4) 在宅患者緊急入院診療加算

在宅患者緊急入院診療加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均1.1件（標準偏差2.5、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均1.1件（標準偏差1.8、中央値0.0）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 93 在宅患者緊急入院診療加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
在宅患者緊急入院診療加算 (n=35)	平均値	1.1	1.1
	標準偏差	2.5	1.8
	中央値	0.0	0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 5) 超重症児（者）入院診療加算

超重症児（者）入院診療加算（6歳未満の場合）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均13.6件（標準偏差40.5、中央値0.5）であり、平成24年9月が平均15.9件（標準偏差49.6、中央値0.0）であった。平均値では2.3件の増加がみられた。また、超重症児（者）入院診療加算（6歳以上の場合）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均30.0件（標準偏差93.5、中央値2.0）であり、平成24年9月が平均25.9件（標準偏差93.6、中央値1.0）であった。平均値では4.1件、中央値では1.0件の減少であった。さらに、超重症児（者）入院診療加算（救急・在宅重症児（者）受入加算）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均3.1件（標準偏差18.0、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均1.2件（標準偏差4.9、中央値0.0）であった。平均値では1.9件の減少であった。

図表 94 超重症児（者）入院診療加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
超重症児(者)入院診療加算 【再掲】6歳未満の場合 (n=114)	平均値	13.6	15.9
	標準偏差	40.5	49.6
	中央値	0.5	0.0
超重症児(者)入院診療加算 【再掲】6歳以上の場合 (n=136)	平均値	30.0	25.9
	標準偏差	93.5	93.6
	中央値	2.0	1.0
超重症児(者)入院診療加算 【再掲】救急・在宅重症児(者)受入加算(n=92)	平均値	3.1	1.2
	標準偏差	18.0	4.9
	中央値	0.0	0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 6) 準超重症児（者）入院診療加算

準超重症児（者）入院診療加算（6歳未満の場合）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均7.9件（標準偏差25.1、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均7.3件（標準偏差23.8、中央値0.0）であった。平均値では0.6件の減少がみられた。また、準超重症児（者）入院診療加算（6歳以上の場合）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均50.3件（標準偏差133.6、中央値4.0）であり、平成24年9月が平均49.2件（標準偏差158.7、中央値2.0）であった。平均値では1.1件、中央値では2.0件の減少であった。さらに、準超重症児（者）入院診療加算（救急・在宅重症児（者）受入加算）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均15.1件（標準偏差136.1、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均3.3件（標準偏差18.0、中央値0.0）であった。平均値では11.8件の減少であった。

図表 95 準超重症児（者）入院診療加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
準超重症児(者)入院診療加算 【再掲】6歳未満の場合 (n=102)	平均値	7.9	7.3
	標準偏差	25.1	23.8
	中央値	0.0	0.0
準超重症児(者)入院診療加算 【再掲】6歳以上の場合 (n=125)	平均値	50.3	49.2
	標準偏差	133.6	158.7
	中央値	4.0	2.0
準超重症児(者)入院診療加算 【再掲】救急・在宅重症児(者)受入 加算(n=87)	平均値	15.1	3.3
	標準偏差	136.1	18.0
	中央値	0.0	0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 7) ハイリスク妊産婦共同管理料

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均0.1件（標準偏差0.3、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均0.1件（標準偏差0.4、中央値0.0）であった。大きな変化はみられなかった。また、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均2.6件（標準偏差6.5、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均3.5件（標準偏差12.7、中央値0.0）であった。平均値では0.9件の増加がみられた。

図表 96 ハイリスク妊産婦共同管理料の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） (n=33)	平均値	0.1	0.1
	標準偏差	0.3	0.4
	中央値	0.0	0.0
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） (n=18)	平均値	2.6	3.5
	標準偏差	6.5	12.7
	中央値	0.0	0.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 8) ハイリスク妊娠管理加算

ハイリスク妊娠管理加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均23.8件(標準偏差39.0、中央値7.0)であり、平成24年9月が平均24.6件(標準偏差39.8、中央値7.5)であった。平均値では0.8件、中央値では0.5件の増加がみられた。

図表 97 ハイリスク妊娠管理加算の算定件数(各1か月分)

(単位: 件)

		平成23年9月	平成24年9月
ハイリスク妊娠管理加算 (n=240)	平均値	23.8	24.6
	標準偏差	39.0	39.8
	中央値	7.0	7.5

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 9) ハイリスク分娩管理加算

ハイリスク分娩管理加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均19.4件(標準偏差27.6、中央値9.0)であり、平成24年9月が平均19.8件(標準偏差28.9、中央値8.0)であった。平均値では0.4件の増加、中央値では1.0件の減少がみられた。

図表 98 ハイリスク分娩管理加算の算定件数(各1か月分)

(単位: 件)

		平成23年9月	平成24年9月
ハイリスク分娩管理加算 (n=206)	平均値	19.4	19.8
	標準偏差	27.6	28.9
	中央値	9.0	8.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 10) 退院調整加算 1

平成 24 年 9 月 1 か月間の退院調整加算 1 の算定件数は平均 39.3 件（標準偏差 74.5、中央値 17.0）であり、このうち「14 日以内の期間」は平均 15.8 件（標準偏差 47.9、中央値 4.0）、「15 日以上 30 日以内の期間」は平均 13.2 件（標準偏差 20.8、中央値 6.0）、「31 日以上期間」は平均 10.3 件（標準偏差 12.5、中央値 6.0）であった。

図表 99 退院調整加算 1 の算定件数（各 1 か月分、n=317）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
退院調整加算 1	平均値		39.3
	標準偏差		74.5
	中央値		17.0
【再掲】14 日以内の期間(340 点)	平均値		15.8
	標準偏差		47.9
	中央値		4.0
【再掲】15 日以上 30 日以内の期間(150 点)	平均値		13.2
	標準偏差		20.8
	中央値		6.0
【再掲】31 日以上期間(50 点)	平均値		10.3
	標準偏差		12.5
	中央値		6.0

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 11) 新生児特定集中治療室退院調整加算

新生児特定集中治療室退院調整加算の1か月間の算定件数をみると、平成23年9月が平均6.9件（標準偏差21.1、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均7.6件（標準偏差22.0、中央値0.0）であった。平均値では0.7件の増加であった。新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算の平成24年9月1か月間の算定件数は平均1.9件（標準偏差3.4、中央値1.0）であり、退院加算の算定件数は平均2.1件（標準偏差2.7、中央値1.0）であった。

図表 100 新生児特定集中治療室退院調整加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
新生児特定集中治療室退院調整加算1 (n=57)	平均値	6.9	7.6
	標準偏差	21.1	22.0
	中央値	0.0	0.0
新生児特定集中治療室退院調整加算2 【再掲】退院支援計画作成加算(n=21)	平均値		1.9
	標準偏差		3.4
	中央値		1.0
新生児特定集中治療室退院調整加算2 【再掲】退院加算(n=21)	平均値		2.1
	標準偏差		2.7
	中央値		1.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。



## 12) 救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算

救急搬送患者地域連携紹介加算の届出施設数は平成 23 年 9 月と比較して平成 24 年 9 月には大幅に増えた。1 か月間の算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 0.3 件（標準偏差 1.4、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 1.0 件（標準偏差 2.6、中央値 0.0）であった。

同様に、救急搬送患者地域連携受入加算の届出施設数も平成 23 年 9 月と比較して平成 24 年 9 月は大幅に増加している。1 か月間の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 0.1 件（標準偏差 1.5、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月は平均 0.4 件（標準偏差 1.1、中央値 0.0）であった。

図表 101 救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算の算定件数（各 1 か月分）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
救急搬送患者地域連携紹介加算	回答施設数	339	416
	平均値	0.3	1.0
	標準偏差	1.4	2.6
	中央値	0.0	0.0
救急搬送患者地域連携受入加算	回答施設数	318	397
	平均値	0.1	0.4
	標準偏差	1.5	1.1
	中央値	0.0	0.0

平成 24 年度診療報酬改定前からの届出施設に限定して 1 か月間の算定件数をみると、救急搬送患者地域連携紹介加算の算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 0.3 件（標準偏差 1.4、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 1.1 件（標準偏差 2.9、中央値 0.0）であった。

同様に、救急搬送患者地域連携受入加算の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 0.1 件（標準偏差 1.5、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月は平均 0.4 件（標準偏差 1.0、中央値 0.0）であった。

図表 102 救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携受入加算の算定件数（改定前からの届出施設、各 1 か月分）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
救急搬送患者地域連携紹介加算 (n=338)	平均値	0.3	1.1
	標準偏差	1.4	2.9
	中央値	0.0	0.0
救急搬送患者地域連携受入加算 (n=316)	平均値	0.1	0.4
	標準偏差	1.5	1.0
	中央値	0.0	0.0

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 13) 地域連携小児夜間・休日診療料、地域連携夜間・休日診療料

地域連携小児夜間・休日診療料 1 の 1 か月間の算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 290.0 件（標準偏差 324.5、中央値 159.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 302.6 件（標準偏差 346.2、中央値 170.0）であった。

同様に、地域連携小児夜間・休日診療料 2 の 1 か月間の算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 602.7 件（標準偏差 499.3、中央値 564.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 680.7 件（標準偏差 544.7、中央値 554.0）であった。

また、地域連携夜間・休日診療料の算定件数は平成 23 年 9 月が平均 573.4 件（標準偏差 512.7、中央値 448.5）であり、平成 24 年 9 月は平均 615.4 件（標準偏差 541.4、中央値 471.5）であった。

図表 103 地域連携小児夜間・休日診療料、地域連携夜間・休日診療料の算定件数  
(各 1 か月分)

(単位：件)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
地域連携小児夜間・休日診療料 1 (n=65)	平均値	290.0	302.6
	標準偏差	324.5	346.2
	中央値	159.0	170.0
地域連携小児夜間・休日診療料 2 (n=23)	平均値	602.7	680.7
	標準偏差	499.3	544.7
	中央値	564.0	554.0
地域連携夜間・休日診療料 (n=38)	平均値	573.4	615.4
	標準偏差	512.7	541.4
	中央値	448.5	471.5

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 14) 院内トリアージ実施料

院内トリアージ実施料の平成 24 年 9 月 1 か月間の算定件数は、平均 262.1 件（標準偏差 408.0、中央値 93.5）であった。

図表 104 院内トリアージ実施料の算定件数（各 1 か月分）

(単位：件)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
院内トリアージ実施料 (n=270)	平均値		262.1
	標準偏差		408.0
	中央値		93.5

### 15) 夜間休日救急搬送医学管理料

夜間休日救急搬送医学管理料の平成24年9月1か月間の算定件数は、平均48.8件（標準偏差58.8、中央値32.0）であった。

図表 105 夜間休日救急搬送医学管理料の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
夜間休日救急搬送医学管理料 (n=318)	平均値		48.8
	標準偏差		58.8
	中央値		32.0

### 16) 救急搬送診療料

救急搬送診療料の1か月間の算定件数は、平成23年9月が平均4.1件（標準偏差10.0、中央値1.0）、平成24年9月が平均4.2件（標準偏差9.3、中央値1.0）であり、大きな変化はみられなかった。

救急搬送診療料の長時間加算についてみると、平成24年9月1か月間の算定件数は平均1.0件（標準偏差3.8、中央値0.0）であった。

図表 106 救急搬送診療料の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
救急搬送診療料 (n=131)	平均値	4.1	4.2
	標準偏差	10.0	9.3
	中央値	1.0	1.0
救急搬送診療料 長時間加算 (n=97)	平均値		1.0
	標準偏差		3.8
	中央値		0.0

（注）救急搬送診療料については、平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 17) 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画管理料の1か月間の算定件数は、平成23年9月が平均6.2件（標準偏差8.3、中央値3.0）、平成24年9月が平均6.9件（標準偏差9.3、中央値4.0）であり、平均値では0.7件、中央値では1.0件の増加がみられた。

地域連携診療計画退院時指導料についてみると、平成23年9月が平均1.3件（標準偏差2.6、中央値0.0）であり、平成24年9月は平均1.6件（標準偏差3.6、中央値0.0）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 107 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定件数  
(各1か月分)

(単位：件)

		平成23年9月	平成24年9月
地域連携診療計画管理料 (n=245)	平均値	6.2	6.9
	標準偏差	8.3	9.3
	中央値	3.0	4.0
地域連携診療計画退院時指導料 (n=92)	平均値	1.3	1.6
	標準偏差	2.6	3.6
	中央値	0.0	0.0

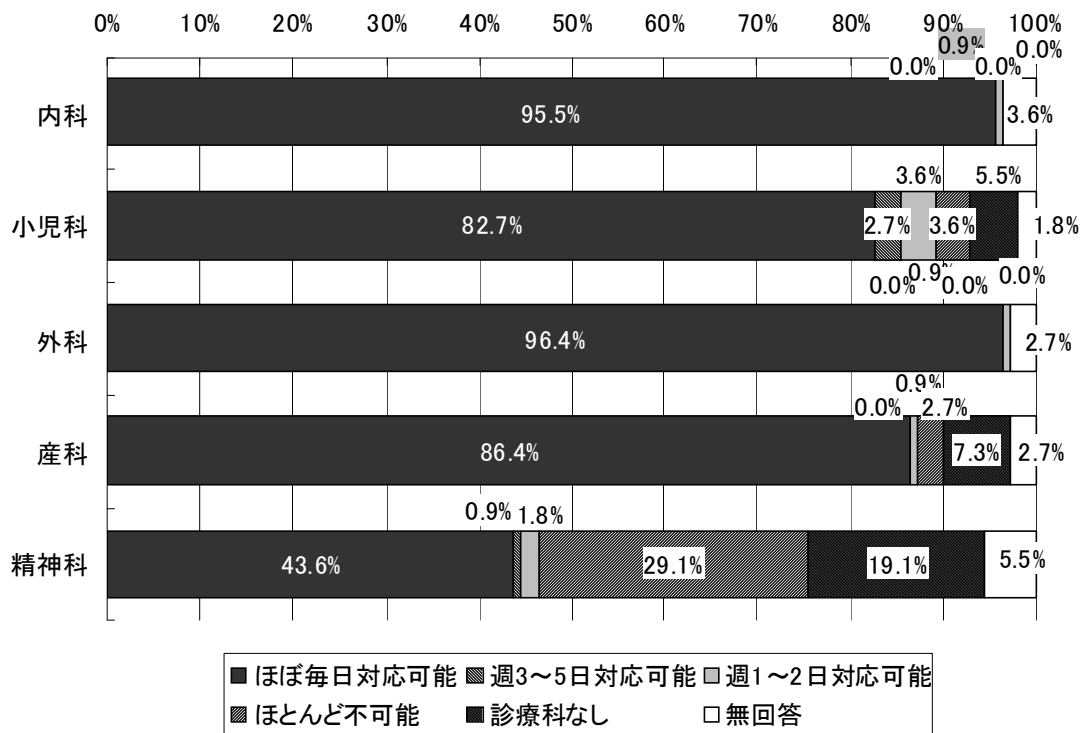
(注) 平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

(11) 救急外来の実施状況等

①夜間における救急対応

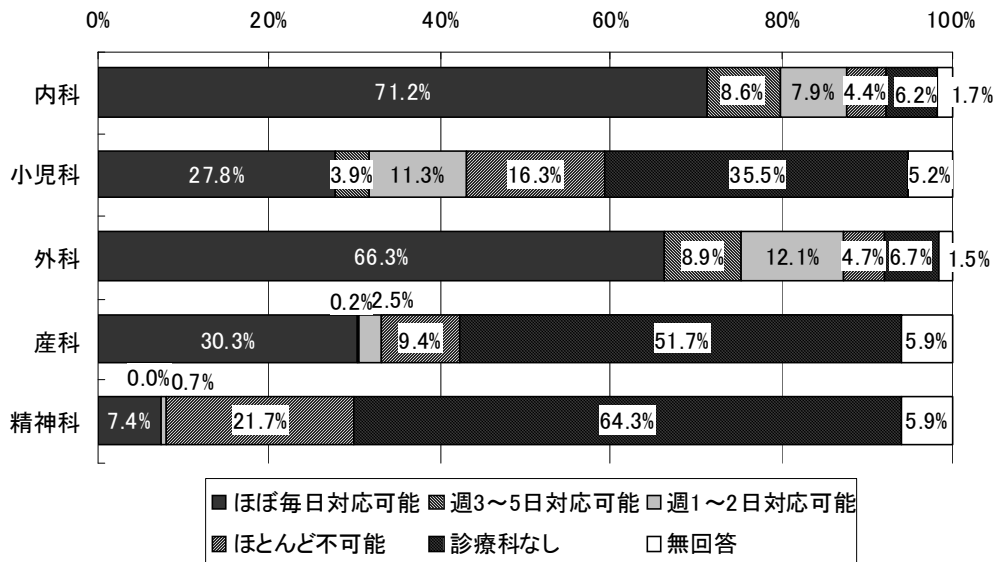
三次救急施設における夜間の救急対応の状況をみると、内科・外科では「ほぼ毎日対応可能」がほとんどであった。一方、産科と小児科では「ほぼ毎日対応可能」は9割未満であった。また、精神科では「ほぼ毎日対応可能」は43.6%にとどまり、「ほとんど不可能」が29.1%、「診療科なし」が19.1%であった。

図表 108 夜間における救急対応（三次救急施設）



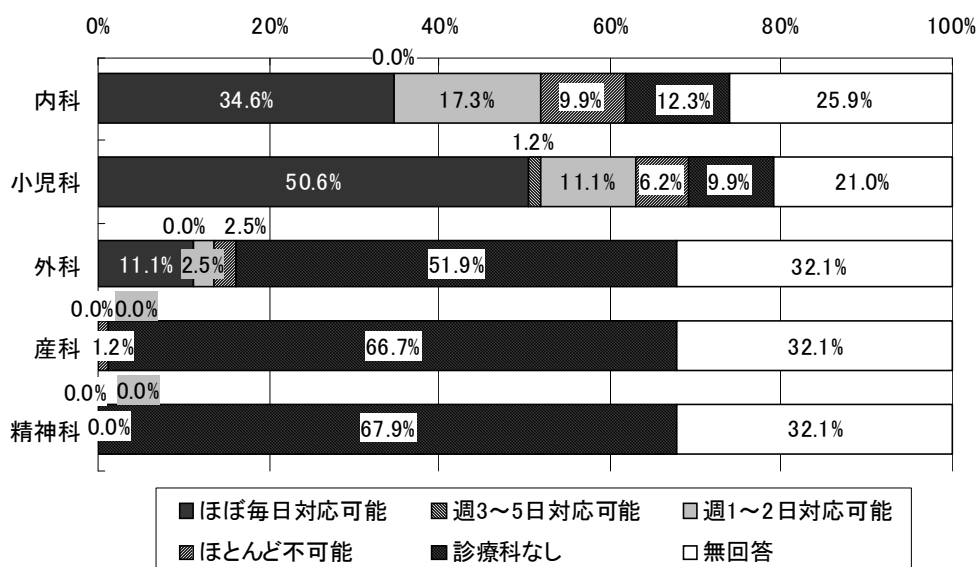
二次救急施設における夜間の救急対応の状況をみると、「ほぼ毎日対応可能」は内科で71.2%、外科で66.3%、産科が30.3%、小児科が27.8%、精神科が7.4%であった。精神科、産科、小児科について「診療科なし」という施設の割合も高かった。

図表 109 夜間における救急対応（二次救急施設）



一次救急施設における夜間の救急対応の状況をみると、「ほぼ毎日対応可能」は内科で34.6%、小児科で50.6%であった。精神科、産科、外科については「診療科なし」が5割を超えている。

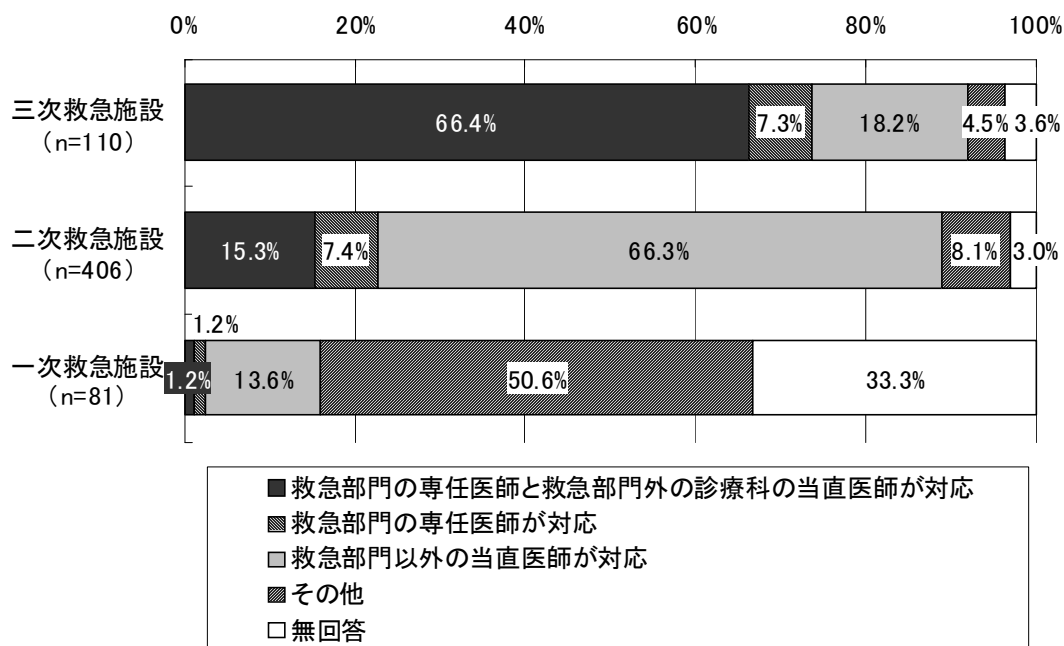
図表 110 夜間における救急対応（一次救急施設）



## ②夜間の救急外来の初期対応

夜間の救急外来の初期対応をみると、三次救急施設では「救急部門の専任医師と救急部門外の診療科の当直医師が対応」が 66.4%、二次救急施設では「救急部門以外の当直医師が対応」が 66.3%で、それぞれ最も多かった。

図表 111 夜間の救急対応の初期対応



### ③初診料・再診料（外来診療料）の算定件数

初診料・再診料（外来診療料）の1か月間の算定件数をみると、初診料時間外加算については二次救急施設と比較して一次・三次救急施設では平均値・中央値ともに高かった。また、初診料休日加算についても一次救急施設は二次・三次救急施設と比較して、平均値・中央値ともに高かった。なお、初診料休日加算、再診料休日加算については、平成23年9月と比較して平成24年9月にはいずれの施設でも増加となっているが、これは平成24年の日曜日が1日多かった点も影響していると思われる。初診料の深夜加算については三次救急施設が一次・二次救急施設と比較して平均値・中央値ともに高かった。

図表 112 初診料・再診料（外来診療料）の算定件数

（単位：件）

		一次救急施設 (n=60)			二次救急施設 (n=378)			三次救急施設 (n=104)		
		平成23年9月	平成24年9月	増減率	平成23年9月	平成24年9月	増減率	平成23年9月	平成24年9月	増減率
1) 初診料	平均値	819.1	859.4	4.9%	1,189.6	1,141.5	-4.0%	2,561.9	2,939.5	14.7%
	標準偏差	840.6	883.1	/	906.0	898.6	/	4,052.0	6,294.8	/
	中央値	534.5	582.0	8.9%	1,052.0	1,009.0	-4.1%	2,100.0	1,902.0	-9.4%
2) 初診料 時間外加算	平均値	224.3	212.9	-5.1%	108.4	103.9	-4.1%	215.0	212.2	-1.3%
	標準偏差	275.0	251.3	/	143.8	139.1	/	222.5	215.5	/
	中央値	115.0	122.0	6.1%	53.5	47.0	-12.1%	144.5	155.0	7.3%
3) 初診料 休日加算	平均値	366.6	426.7	16.4%	95.6	110.3	15.4%	183.7	204.4	11.3%
	標準偏差	436.6	507.1	/	126.9	150.3	/	159.8	183.4	/
	中央値	248.5	285.5	14.9%	52.0	59.5	14.4%	130.0	140.5	8.1%
4) 初診料 深夜加算	平均値	129.8	123.9	-4.5%	72.6	72.8	0.3%	162.4	166.3	2.4%
	標準偏差	222.0	212.7	/	107.4	103.8	/	138.3	138.9	/
	中央値	8.0	9.5	18.8%	36.0	34.0	-5.6%	117.0	121.5	3.8%
5) 再診料	平均値	70.6	67.5	-4.4%	8,454.0	8,044.1	-4.8%	19,060.9	18,809.2	-1.3%
	標準偏差	217.1	191.8	/	8,483.1	8,183.8	/	12,613.5	12,502.0	/
	中央値	6.0	7.5	25.0%	6,039.5	5,773.0	-4.4%	17,979.5	17,750.5	-1.3%
6) 再診料 時間外加算	平均値	10.1	10.1	0.3%	52.2	61.3	17.3%	134.2	136.2	1.5%
	標準偏差	36.3	34.3	/	75.1	223.1	/	190.9	203.6	/
	中央値	1.0	2.0	100.0%	26.0	23.0	-11.5%	98.0	95.0	-3.1%
7) 再診料 休日加算	平均値	12.4	14.7	18.5%	45.6	52.0	14.0%	101.8	115.8	13.7%
	標準偏差	22.6	25.9	/	59.2	73.5	/	69.2	96.5	/
	中央値	3.5	4.0	14.3%	26.5	29.0	9.4%	87.5	99.5	13.7%
8) 再診料 深夜加算	平均値	5.4	5.9	10.6%	27.4	26.2	-4.4%	76.4	79.7	4.3%
	標準偏差	12.2	13.0	/	38.4	38.7	/	57.1	62.4	/
	中央値	0.0	0.0	-	15.0	11.5	-23.3%	65.0	63.0	-3.1%

(注) 平成23年9月は、平日が20日、土曜日が4日、日曜日・祝日が6日であり、平成24年9月は平日が19日、土曜日が4日、日曜日・祝日が7日であり、この点に留意する必要がある。



#### ④外来延べ患者数、救急搬送受入患者数等

三次救急施設における1か月間の外来延べ患者数・救急搬送受入患者数等をみると、平成24年9月の外来延べ患者数は平成23年9月と比較して減少しているが救急搬送受入患者数（時間内・時間外）は大きな変化はみられなかった。一方、救急搬送患者数と比較して、いわゆるウォークイン患者数は若干増加した。緊急入院となった患者数については若干増えたものの、このうち生命の危険の可能性がある患者数は若干の減少となった。また、自施設で対応できず転送した患者数の中央値は0.0人であり、平均値でも大きな変化はみられなかった。さらに、初診時死亡が確認された患者数は平均値・中央値ともにやや減少となった。

図表 113 外来延べ患者数、救急搬送受入患者数等＜三次救急施設＞

		三次救急施設 (n=49)		
		平成23年9月	平成24年9月	増減率
①外来延べ患者数(人)	平均値	23,429.4	22,008.4	-6.1%
	標準偏差	16,941.5	16,695.3	
	中央値	21,410.0	18,992.0	-11.3%
②救急搬送受入患者数(時間内・時間外) (人)	平均値	321.8	328.2	2.0%
	標準偏差	196.5	192.6	
	中央値	296.0	290.0	-2.0%
③ウォークイン患者数(人)	平均値	912.2	945.9	3.7%
	標準偏差	654.6	670.5	
	中央値	731.0	768.0	5.1%
④軽症(入院を要しないもの)の患者数(人)	平均値	956.0	994.5	4.0%
	標準偏差	718.7	742.8	
	中央値	762.0	757.0	-0.7%
⑤緊急入院となった患者数(人)	平均値	262.9	265.3	0.9%
	標準偏差	124.3	121.1	
	中央値	265.0	275.0	3.8%
⑥⑤のうち、生命の危険の可能性がある患者数(人)	平均値	64.1	60.8	-5.2%
	標準偏差	51.4	45.3	
	中央値	59.0	56.0	-5.1%
⑦自施設で対応できず転送した患者数(人)	平均値	8.5	8.1	-4.6%
	標準偏差	35.8	40.6	
	中央値	0.0	0.0	—
⑧初診時死亡が確認された患者数(人)	平均値	6.7	6.3	-6.4%
	標準偏差	5.0	4.5	
	中央値	7.0	6.0	-14.3%
⑨救急患者割合: (②+③) / ①		5.3%	5.8%	
⑩救急搬送患者割合: ② / (②+③)		26.1%	25.8%	
⑪軽症患者割合: ④ / (②+③)		77.5%	78.1%	
⑫緊急入院患者割合: ⑤ / (②+③)		21.3%	20.8%	
⑬生命の危険の可能性がある患者割合: ⑥ / (②+③)		5.2%	4.8%	
⑭転送患者割合: ⑦ / (②+③)		0.7%	0.6%	
⑮初診時死亡確認患者割合: ⑧ / (②+③)		0.5%	0.5%	

(注)・三次救急を実施している施設であるが上記の図表中の患者数は当該施設で受け入れた救急搬送患者や時間外の外来受診患者などが含まれている。

・平成23年9月は日曜日・祝日が6日であり、平成24年9月は7日であり、この点に留意する必要がある。

二次救急施設における 1 か月間の外来延べ患者数・救急搬送受入患者数等をみると、平成 24 年 9 月の外来延べ患者数は平成 23 年 9 月と比較して減少しているが救急搬送受入患者数（時間内・時間外）は大きな変化はみられなかった。また、いわゆるウォークイン患者数はやや減少した。緊急入院となった患者数、このうち生命の危険の可能性がある患者数、自施設で対応できず転送した患者数、初診時死亡が確認された患者数については大きな変化はみられなかった。

図表 114 外来延べ患者数、救急搬送受入患者数等〈二次救急施設〉

		二次救急施設(n=204)		
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	増減率
①外来延べ患者数(人)	平均値	10,805.9	10,236.2	-5.3%
	標準偏差	8,745.1	8,270.7	
	中央値	8,435.5	7,783.0	-7.7%
②救急搬送受入患者数 (時間内・時間外)(人)	平均値	145.0	142.4	-1.7%
	標準偏差	153.9	148.7	
	中央値	97.5	100.0	2.6%
③ウォークイン患者数(人)	平均値	422.0	414.7	-1.7%
	標準偏差	923.3	844.9	
	中央値	203.0	200.5	-1.2%
④軽症(入院を要しないもの)の患者数 (人)	平均値	461.3	449.3	-2.6%
	標準偏差	948.4	863.3	
	中央値	222.0	226.5	2.0%
⑤緊急入院となった患者数(人)	平均値	102.1	104.1	2.0%
	標準偏差	96.2	101.0	
	中央値	73.5	72.5	-1.4%
⑥⑤のうち、生命の危険の可能性がある 患者数(人)	平均値	14.0	13.6	-2.5%
	標準偏差	22.2	22.4	
	中央値	3.0	3.0	0.0%
⑦自施設で対応できず転送した患者数 (人)	平均値	1.9	1.9	2.3%
	標準偏差	4.4	4.8	
	中央値	0.0	0.0	-
⑧初診時死亡が確認された患者数(人)	平均値	1.7	1.8	5.7%
	標準偏差	3.0	3.0	
	中央値	0.0	0.0	-
⑨救急患者割合: (②+③) / ①		5.2%	5.4%	
⑩救急搬送患者割合: ② / (②+③)		25.6%	25.6%	
⑪軽症患者割合: ④ / (②+③)		81.4%	80.6%	
⑫緊急入院患者割合: ⑤ / (②+③)		18.0%	18.7%	
⑬生命の危険の可能性がある患者割合: ⑥ / (②+③)		2.5%	2.4%	
⑭転送患者割合: ⑦ / (②+③)		0.3%	0.3%	
⑮初診時死亡確認患者割合: ⑧ / (②+③)		0.3%	0.3%	

(注) 平成 23 年 9 月は、平日が 20 日、土曜日が 4 日、日曜日・祝日が 6 日であり、平成 24 年 9 月は平日が 19 日、土曜日が 4 日、日曜日・祝日が 7 日であり、この点に留意する必要がある。

一次救急施設における 1 か月間の外来延べ患者数・救急搬送受入患者数等をみると、平成 24 年 9 月の外来延べ患者数は平成 23 年 9 月と比較して増加している。救急搬送受入患者数は平成 23 年 9 月・平成 24 年 9 月ともに中央値が 0.0 人であり、平均値もそれぞれ 11.5 人、11.8 人であり増減もほとんどみられなかった。一方、いわゆるウォークイン患者数、軽症の患者数は平成 23 年 9 月と比較して平成 24 年 9 月は増加した。

図表 115 外来延べ患者数、救急搬送受入患者数等＜一次救急施設＞

		一次救急施設(n=41)		
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	増減率
①外来延べ患者数(人)	平均値	888.2	889.3	0.1%
	標準偏差	814.7	812.1	
	中央値	493.0	540.0	9.5%
②救急搬送受入患者数(時間内・時間外) (人)	平均値	11.5	11.8	2.8%
	標準偏差	40.6	39.1	
	中央値	0.0	0.0	—
③ウォークイン患者数(人)	平均値	685.9	714.3	4.1%
	標準偏差	692.4	714.8	
	中央値	427.0	488.0	14.3%
④軽症(入院を要しないもの)の患者数 (人)	平均値	677.1	705.7	4.2%
	標準偏差	690.7	713.6	
	中央値	403.0	484.0	20.1%
⑤緊急入院となった患者数(人)	平均値	0.1	0.1	0.0%
	標準偏差	0.3	0.3	
	中央値	0.0	0.0	—
⑥⑤のうち、生命の危険の可能性がある 患者数(人)	平均値	0.0	0.0	—
	標準偏差	0.0	0.0	
	中央値	0.0	0.0	—
⑦自施設で対応できず転送した患者数 (人)	平均値	20.2	20.4	1.0%
	標準偏差	32.1	30.9	
	中央値	6.0	8.0	33.3%
⑧初診時死亡が確認された患者数(人)	平均値	0.0	0.0	—
	標準偏差	0.0	0.0	
	中央値	0.0	0.0	—
⑨救急患者割合: (②+③) / ①		78.5%	81.7%	
⑩救急搬送患者割合: ② / (②+③)		1.7%	1.6%	
⑪軽症患者割合: ④ / (②+③)		97.1%	97.2%	
⑫緊急入院患者割合: ⑤ / (②+③)		0.0%	0.0%	
⑬生命の危険の可能性がある患者割合: ⑥ / (②+③)		0.0%	0.0%	
⑭転送患者割合: ⑦ / (②+③)		2.9%	2.8%	
⑮初診時死亡確認患者割合: ⑧ / (②+③)		0.0%	0.0%	

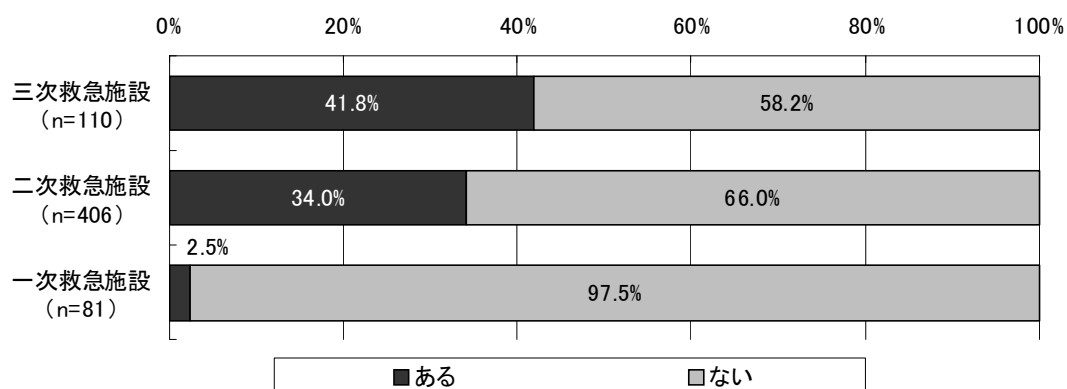
(注) 平成 23 年 9 月は、平日が 20 日、土曜日が 4 日、日曜日・祝日が 6 日であり、平成 24 年 9 月は平日が 19 日、土曜日が 4 日、日曜日・祝日が 7 日であり、この点に留意する必要がある。

## ⑤在宅医療を提供する連携医療機関の有無等

### 1) 在宅医療を提供する連携医療機関の有無

在宅医療を提供する連携医療機関の有無をみると、在宅医療を提供する連携医療機関が「ある」という施設の割合は、三次救急施設が 41.8%、二次救急施設が 34.0%、一次救急施設が 2.5%であった。

図表 116 在宅医療を提供する連携医療機関の有無



## 2) 緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数

平成23年4月～9月及び平成24年4月～9月の半年間に緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数をみると、三次救急施設では平成23年が平均5.9人（標準偏差8.6、中央値0.0）で、平成24年が平均7.0人（標準偏差10.4、中央値0.0）であり、やや増加した。同様に二次救急施設についてみると、平成23年が平均1.4人（標準偏差7.9、中央値0.0）であり、平成24年9月が平均1.6人（標準偏差8.6、中央値0.0）であった。このうち連携している医療機関との取り決めによって緊急入院を受け入れた小児患者数は平成24年の半年間では平均0.1人（標準偏差0.8、中央値0.0）であった。

図表 117 緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数（1施設あたり、半年間）

		平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月	
三次救急施設	連携医療機関数(か所)	平均値	72.2	
		標準偏差	85.0	
		中央値	40.5	
	①緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数(人)	平均値	5.9	7.0
		標準偏差	8.6	10.4
		中央値	0.0	0.0
	②上記①のうち、連携している医療機関との取り決めによるもの(人)	平均値	1.9	2.4
		標準偏差	4.8	5.9
		中央値	0.0	0.0
二次救急施設	連携医療機関数(か所)	平均値	27.9	
		標準偏差	62.8	
		中央値	3.0	
	①緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児患者数(人)	平均値	1.4	1.6
		標準偏差	7.9	8.6
		中央値	0.0	0.0
	②上記①のうち、連携している医療機関との取り決めによるもの(人)	平均値	0.0	0.1
		標準偏差	0.3	0.8
		中央値	0.0	0.0

(注) 平成23年4月～9月及び平成24年4月～9月の小児患者数について回答のあった施設を集計対象とした。回答施設数は、三次救急施設が27施設、二次救急施設が119施設であった。

## ⑥救急医療管理加算の算定患者の状況等

### 1) 救急医療管理加算の算定患者の状態別人数

救急医療管理加算を算定した患者の状態別人数をみると、三次救急施設では、以下のどの状態も二次救急施設と比較して1施設あたりの該当患者数は多かった。三次救急施設で最も多かったのは「その他」に該当する患者で1施設あたり85.5人であった。次いで「緊急手術を必要とする状態」(49.7人)、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」(47.5人)、「意識障害又は昏睡」(32.0人)、「吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態」(26.9人)となった。二次救急施設で最も多かったのは「その他」に該当する患者で1施設あたり57.5人であった。次いで「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」(28.2人)、「緊急手術を必要とする状態」(21.3人)、「吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態」(21.2人)、「意識障害又は昏睡」(18.0人)であった。

図表 118 救急医療管理加算の算定患者の状態別人数 (1施設あたり)

(単位：人)

	三次救急施設(n=93)			二次救急施設(n=338)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	26.9	53.4	9.0	21.2	46.9	8.0
②意識障害又は昏睡	32.0	46.5	24.0	18.0	52.0	5.0
③呼吸不全又は心不全で重篤な状態	47.5	58.2	30.0	28.2	62.5	13.5
④急性薬物中毒	3.1	5.5	1.0	0.8	2.3	0.0
⑤ショック	9.6	17.7	3.0	2.9	7.0	1.0
⑥重篤な代謝障害	12.7	20.7	6.0	5.5	14.1	2.0
⑦広範囲熱傷	1.6	6.4	0.0	0.1	0.4	0.0
⑧外傷、破傷風等で重篤な状態	23.5	45.8	9.0	9.8	28.6	1.0
⑨緊急手術を必要とする状態	49.7	59.2	36.0	21.3	45.3	10.0
⑩その他	85.5	191.6	36.0	57.5	107.3	16.0

(注) 1人の患者が複数状態に該当する場合は重複計上している。

救急医療管理加算を算定した患者の状態別人数を 100 床あたりに換算してみると、三次救急施設で最も多かったのは「その他」に該当する患者で 100 床あたり 12.3 人であった。「緊急手術を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「急性薬物中毒」、「ショック」、「重篤な代謝障害」、「広範囲熱傷」、「外傷、破傷風等で重篤な状態」に該当する患者数自体は少ないが、二次救急施設と比較すると 100 床あたりの患者数が多かった。二次救急施設で最も多かったのは「その他」で 100 床あたり 18.6 人であった。また、三次救急施設と比較して、「その他」、「吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態」、「意識障害又は昏睡」が多かった。

図表 119 救急医療管理加算の算定患者の状態別人数（100 床あたり）

（単位：人）

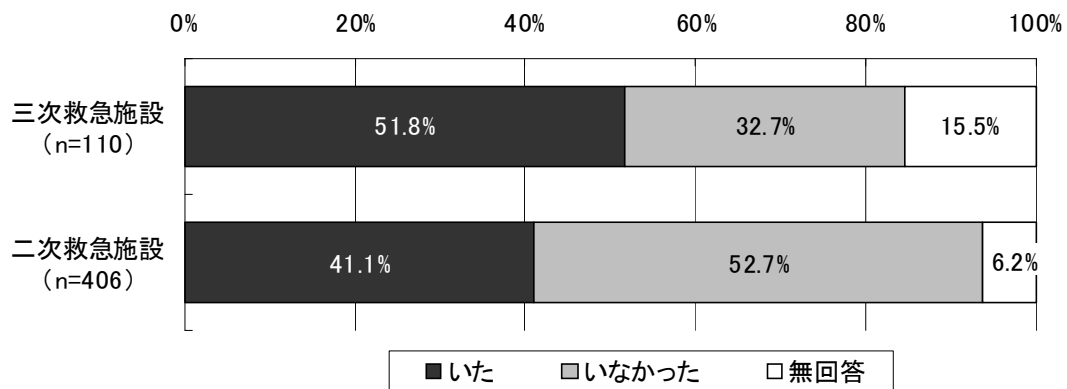
	三次救急施設(n=92)			二次救急施設(n=322)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	5.0	11.1	1.4	7.4	13.8	2.7
②意識障害又は昏睡	5.9	10.2	3.4	6.3	19.2	2.3
③呼吸不全又は心不全で重篤な状態	8.8	11.8	4.7	8.7	15.0	5.3
④急性薬物中毒	0.5	0.8	0.2	0.3	0.7	0.0
⑤ショック	1.8	3.7	0.6	1.0	2.3	0.2
⑥重篤な代謝障害	2.2	4.2	0.9	1.7	3.2	0.7
⑦広範囲熱傷	0.3	1.0	0.0	0.0	0.1	0.0
⑧外傷、破傷風等で重篤な状態	5.1	13.5	1.5	3.2	8.6	0.6
⑨緊急手術を必要とする状態	9.4	13.4	5.7	6.3	10.3	3.8
⑩その他	12.3	25.5	4.7	18.6	31.3	7.6

（注）1 人の患者が複数状態に該当する場合は重複計上している。

2) 救急医療管理加算の算定患者のうち、早期からのリハビリテーション計画を策定した患者の有無

救急医療管理加算を算定した患者のうち、早期からのリハビリテーション計画を策定した患者の有無をみると、該当患者が「いた」という割合は三次救急施設が 51.8%、二次救急施設が 41.1%であった。

図表 120 救急医療管理加算の算定患者のうち、早期からのリハビリテーション計画を策定した患者の有無





⑦緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等

1) 緊急入院した患者の転院先

三次救急施設において、緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数は、平成23年9月が平均6.5人（標準偏差6.2、中央値5.0）、平成24年9月が平均6.7人（標準偏差6.8、中央値4.0）であった。平成24年9月1か月間に緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数は平均6.7人であったが、このうち救命救急センターに入院した患者が0.4人、救命救急センター以外の一般病棟に転院した患者が4.1人、精神病棟に転院した患者が0.6人、有床診療所に転院した患者が0.5人であった。

図表 121 緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等  
 <三次救急施設、n=83>

(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
①7日以内に転院した患者数	6.5	6.2	5.0	6.7	6.8	4.0
②他の病院への転院	6.2	6.1	4.0	6.1	6.3	4.0
③救命救急センター				0.4	1.9	0.0
④③以外の病院の一般病棟				4.1	4.7	2.0
⑤療養病棟				0.1	0.4	0.0
⑥精神病棟				0.6	1.3	0.0
⑦その他				0.6	3.6	0.0
⑧有床診療所への転院	0.4	1.7	0.0	0.5	1.4	0.0
⑨一般病床				0.5	1.4	0.0
⑩療養病床				0.0	0.1	0.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

上記のうち小児患者についてみると、緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した小児患者数は、平成23年9月が平均0.6人（標準偏差0.9、中央値0.0）、平成24年9月が平均0.6人（標準偏差1.1、中央値0.0）であった。平成24年9月1か月間に緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した小児患者数は平均0.6人であったが、このうち救命救急センター以外の一般病棟に転院した患者が0.4人であった。

図表 122 緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等  
 <小児患者数、三次救急施設、n=83>

(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
①7日以内に転院した患者数	0.6	0.9	0.0	0.6	1.1	0.0
②他の病院への転院	0.6	0.9	0.0	0.5	1.0	0.0
③救命救急センター				0.0	0.2	0.0
④③以外の病院の一般病棟				0.4	0.9	0.0
⑤療養病棟				0.0	0.0	0.0
⑥精神病棟				0.0	0.0	0.0
⑦その他				0.0	0.1	0.0
⑧有床診療所への転院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0
⑨一般病床				0.0	0.3	0.0
⑩療養病床				0.0	0.0	0.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

二次救急施設において、緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数は、平成23年9月が平均2.6人(標準偏差4.4、中央値1.0)、平成24年9月が平均2.6人(標準偏差4.7、中央値1.0)であり、変化はみられなかった。平成24年9月1か月間に緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数は平均2.6人であったが、このうち救命救急センターに入院した患者が0.2人、救命救急センター以外の一般病棟に転院した患者が1.7人、療養病棟に転院した患者が0.2人、精神病棟に転院した患者が0.1人、有床診療所に転院した患者が0.1人であった。

図表 123 緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等  
 <二次救急施設、n=304>

(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
①7日以内に転院した患者数	2.6	4.4	1.0	2.6	4.7	1.0
②他の病院への転院	2.6	4.4	1.0	2.6	4.6	1.0
③救命救急センター				0.2	0.6	0.0
④③以外の病院の一般病棟				1.7	3.3	1.0
⑤療養病棟				0.2	1.3	0.0
⑥精神病棟				0.1	0.3	0.0
⑦その他				0.1	0.7	0.0
⑧有床診療所への転院	0.1	0.3	0.0	0.1	0.5	0.0
⑨一般病床				0.0	0.4	0.0
⑩療養病床				0.0	0.1	0.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

上記のうち小児患者についてみると、緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した小児患者数は、平成23年9月が平均0.3人（標準偏差1.0、中央値0.0）、平成24年9月が平均0.3人（標準偏差0.8、中央値0.0）であった。平成24年9月1か月間に緊急入院し7日以内に他の保険医療機関に転院した小児患者数は平均0.3人であったが、このうち救命救急センター以外の一般病棟に転院した患者が0.2人であった。

図表 124 緊急入院した患者のうち7日以内に他の保険医療機関に転院した患者数等  
 <小児患者数、二次救急施設、n=304>

(単位：人)

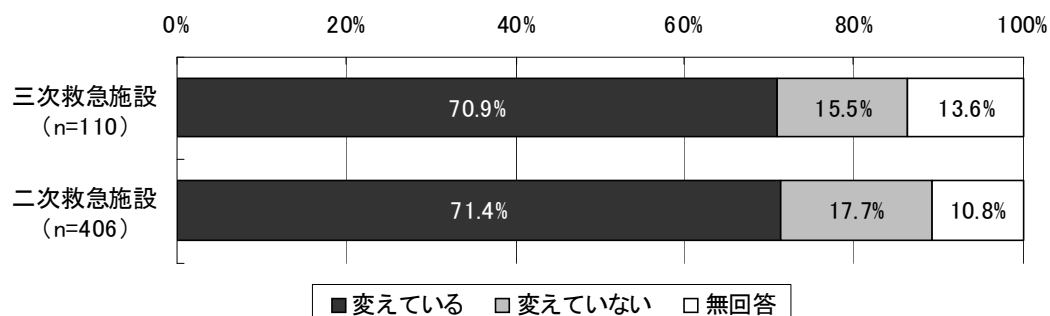
	平成23年9月			平成24年9月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①7日以内に転院した患者数	0.3	1.0	0.0	0.3	0.8	0.0
②他の病院への転院	0.3	0.9	0.0	0.3	0.8	0.0
③救命救急センター				0.0	0.2	0.0
④③以外の病院の一般病棟				0.2	0.7	0.0
⑤療養病棟				0.0	0.0	0.0
⑥精神病棟				0.0	0.0	0.0
⑦その他				0.0	0.1	0.0
⑧有床診療所への転院	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0
⑨一般病床				0.0	0.1	0.0
⑩療養病床				0.0	0.0	0.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

2) 緊急入院した患者の転院先について疾病ごとに紹介先を変えているか

緊急入院した患者の転院先について疾病ごとに紹介先を「変えている」という施設の割合は、三次救急施設が70.9%、二次救急施設が71.4%であった。

図表 125 緊急入院した患者の転院先について疾病ごとに紹介先を変えているか

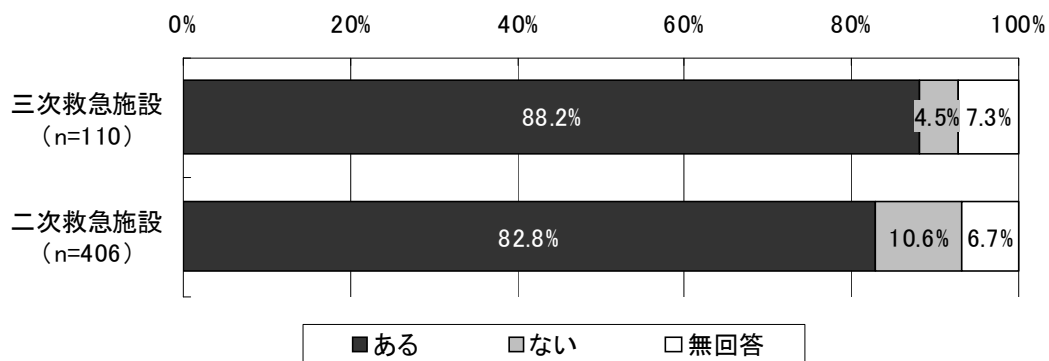


### ⑧退院調整の体制

#### 1) 退院調整部署の有無

退院調整部署が「ある」という施設の割合は、三次救急施設が 88.2%、二次救急施設が 82.8%であった。

図表 126 退院調整部署の有無



## 2) 退院調整部署の体制

三次救急施設における退院調整部署の体制についてみると、平成23年9月は専従者数の平均が4.01人（標準偏差4.16、中央値2.00）、専任者数の平均が3.00人（標準偏差3.37、中央値2.00）、専従者と専任者を合わせた人数は平均7.01人（標準偏差4.24、中央値6.78）であった。平成24年9月は、専従者数の平均が4.63人（標準偏差4.84、中央値3.00）、専任者数の平均が3.53人（標準偏差4.04、中央値2.00）、専従者と専任者を合わせた人数は平均8.16人（標準偏差4.71、中央値7.50）であった。専従者・専任者数ともに増え、合計人数では平均値で1.15人、中央値で0.72人増加した。

図表 127 退院調整部署の体制（1施設あたり、常勤換算）＜三次救急施設、n=90＞

（単位：人）

専従	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医師	0.14	1.27	0.00	0.14	1.27	0.00
②看護師	1.13	1.58	1.00	1.29	1.70	1.00
③准看護師	0.00	0.00	0.00	0.02	0.21	0.00
④社会福祉士	2.07	2.42	1.00	2.41	2.83	1.00
⑤事務職員	0.45	1.33	0.00	0.48	1.46	0.00
⑥その他	0.22	0.63	0.00	0.28	0.78	0.00
合計	4.01	4.16	2.00	4.63	4.84	3.00
専任	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医師	0.18	0.51	0.00	0.22	0.61	0.00
②看護師	1.04	2.07	0.00	1.25	2.32	0.10
③准看護師	0.00	0.00	0.00	0.16	1.48	0.00
④社会福祉士	1.34	1.77	0.50	1.44	1.95	1.00
⑤事務職員	0.34	0.86	0.00	0.33	0.87	0.00
⑥その他	0.10	0.58	0.00	0.13	0.62	0.00
合計	3.00	3.37	2.00	3.53	4.04	2.00
専従+専任	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医師	0.32	1.36	0.00	0.37	1.39	0.00
②看護師	2.16	2.41	2.00	2.54	2.56	2.00
③准看護師	0.00	0.00	0.00	0.18	1.69	0.00
④社会福祉士	3.41	2.28	3.00	3.85	2.59	4.00
⑤事務職員	0.79	1.48	0.00	0.81	1.64	0.00
⑥その他	0.33	0.87	0.00	0.41	0.96	0.00
合計	7.01	4.24	6.78	8.16	4.71	7.50

（注）平成23年9月及び平成24年9月の職員数について回答のあった施設を集計対象とした。

二次救急施設における退院調整部署の体制についてみると、平成23年9月は専従者数の平均が2.02人（標準偏差2.16、中央値1.00）、専任者数の平均が2.23人（標準偏差3.70、中央値1.00）、専従者と専任者を合わせた人数は平均4.25人（標準偏差4.03、中央値3.00）であった。平成24年9月は、専従者数の平均が2.25人（標準偏差2.33、中央値1.00）、専任者数の平均が2.60人（標準偏差3.84、中央値1.50）、専従者と専任者を合わせた人数は平均4.85人（標準偏差4.16、中央値4.00）であった。専従者・専任者数ともに増え、合計人数では平均値で0.60人、中央値で1.00人増加した。

図表 128 退院調整部署の体制（1施設あたり、常勤換算）＜二次救急施設、n=309＞  
（単位：人）

専従	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医師	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00
②看護師	0.50	0.71	0.00	0.57	0.76	0.00
③准看護師	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
④社会福祉士	1.11	1.44	1.00	1.24	1.54	1.00
⑤事務職員	0.29	0.77	0.00	0.32	0.85	0.00
⑥その他	0.11	0.49	0.00	0.12	0.50	0.00
合計	2.02	2.16	1.00	2.25	2.33	1.00
専任	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医師	0.39	1.97	0.00	0.39	1.97	0.00
②看護師	0.81	1.73	0.00	0.99	1.90	1.00
③准看護師	0.05	0.77	0.00	0.06	0.83	0.00
④社会福祉士	0.69	1.24	0.00	0.81	1.42	0.00
⑤事務職員	0.21	0.62	0.00	0.26	0.72	0.00
⑥その他	0.07	0.32	0.00	0.09	0.37	0.00
合計	2.23	3.70	1.00	2.60	3.84	1.50
専従＋専任	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医師	0.39	1.97	0.00	0.40	1.97	0.00
②看護師	1.31	1.75	1.00	1.56	1.87	1.00
③准看護師	0.05	0.77	0.00	0.06	0.83	0.00
④社会福祉士	1.81	1.58	1.00	2.05	1.72	1.00
⑤事務職員	0.50	0.94	0.00	0.58	1.08	0.00
⑥その他	0.19	0.57	0.00	0.21	0.61	0.00
合計	4.25	4.03	3.00	4.85	4.16	4.00

（注）平成23年9月及び平成24年9月の職員数について回答のあった施設を集計対象とした。

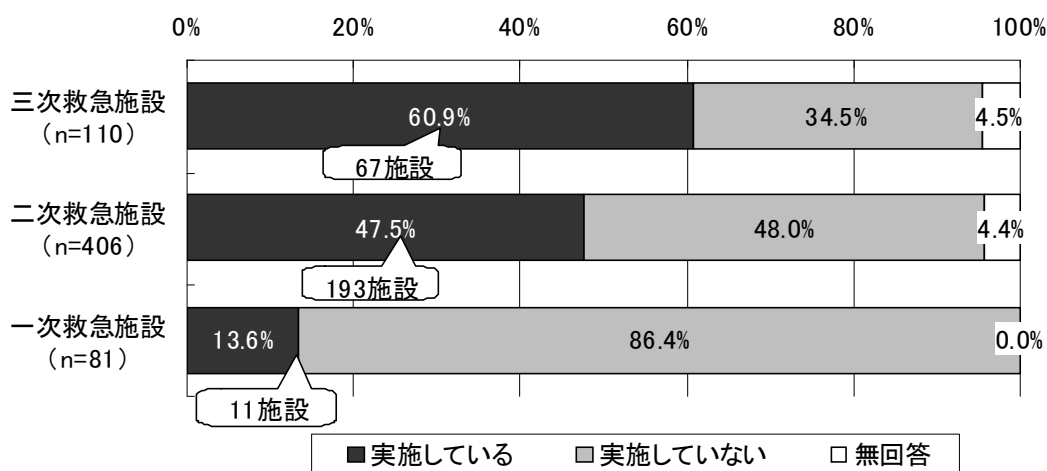
## (12) 院内トリアージの実施状況等

### ①院内トリアージの実施状況

院内トリアージを「実施している」という施設の割合は、三次救急施設が 60.9%、二次救急施設が 47.5%、一次救急施設が 13.6%であった。

#### 1) 院内トリアージの実施状況

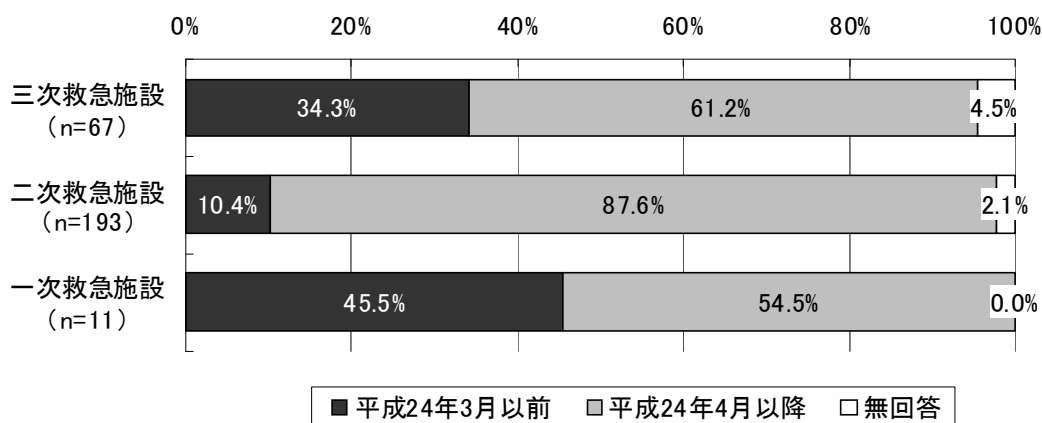
図表 129 院内トリアージの実施状況



#### 2) 院内トリアージの導入時期

院内トリアージの導入時期についてみると、「平成 24 年 4 月以降」の割合が三次救急施設では 61.2%、二次救急施設では 87.6%、一次救急施設では 54.5%であった。

図表 130 院内トリアージの導入時期（院内トリアージを実施している施設）



図表 131 院内トリアージの導入時期別施設数  
(詳細、院内トリアージを実施している施設)

	三次救急施設		二次救急施設		一次救急施設	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
平成 24 年 3 月以前	23	34.3%	20	10.4%	5	45.5%
平成 24 年 4 月	24	35.8%	123	63.7%	2	18.2%
平成 24 年 5 月	4	6.0%	20	10.4%	1	9.1%
平成 24 年 6 月	8	11.9%	11	5.7%	0	0.0%
平成 24 年 7 月	3	4.5%	5	2.6%	0	0.0%
平成 24 年 8 月	1	1.5%	5	2.6%	1	9.1%
平成 24 年 9 月	1	1.5%	2	1.0%	0	0.0%
平成 24 年 10 月	0	0.0%	2	1.0%	2	18.2%
平成 24 年 11 月	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%
無回答	3	4.5%	4	2.1%	0	0.0%
	67	100.0%	193	100.0%	11	100.0%

## ②院内トリアージを実施する職員数

院内トリアージを実施する 1 施設あたりの職員数についてみると、三次救急施設では医師が平均 7.6 人、看護師（救急医療に関する 3 年以上の経験あり）が平均 17.2 人、それ以外の看護職員が平均 10.1 人であった。また、二次救急施設では医師が平均 7.4 人、看護師（救急医療に関する 3 年以上の経験あり）が平均 13.0 人、それ以外の看護職員が平均 3.2 人であった。さらに、一次救急施設では医師が平均 0.9 人、看護師（救急医療に関する 3 年以上の経験あり）が平均 10.5 人、それ以外の看護職員が平均 1.8 人であった。

図表 132 院内トリアージを実施する職員数  
(実人数、院内トリアージを実施している施設)

(単位：人)

		三次救急施設 (n=62)		二次救急施設 (n=179)		一次救急施設 (n=11)	
		人数	研修 受講者	人数	研修 受講者	人数	研修 受講者
医師	平均値	7.6	1.7	7.4	1.5	0.9	0.6
	標準偏差	23.4	4.1	14.5	5.8	1.6	1.4
	中央値	1.5	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0
看護師(救急医療 に関する 3 年以上 の経験あり)	平均値	17.2	12.0	13.0	5.0	10.5	7.9
	標準偏差	13.4	12.6	11.6	9.5	9.2	10.1
	中央値	14.5	7.0	10.0	1.0	11.0	3.0
上記以外の看護 職員	平均値	10.1	3.2	3.2	0.8	1.8	1.0
	標準偏差	22.0	7.7	6.6	3.4	2.1	2.1
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0

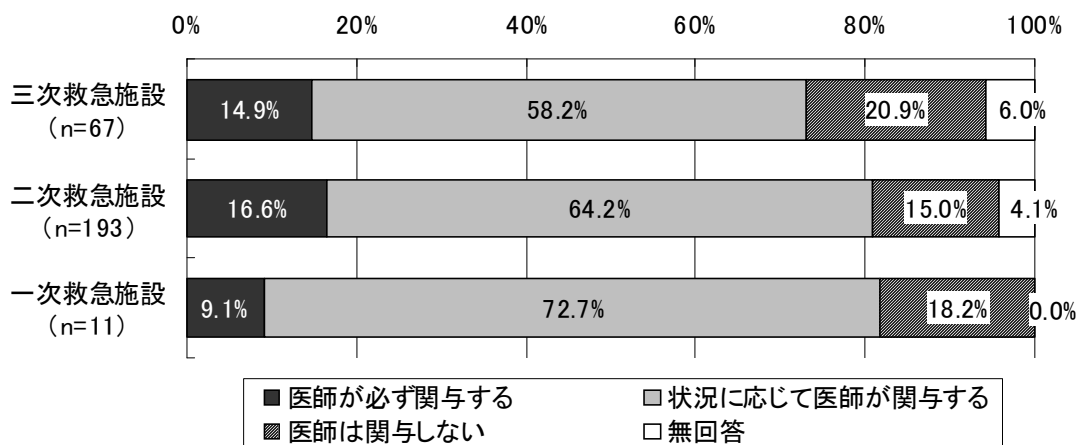
(注)「研修受講者」とは、院内トリアージを実施する職員のうち、院内トリアージに関する研修を受講した経験のある職員数。



### ③院内トリアージを実施する際の医師の関与

院内トリアージを実施する際の医師の関与についてみると、いずれの施設でも「状況に応じて医師が関与する」が最も多く、三次救急施設が 58.2%、二次救急施設が 64.2%、一次救急施設が 72.7%であった。

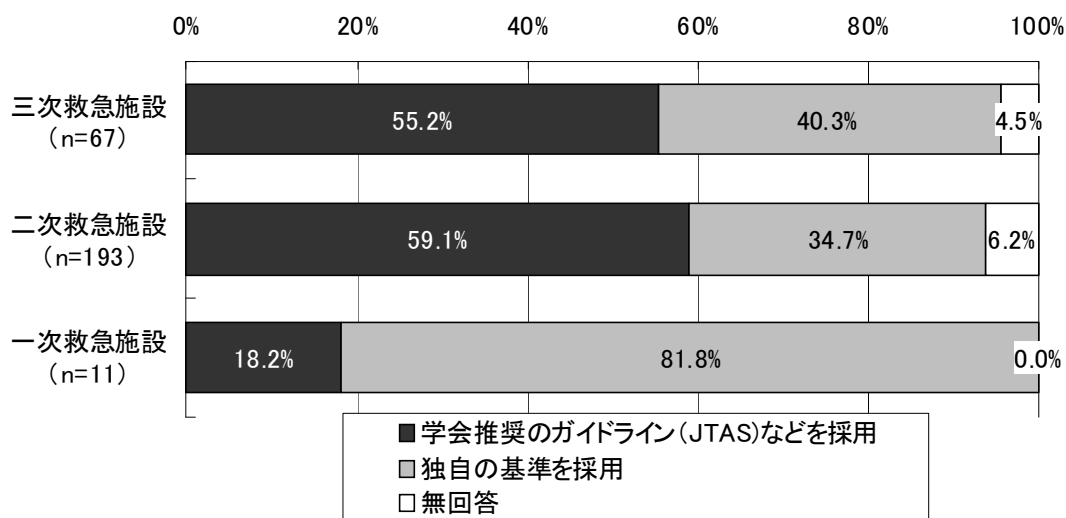
図表 133 院内トリアージを実施する際の医師の関与  
(院内トリアージを実施している施設)



### ④院内トリアージのガイドラインの種類

院内トリアージのガイドラインの種類をみると、三次救急施設では「学会推奨のガイドライン (JTAS) などを採用」が 55.2%、二次救急施設ではこの割合が 59.1%であった。一方、一次救急施設では「独自の基準を採用」が 81.8%であった。

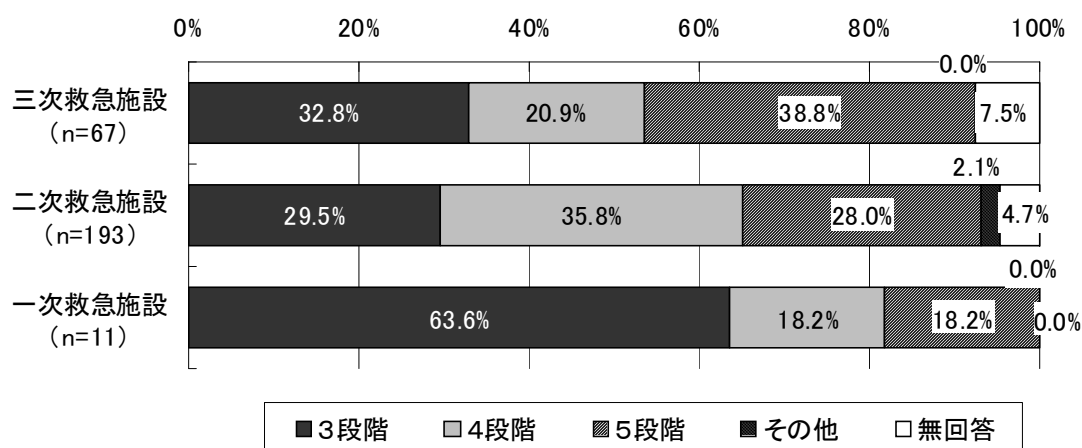
図表 134 院内トリアージのガイドラインの種類 (院内トリアージを実施している施設)



### ⑤院内トリアージの段階

院内トリアージの段階をみると、三次救急施設では「5段階」が38.8%で最も多く、次いで「3段階」(32.8%)、「4段階」(20.9%)となった。二次救急施設では「4段階」が35.8%で最も多く、次いで「3段階」(29.5%)、「5段階」(28.0%)であった。一方、一次救急施設では「3段階」が63.6%で最も多く、次いで「4段階」、「5段階」(いずれも18.2%)であった。

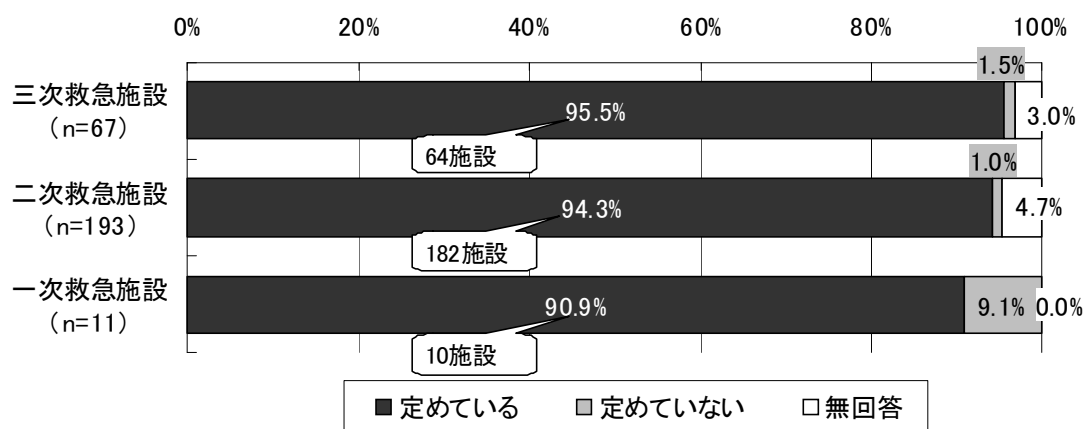
図表 135 院内トリアージの段階（院内トリアージを実施している施設）



### ⑥院内トリアージの実施基準

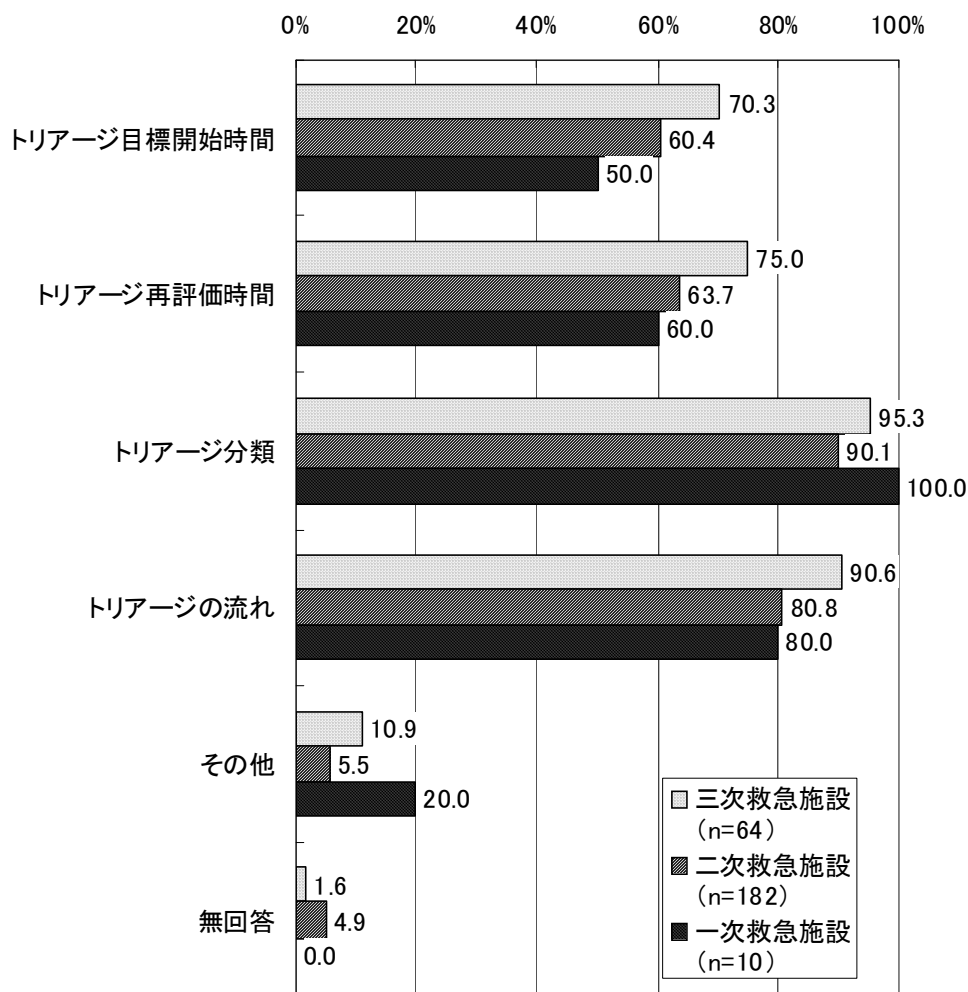
院内トリアージの実施基準を「定めている」という施設の割合は、三次救急施設が95.5%、二次救急施設が94.3%、一次救急施設が90.9%であった。

図表 136 院内トリアージの実施基準の有無（院内トリアージを実施している施設）



院内トリアージの実施基準を「定めている」という施設における、実施基準として定めているものは、いずれの施設でも「トリアージ分類」が最も多く、次いで「トリアージの流れ」、「トリアージ再評価時間」、「トリアージ目標開始時間」であった。

図表 137 院内トリアージの実施基準として定めているもの  
(院内トリアージ実施基準を定めている施設、複数回答)

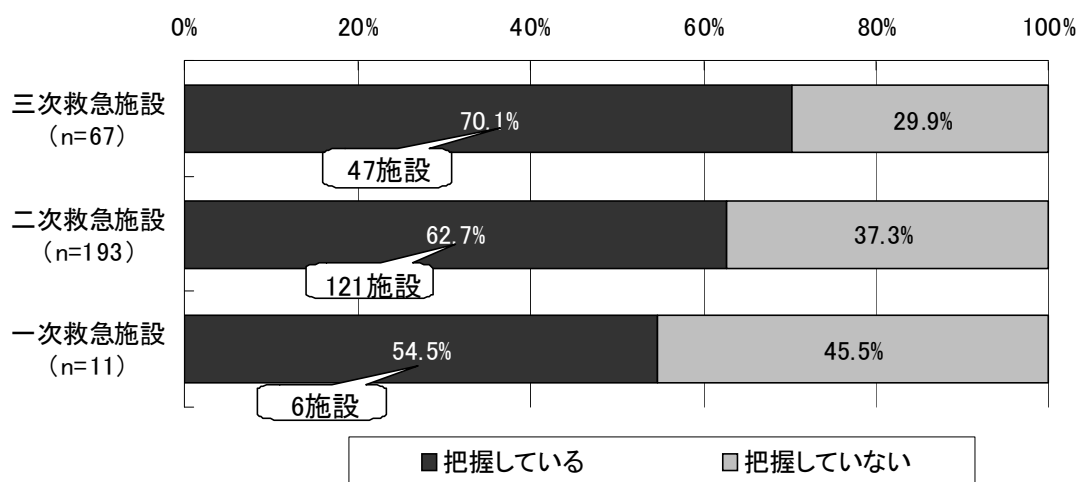


## ⑦実施した院内トリアージの内容等

### 1) 院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの内容の把握状況

院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの内容の把握状況をみると、「把握している」という施設の割合は、三次救急施設が 70.1%、二次救急施設が 62.7%、一次救急施設が 54.5%であった。

図表 138 院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの内容の把握状況  
(院内トリアージを実施している施設)



## 2) 院内トリアージの実績等

院内トリアージの実績等を把握している施設におけるオーバートリアージであった患者数及びアンダートリアージであった患者数は以下のとおりであった。三次救急施設では1か月間のオーバートリアージの患者数の中央値は平成24年8月が8.0人、9月が5.0人であった。また、アンダートリアージの患者数の中央値は平成24年8月が5.0人、9月が5.0人であった。二次救急施設・一次救急施設ではオーバートリアージ・アンダートリアージともに中央値は0.0人であった。

図表 139 院内トリアージの実績等（院内トリアージの内容を把握している施設）

		三次救急施設		二次救急施設		一次救急施設	
		平成24年8月	平成24年9月	平成24年8月	平成24年9月	平成24年8月	平成24年9月
院内トリアージ実施者数(人)	平均値	1,188.4	1,173.6	316.8	326.7	1.7	0.0
	標準偏差	1,081.4	1,043.3	455.0	454.7	2.9	0.0
	中央値	1,276.0	1,160.0	129.0	115.0	0.0	0.0
オーバートリアージであった患者数(人)	平均値	85.1	77.1	32.8	32.0	0.0	0.0
	標準偏差	195.0	200.7	142.2	143.5	0.0	0.0
	中央値	8.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0
アンダートリアージであった患者数(人)	平均値	17.3	19.3	10.8	11.1	0.0	0.0
	標準偏差	29.8	46.7	43.4	47.2	0.0	0.0
	中央値	5.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0

(注)・すべての患者数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

(注)・回答施設数は以下の通り。

三次救急施設：平成24年8月 n=29、平成24年9月 n=29

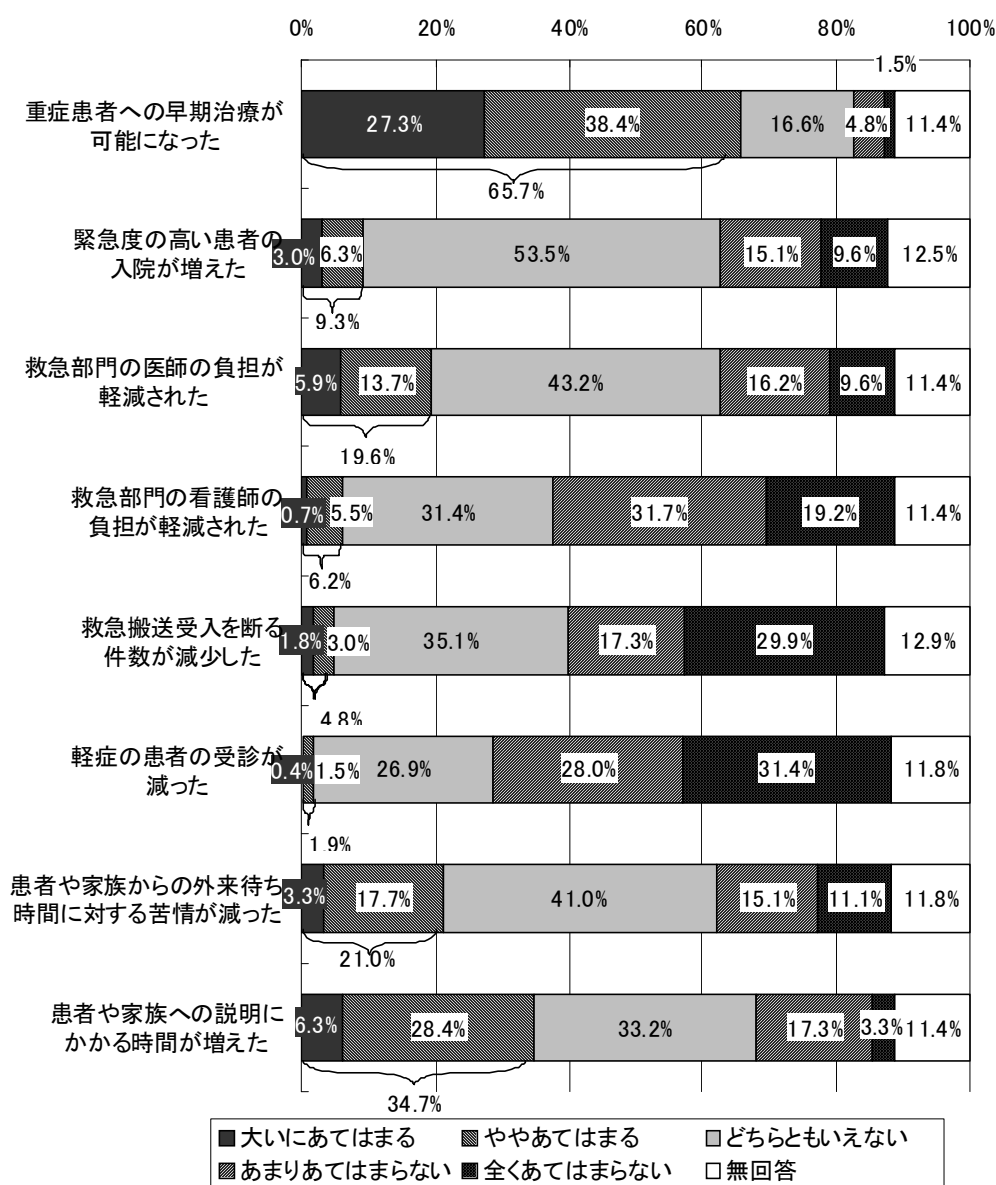
二次救急施設：平成24年8月 n=66、平成24年9月 n=67

一次救急施設：平成24年8月 n=3、平成24年9月 n=3

### ⑧院内トリアージを実施することの効果等

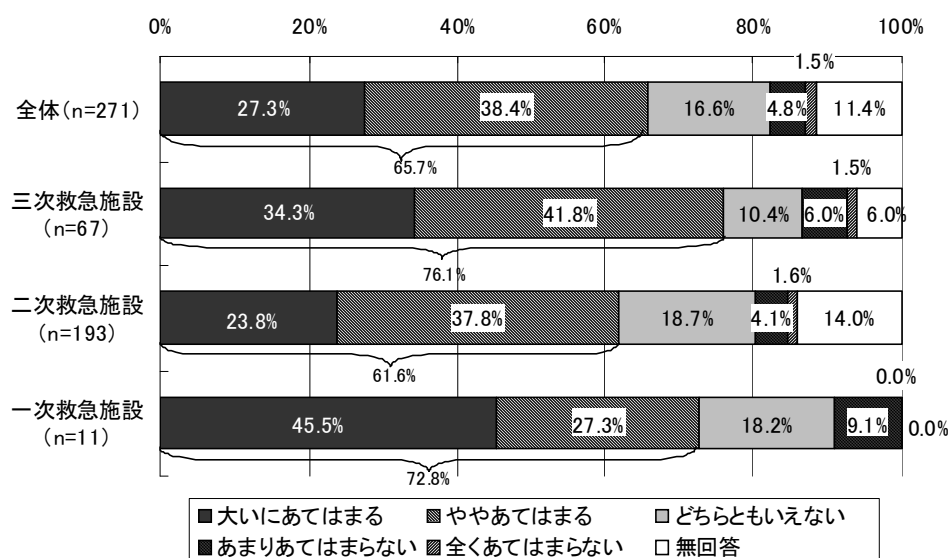
院内トリアージを実施することの効果等として「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」を合わせた割合が高かったのは、「重症患者への早期治療が可能になった」(65.7%)であった。次いで「患者や家族への説明にかかる時間が増えた」が34.7%、「患者や家族からの外来待ち時間に対する苦情が減った」が21.0%、「救急部門の医師の負担が軽減された」が19.6%、「緊急度の高い患者の入院が増えた」が9.3%、「救急部門の看護師の負担が軽減された」が6.2%、「救急搬送受入を断る件数が減少した」が4.8%、「軽症の患者の受診が減った」が1.9%となった。「重症患者への早期治療が可能になった」、「患者や家族への説明にかかる時間が増えた」を除くこれらの項目についてはむしろ「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」を合わせた割合のほうが高かった。

図表 140 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）



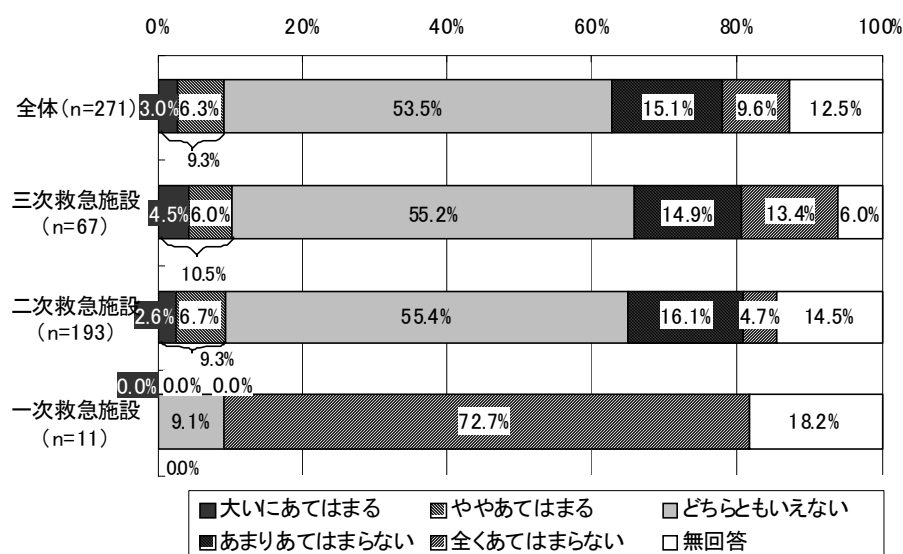
院内トリアージを実施することの効果等として「重症患者への早期治療が可能になった」かについてみると、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は三次救急施設が76.1%、二次救急施設が61.6%、一次救急施設が72.8%であった。

図表 141 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～①重症患者への早期治療が可能になった～



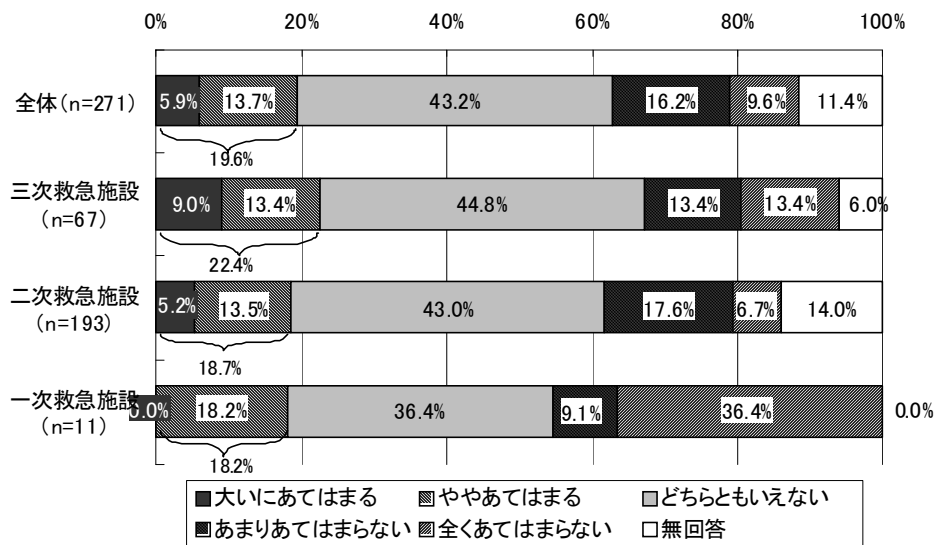
院内トリアージを実施することの効果等として「緊急度の高い患者の入院が増えた」かについてみると、三次・二次救急施設では「どちらともいえない」が過半数を占めた。

図表 142 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～②緊急度の高い患者の入院が増えた～



院内トリアージを実施することの効果等として「救急部門の医師の負担が軽減された」かについてみると、三次・二次救急施設では「どちらともいえない」が4割を超え最も多かった。また、「あてはまる」（「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」の合計、以下同様）の割合は「あてはまらない」（「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」の合計、以下同様）よりも低かった。

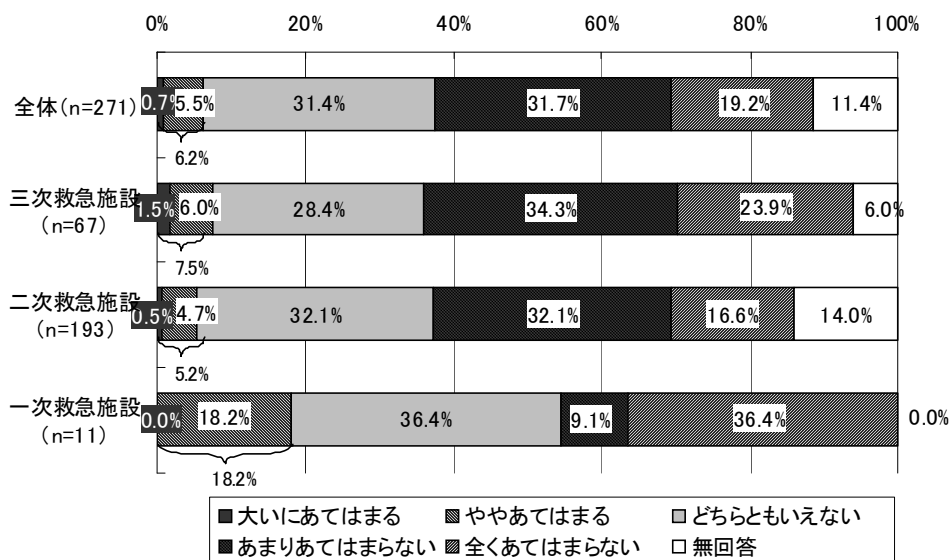
図表 143 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～③救急部門の医師の負担が軽減された～





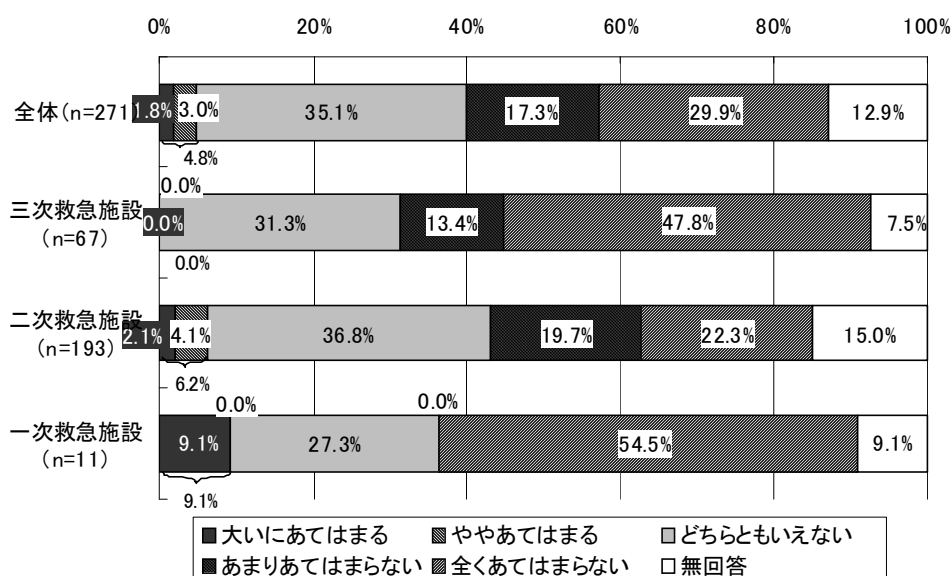
院内トリアージを実施することの効果等として「救急部門の看護師の負担が軽減された」かについてみると、三次・二次救急施設では「あてはまる」は1割にも満たず、むしろ「あてはまらない」がそれぞれ58.2%、48.7%と高かった。

図表 144 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～④救急部門の看護師の負担が軽減された～



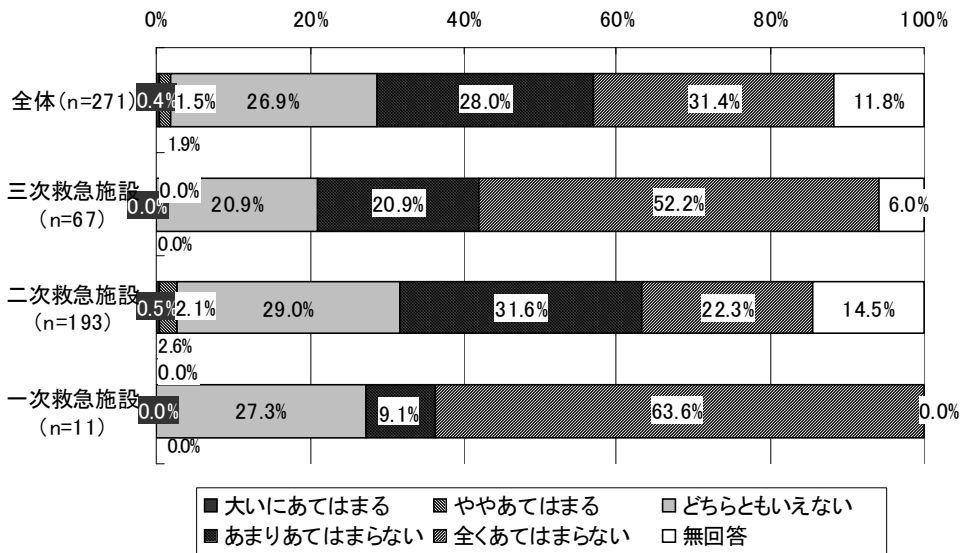
院内トリアージを実施することの効果等として「救急搬送受入を断る件数が減少した」かについてみると、三次・二次救急施設では「あてはまる」はそれぞれ0.0%、6.2%と低い数値となった。むしろ「あてはまらない」がそれぞれ61.2%、42.0%と高かった。

図表 145 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～⑤救急搬送受入を断る件数が減少した～



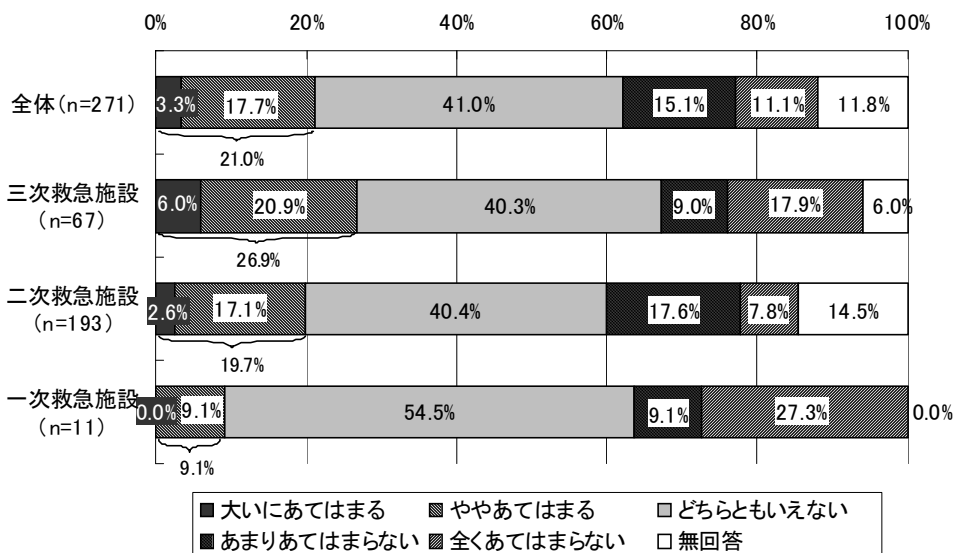
院内トリアージを実施することの効果等として「軽症の患者の受診が減った」かについてみると、三次・二次救急施設では「あてはまる」はそれぞれ0.0%、2.6%と低かった。むしろ「あてはまらない」がそれぞれ73.1%、53.9%と高かった。

図表 146 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～⑥軽症の患者の受診が減った～



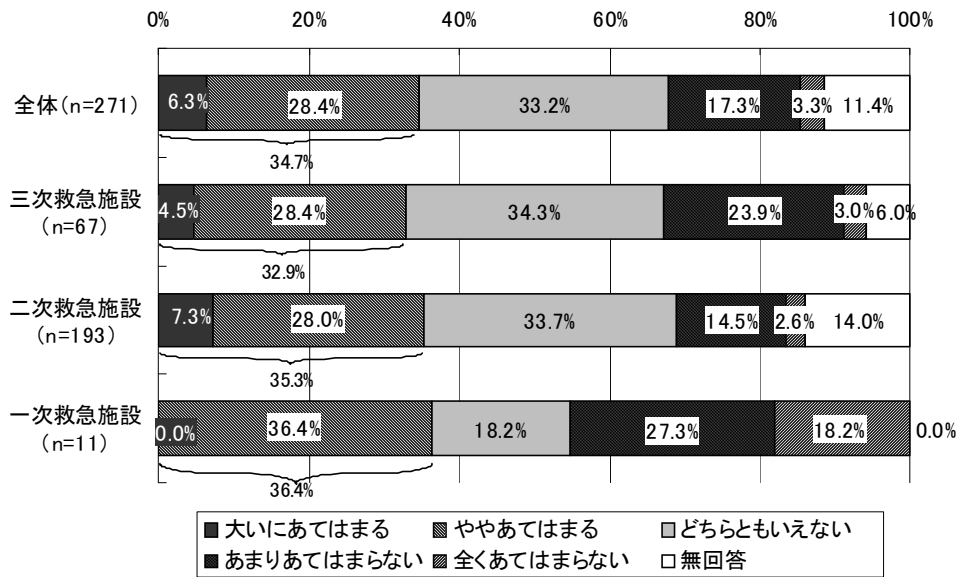
院内トリアージを実施することの効果等として「患者や家族からの待ち時間に対する苦情が減った」かについてみると、三次・二次救急施設では「あてはまる」はそれぞれ26.9%、19.7%となった。効果を認めている施設がある一方で、「あてはまらない」という施設もそれぞれ26.9%、25.4%あった。「どちらともいえない」がおよそ4割を占めた。

図表 147 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～⑦患者や家族からの外来待ち時間に対する苦情が減った～



院内トリアージを実施することの効果等として「患者や家族への説明にかかる時間が増えた」かについてみると、三次・二次救急施設では「あてはまる」はそれぞれ 32.9%、35.3% となった。また、「あてはまらない」という施設はそれぞれ 26.9%、17.1%あった。「どちらともいえない」が 3分の1程度を占めた。

図表 148 院内トリアージを実施することの効果等（院内トリアージを実施している施設）  
～⑧患者や家族への説明にかかる時間が増えた～



### (13) 救急医療における課題等

以下は、救急医療における課題・要望等を自由記述形式で記載していただいた結果をとりまとめたものである。

- ・ 医師や看護師以外のサポート部門（X-P や検査料）の毎日の当直体制ができないことが課題（人員不足）。
- ・ 医師や看護師の人数と機器のレベルアップ化。
- ・ 院内にない診療科で対応が必要な入院患者について、他院へのアクセスが容易になってほしい。
- ・ 医師、看護師の人員確保。
- ・ 地域連携の確立。
- ・ 急患で来院する患者で問題行動（暴言、暴力）を起こす患者が増加傾向にある（特に生活保護受給者）。
- ・ 当院では常勤医師数が少なく、大学などからの応援を得ながら対応しており、当直明けでも普通に業務に従事せざるを得ない状況となっている。また、当院では対応できない脳卒中や心疾患の救急患者は当院から 30 キロ程離れた基幹病院などへ転送することになるが、時間のロスを考慮すると救急隊によるトリアージについても検討が必要と思われる。
- ・ 当直医の確保が困難。
- ・ 専門でない症状の患者を断ってしまうことがある。
- ・ 休日、夜間における軽症者の安易な受診が増加傾向にある。
- ・ 年末年始、ゴールデンウィークにおいて一次救急医療機関が不足している。
- ・ 市内の小児救急について 24 時間毎日対応してもらえる医療機関がない。
- ・ 患者の立場からいえば、医者判断がすべてではない。先に来た者から診ない考えは患者にはない。トリアージの点数は三次救急のみなどにしたほうが良い。
- ・ 軽症者の安易な救急車の利用が指摘されているが、救急外来にも当然昼間に受診可能と思われる受診者が見受けられる。一般（患者）の方に重症・軽症の判断は難しいと思われるが、節度ある受診が望まれる。
- ・ 重症者が来院した際は二次救急病院を紹介することになるが、充分とは言えず、不安を抱いての診療となっている。二次救急の体制整備が望まれる。
- ・ 受診する患者のモラルの問題。
- ・ 医師や他のスタッフの確保。
- ・ 診療中における震災時の対応。
- ・ 常勤医の負担軽減の制約もあり夜間配置ができない状況にある。応援医師に依存している現状がある（医師不足）。
- ・ 整形外科、循環器外科、脳神経外科等の医師が確保できず、当院での受入れ患者の制約が生じている。
- ・ 未収金が多い。
- ・ 夜間のいわゆる小児救急患者は、看護師等による電話対応で外来受診者数は減少する。

他方、本当に救急医療が必要な（患者）教育も必要と考える。

- ・近年は一次・二次・三次という階層型の救急医療体制そのものが崩壊してきているように感じる。コンビニ受診をする患者、モンスター患者等、いろいろなトラブルがあるが、患者側にも理解が必要である。深夜でも病院に行けばどんな疾患にも対応してくれると思いついでいる人がたくさんいる。救急医療の現場の苦勞を厚生労働省が国民に呼びかけてほしい。
- ・当地域においては地区医師会の積極的な協力により、年間を通じての応急医療が確保されており、二次救急医療機関の負担軽減に貢献している。感謝の念に絶えない。
- ・当地域では、医師の不足により小児科に限らず、救急医療そのものが成り立たない。市町村等の自治体が医師確保にどれだけ税金を投入しても追いつかない状態。国としての対策を強く望む。
- ・母体搬送は、一般の救急搬送とは別に産婦人科医同士の間で連絡で成り立っていることが多く、現場の負担が大きい。当県においては搬送コーディネーターが存在しない。産婦人科医は不要であるとの立場であるが、実際の受入れの可否はNICUの多忙さであることが多い。しかし、NICUが多忙で受入れが難しい時には、他のNICUに連絡をとることすら困難な場合があり、県内のNICUの病床状況を把握しているコーディネーターが将来的には必要である。周産期センターから遠隔地で胎児胎盤機能不全が発生したり、母体の問題が発生したり、仮死状態の新生児が出生した場合に、直ちに高度の対応を行うことは困難である。ドクターヘリの利用により母体の問題については対応時間の短縮が得られているが、新生児の場合はドクターヘリの到着時間すら待てない場合もありうる。将来的に我が国のお産をどのように行うかの再検討が必要である。例えば北欧諸国のように超大規模バースセンターを設けるのも1つの方策である。また、都市圏であっても、新生児仮死に対する適切な対応が行えない分娩施設も存在する。新生児仮死への適切な対応が行える職員が分娩に際して必ず複数名院内にいる体制の整備も必要と思われる。このような整備は後方で診療を行う、二次、三次の周産期センターの負担の軽減や小児の予後の改善に密接につながるため重要である。
- ・アンダートリージの定義が統一されていない。当院では、①JTASに基づき推奨された緊急度レベルよりも低く判断された、②適正な待機時間を超え再評価や対応がされていない、③問診、フィジカル不足により診療科判断が不適切、と定義しているため、他施設よりもアンダートリージ率が高い可能性もある。アンダーの評価は第三者として看護責任者、救急医師により判定がなされ後日事後検証会で検討を行うという流れを作っている。
- ・精神科リエゾンについて。救急患者には精神疾患を伴う患者や自企図患者も多く、当院においても入院時より精神科チームによる回診等、主科治療と併設した精神科専門治療を行っている。しかし、今年度の診療報酬改定で新たに新設された「精神科リエゾンチーム加算」については、看護師の研修等の施設基準が厳しく当院では届出ができていない状況であるため、今後の救急医療の課題として施設基準及び算定要件が緩和されることにより、今回の診療報酬改定によるチーム医療の目的が多くの医療機関により広く周知されると思う。

- ・夜間診療を行っているため医療相談の電話が入ってくることがある。看護師の人数も限られているため、対応に苦慮することもある。県事業の電話相談もあるがうまく連携していない気がしている。
- ・二次救急病院へ専門医（救急）の配置策を。
- ・市内の3つの病院における役割を明確化し、市内の救急をフォローしていく上で、病診・病病連携や近隣（市外）との連携を充実させ、医師・看護師の不足（マンパワー不足）をどう解消していくかが問題となっている。また、コスト面での問題も考えられる。
- ・コンビニ受診が後を絶たない状況である。また、救急車の利用状況をランダムサンプリングでヒアリングしているが、半数は不適切利用である。さらに、一部ではあるがトラブルが発生し、救急医療をストップせざるを得ない状況になる場合がある。
- ・当直医師2人に看護師1人では救急患者が重なった場合に対応が困難である。特に休日・夜間は重症な患者が来ることが多く、看護師1人での対応は急な病状悪化時に不安がつきまとう。
- ・内科の医師不足により輪番制の内科夜間救急当番を1単位縮小した。当直医の明けも保障できない状況にあり、時間外の患者受入れを制限せざるを得ない。
- ・医療経営環境が厳しい中、救急部門を運営していくのに必要な人件費の確保が難しい。経営的に考えれば、入院症例を確保できるメリットは当然あるが、アルコール、精神、モンスターペイシエント等のリスクも大きく、スタッフの負担も非常に大きい。
- ・当院は救急医療の体制として二次救急告示病院となっているが、循環器ホットラインや脳神経外科ホットラインにより積極的に救急患者を受け入れ、緊急での心臓手術やカテーテル手術、開頭手術も実施しており、重症患者が多く救急搬送されてくる。一方、救急外来に来院される患者においては、ウォークイン患者の軽症者が多いため、重症者と軽症者の混在が救急外来の混雑の原因となっているのが現状（コンビニ受診が後を絶たない）。医師や看護師等医療スタッフの面においては、常に混雑している状況での救急医療を余儀なくされており、疲弊や患者とのトラブル等様々な問題が起こり得る。救急患者の受入れにおいて工夫する点はいくつかあると思うが、例えば緊急手術が必要な救急搬送患者を手術室が使用中で受け入れられない状況の場合、手術終了時間を予測し受入れまでの時間との比較を行い、可能であれば受入れをし、「何時間後なら受け入れ可能である」という情報の把握や提供ができる体制の構築により、診療拒否やたらい回しが起こらないように対応すること等が挙げられる。また、周辺地域の病院や診療所と連携をとり、軽症者は中小病院や診療所での対応とし、重症者をより高次な二次及び三次救急医療機関に搬送し、二次・三次医療機関に入院された重症患者が軽快し超急性期を脱した場合は、地域の医療機関（後方病床）に転院する仕組みをより強固に構築することが重要かつ必須である。仕組み自体は既に構築されていても、なかなか活用しきれていないこともあるかと思う。当院においても前述のように重症患者を受け入れるが、その後なかなかスムーズに地域の医療機関への転院は進んでいないのが現状である。引き続き当院での入院加療を希望される患者もおり、転院を促しても理解してもらえず、逆に追い出されるという不信感を持つ患者や家族もいる。以上のような様々な課題があるが、救急医療及び地域連携医療は国策として更に広く深く展開していくべきで、国民の

一層の理解が必要になろうかと思う。

- ・救急日に来る必要のない状態の来院が、救急医療を必要とする患者に対する診療への大きな妨げになっている。(特に生活保護受給者、母子家庭など、直接自己負担がかからない者の受診が目立つ。) 夜間診療に対する理解を行政主導で行ってほしい。
- ・救急対応に対する加算等で救急車の受入れが評価されれば若干たらい回しも減るのではないかと思う。
- ・特定の一部の診療科(耳鼻科、眼科、歯科等)の時間外・休日受入れ体制がない。特定の医療機関の勤務医に時間外および休日の診療の負担が過重になる傾向がある。
- ・軽症から重篤まで当地域救命救急センターに夜間休日の急患が集中している状況で医療スタッフの負担が大きい。この原因として以下が考えられる。①受診者側に救急当番医制の知識がなく、医療機能分担が認知されていない。②救急隊には重症度や疾病によるトリアージ能力が十分にありながら、まず傷病者の希望を確認し、そこに収容依頼をしなければならぬというルールがあるため、トリアージ能力を十分に発揮できていない。
- ・へき地における医師確保が困難。当院だけでなく近隣の公立病院、公的病院、民間の救急告示病院では医師確保困難のため、救急診療に力を入れたいという思いはあっても実施できない。
- ・一次、二次、三次救急の役割を受診者が理解できるような体制を整えていくのが課題だと思う。
- ・救急に対するバックアップ体制(外部)が無いため、精神疾患を抱える人や三次レベルかどうか微妙な場合は、受入れを躊躇してしまう。
- ・救急医療は重症患者に高度な医療を施し、回復させることばかりでなく、本当に困っている時に誰もが医療を受けられる体制がないと狭間で困る人が多く発生することになる。地味で手間がかかるところをどのように整備していくかが課題だと思う。救急をやればやるほど、疲弊する現場を改善することが一番必要なことと思う。
- ・今後、救急医療全体の需要が変化することが予想され、情報共有の下に医療の役割分担の明確化が進むことで、高度救命救急センターには、複数の臓器障害に対する急性期治療、血管内治療を中心としたより高度で専門的な治療が求められ、こうした特殊な疾患に対する標準治療の確立や専門医の確保・育成に力を入れるとともに、県立の中核的な救急医療施設として、救急救命士などの救急医療を担う医療従事者や様々な医療系学生の研修を積極的に受け入れることなど、人材の育成に努めるとともに、東日本大震災の経験を踏まえ、地域災害拠点病院として自然災害はもとより、種々の災害(特に、多重事故、化学災害、テロ等の人的災害)に対する対応の強化に努める。
- ・本来一次救急で対応すべき患者が、二次救急を安易に利用することにより、本来の二次救急の役割が十分に果たせていない。医療圏外からの搬送が多く、都市間の連携がとれていないと感じる。在宅で訪問診療を受けている患者が、心肺停止した際に救急搬送されてくる場合、当院で死亡診断書が書けない。
- ・繰り返し来院する患者に対する地域連携がなかなか進まないということを地域の保健師等と検討したいが、なかなか機会を持つことが難しい。
- ・コンビニ受診といわれる「昼間仕事だったから」「夜間なら待ち時間が少ない」等の軽

症の受診は依然多い。また限られたスタッフで診療しているにも関わらず、待ち時間が長い、診療内容の不満を訴える患者も同じく多いのが実状である。

- ・医療（救急も含め）現場での各病院での教育体制がばらばらなので、質を保つためにどうすればよいか。
- ・二次医療施設の救急が充実されない現状をどうすればよいかが課題。
- ・救急外来には比較的産休明けに復帰する看護師が配属されることが多い。救急経験が3年に満たないため、トリアージ加算の登録者になることができない。そのため、加算をとれないことが発生するので配属に考慮が必要である。
- ・施設入所している高齢者に病状変化があった時、家族との方針確認できていないことが多い（終末期について）。実際にはDNR（蘇生措置拒否）ということが多いので、方針を施設入居中に決めていただくことが望ましい。救急搬送を必要としない看取りの状況が確保できるのではないかと考えている。
- ・精神疾患患者をその他の疾患の治療のため受け入れた後のバックアップ体制を充実していただきたい。急性期を脱して転院させる際に精神疾患がネックになって受入れ先がなかなか決まらない現状があるため、困ってしまう。
- ・二次救急を行う病院の設備や人員等のより明確な規定があるのではないだろうか。
- ・夜間救急に来院する常連の患者や、暴言・暴力などが増加している。重症患者や救急搬送患者に時間がかかり、待ち時間が長いと説明しても理解が得られない方が増えている。
- ・救急医師のマンパワー不足。
- ・救急医療については、一次救急、二次救急、三次救急がそれぞれの役割に則した医療を提供することが大切である。そのためにも一次、二次、三次の連携がとても重要なことであると認識している。
- ・精神科医療機関の救急受入れ推進、軽症例の救急車使用抑制、長期の寝たきり高齢者などの救急受診抑制（往診医や療養病院などで対応する）。介護施設からの救急受診抑制（施設医師の診察、初期対応）。
- ・当院では一般外来受診レベルの患者でも時間外になると救急診療にまわるため、そういった患者のトリアージも救急診療が必要な患者のトリアージも混在しており煩雑。救急で来院した患者の診断までに時間がかかり救急外来滞在時間が長く、診療継続中の患者であふれてしまう。患者の意識の中にも救急と自分の都合での時間外診療受診との区別が希薄であり、本当に必要な患者の救急診療の妨げになる場合もあるので、その区別が必要。
- ・多忙である救急医療における研修医の教育をいかに充実させるか。
- ・院内における救急医から各専門科への連携。
- ・地域救急医療体制の中での、各病院での能力と特色を活かした患者の受入れシステムの構築。
- ・医師（特に小児科医）・看護師の確保。軽症者が救急指定病院へ集中する現状に何らかの対策が必要である。
- ・土曜・休日は不要不急の受診が多い。休日・夜間において、小児の外科系（脳外含む）を受け入れる医療機関が少ない。当センターは小児の当医療圏域人口約60万人にお



- る夜間、休日診療の 95%をカバーしている。昼間 8 時～19 時までは多くの医療機関がオープンしているので開けていないために、現行の保険診療では、地域連携小児夜間・休日診療科 1 しか算定できない。不合理ではないか。再考を求めたい。
- ・当診療所は休日・平日夜間から朝の 6 時までの間において、内科、小児科の応急診療として開設している。特に小児科医師を常駐させ、二次等へ集中している軽症な小児患者の受入れを広域的に受け入れている。各市町村で行うべき一次医療体制も広域的な視野で考えるべきである。また、一次・二次の切り分けについても、応急診療所では検査等も少なく、二次への転送になる。そして結果的に二次で軽症患者になってしまうケースがある。統計的にももっと細分化された統計を取って、一次・二次を評価すべきである。
  - ・当院は地域救命救急センターであるが、都市部に比べ（人口が）少ないが故に患者数も少なく、医師・看護師の安定した充足が困難な状況の中で、都市部の救命救急センターと同等の設備・診療レベルを維持し続ける必要がある。地域と都市部を意識した診療報酬の見直しなどの行政的な補助が今後の地域の救急医療には必要かもしれないと考える。
  - ・救急専門医の確保が課題となっている。
  - ・小児患者のトリアージについて、小児の症状は短時間で急変することがあるため、多くの人数と慣れたスタッフを養成することが重要。感染症を有する患者を隔離する場合のケアが重要。これらを実施するためには、更なる加算が必要である。
  - ・二次救急医療圏における救急看護師配置人数を、限られた人数から 7:1 看護体制のように、看護配置人数を大幅に増やしてほしい。
  - ・人口密度が低い青森県では、十分な採算が得られるような対象人口あたり 1 救急病院という体制がとれない。救急搬送患者地域連携について、高次・低次でしか認められていないが、地域によっては、二次・二次でも認めるべきと考える。二次医療圏の中の人口あたり医師数は域内に大学病院を有するため、平均より高くなっているが、実際には医療過疎といえる状況である。県の実情に合ったものに変更してほしい。
  - ・高齢者のひとり暮らしや親族との音信不通等、家族からの同意が必要な場合に、確認困難なことが多い。このため、心肺停止状態で搬入された方への対処が難しいことがある。
  - ・救急車の利用方法が、時として交通手段のひとつと感じられるケースがある。国民に正しい知識と理解を広めていくことが重要ではないか。
  - ・救急専門医が不在の病院においても、二次救急を継続していくためには、どういった救急体制が最も望ましいのかについて知りたい。
  - ・救急対応を行っている精神科病院が近隣にないこと、当院にも精神科医師が勤務していないことから、精神疾患を有する救急患者の対応に苦慮している。
  - ・非常に深刻な医師及び看護師不足の状況であり、この先、救急医療を続けていけるか大変不安である。
  - ・プレホスピタルの段階で得られた情報と病院に到着された段階での情報に大きな乖離がある。標準化されたスケールで情報を得られるようになることが望ましいと考える。
  - ・小児特定集中治療室管理料の施設基準について。4 月から診療報酬の改定が行われ、PICU の管理料に関しては、小児特定集中治療室管理料 15500 点が新設されたが、当院では、

「他の医療機関から転院してきた治療中の患者（救命救急入院料あるいは特定集中治療管理料を算定するものに限る）が直近1年間で20名以上であること」という基準がクリアできず、やむなく、特定集中治療室管理料+小児加算で算定している。PICUに転送されてくる患者は、多くの場合、地域の中核病院で救急患者として受診し、「一刻も早くこども病院へ」ということで転送されることがほとんどであるため、入院してから転送されてきた患者は100名でそのうち算定条件に合う患者は3名のみだった。PICUを有するいくつかの施設に聞いてみたが、どこも小児特定集中治療室管理料を算定できていないとのことだった。このように、実際の状況とは大きく乖離している診療報酬制度に関して早急な改正が必要と考える。

- ・夜間や休日、常に患者を受け入れている当院のような三次救急と二次救急の二つの体制を背負っている地域の基幹病院に対して診療報酬全般について手当てを多くしていただきたい。制度上、医師を増員してもらえるようにしていただきたい。
- ・重症ではなく緊急性がないのに救急車をタクシー代わりに利用して救急医療を圧迫している患者がいる。
- ・救急医の分散化。
- ・救急を維持できない病院が補助金目当てに救急指定を取る。現場にも問題はあと思うが、行政の介入ももっと必要。
- ・院内トリアージを導入したことで、直接的に患者数（休日、夜間）が減少した実感がなく、現在も夜間受診（コンビニ化）がいるのは変わらない。しかしながらトリアージを行い、緊急度、優先度の把握をすることで、来院患者の把握は行いやすくなり、また、看護師の知識の向上にも繋がるものであると考える。当院は二次病院であり、救急部所属の看護師を1人トリアージの専従者として配置することはできず、院内トリアージは患者ごとで流動的ではある。また、近年の動向として身寄りのない患者が救急受診をすることが多く、緊急時等での代理意思決定やキーパーソンの確立に苦慮する現状がある。行政を含めた検討が更に大切になってくると思われる。
- ・救急医の不足。救急搬送件数の増加に対応する医療体制、特に高齢者の急増は深刻な課題である。療養病床の確保がなければ、救急医療も危機的な状況に陥ると考えられる。現在の救命救急センターは小児専門医がいなくても小児の外傷を受け入れる施設となっている。小児救命救急センターのみでは対応困難と思われる。
- ・近隣開業医の協力で夜間（19:00～23:00）の小児一次救急医療を毎日実施しているが、小児科医が少ないこの地域で、医師の高齢化、病院（二次救急）小児科医の減少等の現実により、実際に小児二次救急医療において夜間に月数回の空白日が発生しており、一次救急医療にも影響が出ている。地域全体で救急医療体制を抜本的に改革していかなければ、現体制を続けていくことはますます難しくなると思われる。
- ・高齢者の増加により、入院病床が不足したり、また複雑化した病態をアセスメントする必要ができた。救急医療の格差を是正していかなければいけない。
- ・課題があるとすれば、小児、精神、眼科等の受入れ体制の構築だと思う。
- ・院内トリアージを実施する施設によって体制や教育にばらつきがある。また、アンダートリアージ、オーバートリアージの基準が明らかになっていない。対象患者が「新患の

- み」というのが、マンパワーや時間を費やしているにもかかわらず、採算が合わない。
- ・二次救急に対する外来診療のコストが低いと、救命センター以外では依然救急部門が赤字となりやすい傾向にあると思う。病院としても、社会的必要性は十分に理解できるが、コストの問題から特に二次救急へのインフラを充足させることが困難といった見解にならざるを得ない。
  - ・高齢化が進行し、これから年間死亡者数が全国で 1.5 倍になると予測されている。介護施設、地域の病院で看取る体制整備を診療報酬でも推進してほしい。「患者には最良の医療を受ける権利がある」と介護施設や地域の病院では終末期の患者を救命救急センターに送ってくる。救命救急センターは高齢者の看取りの場になっている。
  - ・高齢者の救命救急センターへの入院が増えており、14 日間では一般病棟への転棟がかなう状況には到達できない。人工呼吸器や生命維持装置などの装置を条件として、救命救急入院料の請求期間を 3 週間程度に延長してほしい。
  - ・地方の救命救急センターでは、看護師不足が顕著で今回の 4 対 1、ICU2 対 1 看護体制を維持できない。看護師数から、救命救急センターの受入れ可能病床を考えなくてはならない状況である。治療の質の担保とマンパワーのミスマッチが地方では起こっており、救急部門が縮小されていく可能性がある。全国一律の基準では大都会と田舎の救急医療に更なる格差を生じさせる。救命救急センターへの看護師配置基準の再考をお願いしたい。5 対 1 などの少ない看護師数ならば救命救急入院料の 1~2 割の減額などの制度を入れてほしい。
  - ・地域全体でのその日（日勤帯、日・当直帯）での医療資源（救急処置を実施できる各領域の医師の配置、病院としての受入れ体制）の状況が把握できない。理想は上記の医療資源が毎日（特に日・当直帯に）バラツキなく確保できるような調整システムの構築。
  - ・各病院独自で考えるだけでなく、地域の病院、行政、救急隊などでももっと救急医療をどうするか、具体的に考える必要があるのではないかと。
  - ・適切な救急医療を提供するための見取図が必要。救急車の適正利用を促すため、有料化の検討、救急受診料の見直し（コンビニ受診が多いため、重症度、緊急度にあわせた料金設定等）など。
  - ・救急医療に携わる医療者の確保のための取組が必要。
  - ・多発性外傷、精神疾患合併、気管切開などの場合、転院先に苦慮すること。
  - ・軽症の独歩来院患者の増加に伴い待ち時間が長くなっている。また、一次～三次救急までの混在化により救急処置、診察が複雑化している。
  - ・かかりつけで来院したり、飛び込みで来院する患者がいるため、当直の負担が増えている。
  - ・東京、大阪、名古屋等の大都市に比べ絶対的に医師数の少ない地方では特に人気のない一次救急の対応をする人材不足が深刻である。地方の救急（特に一次救急）を行う人材に対して国レベルで手当などの方策が必要と考える。
  - ・時間外を担当する兼任医師のモチベーションがまだ「やらされている」感じであり、教育研修を含めた積極的体制づくりが必要である。
  - ・専従の救急医がいない。救急部専任ではなく、医師、看護師、外来勤務と兼任している

ため体制が不十分である。

- ・救急だけではないが、人材確保と教育の充実が課題。
- ・当院は大学病院のように医師の養成ができず、救急医師の確保が困難で大変苦勞している。
- ・日本の保健医療の現状はどういうものか、救急に携わる人はどのくらいいるか、救急医療の問題点などを広く国民に周知させる必要があると考える。また、救急と他科との連携がよりスムーズに行えるような枠組作りが必要と考える。救急医療に携わる人が増えるようにまた辞めないように二次救急病院でもしっかり行っているところには救急加算のようなものを設けて待遇改善につなげられれば良いと思う。
- ・精神科または心療内科系疾患による救急事案が多い。できるだけ対応しているが、入院後に精神症状が顕在化・増悪するケースもあり、対応に難航することがある。精神科救急病院の協力が強く望まれる。
- ・院内トリアージによって看護師の働きを認めたらと思うが、現状のまま実施しているため、負担が増えている。人員配置の人数の定めがなく課題である。
- ・救急医療に関する市民の理解も重要である。
- ・多発外傷、重症外傷に対するセンター化の必要性。
- ・地域救急医療における慢性的なマンパワーの不足。
- ・救急専門医の都市部への偏在化。
- ・当該地域においては、消防非常備地区の救急体制の問題などがある。
- ・当医療圏では、救急医療は当院のみであるため、当院で対応できない患者は 100 キロ離れた大学病院（救急救命センター）等のある圏域へ搬送するしかない。例えば平成 22 年度は医師不足により整形外科医等が不在であったので、骨折した患者は 100 キロ離れた圏域へ救急搬送していた。医師不足が最大の課題である。
- ・従来より、救急外来において独自の方法でトリアージを行っていたが、院内トリアージ実施料を算定できるようになってから、実施基準などを整備した。院内トリアージに関して現状では専任の担当者を配置できておらず、負担増となっている。今年度救急医療を行っている施設に配慮した診療報酬改定が行われたが、今後もさらに重点をおいてほしい。救急医療体制の充実のためには効果的と思われる。
- ・救命救急入院料 1 について、看護配置が 4 対 1 となったが、その部分の増点措置はなされていない。人件費に見合う増点措置をとるべき。
- ・夜間休日救急搬送医学管理料について、二次救急医療を実施しているにもかかわらず、三次救急医療機関の場合は算定不可となっている。同じように二次救急医療に貢献しているので算定可能にすべき。
- ・極めて重症の三次救急対象患者については、救急隊のトリアージがしっかりとってきているが、それ以外の中等～軽症者をできる限り断らないための体制作りが必要。専門外でも対応できるプロトコル作り、人員体制、オンコールなど、実務的には整備できても、医師個人の裁量で最終的な受入れを決定するため、現実的には難しい。医師確保の難しい今日、病院側としても強く言えないのが現状か。
- ・病院間搬送のための医師、看護師の人員確保。

- ・小児特定集中治療管理料の要件として、①現場や救命救急センター初療室から小児特定集中治療室へ転送された症例についても（救命救急入院料算定がされないが、救命救急事業にのっている状況）、対象の20名に計上できれば、より実情を反映した要件になる。
- ②小児特定集中治療室の看護体制としては、看護師1：患者2では現場が回らない。看護師1：患者1もしくは看護師2：患者3といった手厚い看護体制を要件に盛り込むべきである。

### 3. 救急外来患者調査の結果

#### 【調査対象等】

調査対象：調査日（夜間・休日の救急外来を実施している日）の21時以降に救急外来を受診した患者。1施設につき最大4名。

回答数：736人

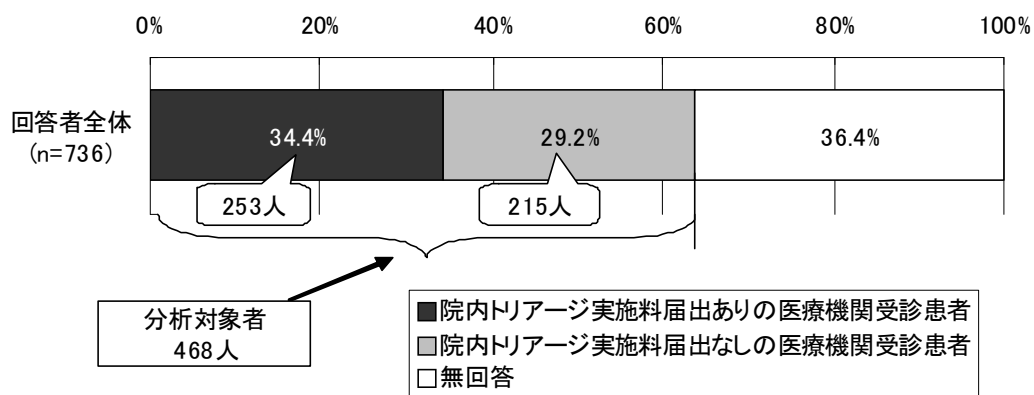
回答者：患者本人または家族など

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

#### （1）受診した医療機関の「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出状況

調査日に救急医療機関調査の対象施設の救急外来を受診した患者を対象に救急外来患者調査を実施した。736人から回答を得られたが、このうち、「院内トリアージ実施料」施設基準の届出ありの医療機関を受診した患者が253人（34.4%）、「院内トリアージ実施料」施設基準の届出なしの医療機関を受診した患者が215人（29.2%）であった。

図表 149 「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出状況

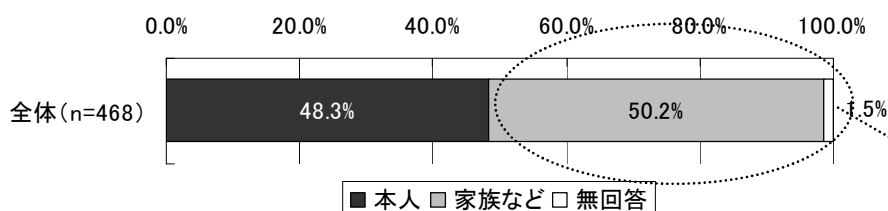


## (2) 回答者の属性等

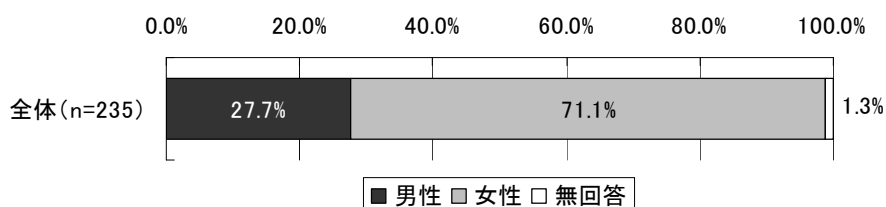
### ① 調査票記入者

調査票記入者は「本人」が48.3%、「家族など」が50.2%であった。

図表 150 調査票記入者



図表 151 調査票記入者の性別（上記で「家族など」と回答した人）



(注)「全体」には、調査票記入者の性別について無回答の3人が含まれる。

図表 152 調査票記入者の年齢（上記で「家族など」と回答した人）

(単位：歳)

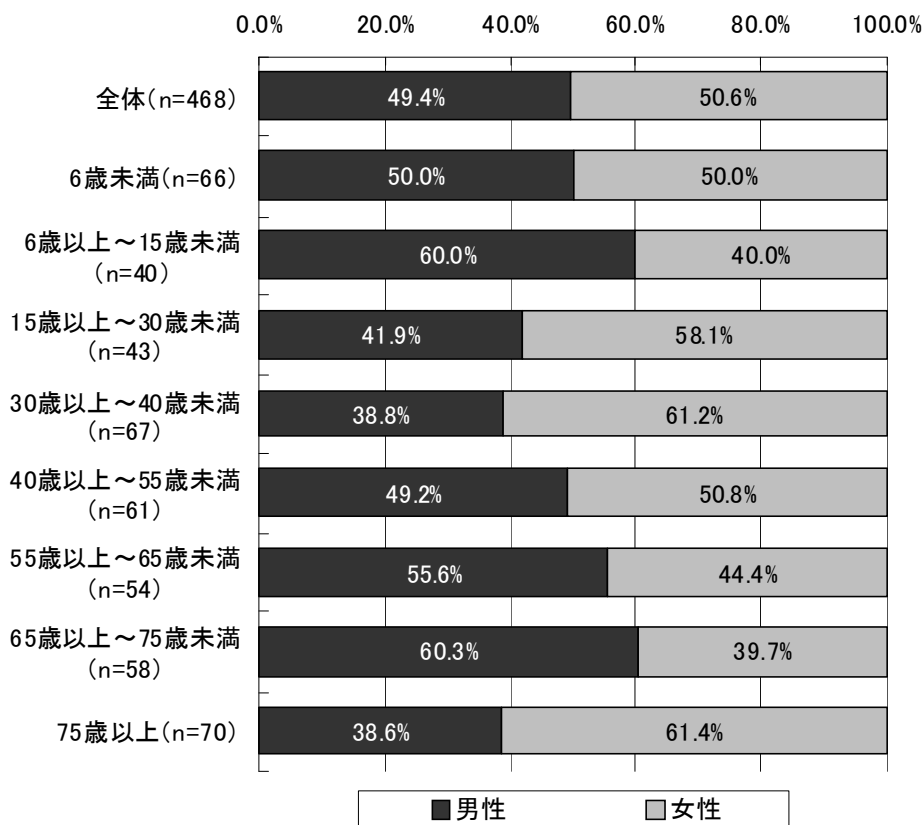
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	225	45.7	14.5	41
男性	61	49.8	15.4	47
女性	163	44.0	13.6	40

(注)「全体」には、性別について無回答の1人が含まれる。

## ②患者の性別

患者の性別をみると、「男性」が49.4%、「女性」が50.6%であった。

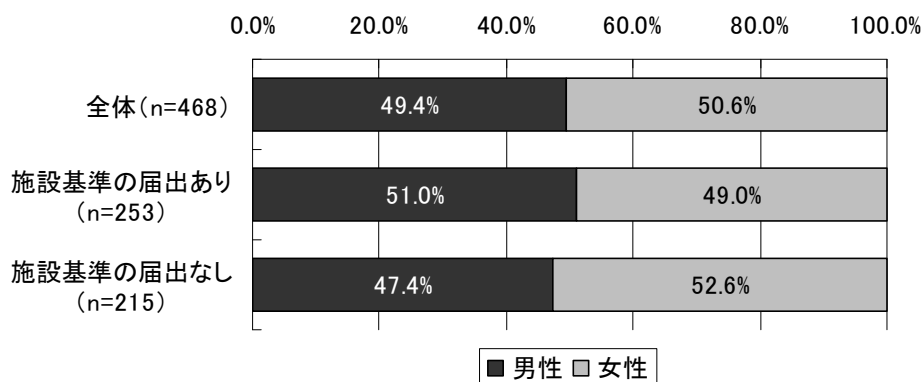
図表 153 患者の性別（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

図表 154 患者の性別

(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



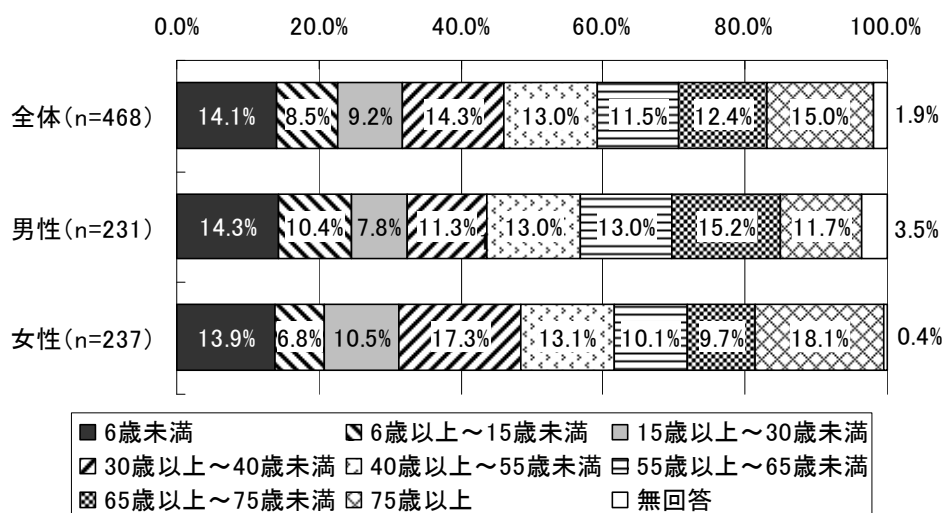
(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。



### ③患者の年齢

患者の年齢をみると、「75歳以上」が15.0%で最も多く、次いで「30歳以上～40歳未満」(14.3%)、「6歳未満」(14.1%)となった。

図表 155 患者の年齢（男女別）



患者の年齢は、全体では平均 42.8 歳（標準偏差 27.9、中央値 42.0）であり、男性が平均 41.9 歳（標準偏差 27.8、中央値 43.0）、女性が平均 43.6 歳（標準偏差 28.0、中央値 41.5）であった。

図表 156 患者の年齢（男女別）

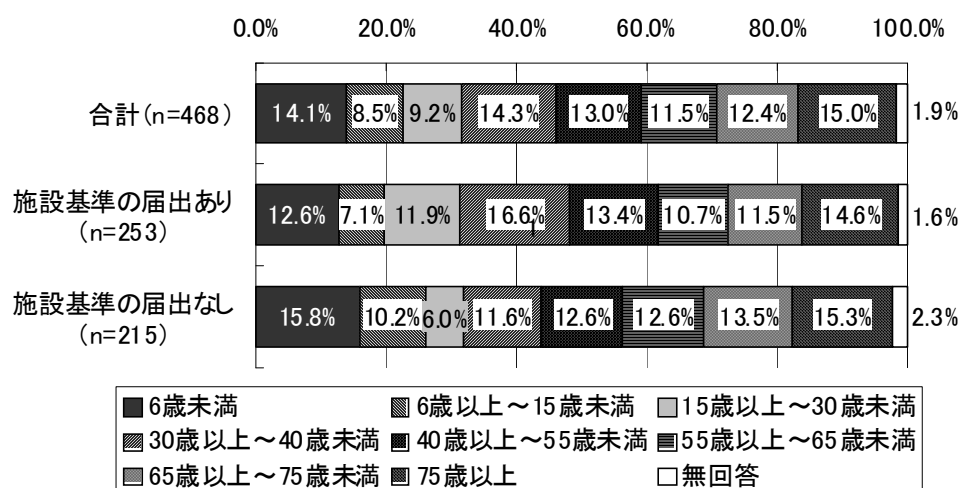
(単位：歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	459	42.8	27.9	42.0
男性	223	41.9	27.8	43.0
女性	236	43.6	28.0	41.5

患者の年齢分布を「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」の施設では「施設基準の届出なし」の施設と比較して「6歳未満」の割合が3.2ポイント、「6歳以上～15歳未満」の割合が3.1ポイント低く、「15歳以上～30歳未満」が5.9ポイント、「30歳以上～40歳未満」が5.0ポイント高かった。

図表 157 患者の年齢分布

(受診医療機関における「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

患者の年齢を「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」の施設では平均 42.4 歳（標準偏差 27.0、中央値 41.0）、「施設基準の届出なし」の施設では平均 43.2 歳（標準偏差 29.0、中央値 44.0）であった。

図表 158 患者の年齢

(受診医療機関における「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別)

(単位：歳)

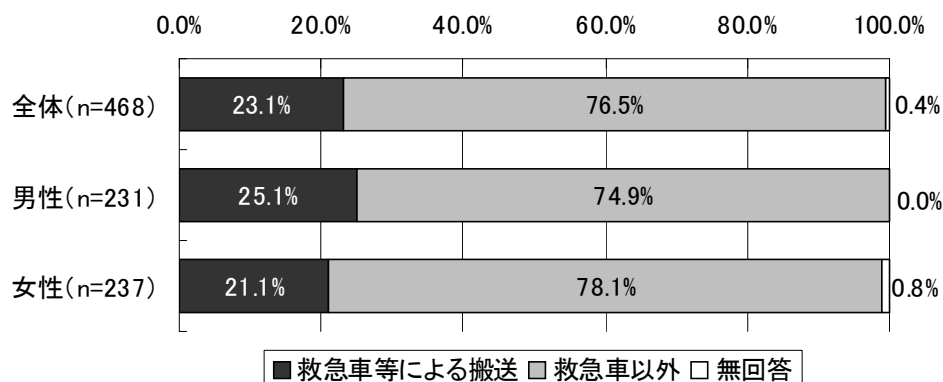
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	459	42.8	27.9	42.0
施設基準の届出あり	249	42.4	27.0	41.0
施設基準の届出なし	210	43.2	29.0	44.0

### (3) 受診した時の状況等

#### ① 受診した医療機関への来院方法

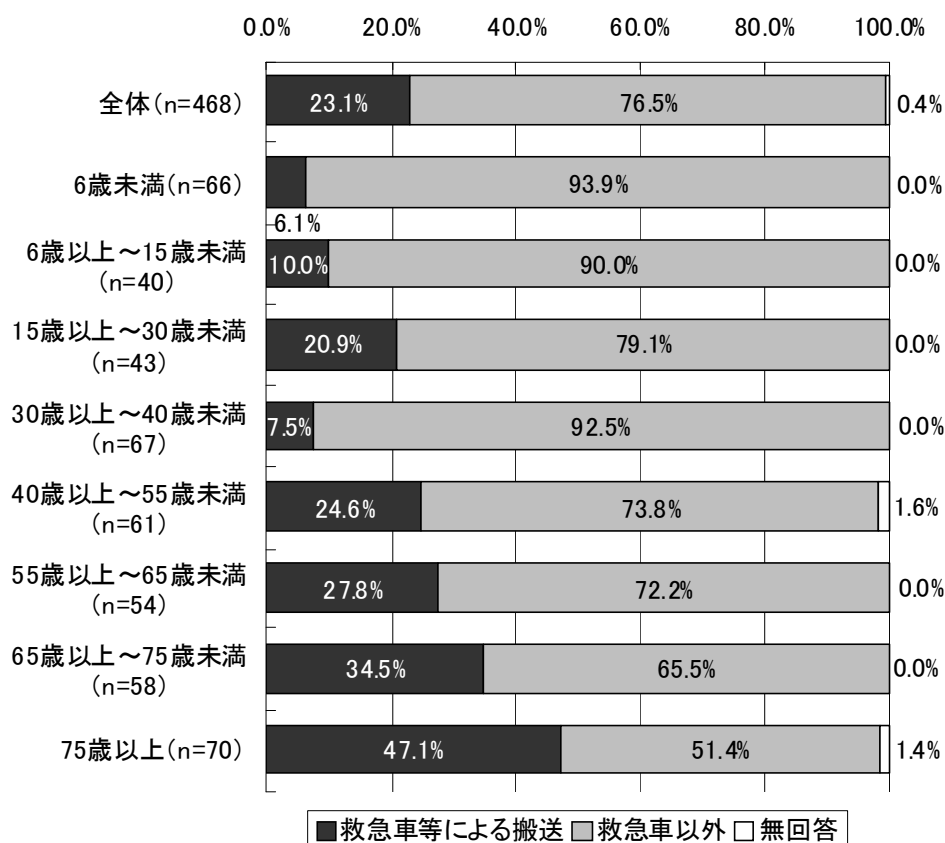
医療機関への来院方法をみると、全体では「救急車等による搬送」が23.1%、「救急車以外」が76.5%であった。男性のほうが女性よりも「救急車等による搬送」の割合が4.0ポイント高かった。

図表 159 受診した医療機関への来院方法（男女別）



医療機関への来院方法を年齢階級別にみると、40歳以上では年齢階級が高くなるほど「救急車等による搬送」の割合が高くなり、75歳以上では47.1%となった。

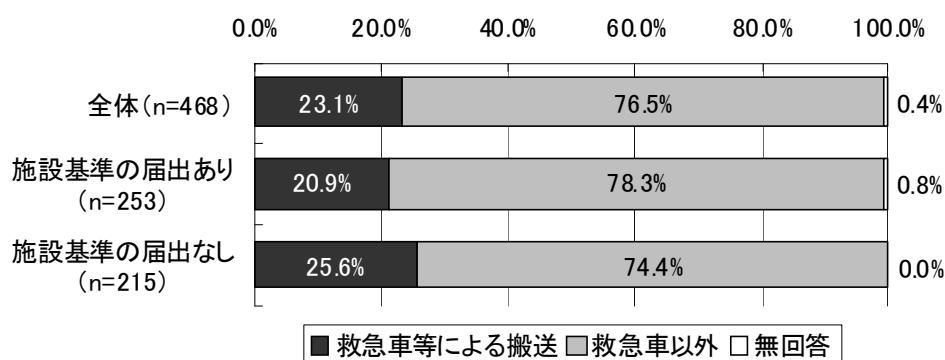
図表 160 受診した医療機関への来院方法（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

医療機関への来院方法を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「救急車等による搬送」の割合は「施設基準の届出あり」の施設では20.9%、「施設基準の届出なし」の施設では25.6%となった。

図表 161 受診した医療機関への来院方法  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



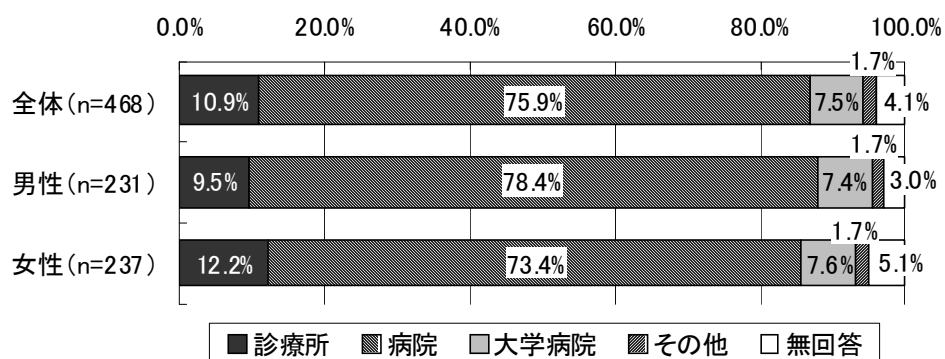
(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

## ②受診した医療機関

受診した医療機関をみると、全体では「病院」が75.9%、「診療所」が10.9%、「大学病院」が7.5%であった。

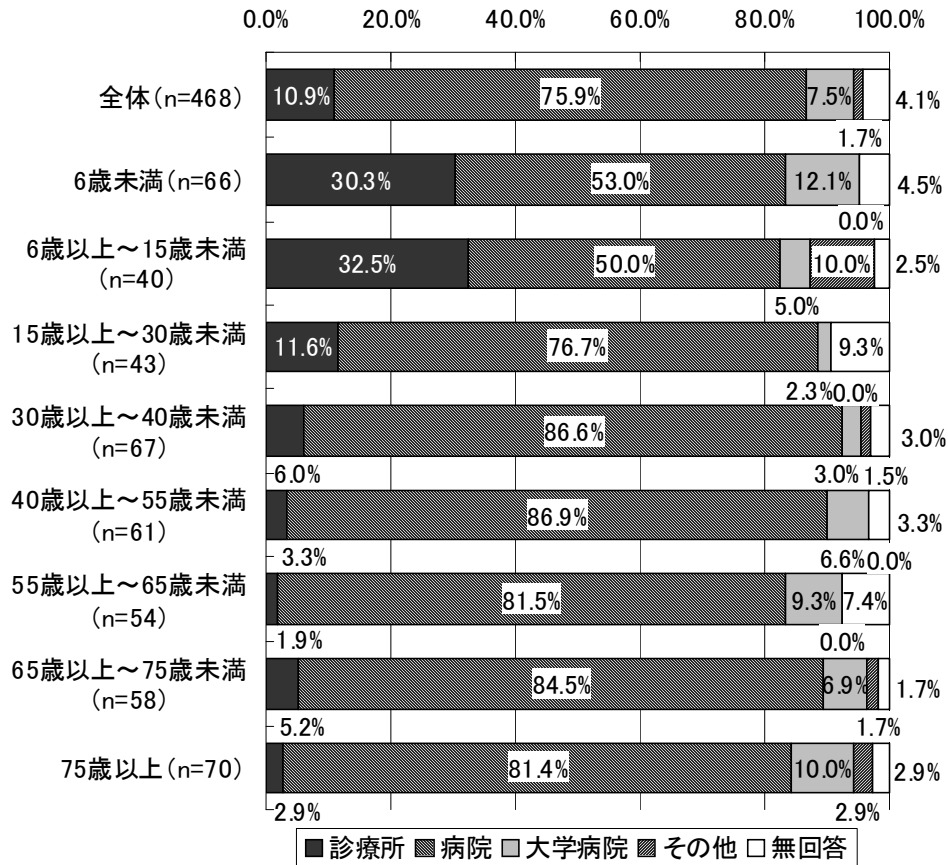
男女別にみると、男性は女性と比較して「病院」の割合が5.0ポイント高かった。

図表 162 受診した医療機関 (男女別)



受診した医療機関を年齢階級別にみると、「6歳未満」、「6歳以上～15歳未満」では「診療所」の割合が3割を超え、他の年齢階級と比較して高い割合となった。

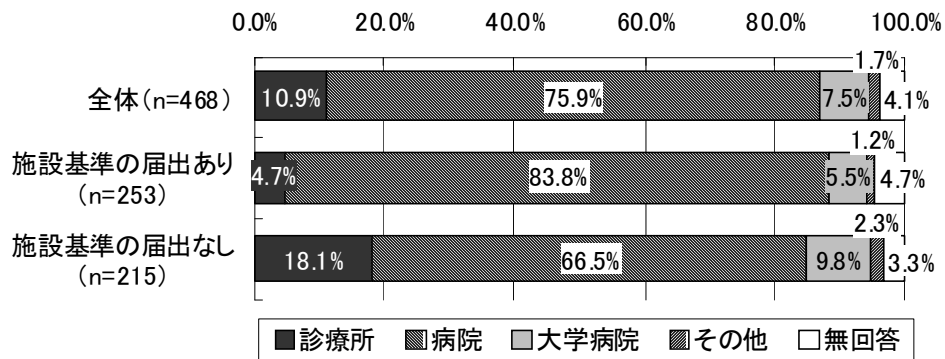
図表 163 受診した医療機関（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

受診した医療機関を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「病院」という回答割合は「施設基準の届出あり」の施設のほうが「施設基準の届出なし」の施設と比較して17.3ポイント高かった。

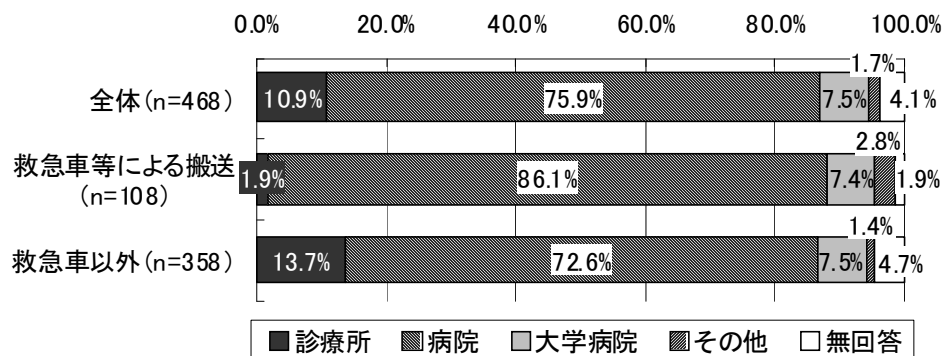
図表 164 受診した医療機関  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

受診した医療機関を来院方法別にみると、「診療所」という回答割合は「救急車等による搬送」患者よりも「救急車以外」の患者のほうが11.8ポイント高かった。

図表 165 受診した医療機関 (来院方法別)

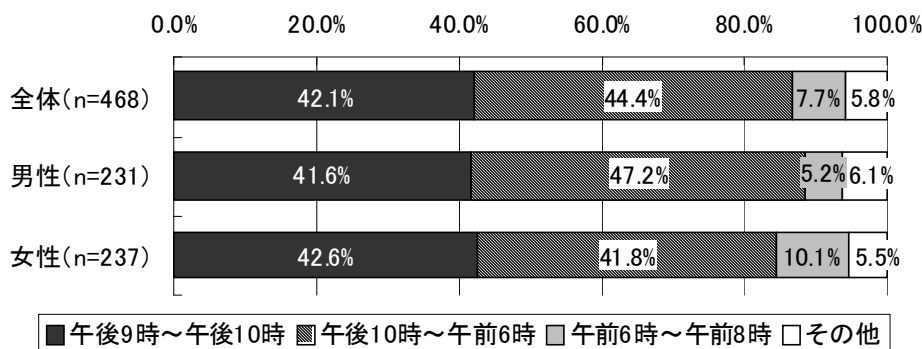


(注) 「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

### ③外来受付時間

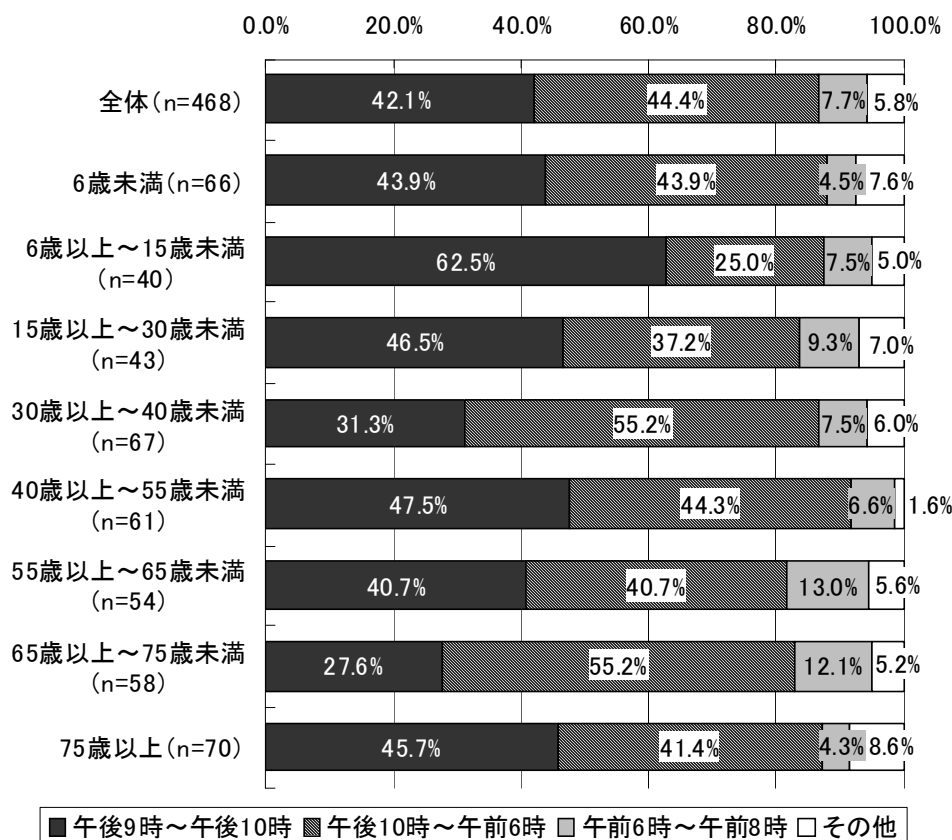
外来受付時間をみると、「午後9時～午後10時」が42.1%、「午後10時～午前6時」が44.4%、「午前6時～午前8時」が7.7%、「午前8時～午前10時」が5.8%であった。

図表 166 外来受付時間（男女別）



外来受付時間を年齢階級別にみると、6歳以上～15歳未満では「午後9時～午後10時」が62.5%で他の年齢階級と比較して高い割合となった。

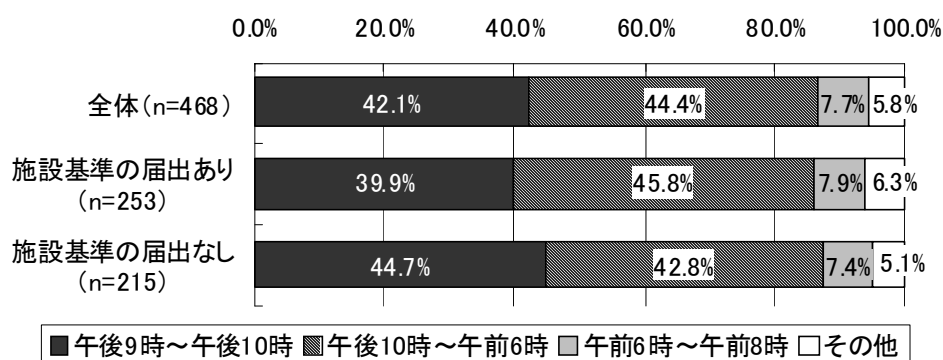
図表 167 外来受付時間（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

外来受付時間を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」では「施設基準の届出なし」と比較して「午後9時～午後10時」の割合が4.8ポイント低かった。

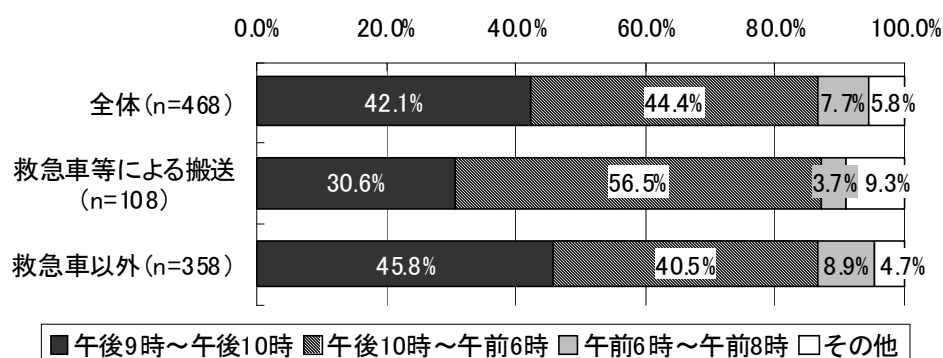
図表 168 外来受付時間  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

外来受付時間を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」患者では「午後10時～午前6時」が56.5%で最も多く、「救急車以外」の患者では「午後9時～午後10時」が45.8%で最も多かった。「午後10時～午前6時」の割合は、「救急車等による搬送」が「救急車以外」と比較して16.0ポイント高かった。

図表 169 外来受付時間 (来院方法別)



(注) 「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

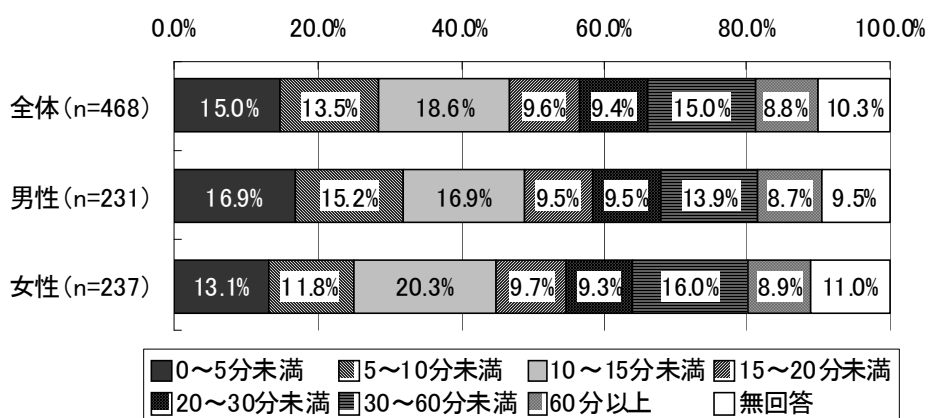


#### ④診察までの待ち時間

診察までの待ち時間をみると、全体では「10～15分未満」が18.6%で最も多く、次いで「0～5分未満」、「30～60分未満」（いずれも15.0%）、「5～10分未満」（13.5%）となった。一方、「60分以上」が8.8%あった。

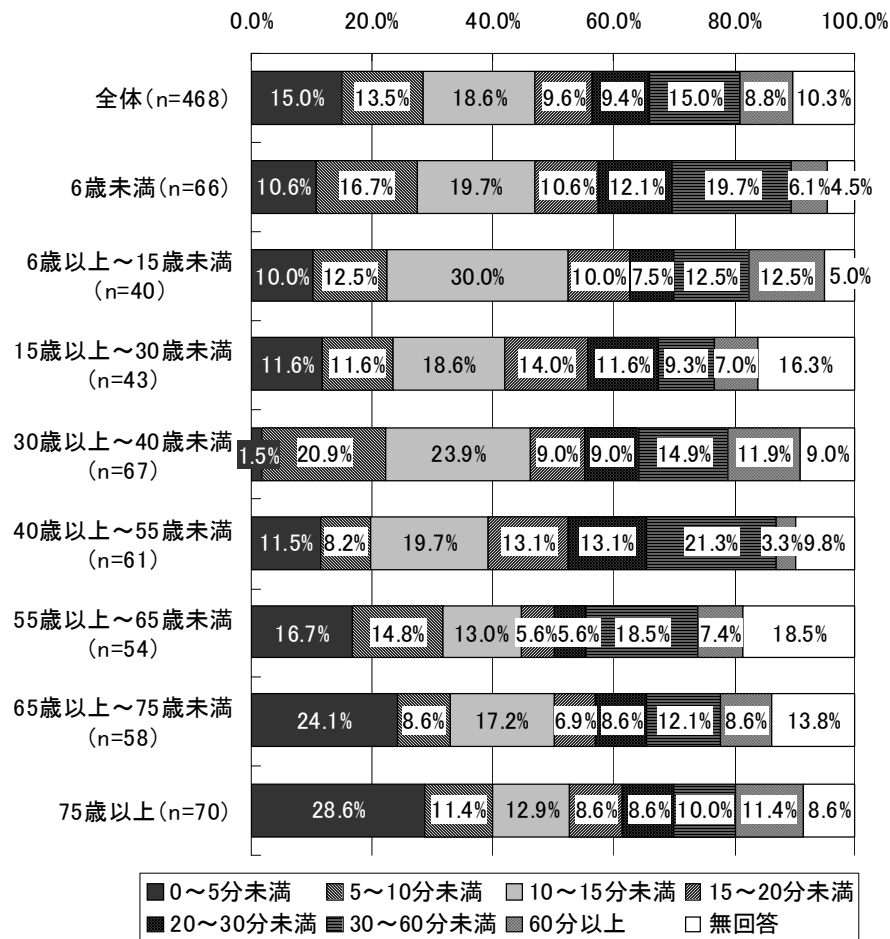
男女別にみると、男性は女性と比較して「0～5分未満」が3.8ポイント、「5～10分未満」が3.4ポイント高かった。

図表 170 診察までの待ち時間（男女別）



診察までの待ち時間を年齢階級別にみると、40歳以上では年齢階級が高くなるほど「0～5分未満」の割合が高くなる傾向がみられた。特に75歳以上では、「0～5分未満」が28.6%で他の年齢階級と比較して高い割合となった。

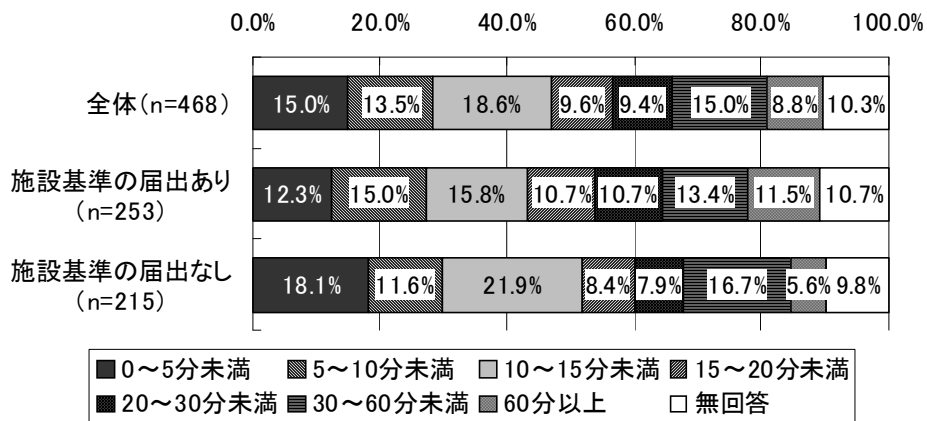
図表 171 診察までの待ち時間（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

診察までの待ち時間を「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出なし」では「施設基準の届出あり」と比較して「0～5分未満」が5.8ポイント、「10～15分未満」が6.1ポイント高かった。

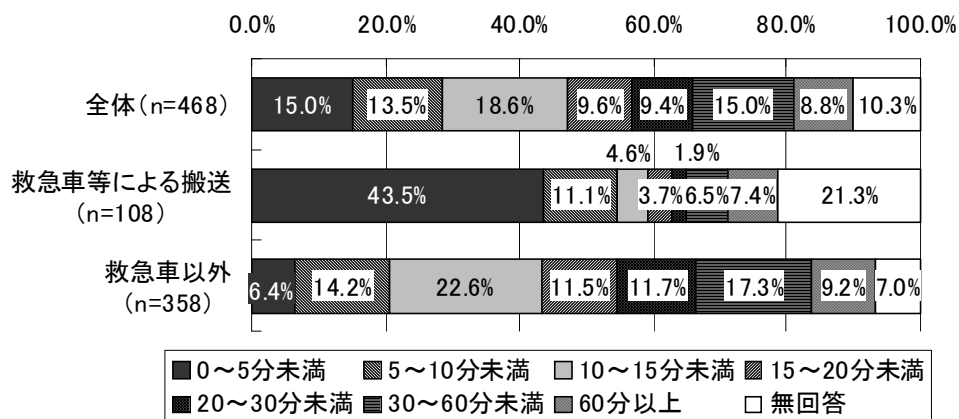
図表 172 診察までの待ち時間  
(受診医療機関における「院内トリージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

診察までの待ち時間を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」では「0～5分未満」が43.5%で最も多かった。一方、「救急車以外」では「10～15分未満」が22.6%で最も多かった。

図表 173 診察までの待ち時間 (来院方法別)



(注) 「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

#### (4) 受診までの状況等

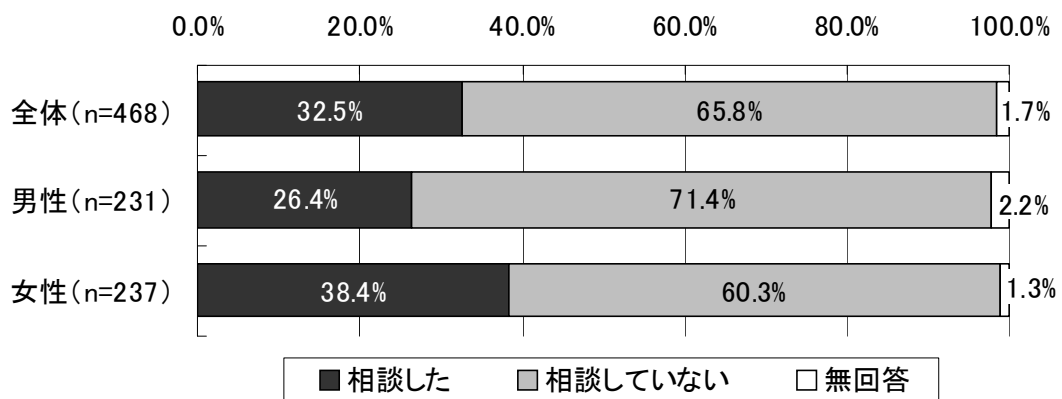
##### ① 家族以外への相談の状況

###### 1) 家族以外への相談の有無

家族以外への相談の有無をみると、全体では「相談した」が32.5%、「相談していない」が65.8%であった。

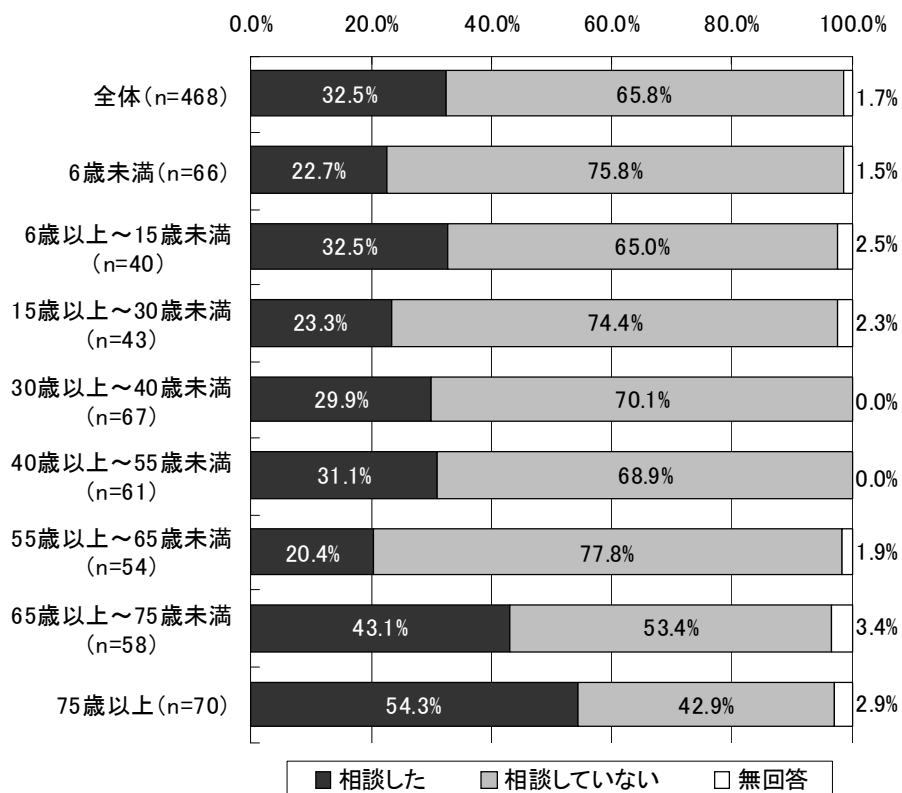
男女別にみると、女性は男性と比較して「相談した」の割合が12.0ポイント高かった。

図表 174 家族以外への相談の有無（男女別）



家族以外への相談の有無を年齢階級別にみると、65歳以上、特に75歳以上では「相談した」の割合が高かった。

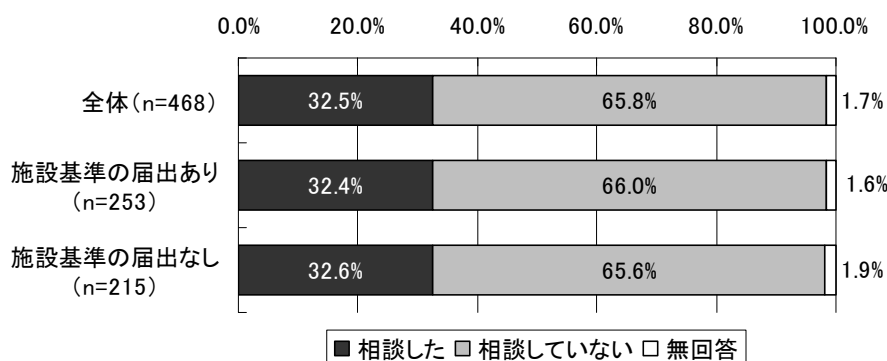
図表 175 家族以外への相談の有無（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

家族以外への相談の有無を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」と「施設基準の届出なし」とでは差異はみられなかった。

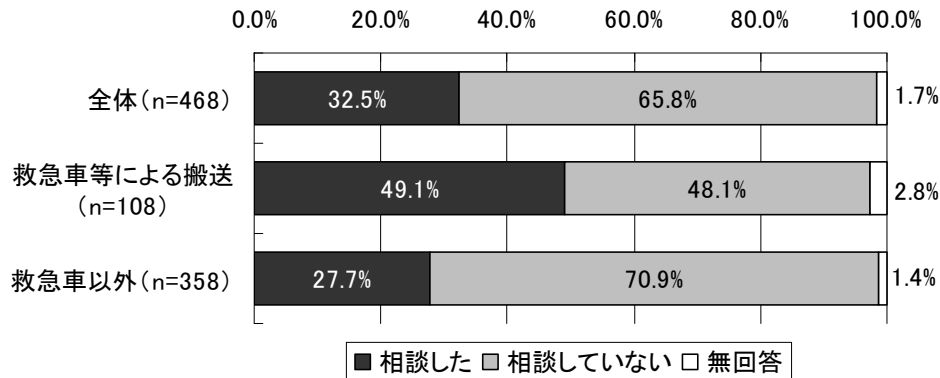
図表 176 家族以外への相談の有無  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

家族以外への相談の有無を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」の患者では「相談した」が49.1%であり、「救急車以外」の患者と比較して21.4ポイント高かった。

図表 177 家族以外への相談の有無（来院方法別）



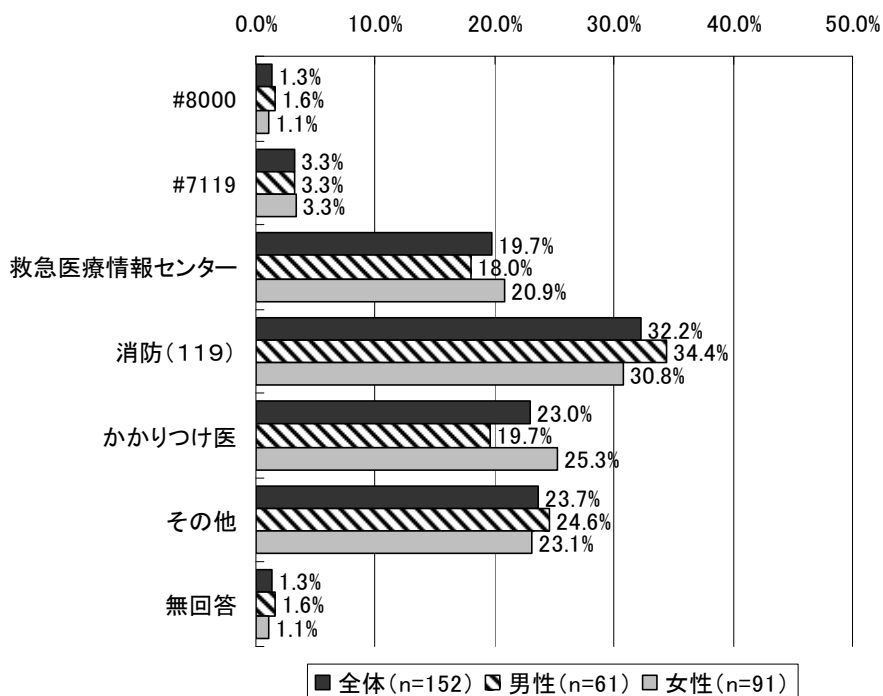
(注)「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

## 2) 相談した相手

来院前に家族以外に相談した人の相談した相手を見ると、「消防（119）」が32.2%で最も多く、次いで「かかりつけ医」（23.0%）、「救急医療情報センター」（19.7%）であった。「#8000」、「#7119」の割合は低かった。

男女別にみると、女性は男性と比較して「かかりつけ医」の割合が5.6ポイント高かった。

図表 178 相談した相手（相談した人、男女別、複数回答）



来院前に家族以外に相談した人の相談した相手を年齢階級別にみると、6歳未満では「救急医療情報センター」が他の年齢階級と比較して高かった。また、75歳以上では「消防(119)」が50.0%で最も多かったが、「かかりつけ医」も39.5%となっており、他の年齢階級と比較しても高い割合となった。

図表 179 相談した相手（相談した人、年齢階級別、複数回答）

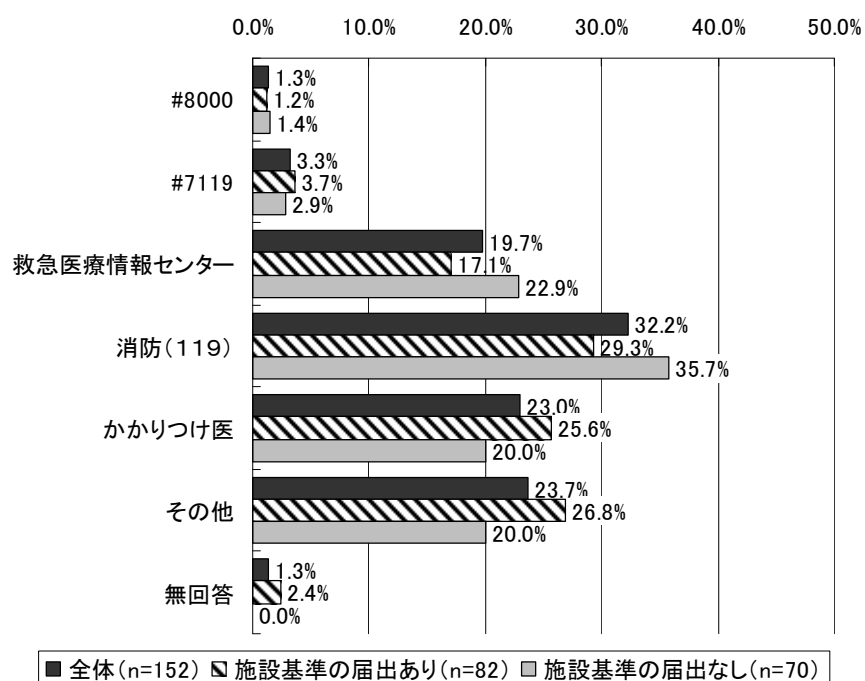
（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	#8000	#7119	救急医療情報センター	消防(119)	かかりつけ医	その他	無回答
全体	152 100.0	2 1.3	5 3.3	30 19.7	49 32.2	35 23.0	36 23.7	2 1.3
6歳未満	15 100.0	1 6.7	1 6.7	6 40.0	2 13.3	1 6.7	4 26.7	0 0.0
6歳以上～ 15歳未満	13 100.0	0 0.0	1 7.7	5 38.5	0 0.0	2 15.4	5 38.5	0 0.0
15歳以上～ 30歳未満	10 100.0	0 0.0	0 0.0	3 30.0	5 50.0	1 10.0	1 10.0	0 0.0
30歳以上～ 40歳未満	20 100.0	0 0.0	1 5.0	6 30.0	3 15.0	2 10.0	8 40.0	1 5.0
40歳以上～ 55歳未満	19 100.0	1 5.3	2 10.5	3 15.8	5 26.3	3 15.8	5 26.3	0 0.0
55歳以上～ 65歳未満	11 100.0	0 0.0	0 0.0	3 27.3	3 27.3	3 27.3	3 27.3	0 0.0
65歳以上～ 75歳未満	25 100.0	0 0.0	0 0.0	1 4.0	11 44.0	8 32.0	4 16.0	1 4.0
75歳以上	38 100.0	0 0.0	0 0.0	3 7.9	19 50.0	15 39.5	6 15.8	0 0.0

（注）「全体」には、年齢について無回答の2人が含まれる。

来院前に家族以外に相談した人の相談した相手を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出なし」では「施設基準の届出あり」と比較すると、「消防（119）」が6.4ポイント、「救急医療情報センター」が5.8ポイント高く、「かかりつけ医」が5.6ポイント低かった。

図表 180 相談した相手（相談した人、受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別、複数回答）

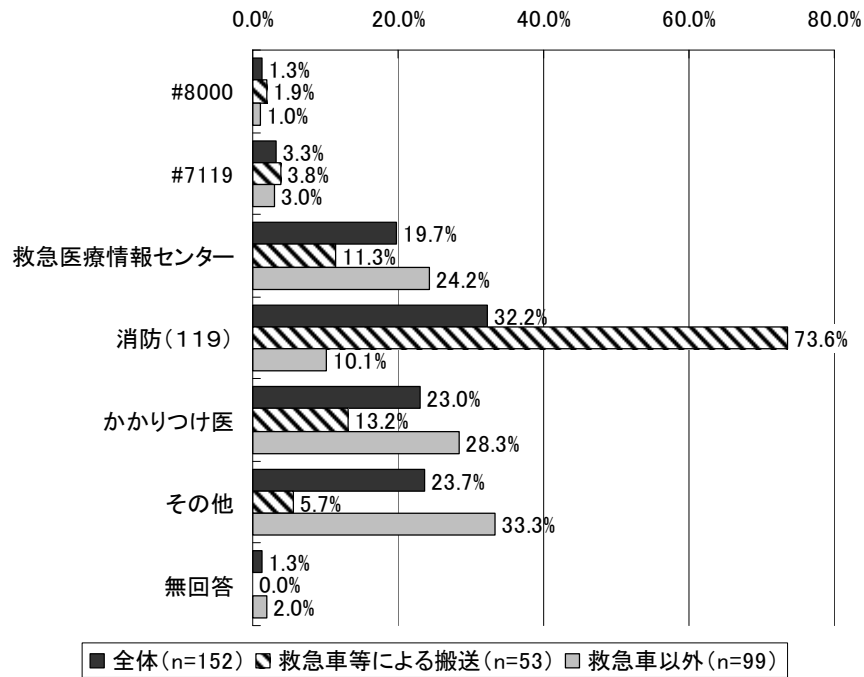


(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。



来院前に家族以外に相談した人の相談した相手を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」では「救急車以外」と比較すると、「消防（119）」が 63.5 ポイント高かった。一方、「救急車以外」では「救急車等による搬送」と比較すると「救急医療情報センター」が 12.9 ポイント、「かかりつけ医」が 15.1 ポイント高かった。

図表 181 相談した相手（相談した人、来院方法別、複数回答）



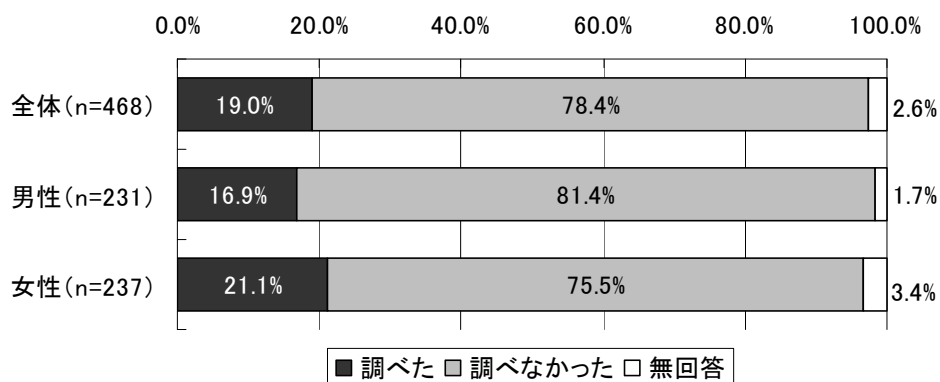
(注)「全体」には、来院方法について無回答の 2 人が含まれる。

## ②時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか

来院前に時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたかをみると、全体では「調べた」は19.0%、「調べなかった」が78.4%であった。

男女別にみると、男性は女性と比較すると「調べた」の割合が4.2ポイント低かった。

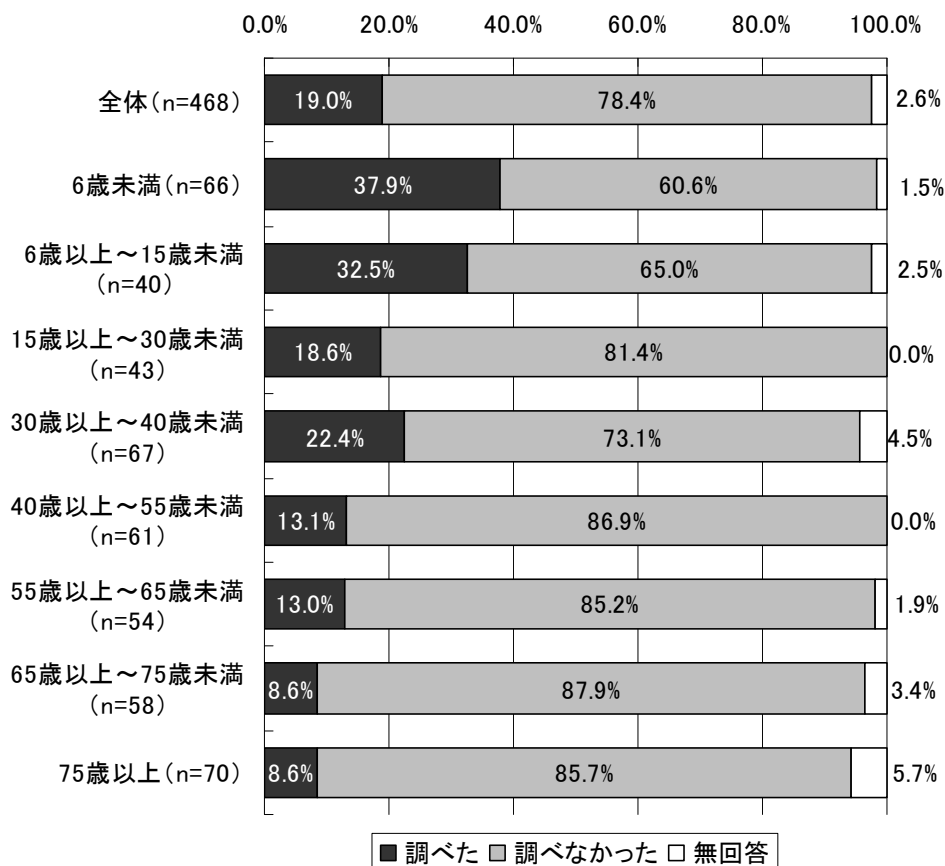
図表 182 時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか（男女別）



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

来院前に時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたかを年齢階級別にみると、6歳未満、6歳以上～15歳未満では「調べた」の割合が3割を超え、他の年齢階級と比較して高かった。

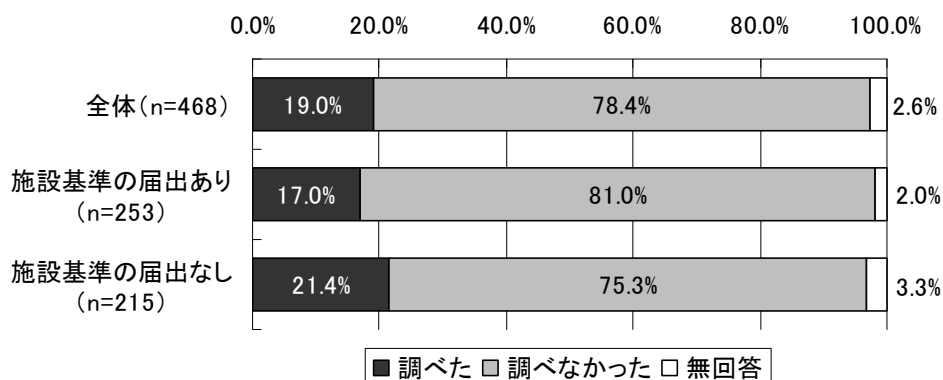
図表 183 時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

来院前に時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたかを「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出なし」の患者では「施設基準の届出あり」の患者と比較して「調べた」が4.4ポイント高かった。

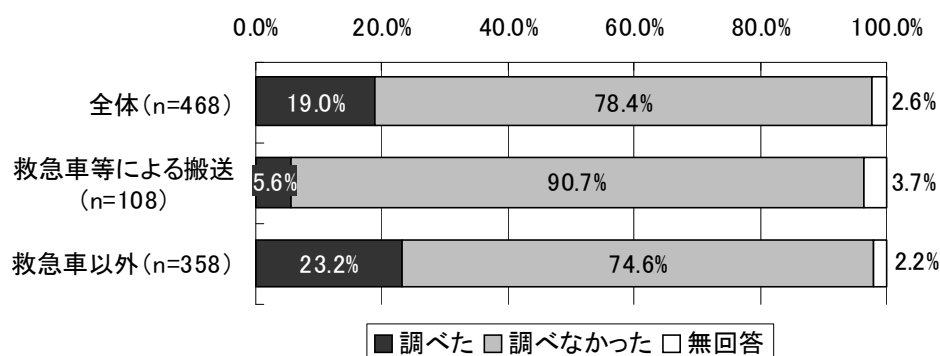
図表 184 時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

来院前に時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたかを来院方法別にみると、「救急車以外」の患者では「救急車等による搬送」の患者と比較して「調べた」が17.6ポイント高かった。

図表 185 時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べたか (来院方法別)



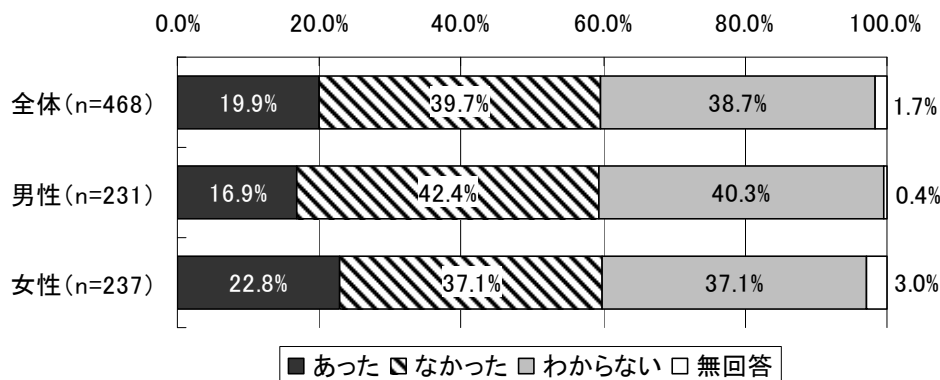
(注) 「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

### ③受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか

受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったかをみると、全体では「あった」が19.9%、「なかった」が39.7%、「わからない」が38.7%であった。

男女別にみると、女性は男性と比較して「あった」の割合が5.9ポイント高かった。

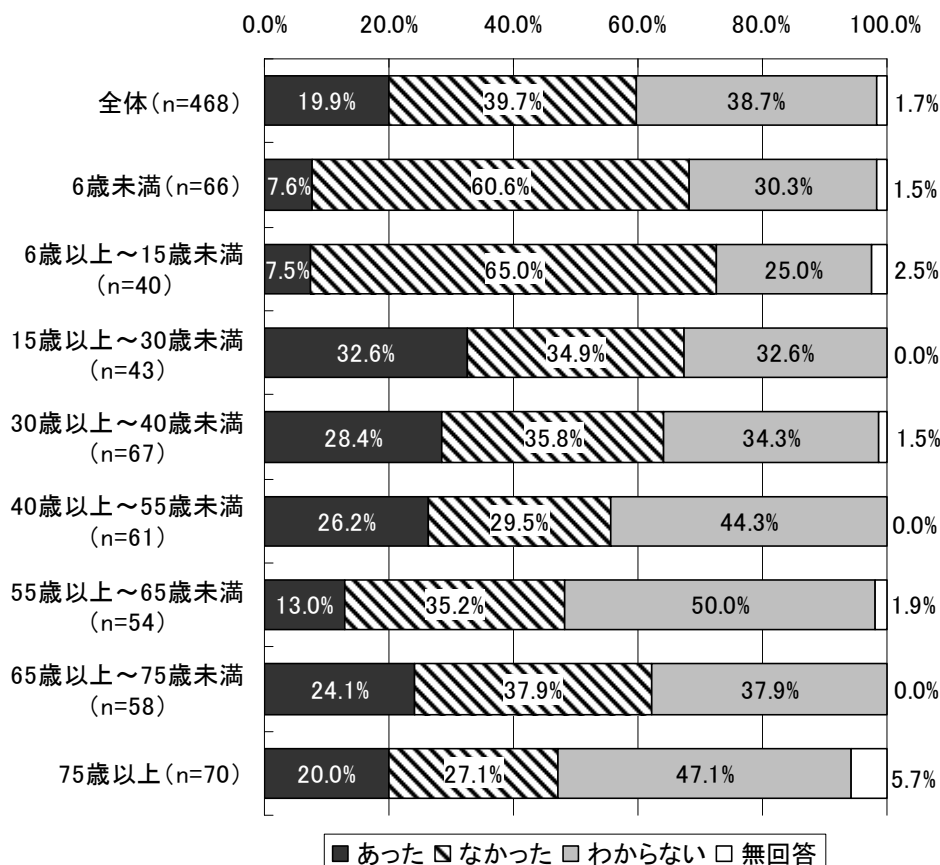
図表 186 受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか（男女別）



(注) 回答には時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べていない患者を含む。

受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったかを年齢階級別にみると、15歳以上～30歳未満では「あった」が3割を超えており、他の年齢階級と比較して高かった。

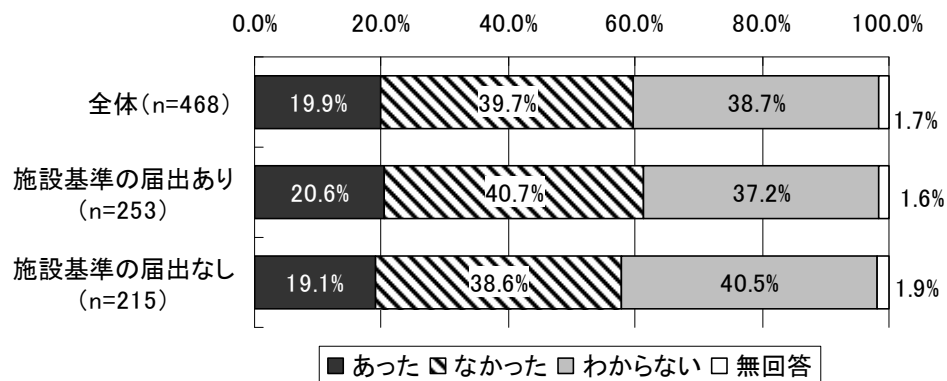
図表 187 受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の9人が含まれる。

受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったかを「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」では「施設基準の届出なし」と比較すると「あった」が1.5ポイント高く、「なかった」が2.1ポイント低かった。

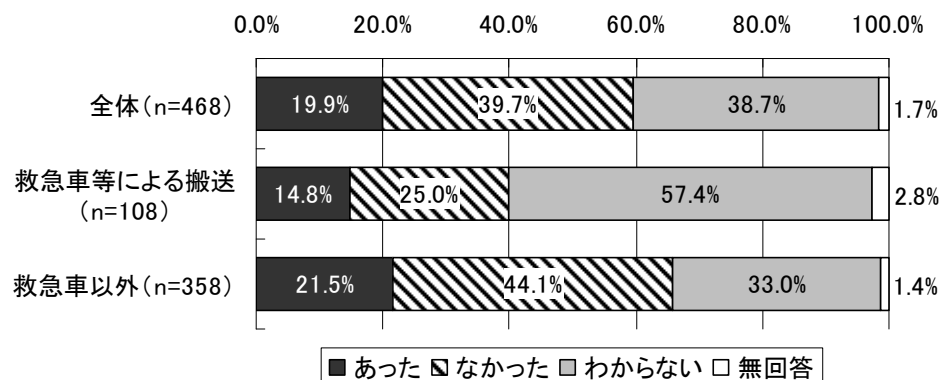
図表 188 受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったかを来院方法別にみると、「救急車等による搬送」患者では「救急車以外」の患者と比較して「わからない」の割合が24.4ポイント高かった。

図表 189 受診した時間帯に近隣であいている医療機関があったか (来院方法別)



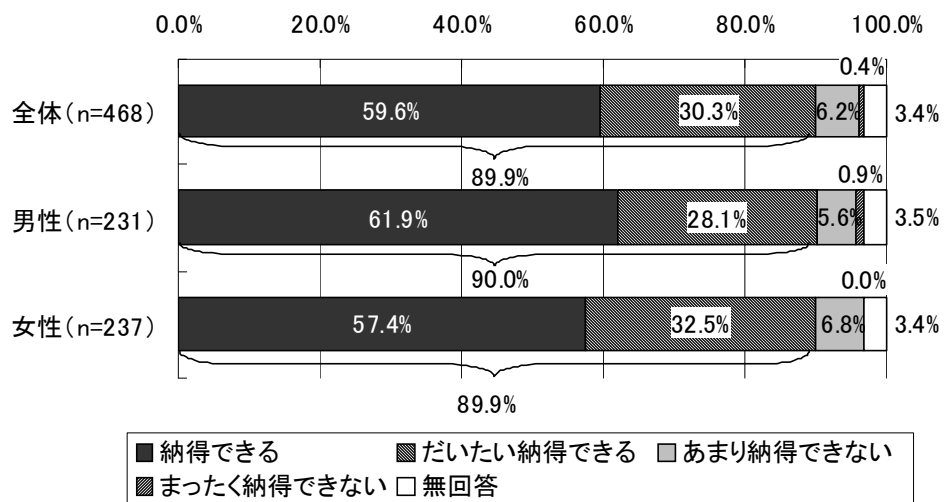
(注) 「全体」には、「来院方法」について無回答の2人が含まれる。

#### ④診療までの待ち時間の長さに対する評価

診療までの待ち時間の長さに対する評価をみると、全体では「納得できる」、「だいたい納得できる」を合わせた割合は89.9%であった。

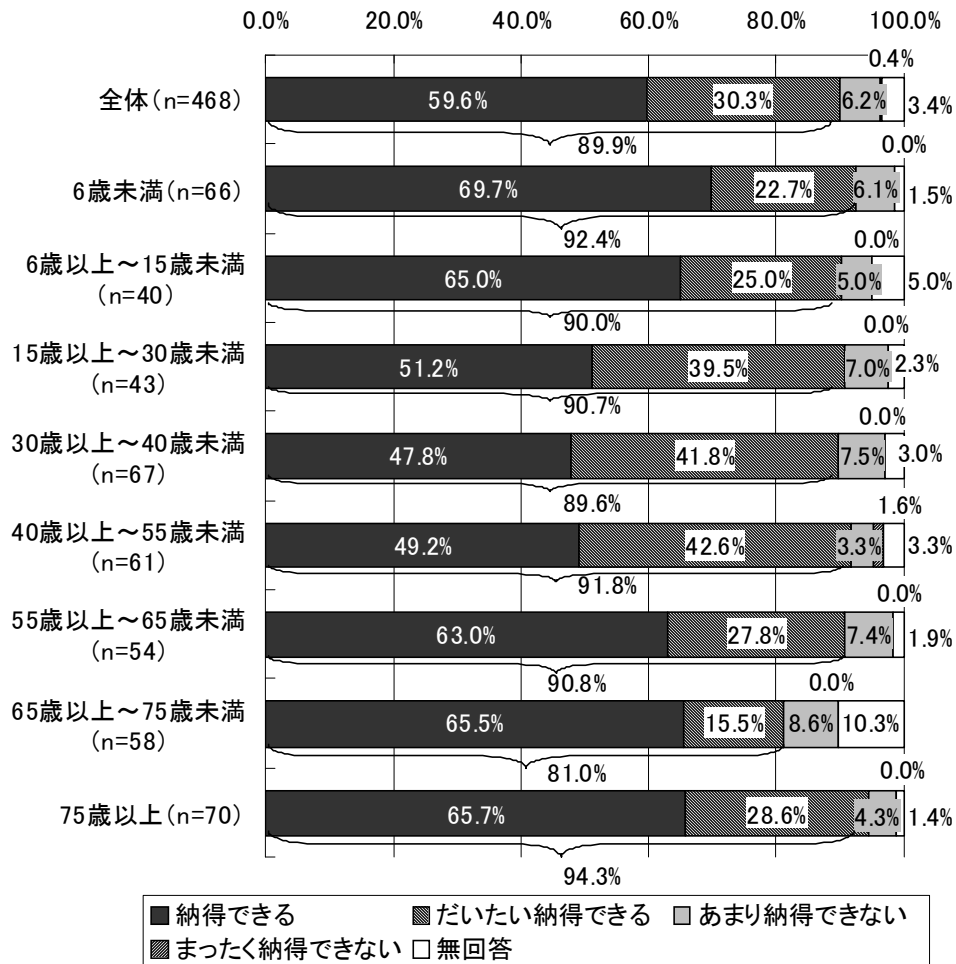
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 190 診療までの待ち時間の長さに対する評価（男女別）



診療までの待ち時間の長さに対する評価を年齢階級別にみると、30歳未満では「納得できる」、「だいたい納得できる」を合わせた割合は9割を超えた。また、75歳以上ではこの割合は94.3%ですべての年齢階級で最も高かった。

図表 191 診療までの待ち時間の長さに対する評価（年齢階級別）

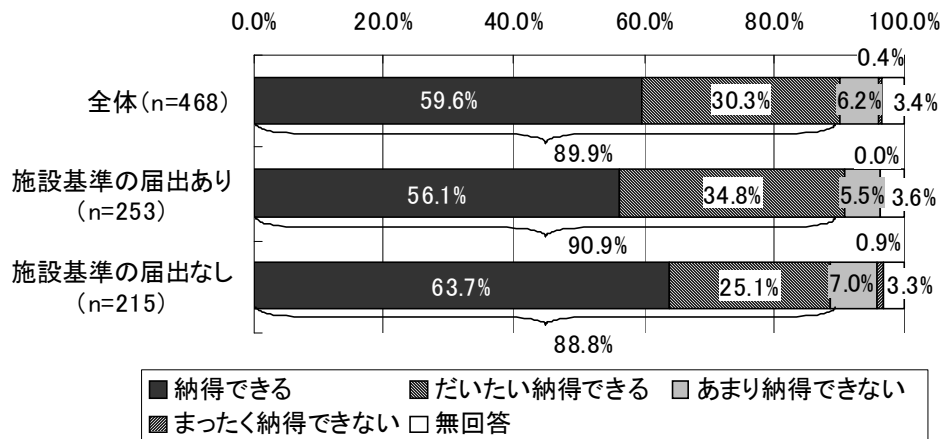


(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。



診療までの待ち時間の長さに対する評価を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」では「施設基準の届出なし」と比較すると「納得できる」、「だいたい納得できる」を合わせた割合は2.1ポイント高かった。

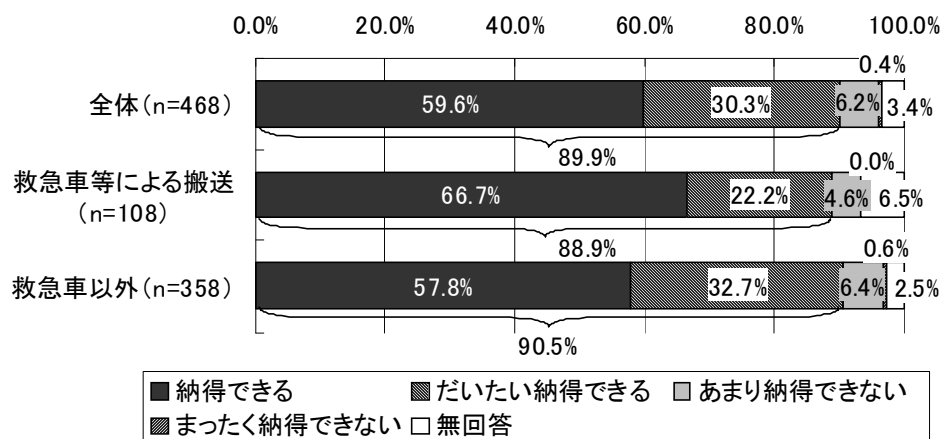
図表 192 診療までの待ち時間の長さに対する評価  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

診療までの待ち時間の長さに対する評価を来院方法別にみると、「救急車以外」は「救急車等による搬送」と比較して「納得できる」、「だいたい納得できる」を合わせた割合が1.6ポイント高かった。

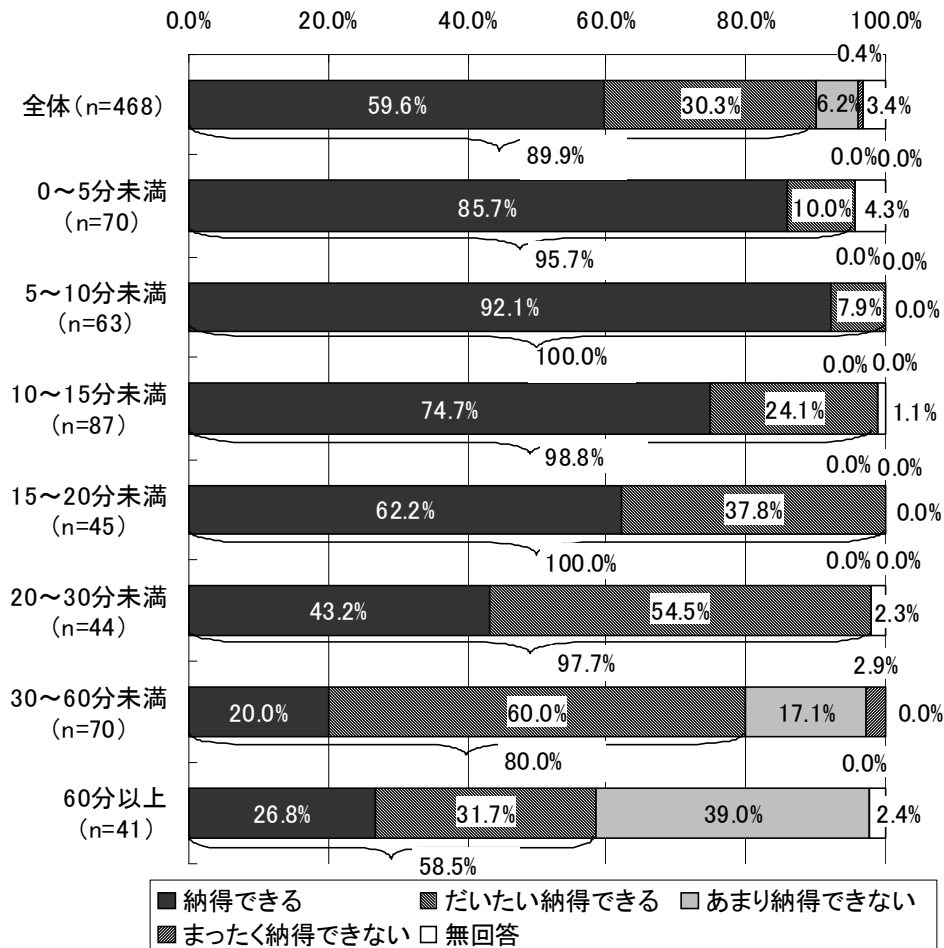
図表 193 診療までの待ち時間の長さに対する評価 (来院方法別)



(注) 「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

診療までの待ち時間の長さに対する評価を待ち時間別にみると、待ち時間が短いほど「納得できる」の割合が高くなる傾向がみられた。待ち時間が30～60分未満では「あまり納得できない」の割合が17.1%、60分以上では「あまり納得できない」の割合が39.0%であった。

図表 194 診察までの待ち時間に対する評価（待ち時間別）

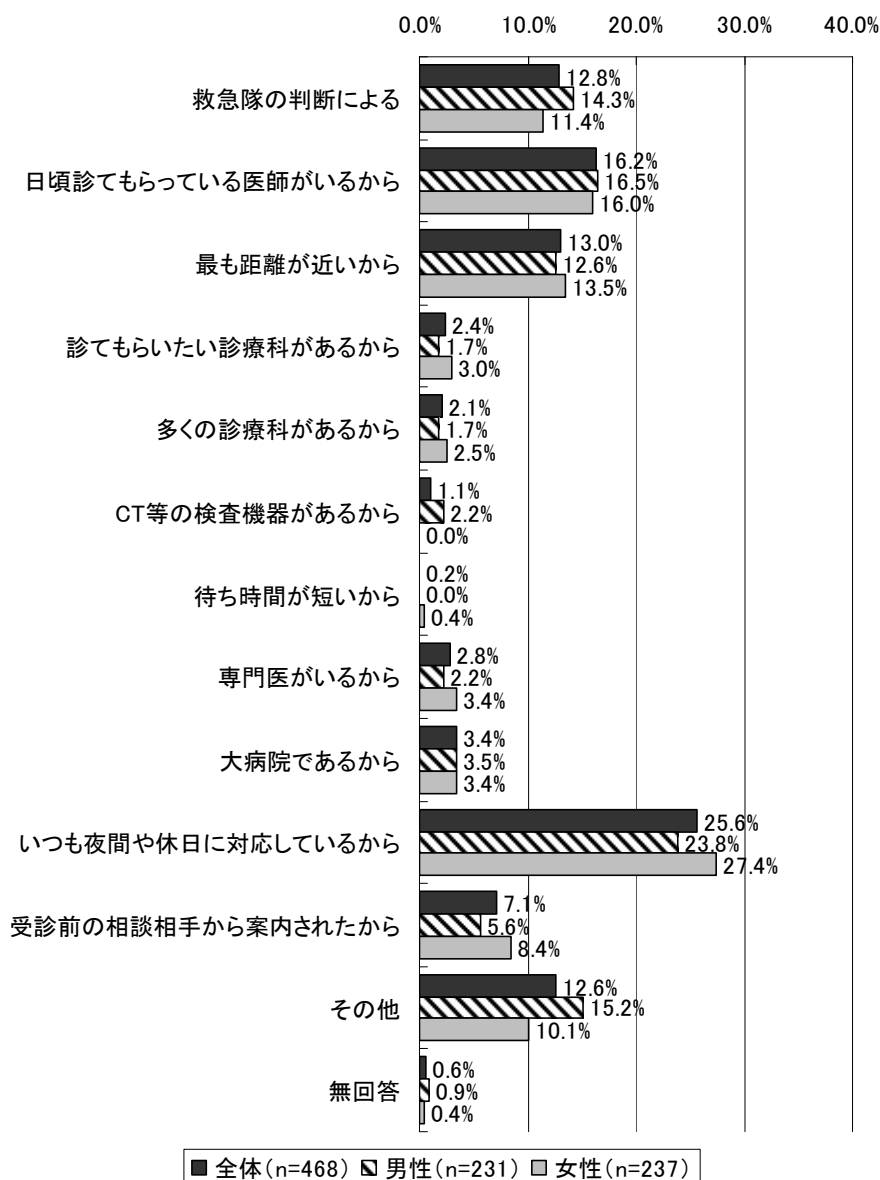


(注)「全体」には、待ち時間について無回答の48人が含まれる。

### ⑤受診した医療機関を選んだ最大の理由

受診した医療機関を選んだ最大の理由をみると、全体では「いつも夜間や休日に対応しているから」が25.6%で最も多く、次いで「日頃診てもらっている医師がいるから」が16.2%、「最も距離が近いから」が13.0%、「救急隊の判断による」が12.8%、「受診前の相談相手から案内されたから」が7.1%となった。

図表 195 受診した医療機関を選んだ最大の理由（男女別、単数回答）



受診した医療機関を選んだ最大の理由を年齢階級別にみると、40歳未満、55歳以上～65歳未満では「いつも夜間や休日に対応しているから」が、65歳以上～75歳未満、75歳以上では「日頃診てみられている医師がいるから」が、40歳以上～55歳未満では「救急隊の判断による」が最も多かった。

図表 196 受診した医療機関を選んだ最大の理由（年齢階級別、単数回答）

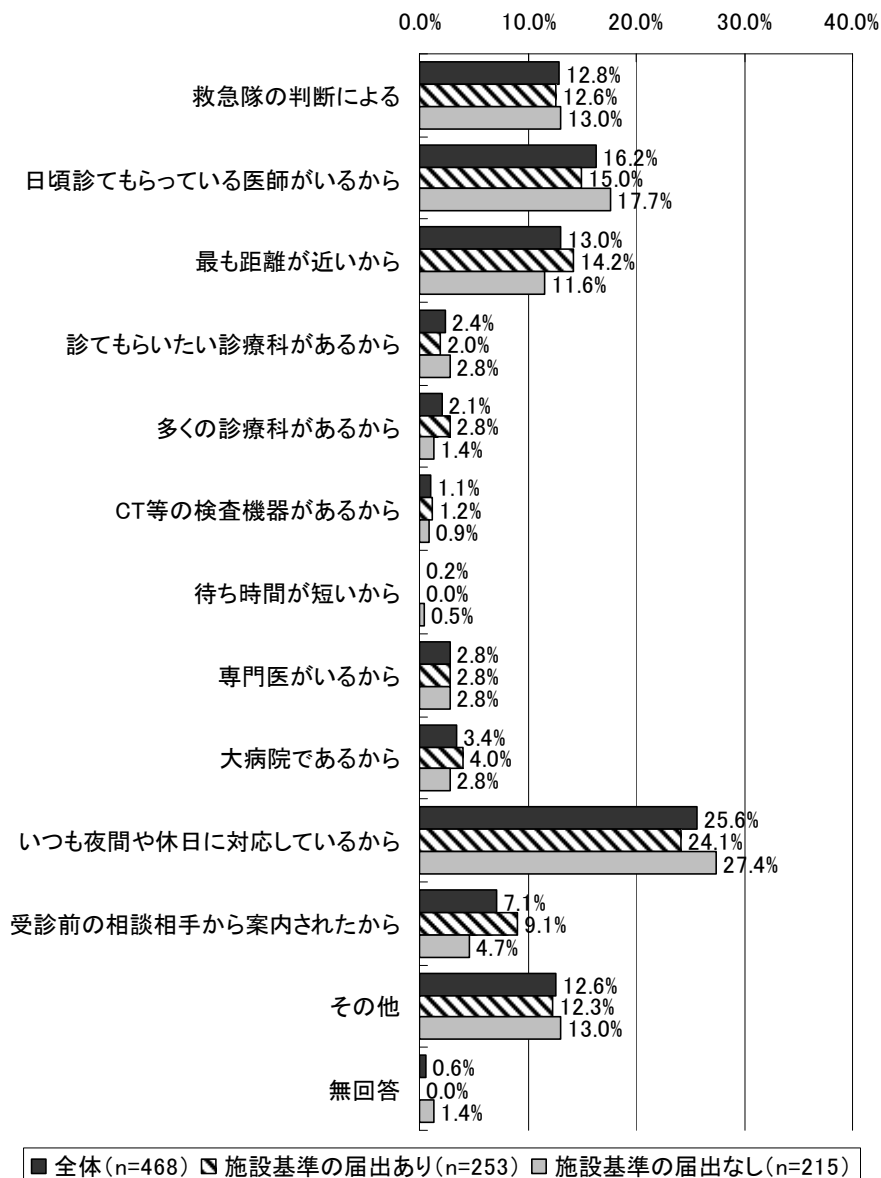
（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	救急隊の判断による	医師がいるから 日頃診てもらっている	最も距離が近いから	診てもらいたい診療科があるから	多くの診療科があるから	CT等の検査機器があるから	待ち時間が短いから	専門医がいるから	大病院であるから	いつも夜間や休日に対応しているから	受診前の相談相手から案内されたから	その他	無回答
全体	468 100.0	60 12.8	76 16.2	61 13.0	11 2.4	10 2.1	5 1.1	1 0.2	13 2.8	16 3.4	120 25.6	33 7.1	59 12.6	3 0.6
6歳未満	66 100.0	3 4.5	2 3.0	4 6.1	3 4.5	0 0.0	1 1.5	0 0.0	2 3.0	2 3.0	33 50.0	3 4.5	12 18.2	1 1.5
6歳以上～15歳未満	40 100.0	2 5.0	2 5.0	4 10.0	2 5.0	0 0.0	2 5.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	17 42.5	4 10.0	7 17.5	0 0.0
15歳以上～30歳未満	43 100.0	5 11.6	2 4.7	9 20.9	1 2.3	0 0.0	0 0.0	1 2.3	1 2.3	0 0.0	14 32.6	5 11.6	5 11.6	0 0.0
30歳以上～40歳未満	67 100.0	4 6.0	11 16.4	10 14.9	1 1.5	1 1.5	0 0.0	0 0.0	2 3.0	5 7.5	24 35.8	1 1.5	7 10.4	1 1.5
40歳以上～55歳未満	61 100.0	14 23.0	9 14.8	10 16.4	2 3.3	1 1.6	0 0.0	0 0.0	3 4.9	4 6.6	7 11.5	5 8.2	6 9.8	0 0.0
55歳以上～65歳未満	54 100.0	7 13.0	10 18.5	9 16.7	0 0.0	2 3.7	1 1.9	0 0.0	0 0.0	2 3.7	12 22.2	3 5.6	8 14.8	0 0.0
65歳以上～75歳未満	58 100.0	7 12.1	20 34.5	9 15.5	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	2 3.4	6 10.3	6 10.3	5 8.6	0 0.0
75歳以上	70 100.0	15 21.4	19 27.1	5 7.1	2 2.9	5 7.1	1 1.4	0 0.0	3 4.3	1 1.4	4 5.7	6 8.6	8 11.4	1 1.4

（注）「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

受診した医療機関を選んだ最大の理由を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出なし」は「施設基準の届出あり」と比較して、「いつも夜間や休日に対応しているから」が 3.3 ポイント、「日頃診てもらっている医師がいるから」が 2.7 ポイント高かった。

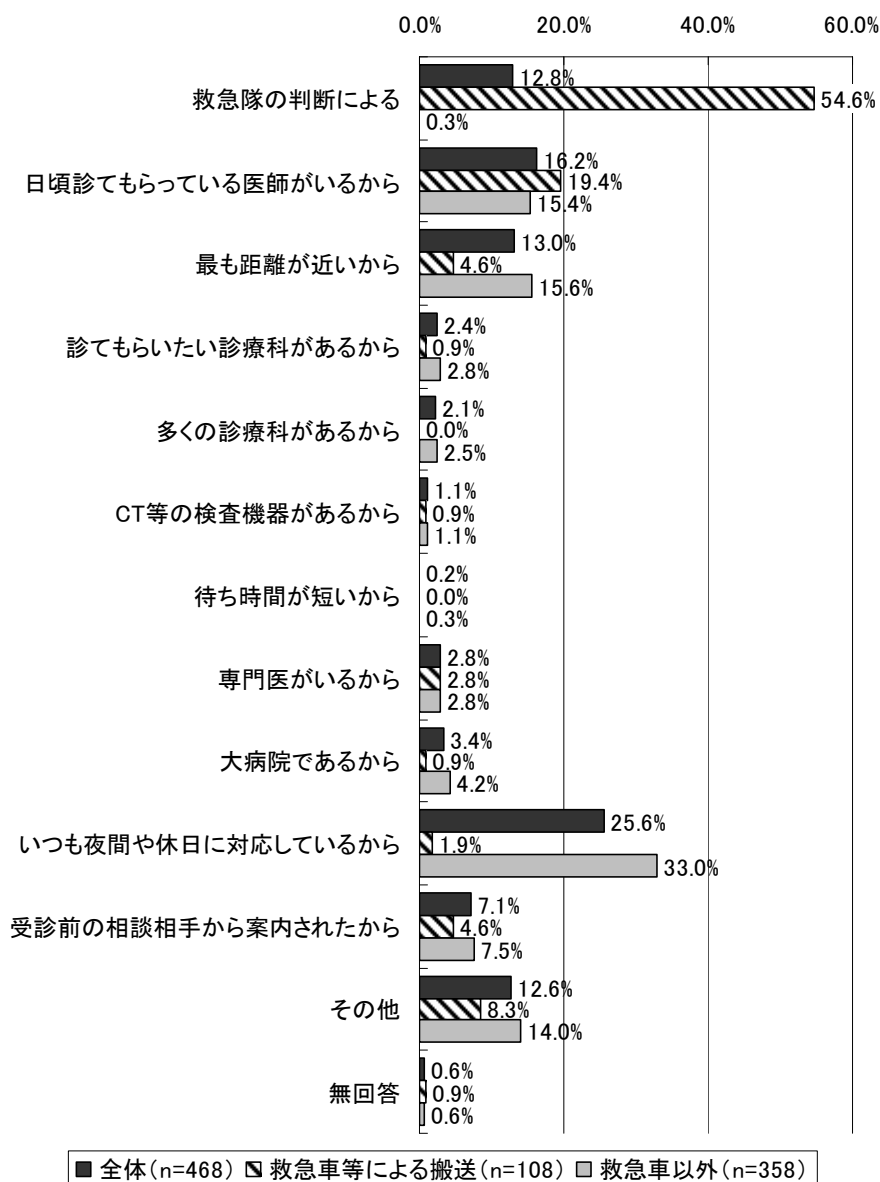
図表 197 受診した医療機関を選んだ最大の理由（受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別、単数回答）



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

受診した医療機関を選んだ最大の理由を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」患者では「救急隊の判断による」が54.6%で最も高かった。一方、「救急車以外」の患者では「いつも夜間や休日に対応しているから」が33.0%で最も高かった。

図表 198 受診した医療機関を選んだ最大の理由（来院方法別、単数回答）



(注)「全体」には、来院方法について無回答の2人が含まれる。

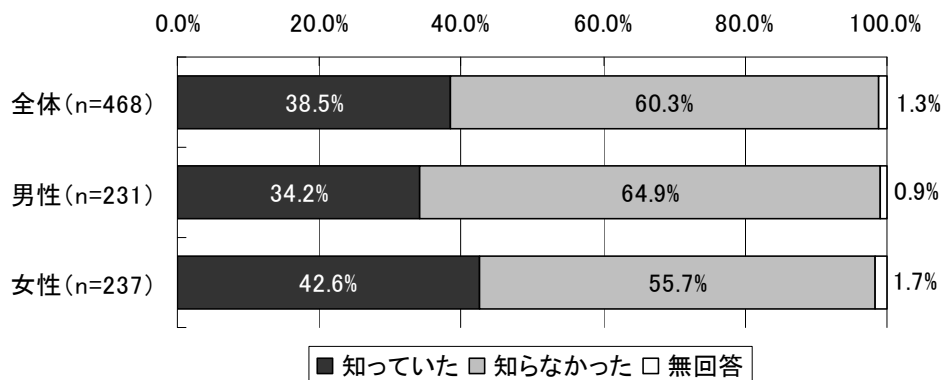
(5) 院内トリアージに対する評価等

① トリアージの認知度

トリアージの認知度をみると、全体ではトリアージを「知っていた」が38.5%、「知らなかった」が60.3%であった。

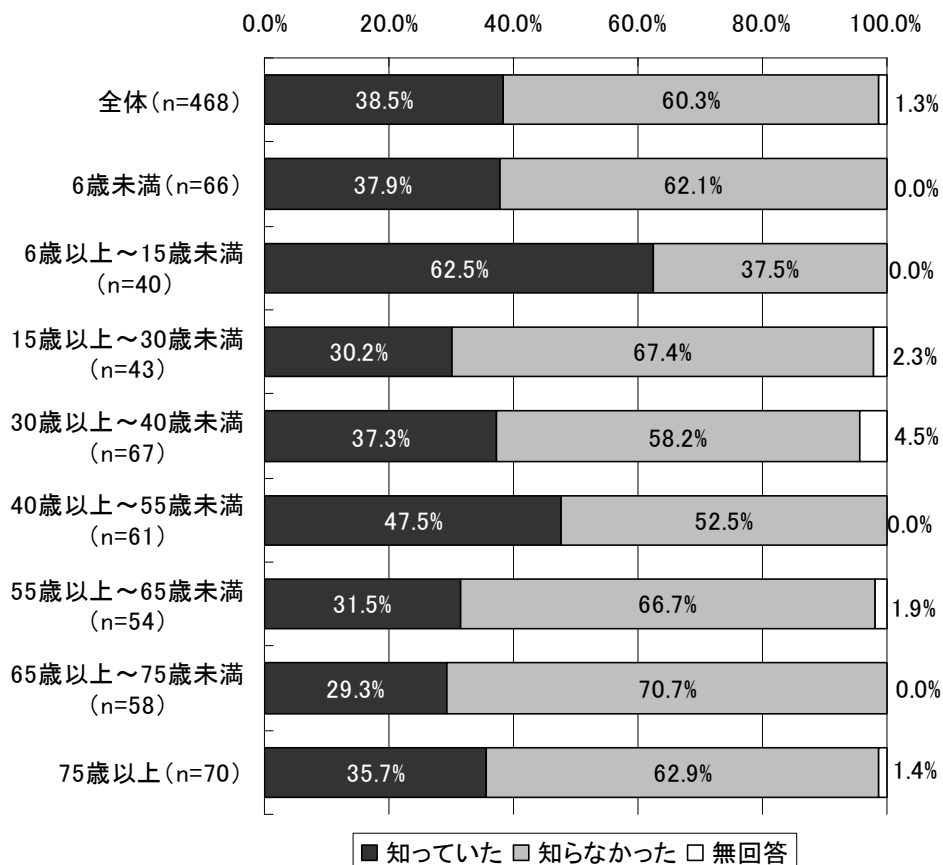
男女別にみると、男性は女性と比較して「知っていた」の割合が8.4ポイント高かった。

図表 199 トリアージの認知度（男女別）



トリアージの認知度を年齢階級別にみると、6歳以上～15歳未満でトリアージを「知っていた」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

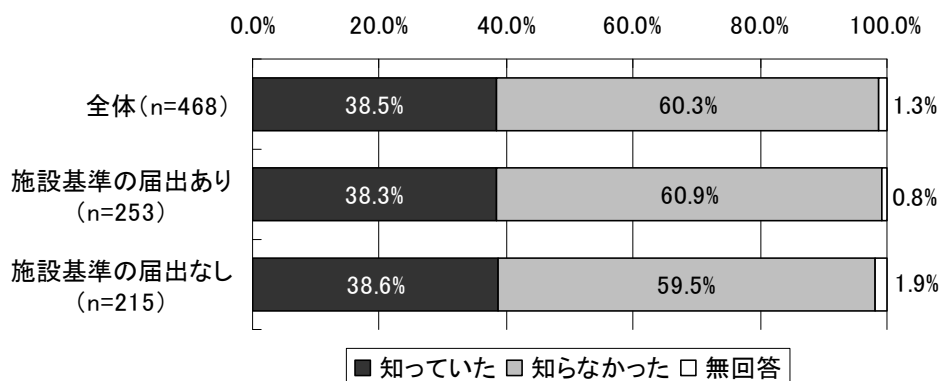
図表 200 トリアージの認知度（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

トリアージの認知度を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、施設基準の届出状況による大きな差異はみられなかった。

図表 201 トリアージの認知度  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



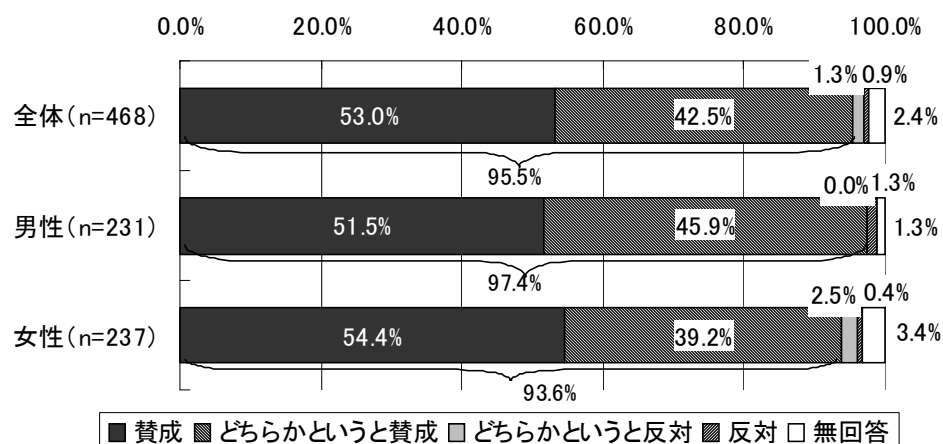
(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

## ② トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価

### 1) トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をみると、「賛成」が 53.0% で「どちらか」というと賛成 (42.5%) を合わせると 95.5% が賛成であった。女性は男性と比較して「賛成」の割合が 2.9 ポイント高かった。

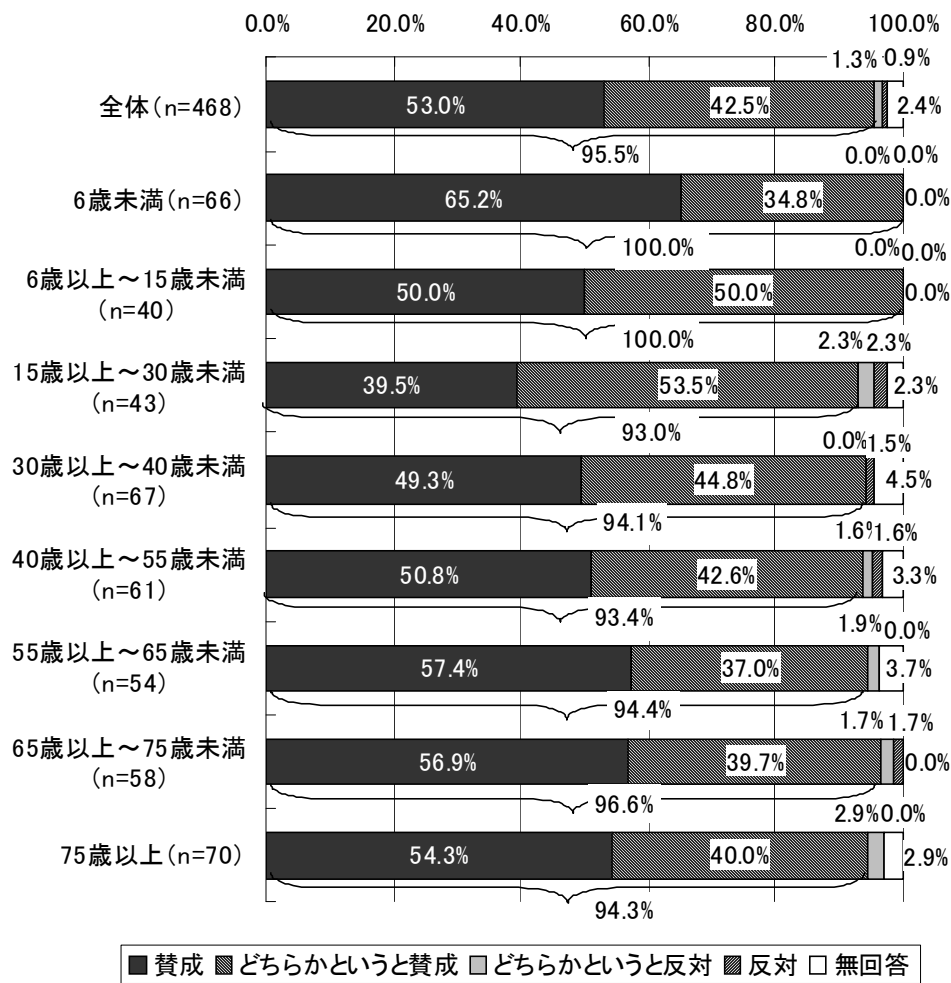
図表 202 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価 (男女別)





トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価を年齢階級別にみると、すべての年齢階級で「賛成」と「どちらかという賛成」を合わせた割合が9割を超えた。6歳未満、6歳以上～15歳未満では「賛成」、「どちらかという賛成」を合わせた割合は100%となった。6歳未満では「賛成」の割合が65.2%となり、他の年齢階級と比較して高い割合となった。

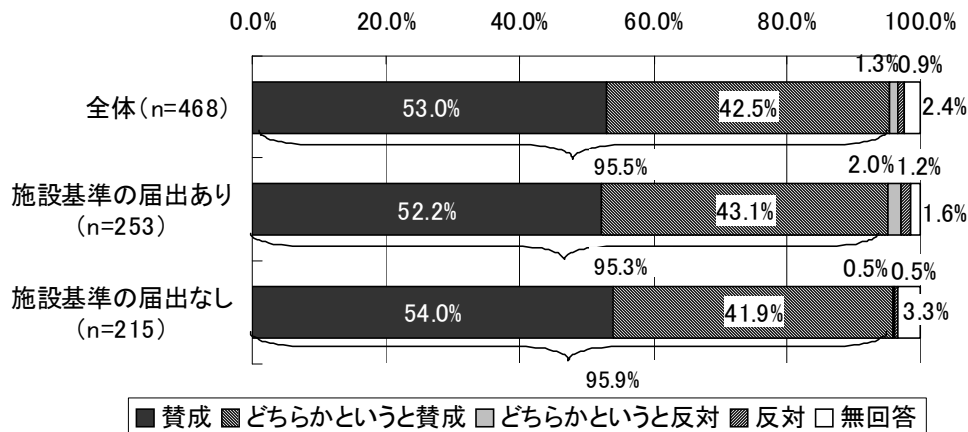
図表 203 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、施設基準の届出状況による大きな差異はみられなかった。

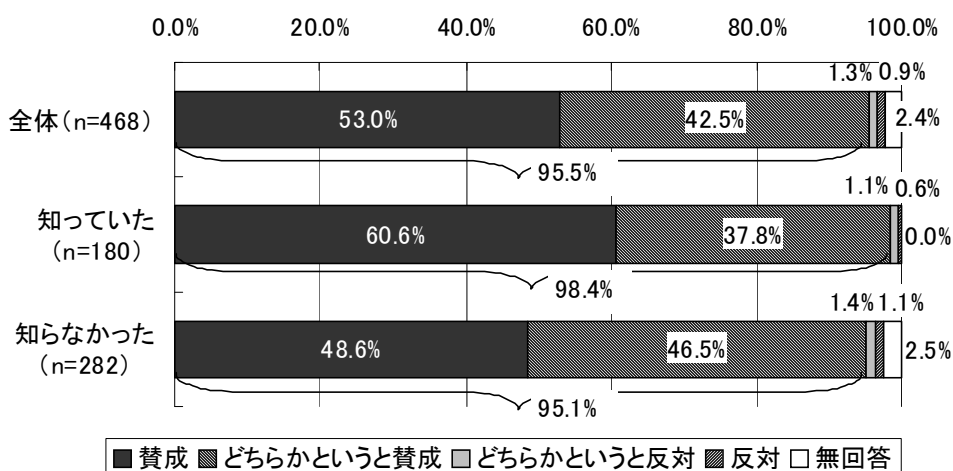
図表 204 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をトリアージの認知度別にみると、トリアージを「知っていた」という患者では、「知らなかった」という患者と比較して「賛成」が 12 ポイント高かった。しかし、いずれにしても、「どちらかという賛成」も合わせた割合は 95%を超えた。

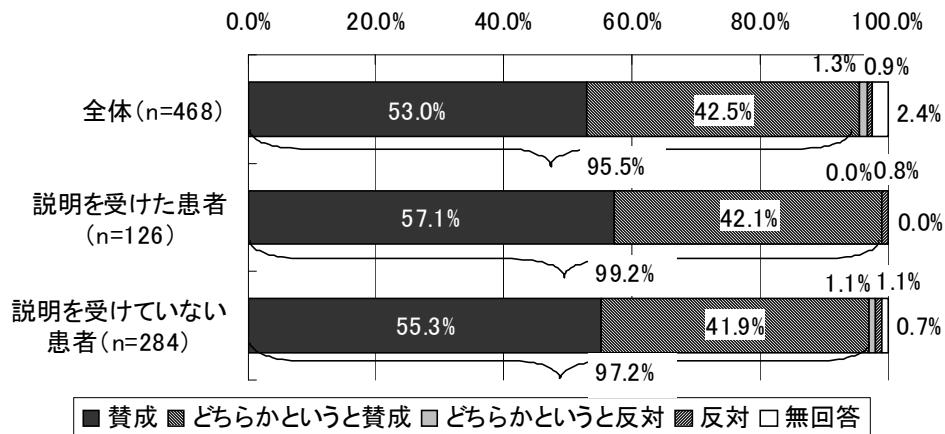
図表 205 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(トリアージの認知度別)



(注) 「全体」には、トリアージの認知度について無回答の 6 人が含まれる。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をトリアージの説明の有無別にみると、トリアージの説明の有無にかかわらず、「賛成」、「どちらかという賛成」を合わせた割合は97%以上となり、大きな差異はみられなかった。

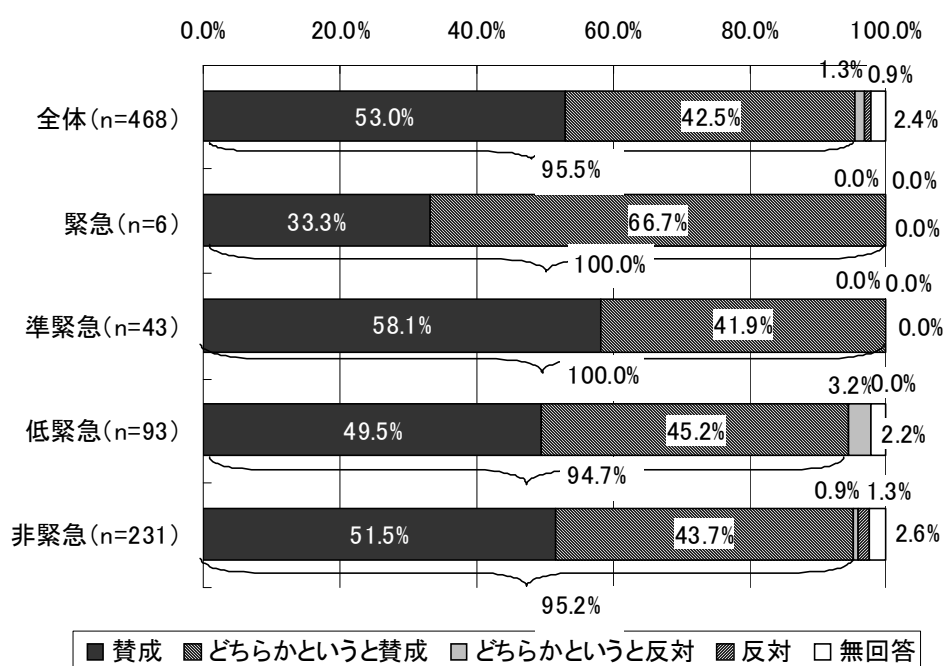
図表 206 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(トリアージの説明の有無別)



(注)「全体」には、トリアージの説明について「わからない」と回答した43人、無回答の15人が含まれる。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をトリアージ区別にみると、「緊急」は該当患者が少ないため留意する必要があるが、「準緊急」では「賛成」が58.1%、「どちらかという賛成」を合わせた割合は100.0%となった。「低緊急」は「賛成」が49.5%であり、「どちらかという賛成」を合わせた割合は94.7%、「非緊急」は「賛成」が51.5%、「どちらかという賛成」を合わせた割合は95.2%となった。トリアージ区分にかかわらず、いずれの区分でも「賛成」、「どちらかという賛成」を合わせた割合は9割を超えた。

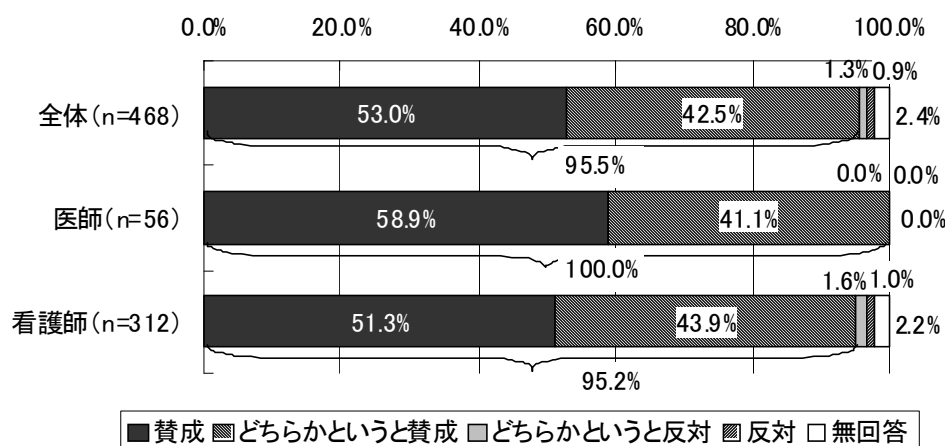
図表 207 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(トリアージ区分別)



(注)・「全体」には、トリアージ区分について無回答の95人が含まれる。  
・トリアージ区分は医療機関が回答したもの。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をトリアージ実施者別にみると、「医師」がトリアージを行った患者では「看護師」が行った患者と比較して「賛成」の割合が7.6ポイント高かった。ただし、医師、看護師、いずれの場合でも「賛成」、「どちらか」と賛成」を合わせた割合は95%を超えており、高かった。

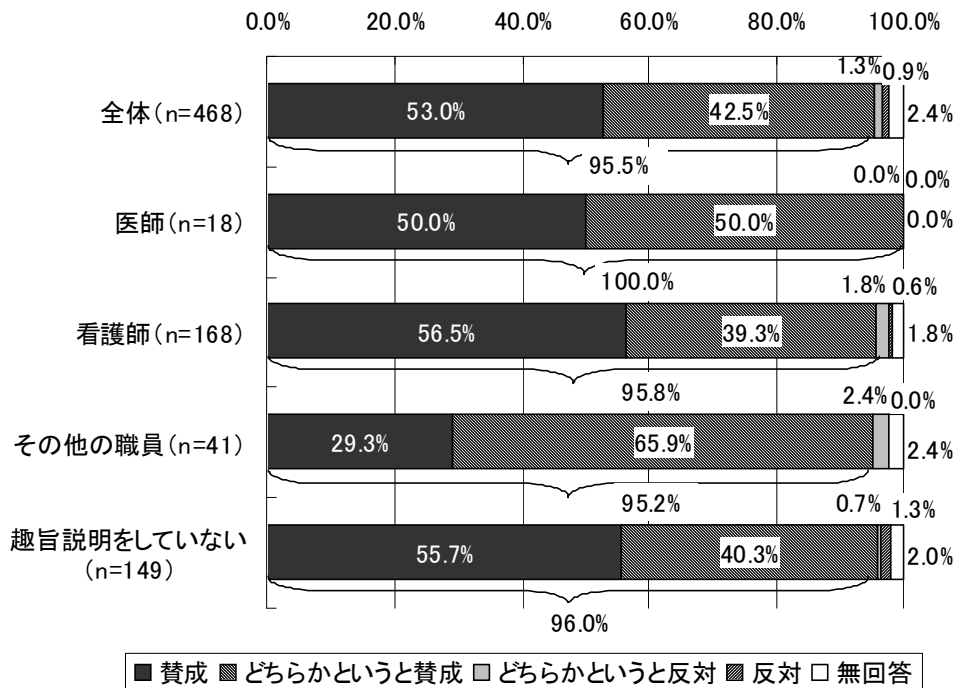
図表 208 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(トリアージ実施者別)



(注)・「全体」には、トリアージ実施者について無回答の100人が含まれる。  
・トリアージ実施者は医療機関が回答したもの。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価をトリアージの趣旨の説明者別にみると、トリアージの趣旨の説明を「看護師」が行った場合は「賛成」の割合が最も高かったが、いずれの場合も「賛成」、「どちらかという賛成」を合わせた割合は95%を超えた。

図表 209 トリアージの仕組みを医療機関が導入することについての評価  
(トリアージの趣旨の説明者別)



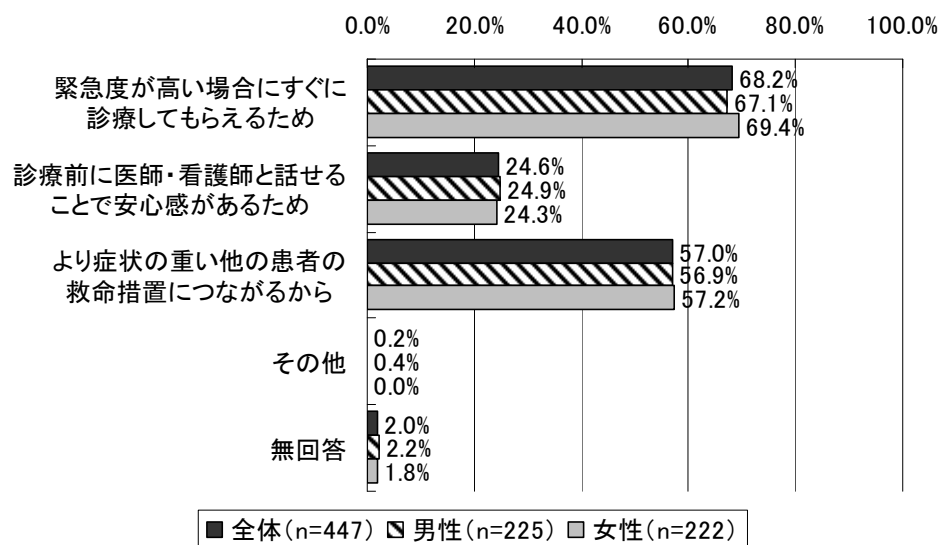
(注)・「全体」には、トリアージの趣旨説明者について無回答の92人が含まれる。  
・トリアージ趣旨説明者は医療機関が回答したもの。

## 2) トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由

トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由をみると、全体では「緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため」が 68.2%で最も高く、次いで「より症状の重い他の患者の救命措置につながるから」が 57.0%、「診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため」が 24.6%となった。

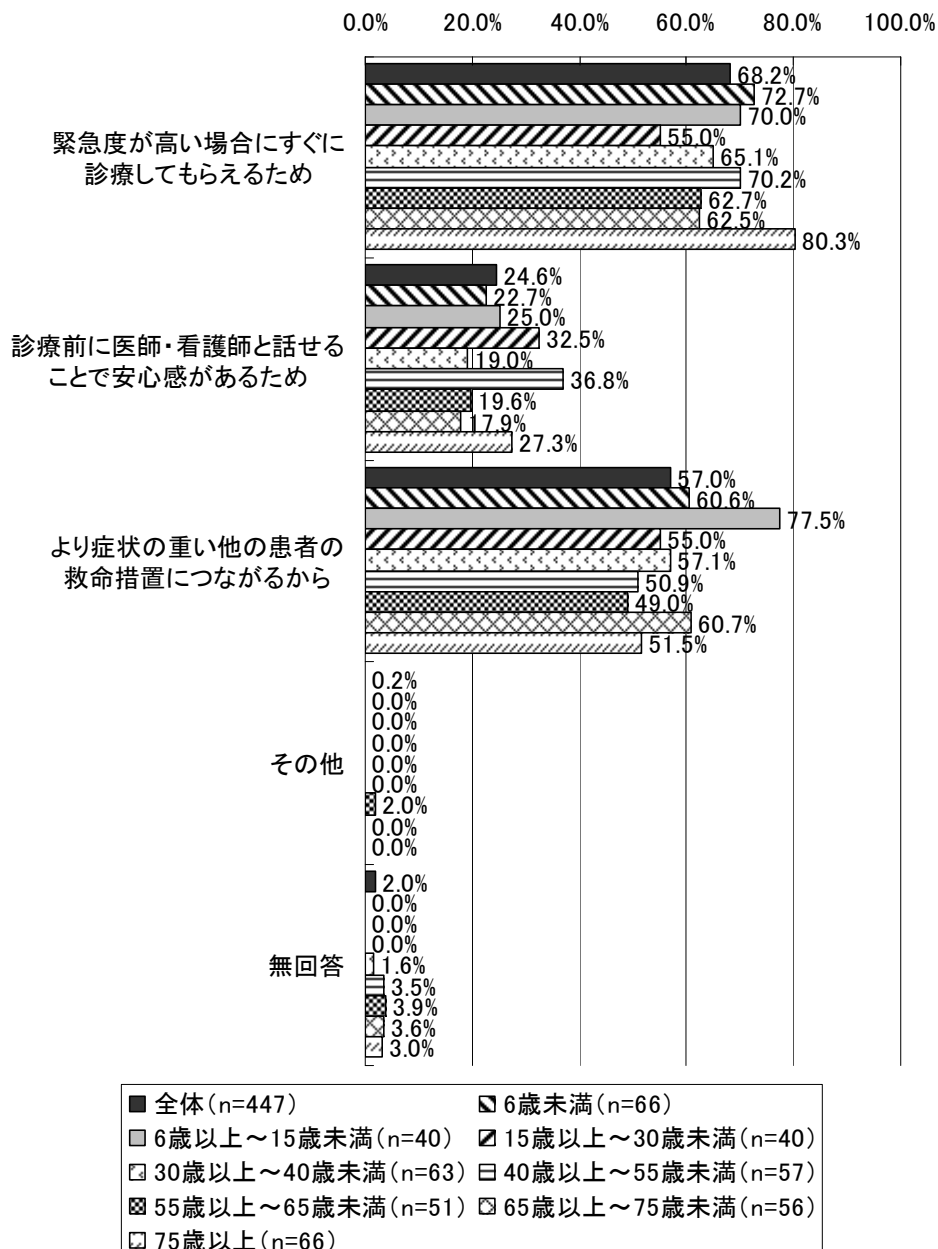
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 210 トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由  
(男女別、複数回答)



トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由を年齢階級別にみると、75歳以上では「緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため」が、6歳以上～15歳未満では「より症状の重い他の患者の救命措置につながるから」が、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 211 トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由  
(年齢階級別、複数回答)

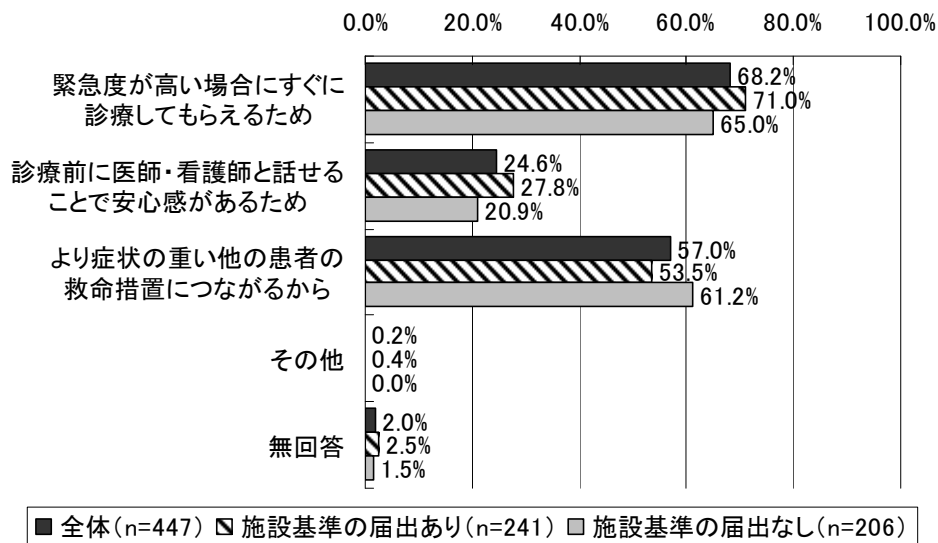


(注)「全体」には、年齢について無回答の8人が含まれる。



トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」では「施設基準の届出なし」と比較して「緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため」の割合が6.0ポイント高く、一方で、「より症状の重い他の患者の救命措置につながるから」の割合が7.7ポイント低かった。

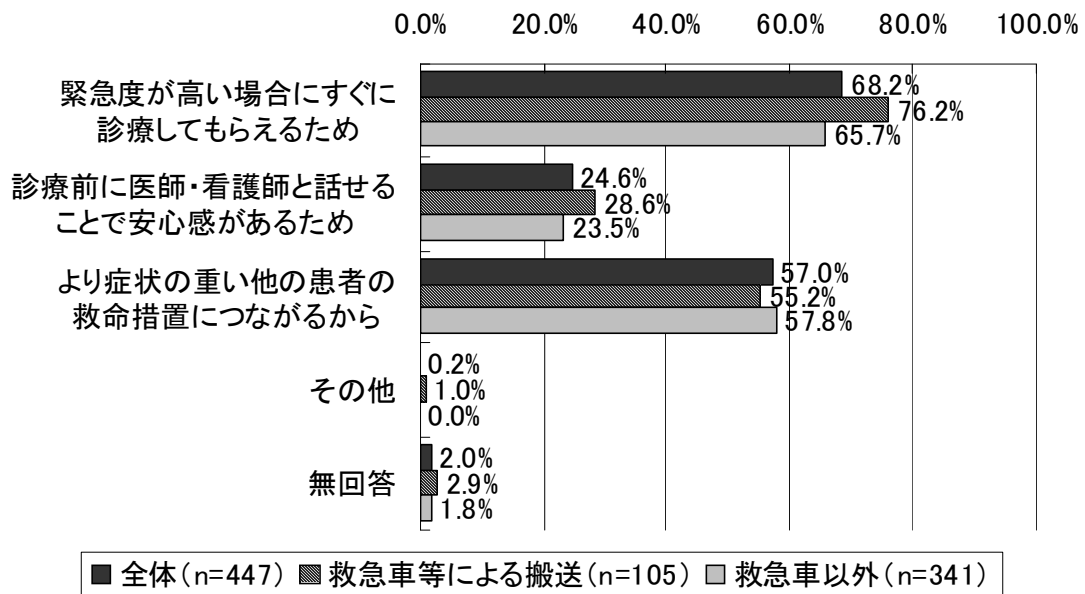
図表 212 トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由  
 (受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別、複数回答)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」患者では「救急車以外」の患者と比較して「緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため」の割合が 10.5 ポイント、「診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため」の割合が 5.1 ポイント高かった。

図表 213 トリアージの仕組みを医療機関が導入することに賛成の理由  
(来院方法別、複数回答)



(注)「全体」には、来院方法について無回答の1人が含まれる。

### 3) トリアージの仕組みを医療機関が導入することに反対の理由

トリアージの仕組みを医療機関が導入することに反対の理由を自由記述形式で記載していただいた内容を取りまとめた結果が以下の通りである。

図表 214 トリアージの仕組みを医療機関が導入することに反対の理由（自由記述式）

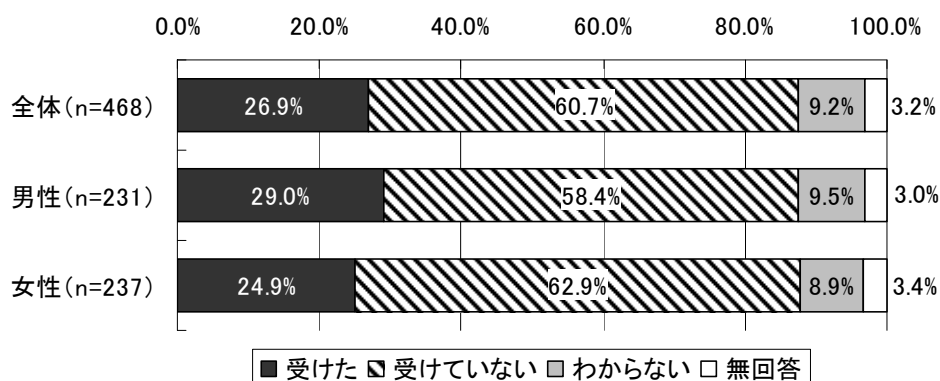
- ・診療費に不公平が生じる（実施、未実施によって）。／点数（金額）だけが加算されるような気がするから。／なぜトリアージ料を取るのかわからない（同旨を含め4件）。
- ・不安である（同旨を含め3件）。
- ・辛い時にいつまで待たされるかわからないのは辛いから（同旨を含め3件）。
- ・医療機関では緊急度がわかるが患者・家族には緊急度がわからず医療現場との温度差を感じる。さらに時間外報酬を取られたりする。／医師、看護師でないと周りの患者との重症度がわからない。／緊急度（性）が医療機関の当該スタッフに完全に判断されてよいものか不明である。
- ・救急があるのにさらに緊急度で順番が変わるのはいやだ。みんな同じでいい。平等に医療を受ける権利があるはずだと思う。／誰も患者の気持ちは一緒。体制の充実のみ。
- ・自分の子どもも急病で行っているのに自分の伝え方で、診察が遅れ、症状が悪くなることも考えられるため。
- ・診療の順番がくるうため。

### ③ トリアージについての説明の有無

トリアージについての説明の有無をみると、全体では説明を「受けた」が26.9%、「受けていない」が60.7%、「わからない」が9.2%であった。

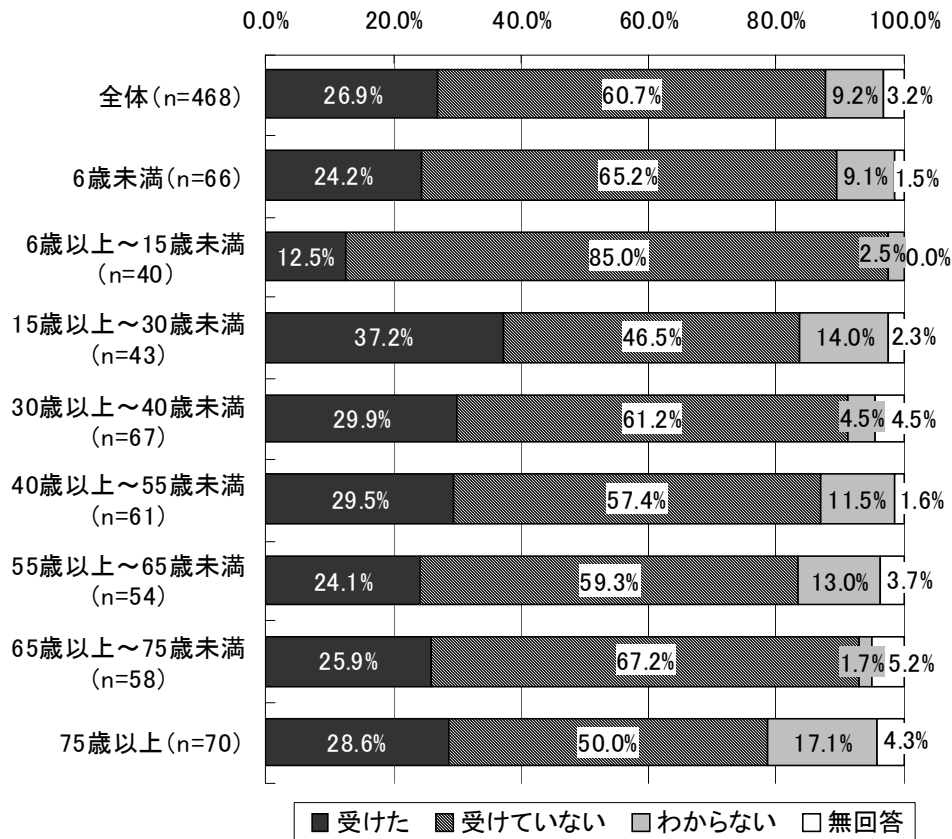
男女別にみると、男性では女性と比較して「受けた」の割合が4.1ポイント高かった。

図表 215 トリアージについての説明の有無（男女別）



トリアージについての説明の有無を年齢階級別にみると、15歳以上～30歳未満で説明を「受けた」の割合が37.2%で他の年齢階級と比較して高かった。一方、6歳以上～15歳未満では「受けた」の割合が12.5%で他の年齢階級と比較して低かった。

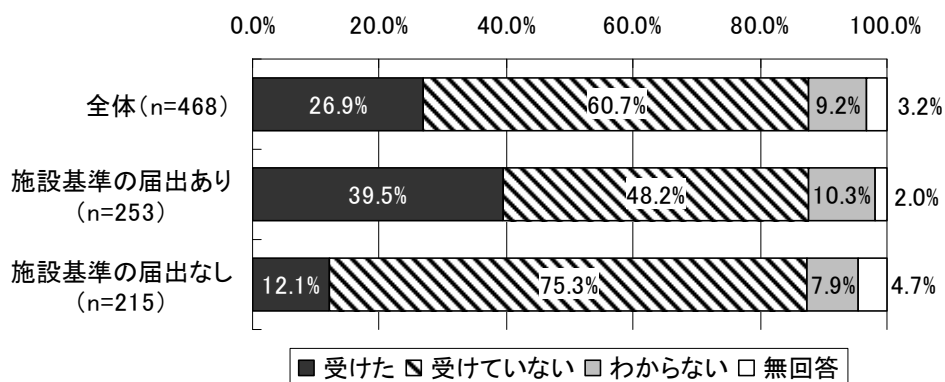
図表 216 トリアージについての説明の有無（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の9人が含まれる。

トリアージについての説明の有無を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、「施設基準の届出あり」では「施設基準の届出なし」と比較して、説明を「受けた」という割合が27.4ポイント高かった。

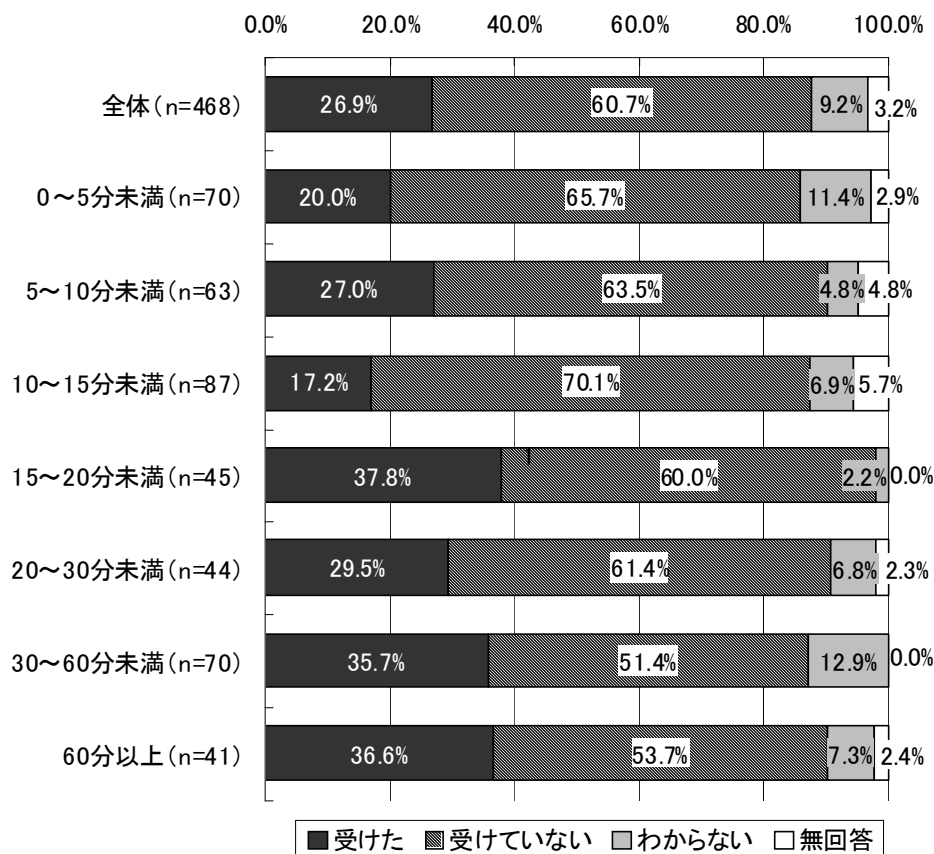
図表 217 トリアージについての説明の有無  
(受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

トリアージについての説明の有無を待ち時間別にみると、待ち時間が15分未満では「受けた」の割合が30%に満たないが15分以上では「受けた」の割合が概しておよそ3割となった。30～60分未満、60分以上では説明を「受けた」の割合がそれぞれ35.7%、36.6%となり、全体と比較して高い割合となった。

図表 218 トリアージについての説明の有無（待ち時間別）



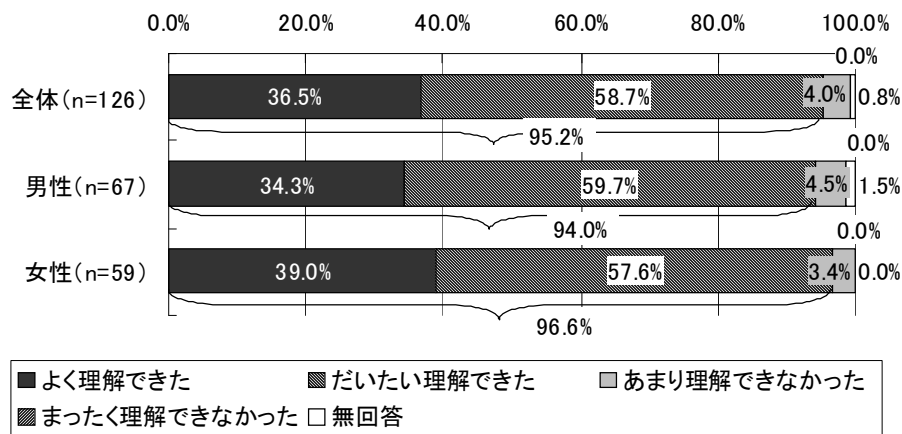
(注)「全体」には、待ち時間について無回答の48人が含まれる。

#### ④ トリアージについての説明の理解度

トリアージについての説明の理解度をみると、全体では「よく理解できた」が36.5%で、「だいたい理解できた」(58.7%)を合わせると、95.2%が理解できたと回答した。

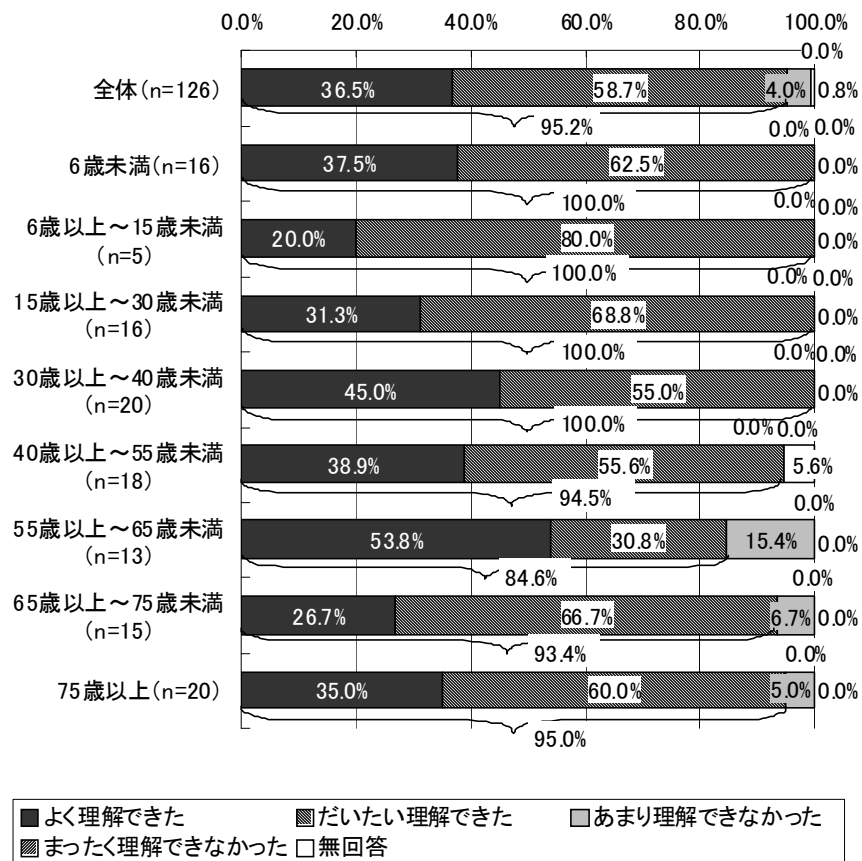
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 219 トリアージについての説明の理解度（説明を受けた人、男女別）



トリアージについての説明の理解度を年齢階級別にみると、40歳未満では「よく理解できた」、「だいたい理解できた」を合わせた割合は100.0%であった。55歳以上～65歳未満では「あまり理解できなかった」が15.4%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 220 説明の理解度（説明を受けた人、年齢階級別）

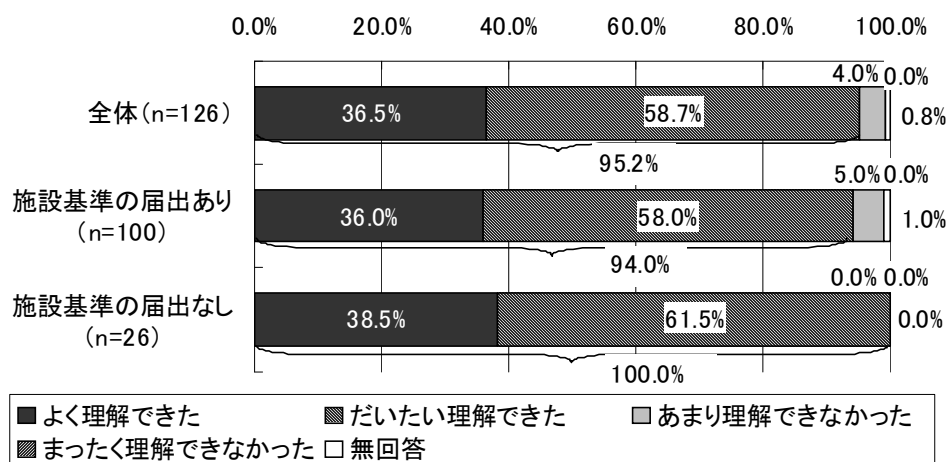


(注)「全体」には、年齢について無回答の3人が含まれる。

トリアージについての説明の理解度を「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別にみると、施設基準の届出状況別による大きな差異はみられなかった。

図表 221 説明の理解度

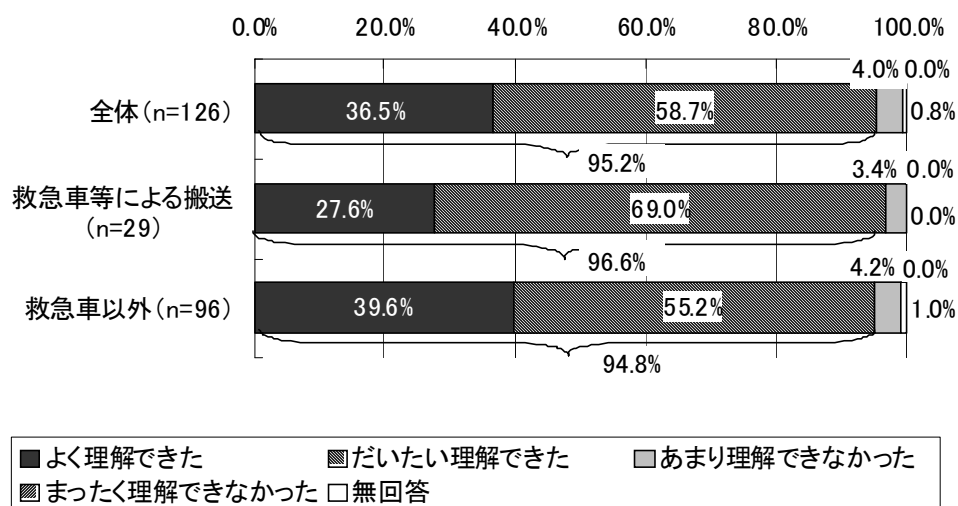
(説明を受けた人、受診医療機関における「院内トリアージ実施料」施設基準の届出状況別)



(注) 図表中の「施設基準の届出あり」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がある医療機関を受診した患者を指す。また、「施設基準の届出なし」とは「院内トリアージ実施料」の施設基準の届出がない医療機関を受診した患者を指す。

トリアージについての説明の理解度を来院方法別にみると、「救急車等による搬送」患者では「救急車以外」の患者と比較して「よく理解できた」の割合が 12.0 ポイント低かった。

図表 222 説明の理解度 (説明を受けた人、来院方法別)



(注) 「全体」には、来院方法について無回答の 1 人が含まれる。



## 4. 精神科救急調査の結果

### 【調査対象等】

調査対象：「精神科救急入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」「精神科救急・合併症入院料」のいずれかについて届出を行っている保険医療機関（悉皆、385施設）

回答数：150施設

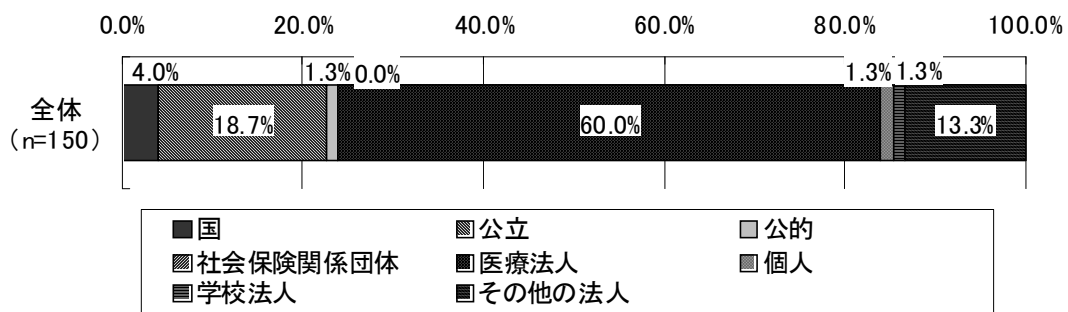
回答者：管理者

### （1）調査対象施設の概要

#### ①開設者

本調査の回答施設の開設者をみると、「医療法人」が60.0%で最も多く、次いで、「公立」（18.7%）、「その他の法人」（13.3%）、「国」（4.0%）であった。

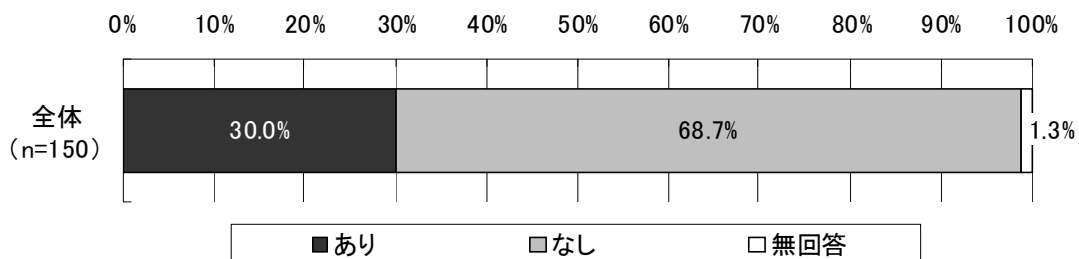
図表 223 開設者



#### ②救急告示の有無

救急告示の有無をみると、「あり」が30.0%、「なし」が68.7%であった。

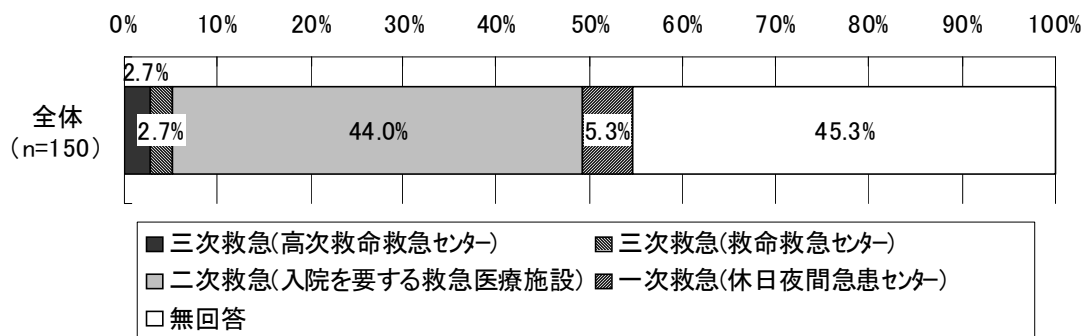
図表 224 救急告示の有無



### ③救急医療体制

救急医療体制をみると、「三次救急（高次救命救急センター）」が 2.7%、「三次救急（救命救急センター）」が 2.7%、「二次救急（入院を要する救急医療施設）」が 44.0%、「一次救急（休日夜間急患センター）」が 5.3%であった。

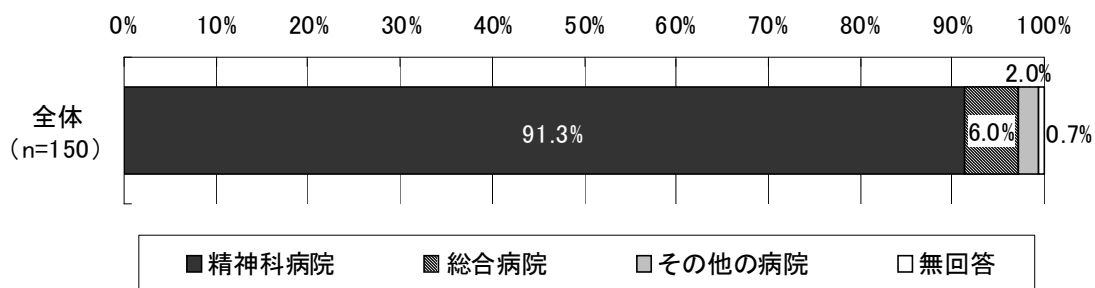
図表 225 救急医療体制



### ④病院種別

病院種別をみると、「精神科病院」が 91.3%、「総合病院」が 6.0%、「その他の病院」が 2.0%であった。

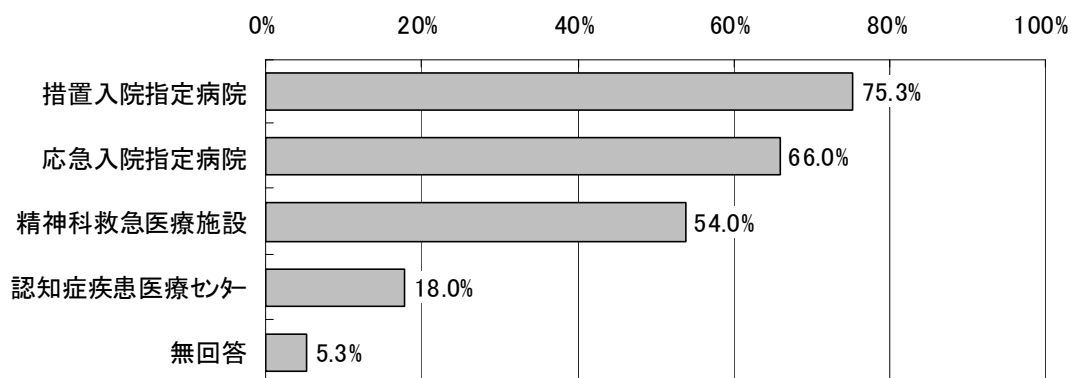
図表 226 病院種別



### ⑤精神科医療に関する指定等の状況

精神科医療に関する指定等の状況をみると、「措置入院指定病院」が75.3%、「応急入院指定病院」が66.0%、「精神科救急医療施設」が54.0%、「認知症疾患医療センター」が18.0%であった。

図表 227 精神科医療に関する指定等の状況（複数回答、n=150）

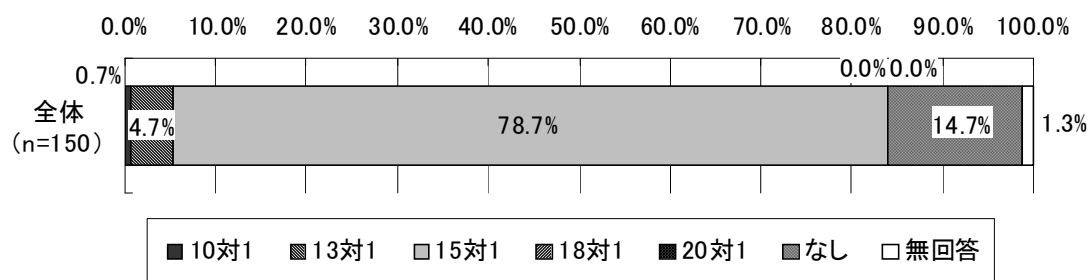


## ⑥精神病棟入院基本料等

### 1) 精神病棟入院基本料

精神病棟入院基本料をみると、「10対1」が0.7%、「13対1」が4.7%、「15対1」が78.7%、「なし」が14.7%であった。

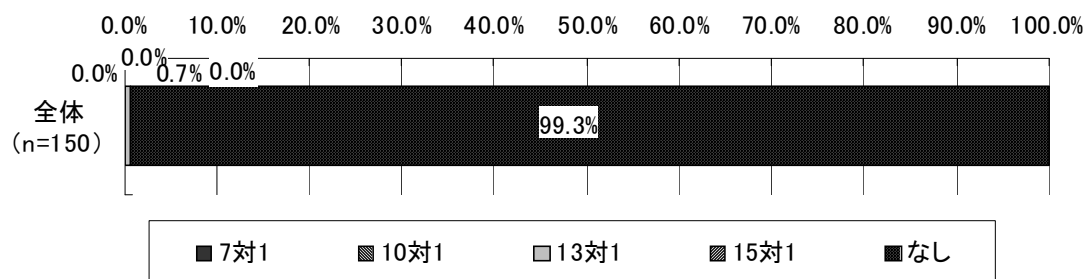
図表 228 精神病棟入院基本料



### 2) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）

特定機能病院入院基本料（精神病棟）をみると、「13対1」が0.7%であり、「なし」が99.3%であった。

図表 229 特定機能病院入院基本料（精神病棟）



## (2) 精神科医療の体制等

### ①許可病床数

精神病床の許可病床数は平成23年9月が平均288.4床（標準偏差136.7、中央値272.0）、平成24年9月が平均286.7床（標準偏差135.2、中央値270.0）であり、平均値・中央値ともにやや減少した。精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料の各算定病床の許可病床数の平均値については平成23年9月と比較して平成24年9月はやや増加した。

図表 230 1施設あたりの許可病床数 (n=148)

(単位：床)

	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
精神病床	288.4	136.7	272.0	286.7	135.2	270.0
精神病棟入院基本料/特定機能病院入院基本料	106.4	113.0	60.0	101.9	110.9	60.0
精神科救急入院料(1・2)	22.8	31.5	0.0	26.0	34.1	0.0
精神科救急・合併症入院料	0.9	6.5	0.0	0.6	5.4	0.0
精神科急性期治療病棟入院料(1・2)	34.4	26.5	41.0	35.6	26.5	42.5
児童・思春期精神科入院医療管理料	0.9	5.2	0.0	1.4	7.1	0.0
精神療養病棟入院料	90.8	89.4	82.5	88.0	87.8	75.5
認知症治療病棟入院料(1・2)	18.8	30.9	0.0	19.7	30.9	0.0
一般病床	42.1	155.8	0.0	42.7	157.7	0.0
療養病床	6.4	20.5	0.0	6.0	19.1	0.0
結核病床	0.2	1.8	0.0	0.2	1.8	0.0
感染症病床	0.1	0.8	0.0	0.1	0.8	0.0
病院全体	337.1	172.9	298.5	335.7	173.7	297.0

(注)平成23年9月及び平成24年9月末時点の許可病床数について回答のあった施設のみを集計対象とした。

## ②病床利用率

精神病床の病床利用率は平成 23 年 9 月が平均 89.4%（標準偏差 10.7、中央値 92.7）、平成 24 年 9 月が平均 89.0%（標準偏差 10.5、中央値 92.7）であり、大きな変化はみられなかった。平成 24 年 9 月において病床利用率が 90%を超えているのは、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料であった。

図表 231 病床利用率

（単位：％）

	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
精神病床	138	89.4	10.7	92.7	89.0	10.5	92.7
精神病棟入院基本料/特定機能病院 入院基本料	95	88.4	13.1	92.6	88.1	13.3	91.9
精神科救急入院料(1・2)	56	89.9	6.7	91.6	88.8	8.1	90.8
精神科救急・合併症入院料	1	95.1	—	95.1	99.3	—	99.3
精神科急性期治療病棟入院料(1・2)	91	85.3	12.7	89.2	85.4	12.5	88.8
児童・思春期精神科入院医療管理料	4	77.3	17.9	75.3	85.2	11.7	85.1
精神療養病棟入院料	93	94.9	6.1	97.0	95.4	5.1	97.2
認知症治療病棟入院料(1・2)	45	93.9	5.8	95.1	92.4	12.9	95.3
一般病床	17	81.2	10.2	80.2	79.4	11.8	77.7
療養病床	13	90.7	9.7	94.0	87.5	12.1	92.8
結核病床							
感染症病床							
病院全体	132	89.5	10.3	92.3	89.0	10.4	92.7

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月末時点において該当病床があり、病床利用率について回答のあった施設のみを集計対象とした。

### ③平均在院日数

精神病床の平均在院日数は平成23年9月が平均236.9日(標準偏差286.3、中央値194.8)、平成24年9月が平均237.6日(標準偏差278.8、中央値192.0)であり、大きな変化はみられなかった。精神科救急入院料算定病床の平均在院日数は平成23年9月が平均55.9日(標準偏差14.6、中央値54.8)、平成24年9月が平均55.3日(標準偏差13.6、中央値53.9)であった。また、精神科急性期治療病棟入院料算定病床の平均在院日数は平成23年9月が平均76.8日(標準偏差61.3、中央値64.4)、平成24年9月が平均76.5日(標準偏差43.5、中央値68.2)であった。これらの病床の平均在院日数について平成23年から平成24年の1年間で大きな変化はみられなかった。

図表 232 平均在院日数

(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
精神病床	133	236.9	286.3	194.8	237.6	278.8	192.0
精神病棟入院基本料/特定機能病院 入院基本料	92	464.9	573.5	240.4	585.2	1103.7	263.5
精神科救急入院料(1・2)	52	55.9	14.6	54.8	55.3	13.6	53.9
精神科救急・合併症入院料	1	65.8	—	65.8	90.9	—	90.9
精神科急性期治療病棟入院料(1・2)	84	76.8	61.3	64.4	76.5	43.5	68.2
児童・思春期精神科入院医療管理料	4	195.8	220.2	92.7	191.9	168.1	124.7
精神療養病棟入院料	82	1062.1	1115.7	722.1	1064.0	1145.9	569.7
認知症治療病棟入院料(1・2)	44	714.9	924.2	373.6	591.5	732.5	350.3
一般病床	17	235.2	616.7	20.0	235.9	625.0	18.4
療養病床	12	345.7	303.7	284.8	405.6	318.4	266.5
結核病床							
感染症病床							
病院全体	126	236.2	297.1	186.8	234.9	288.2	191.6

#### ④精神科病棟に従事している職員数

精神科病棟に従事している職員数についてみると、医師は平成23年9月が平均13.5人（標準偏差10.5、中央値11.4）、平成24年9月が平均14.0人（標準偏差10.4、中央値12.5）であり、やや増加した。このうち、精神保健指定医は平成23年9月が平均8.5人（標準偏差4.6、中央値8.0）、平成24年9月が平均8.8人（標準偏差4.6、中央値8.0）であった。また、精神科特定医師は平成23年9月が平均1.0人（標準偏差1.3、中央値0.0）、平成24年9月が平均0.9人（標準偏差1.3、中央値0.0）であった。さらに、その他の精神科医は平成23年9月が平均2.6人（標準偏差3.1、中央値1.6）、平成24年9月が平均2.9人（標準偏差3.5、中央値1.8）であった。

看護師は平成23年9月が平均87.1人（標準偏差56.8、中央値76.0）、平成24年9月が平均89.3人（標準偏差58.3、中央値76.9）であった。認知症看護認定看護師、老年看護専門看護師、精神看護専門看護師については平均値が0.5人未満、中央値が0.0人であった。

臨床心理技術者は平成23年9月が平均2.6人（標準偏差2.3、中央値2.0）、平成24年9月が平均2.8人（標準偏差2.5、中央値2.0）であった。

精神保健福祉士は平成23年9月が平均8.4人（標準偏差4.7、中央値8.0）、平成24年9月が平均8.6人（標準偏差4.8、中央値8.0）であった。

図表 233 精神科病棟に従事している職員数 (n=143)

(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医師	13.5	10.5	11.4	14.0	10.4	12.5
(うち)精神保健指定医	8.5	4.6	8.0	8.8	4.6	8.0
(うち)精神科特定医師	1.0	1.3	0.0	0.9	1.3	0.0
(うち)上記以外の精神科医	2.6	3.1	1.6	2.9	3.5	1.8
(うち)内科医	1.1	1.8	0.5	1.1	1.8	0.5
(うち)外科医	0.1	0.6	0.0	0.1	0.4	0.0
②看護師(保健師を含む)	87.1	56.8	76.0	89.3	58.3	76.9
(うち)認知症看護認定看護師	0.1	0.5	0.0	0.1	0.5	0.0
(うち)老年看護専門看護師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
(うち)精神看護専門看護師	0.3	0.7	0.0	0.4	0.8	0.0
③准看護師	27.1	19.7	23.7	25.6	19.1	22.3
④看護補助者	34.9	26.9	32.0	34.6	26.0	32.1
⑤作業療法士	7.4	4.5	7.0	7.8	4.8	7.5
⑥臨床心理技術者	2.6	2.3	2.0	2.8	2.5	2.0
⑦精神保健福祉士	8.4	4.7	8.0	8.6	4.8	8.0
⑧社会福祉士(上記⑦を除く)	0.1	0.8	0.0	0.1	0.4	0.0
⑨その他の職員(事務職員など)	34.1	32.6	28.9	34.4	33.0	28.3

(注) 平成23年9月及び平成24年9月末時点における職員数のうち、医師数、看護師数について回答のあった施設を集計対象とした。



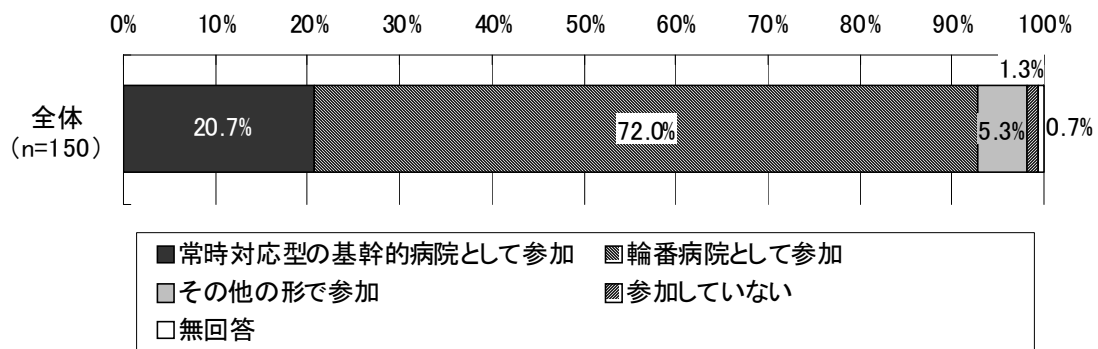
(3) 精神科医療の実施状況等

①精神科救急医療体制整備事業への参加状況等

1) 精神科救急医療体制整備事業への参加状況

精神科救急医療体制整備事業への参加状況を見ると、「常時対応型の基幹的病院として参加」が 20.7%、「輪番病院として参加」が 72.0%、「その他の形で参加」が 5.3%、「参加していない」が 1.3%であった。

図表 234 精神科救急医療体制整備事業への参加状況



精神科救急医療体制整備事業に参加している医療機関における平成 24 年 9 月 1 か月間の参加回数は平均 11.8 回（標準偏差 18.7、中央値 5.0）であった。このうち、入院が平均 4.3 回（標準偏差 7.2、中央値 2.0）、外来診療のみが平均 6.1 回（標準偏差 11.6、中央値 2.0）であった。

図表 235 平成 24 年 9 月 1 か月間における精神科救急医療体制整備事業への参加実績

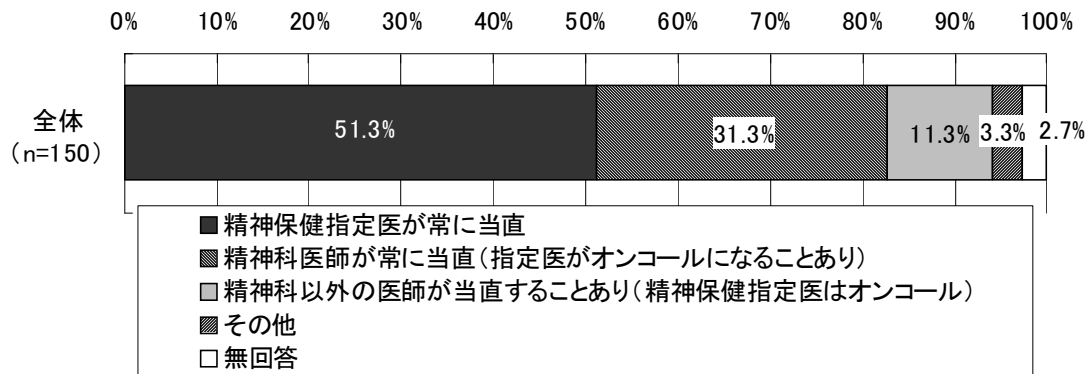
(単位：回)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
精神科救急医療体制整備事業の参加回数	138	11.8	18.7	5.0
(うち)入院	131	4.3	7.2	2.0
(うち)外来診療のみ	121	6.1	11.6	2.0

## 2) 精神科救急医療体制整備事業への参加日における医師当直体制

精神科救急医療体制整備事業への参加日における医師当直体制をみると、「精神保健指定医が常に当直」が51.3%、「精神科医師が常に当直（指定医がオンコールになることあり）」が31.3%、「精神科以外の医師が当直することあり（精神保健指定医はオンコール）」が11.3%であった。

図表 236 精神科救急医療体制整備事業への参加日における医師当直体制



## ②施設基準の届出状況等

施設基準の届出状況等をみると、精神科リエゾンチーム加算、摂食障害入院医療管理加算、地域連携認知症集中治療加算の施設基準届出施設は 1 割に満たなかった。精神病棟入院時医学管理加算の届出施設の割合は 34.0%であったが、このうち平成 24 年 4 月以降に届出を行った施設が 11.8%であった。また、精神科地域移行実施加算の届出施設の割合は 48.0%であったが、このうち平成 24 年 4 月以降に届出を行った施設が 15.3%であった。精神科身体合併症管理加算の届出施設の割合は 71.3%であったが、このうち平成 24 年 4 月以降に届出を行った施設が 4.7%であった。重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出施設の割合は 32.7%であったが、このうち平成 24 年 4 月以降に届出を行った施設はなかった。精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出施設の割合は 33.3%であったが、このうち平成 24 年 4 月以降に届出を行った施設はなかった。患者サポート体制充実加算の届出施設の割合は 44.0%であった。

図表 237 施設基準の届出状況 (n=150)

	届出施設		届出時期			
	施設数	割合	平成 22 年 3 月 以前	平成 22 年 4 月～ 平成 24 年 3 月	平成 24 年 4 月 以降	無回答
精神病棟入院時医学管理加算	51	34.0%	74.5%	7.8%	11.8%	5.9%
精神科地域移行実施加算	72	48.0%	48.6%	29.2%	15.3%	6.9%
精神科身体合併症管理加算	107	71.3%	83.2%	9.3%	4.7%	2.8%
精神科リエゾンチーム加算	1	0.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
重度アルコール依存症入院医療管理加算	49	32.7%	83.7%	10.2%	0.0%	6.1%
摂食障害入院医療管理加算	11	7.3%	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	50	33.3%	2.0%	88.0%	0.0%	10.0%
患者サポート体制充実加算	66	44.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
地域連携認知症集中治療加算	2	1.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

### ③各診療報酬項目算定件数

#### 1) 精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟入院時医学管理加算の1施設あたりの算定件数は、平成23年9月が平均3,527.4件（標準偏差4,018.0、中央値2,142.0）であり、平成24年9月が平均3,512.1件（標準偏差3,853.5、中央値2,180.0）であった。

図表 238 精神病棟入院時医学管理加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
精神病棟入院時医学管理加算 (n=44)	平均値	3,527.4	3,512.1
	標準偏差	4,018.0	3,853.5
	中央値	2,142.0	2,180.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

#### 2) 精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算の1施設あたりの算定件数は、平成23年9月が平均3,254.0件（標準偏差3,159.8、中央値2,876.0）であり、平成24年9月が平均3,746.4件（標準偏差3,505.5、中央値3,643.0）であった。

図表 239 精神科地域移行実施加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
精神科地域移行実施加算 (n=60)	平均値	3,254.0	3,746.4
	標準偏差	3,159.8	3,505.5
	中央値	2,876.0	3,643.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

#### 3) 精神科身体合併症管理加算

精神科身体合併症管理加算の1施設あたりの算定件数は、平成23年9月が平均28.2件（標準偏差50.1、中央値8.0）であり、平成24年9月が平均26.8件（標準偏差41.3、中央値8.0）であった。

図表 240 精神科身体合併症管理加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
精神科身体合併症管理加算 (n=97)	平均値	28.2	26.8
	標準偏差	50.1	41.3
	中央値	8.0	8.0

（注）平成23年9月及び平成24年9月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

#### 4) 精神科リエゾンチーム加算

精神科リエゾンチーム加算の届出施設は 1 施設であったが、この施設における算定実績はなかった。

図表 241 精神科リエゾンチーム加算の算定件数（各 1 か月分）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
精神科リエゾンチーム加算 (n=1)	平均値		0.0
	標準偏差		-
	中央値		0.0

#### 5) 重度アルコール依存症入院医療管理加算

重度アルコール依存症入院医療管理加算の 1 施設あたりの算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 160.0 件（標準偏差 262.6、中央値 27.5）であり、平成 24 年 9 月が平均 147.8 件（標準偏差 244.0、中央値 30.0）であった。

図表 242 重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定件数（各 1 か月分）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
重度アルコール依存症入院医療管理加算(n=40)	平均値	160.0	147.8
	標準偏差	262.6	244.0
	中央値	27.5	30.0

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

#### 6) 摂食障害入院医療管理加算

摂食障害入院医療管理加算の 1 施設あたりの算定件数は、平成 23 年 9 月が平均 2.6 件（標準偏差 6.6、中央値 0.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 20.4 件（標準偏差 61.4、中央値 0.0）であった。ただし、届出施設が 10 施設である点に留意する必要がある。

図表 243 摂食障害入院医療管理加算の算定件数（各 1 か月分）

（単位：件）

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
摂食障害入院医療管理加算 (n=10)	平均値	2.6	20.4
	標準偏差	6.6	61.4
	中央値	0.0	0.0

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の算定件数について回答のあった施設を集計対象とした。

### 7) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の1施設あたりの算定件数は、平成24年9月が平均0.1件（標準偏差0.4、中央値0.0）であった。

図表 244 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 (n=41)	平均値		0.1
	標準偏差		0.4
	中央値		0.0

### 8) 患者サポート体制充実加算

患者サポート体制充実加算の1施設あたりの算定件数は、平成24年9月が平均134.2件（標準偏差298.4、中央32.0）であった。

図表 245 患者サポート体制充実加算の算定件数（各1か月分）

（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
患者サポート体制充実加算 (n=60)	平均値		134.2
	標準偏差		298.4
	中央値		32.0

### 9) 地域連携認知症集中治療加算

地域連携認知症集中治療加算の届出施設は2施設であったが、これらの施設における算定実績はなかった。

図表 246 地域連携認知症集中治療加算の算定件数（各1か月分）

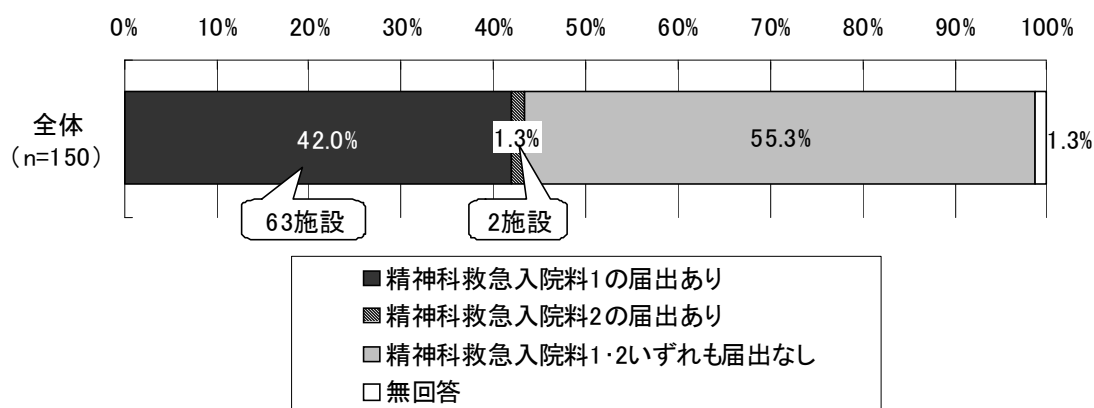
（単位：件）

		平成23年9月	平成24年9月
地域連携認知症集中治療加算 (n=2)	平均値		0.0
	標準偏差		-
	中央値		0.0

#### ④精神科救急入院料の施設基準の届出状況等

精神科救急入院料の施設基準の届出状況を見ると、「精神科救急入院料1の届出あり」が42.0%、「精神科救急入院料2の届出あり」が1.3%、「精神科救急入院料1・2のいずれも届出なし」が55.3%であった。

図表 247 施設基準の届出状況



精神科救急入院料の施設基準の届出時期をみると、精神科救急入院料1では「平成22年3月以前」が55.6%、「平成22年4月～平成24年3月」が28.6%、「平成24年4月以降」が6.3%であった。精神科救急入院料2の届出施設は2施設であり、このうち1施設が「平成22年3月以前」であり、もう1施設が「平成24年4月以降」であった。

図表 248 精神科救急入院料の施設基準の届出時期

	精神科救急入院料1		精神科救急入院料2	
	施設数	割合	施設数	割合
平成22年3月以前	35	55.6%	1	50.0%
平成22年4月～平成24年3月	18	28.6%	0	0.0%
平成24年4月以降	4	6.3%	1	50.0%
無回答	6	9.5%	0	0.0%
合計	63	100.0%	2	100.0%

精神科救急入院料算定病床における1施設あたりの1か月間の新規入院患者数をみると、平成23年9月が平均30.2人（標準偏差15.1、中央値29.0）であり、平成24年9月が平均30.6人（標準偏差17.7、中央値26.0）であった。平成23年と平成24年で大きな変化はみられなかったが、「身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数」は平均0.2人から0.4人と患者数自体がもともと少ないもののやや増えた。

平成23年9月末時点で精神科救急入院料算定病床に在院していた患者数は平均50.5人（標準偏差22.9、中央値43.0）であり、同じく平成24年9月末時点で在院していた患者数は平均51.1人（標準偏差27.0、中央値43.0）であった。平成24年9月末時点で在院期間が

30日以内の患者数は若干減少し60日超の患者が若干増加した。

さらに、1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数は平成23年9月が平均32.2人（標準偏差15.6、中央値29.0）であり、平成24年9月が平均32.3人（標準偏差17.6、中央値27.0）であった。平均値で見れば「自宅退院患者数（障害者施設等含む）」の患者数が0.9人増えたが大きな変化はみられなかった。

図表 249 精神科救急入院料算定病床における1施設あたりの患者数  
（精神科救急入院料1・2の届出施設）

（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精神科救急入院料算定病床における新規入院患者数	30.2	15.1	29.0	30.6	17.7	26.0
（うち）救急搬送・警察搬送患者数	4.7	5.2	3.0	4.5	5.1	3.0
（うち）緊急措置入院患者数	1.0	1.6	0.0	1.0	1.5	0.0
（うち）措置入院患者数	2.2	2.6	1.0	2.1	2.6	1.0
（うち）応急入院患者数	1.5	3.1	0.5	1.7	3.6	1.0
（うち）他の精神科病院からの転院患者数	1.1	2.9	0.0	1.3	3.4	0.0
（うち）他の一般病院からの転院患者数	1.6	2.7	1.0	1.8	2.9	1.0
（うち）身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.2	0.5	0.0	0.4	1.2	0.0
（うち）自院の一般病床からの転棟患者数	0.1	0.6	0.0	0.1	0.5	0.0
②各年9月末時点の当該病床の在院患者数	50.5	22.9	43.0	51.1	27.0	43.0
（うち）在院期間が30日以内の患者数	25.4	13.4	22.0	24.5	14.6	21.0
（うち）在院期間が60日超の患者数	14.2	10.1	11.0	15.0	11.7	13.0
③各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	32.2	15.6	29.0	32.3	17.6	27.0
（うち）自宅退院患者数（障害者施設等含む）	22.7	10.9	19.5	23.6	14.0	19.0
（うち）自院の他の精神病床に転棟した患者数	6.6	7.7	4.0	6.4	6.2	5.0
（うち）自院の他の一般病床に転棟した患者数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.4	0.0
（うち）他院の精神病床に転院した患者数	1.6	2.4	0.0	1.6	3.2	1.0
（うち）連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	0.4	1.2	0.0	0.4	1.0	0.0
（うち）他院の一般病床に転院した患者数	0.8	1.4	0.0	0.7	1.2	0.0

（注）平成23年9月：n=58、平成24年9月：n=65



精神科救急入院料算定病床における 10 床あたりの 1 か月間の新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月が平均 5.3 人（標準偏差 1.5、中央値 5.3）であり、平成 24 年 9 月が平均 5.2 人（標準偏差 1.6、中央値 5.1）であった。平成 23 年と平成 24 年で大きな変化はみられなかった。

平成 23 年 9 月末時点で精神科救急入院料算定病床に在院していた患者数は 10 床あたり平均 8.7 人（標準偏差 0.8、中央値 8.8）であり、同じく平成 24 年 9 月末時点で在院していた患者数は平均 8.6 人（標準偏差 0.8、中央値 8.8）であった。平成 24 年 9 月末時点で在院期間が 30 日以内の患者数は若干減少し 60 日超の患者が若干増加した。

さらに、1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数は平成 23 年 9 月が 10 床あたり平均 5.7 人（標準偏差 1.6、中央値 5.5）であり、平成 24 年 9 月が平均 5.6 人（標準偏差 1.6、中央値 5.6）であった。大きな変化はみられなかった。

図表 250 精神科救急入院料算定病床における 10 床あたりの患者数  
(精神科救急入院料 1・2 の届出施設、n=58)

(単位：人)

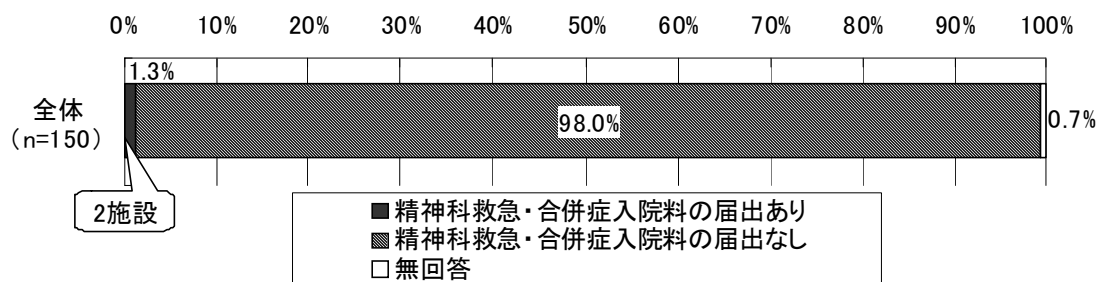
	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①精神科救急入院料算定病床における新規入院患者数	5.3	1.5	5.3	5.2	1.6	5.1
(うち)救急搬送・警察搬送患者数	0.9	0.9	0.7	0.8	0.8	0.6
(うち)緊急措置入院患者数	0.2	0.3	0.0	0.2	0.3	0.0
(うち)措置入院患者数	0.4	0.5	0.3	0.4	0.6	0.3
(うち)応急入院患者数	0.2	0.4	0.0	0.3	0.5	0.2
(うち)他の精神科病院からの転院患者数	0.2	0.3	0.0	0.2	0.4	0.0
(うち)他の一般病院からの転院患者数	0.3	0.4	0.1	0.3	0.4	0.1
(うち)身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病棟に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0
(うち)自院の一般病棟からの転棟患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
②各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	8.7	0.8	8.8	8.6	0.8	8.8
(うち)在院期間が 30 日以内の患者数	4.3	1.1	4.4	4.1	1.0	4.2
(うち)在院期間が 60 日超の患者数	2.4	1.5	2.0	2.6	1.3	2.1
③各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	5.7	1.6	5.5	5.6	1.6	5.6
(うち)自宅退院患者数(障害者施設等含む)	3.9	1.1	3.8	4.0	1.3	4.0
(うち)自院の他の精神病棟に転棟した患者数	1.2	1.2	0.7	1.2	1.3	0.9
(うち)自院の他の一般病棟に転棟した患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
(うち)他院の精神病棟に転院した患者数	0.3	0.4	0.0	0.3	0.4	0.2
(うち)連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	0.1	0.2	0.0	0.1	0.2	0.0
(うち)他院の一般病棟に転院した患者数	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の許可病床数、患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

⑤精神科救急・合併症入院料算定病棟の状況等

精神科救急・合併症入院料の施設基準の届出状況をみると、「精神科救急・合併症入院料の届出あり」が1.3%、「精神科救急・合併症入院料の届出なし」が98.0%であった。

図表 251 施設基準の届出状況



(注) 届出時期は平成22年5月が1件、平成23年4月が1件であった。

精神科救急・合併症入院料の施設基準の届出施設は 2 施設であり、この 2 施設における患者数は以下の通りであった。

図表 252 精神科救急・合併症入院料算定病床における患者数  
(精神科救急・合併症入院料の届出施設)

(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精神科救急・合併症入院料算定病床における新規入院患者数	16.5	3.5	16.5	21.5	4.9	21.5
(うち)救急搬送・警察搬送患者数	6.0	—	6.0	12.0	—	12.0
(うち)緊急措置入院患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
(うち)措置入院患者数	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	0.5
(うち)応急入院患者数	2.0	0.0	2.0	3.5	3.5	3.5
(うち)他の精神科病院からの転院患者数	4.0	1.4	4.0	3.0	0.0	3.0
(うち)他の一般病院からの転院患者数	5.0	—	5.0	7.0	—	7.0
(うち)身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.0	—	0.0	0.0	—	0.0
(うち)自院の一般病床からの転棟患者数	3.5	3.5	3.5	6.5	6.4	6.5
②各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	29.0	—	29.0	30.0	—	30.0
(うち)在院期間が 30 日以内の患者数	13.0	—	13.0	16.0	—	16.0
(うち)在院期間が 60 日超の患者数	5.0	—	5.0	6.0	—	6.0
③各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	16.5	3.5	16.5	16.0	8.5	16.0
(うち)自宅退院患者数(障害者施設等含む)	9.5	2.1	9.5	9.0	2.8	9.0
(うち)自院の他の精神病床に転棟した患者数	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	0.5
(うち)自院の他の一般病床に転棟した患者数	1.0	0.0	1.0	1.0	1.4	1.0
(うち)他院の精神病床に転院した患者数	4.0	2.8	4.0	3.5	2.1	3.5
(うち)連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	1.0	1.4	1.0	1.0	1.4	1.0
(うち)他院の一般病床に転院した患者数	2.0	2.8	2.0	2.0	2.8	2.0

(注) 平成 23 年 9 月：n=2、平成 24 年 9 月：n=2

精神科救急・合併症入院料の施設基準の届出施設は 2 施設であり、この 2 施設における 10 床あたりの患者数は以下の通りであった。

図表 253 精神科救急・合併症入院料算定病床における 10 床あたりの患者数  
(精神科救急入院料 1・2 の届出施設、n=2)

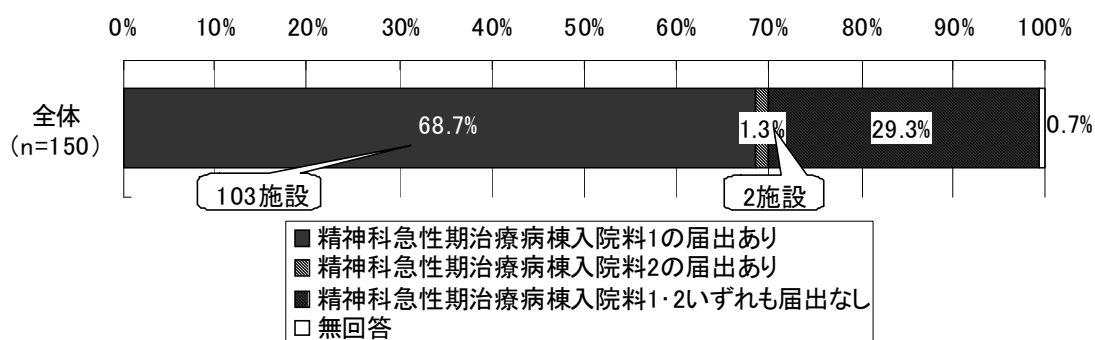
	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①精神科救急・合併症入院料算定病床における新規入院患者数	4.0	2.2	4.0	5.3	2.9	5.3
(うち)救急搬送・警察搬送患者数	1.8	-	1.8	3.5	-	3.5
(うち)緊急措置入院患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
(うち)措置入院患者数	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
(うち)応急入院患者数	0.5	0.2	0.5	0.7	0.5	0.7
(うち)他の精神科病院からの転院患者数	1.0	0.7	1.0	0.7	0.2	0.7
(うち)他の一般病院からの転院患者数	1.5	-	1.5	2.1	-	2.1
(うち)身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.0	-	0.0	0.0	-	0.0
(うち)自院の一般病床からの転棟患者数	1.0	1.1	1.0	1.8	2.0	1.8
②各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	8.5	-	8.5	8.8	-	8.8
(うち)在院期間が 30 日以内の患者数	3.8	-	3.8	4.7	-	4.7
(うち)在院期間が 60 日超の患者数	1.5	-	1.5	1.8	-	1.8
③各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	4.0	2.2	4.0	4.1	3.3	4.1
(うち)自宅退院患者数(障害者施設等含む)	2.2	0.3	2.2	2.2	1.4	2.2
(うち)自院の他の精神病床に転棟した患者数	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
(うち)自院の他の一般病床に転棟した患者数	0.2	0.1	0.2	0.3	0.4	0.3
(うち)他院の精神病床に転院した患者数	1.1	1.0	1.1	0.9	0.8	0.9
(うち)連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2
(うち)他院の一般病床に転院した患者数	0.6	0.8	0.6	0.6	0.8	0.6

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の許可病床数、患者数について回答のあった施設を集計対象とした。

### ⑥精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の状況等

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準の届出施設をみると、「精神科急性期治療病棟入院料1の届出あり」が68.7%、「精神科急性期治療病棟入院料2の届出あり」が1.3%、「精神科急性期治療病棟入院料1・2のいずれも届出なし」が29.3%であった。

図表 254 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準の届出状況



精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準の届出時期をみると、「平成18年3月以前」が15.5%、「平成18年4月～平成20年3月」が28.2%、「平成20年4月～平成22年3月」が20.4%、「平成22年4月～平成24年3月」が21.4%、「平成24年4月以降」が4.9%であった。

図表 255 精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合
平成18年3月以前	16	15.5%
平成18年4月～平成20年3月	29	28.2%
平成20年4月～平成22年3月	21	20.4%
平成22年4月～平成24年3月	22	21.4%
平成24年4月以降	5	4.9%
無回答	10	9.7%
合計	103	100.0%

精神科急性期治療病棟入院料2の届出施設は2施設であり、このうち1施設が「平成18年4月～平成20年3月」であり、もう1施設が「平成22年4月～平成24年3月」であった。

図表 256 精神科急性期治療病棟入院料2の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合
平成18年3月以前	0	0.0%
平成18年4月～平成20年3月	1	50.0%
平成20年4月～平成22年3月	0	0.0%
平成22年4月～平成24年3月	1	50.0%
平成24年4月以降	0	0.0%
合計	2	100.0%

精神科急性期治療病棟入院料算定病床における 1 施設あたりの 1 か月間の新規入院患者数をみると、平成 23 年 9 月が平均 21.3 人（標準偏差 12.2、中央値 19.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 20.4 人（標準偏差 11.7、中央値 18.0）であった。平成 23 年と平成 24 年で大きな変化はみられなかった。

平成 23 年 9 月末時点で精神科急性期治療病棟入院料算定病床に在院していた患者数は平均 42.4 人（標準偏差 17.0、中央値 39.5）であり、同じく平成 24 年 9 月末時点で在院していた患者数は平均 42.8 人（標準偏差 16.0、中央値 42.5）であった。平成 24 年 9 月末時点で在院期間が 30 日以内の患者数及び 60 日超の患者数について大きな変化がみられなかった。

さらに、1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数は平成 23 年 9 月が平均 22.4 人（標準偏差 11.8、中央値 21.0）であり、平成 24 年 9 月が平均 21.5 人（標準偏差 10.9、中央値 20.0）であった。このうち、「自宅退院患者数（障害者施設等含む）」が最も多く、平成 23 年 9 月が平均 16.7 人、平成 24 年 9 月が平均 15.6 人で若干減少している。

図表 257 精神科急性期治療病棟入院料算定病床における患者数  
(精神科急性期治療病棟入院料の届出施設)

(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精神科急性期治療病棟入院料算定病床における新規入院患者数	21.3	12.2	19.0	20.4	11.7	18.0
(うち)救急搬送・警察搬送患者数	1.2	1.8	1.0	1.1	1.4	0.0
(うち)緊急措置入院患者数	0.1	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0
(うち)措置入院患者数	0.5	1.2	0.0	0.5	1.0	0.0
(うち)応急入院患者数	0.1	0.5	0.0	0.1	0.4	0.0
(うち)他の精神科病院からの転院患者数	0.6	1.7	0.0	0.6	1.7	0.0
(うち)他の一般病院からの転院患者数	1.1	2.0	0.0	1.1	1.8	0.0
(うち)身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.2	0.4	0.0	0.2	0.6	0.0
(うち)自院の一般病床からの転棟患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
②各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	42.4	17.0	39.5	42.8	16.0	42.5
(うち)在院期間が 30 日以内の患者数	17.2	9.9	15.5	16.8	8.4	16.0
(うち)在院期間が 60 日超の患者数	17.6	10.5	16.0	18.1	10.2	15.0
③各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	22.4	11.8	21.0	21.5	10.9	20.0
(うち)自宅退院患者数(障害者施設等含む)	16.7	9.4	15.0	15.6	7.9	14.0
(うち)自院の他の精神病床に転棟した患者数	4.0	4.1	2.5	4.3	4.7	4.0
(うち)自院の他の一般病床に転棟した患者数	0.0	0.1	0.0	0.1	0.4	0.0
(うち)他院の精神病床に転院した患者数	0.4	0.8	0.0	0.4	1.1	0.0
(うち)連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	0.1	0.4	0.0	0.1	0.6	0.0
(うち)他院の一般病床に転院した患者数	0.6	1.3	0.0	0.7	1.6	0.0

(注) 平成 23 年 9 月：n=93、平成 24 年 9 月：n=103

精神科急性期治療病棟入院料算定病床における10床あたりの1か月間の新規入院患者数をみると、平成23年9月が平均4.2人（標準偏差1.8、中央値3.9）であり、平成24年9月が平均4.0人（標準偏差1.7、中央値3.7）であった。平成23年と平成24年で大きな変化はみられなかった。

平成23年9月末時点で精神科急性期治療病棟入院料算定病床に在院していた患者数は10床あたり平均8.2人（標準偏差1.4、中央値8.7）であり、同じく平成24年9月末時点で在院していた患者数は平均8.2人（標準偏差1.4、中央値8.5）であった。平成24年9月末時点で在院期間が30日以内の患者数及び60日超の患者数について大きな変化はみられなかった。

さらに、1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数は平成23年9月が10床あたり平均4.4人（標準偏差1.7、中央値4.0）であり、平成24年9月が平均4.1人（標準偏差1.5、中央値4.1）であった。大きな変化はみられなかった。



図表 258 精神科急性期治療病棟入院料算定病床における10床あたりの患者数  
(精神科急性期治療病棟入院料の届出施設、n=93)

(単位：人)

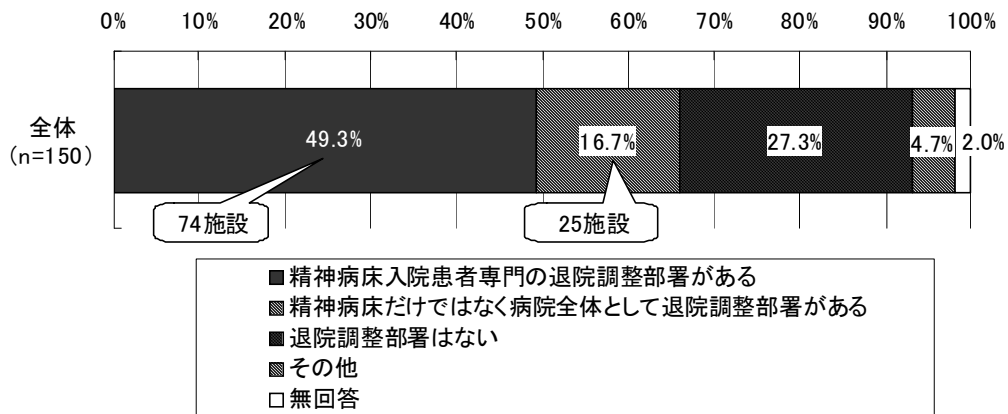
	平成23年9月			平成24年9月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①精神科急性期治療病棟入院料算定病床における新規入院患者数	4.2	1.8	3.9	4.0	1.7	3.7
(うち)救急搬送・警察搬送患者数	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3	0.1
(うち)緊急措置入院患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
(うち)措置入院患者数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.2	0.0
(うち)応急入院患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
(うち)他の精神科病院からの転院患者数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.0
(うち)他の一般病院からの転院患者数	0.2	0.3	0.0	0.2	0.3	0.0
(うち)身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、再入院となった患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
(うち)自院の一般病床からの転棟患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②各年9月末時点の当該病床の在院患者数	8.2	1.4	8.7	8.2	1.4	8.5
(うち)在院期間が30日以内の患者数	3.3	1.4	3.2	3.2	1.1	3.3
(うち)在院期間が60日超の患者数	3.4	1.7	3.3	3.5	1.6	3.3
③各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	4.4	1.7	4.0	4.1	1.5	4.1
(うち)自宅退院患者数(障害者施設等含む)	3.2	1.3	3.0	3.0	1.1	3.0
(うち)自院の他の精神病床に転棟した患者数	0.8	0.9	0.5	0.9	0.9	0.7
(うち)自院の他の一般病床に転棟した患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
(うち)他院の精神病床に転院した患者数	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0
(うち)連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
(うち)他院の一般病床に転院した患者数	0.1	0.2	0.0	0.1	0.2	0.0

#### (4) 精神科医療における退院調整等の状況等

##### ①精神病床における入院患者の退院調整を行う部署の有無等

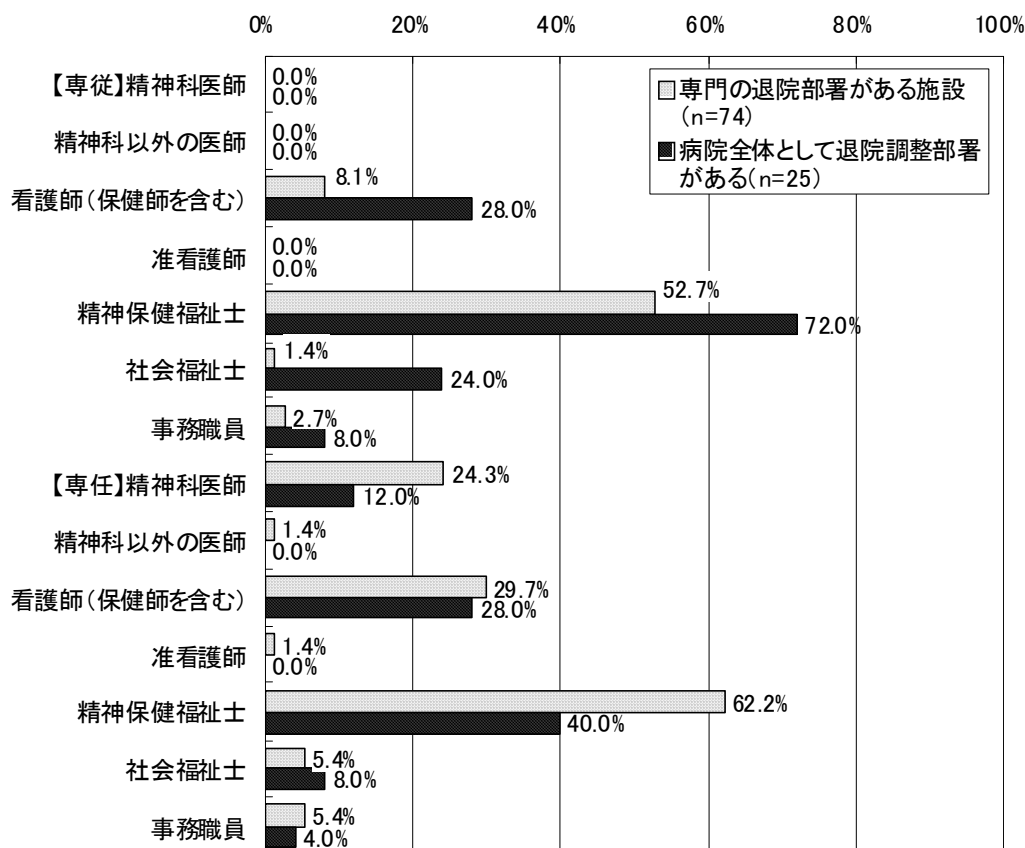
精神病床における入院患者の退院調整を行う部署の有無等をみると、「精神病床入院患者専門の退院調整部署がある」が49.3%、「精神病床だけではなく病院全体として退院調整部署がある」が16.7%、「退院調整部署はない」が27.3%となった。

図表 259 精神病床における入院患者の退院調整を行う部署の有無等



精神病床における入院患者の退院調整を行う部署に参加している職種をみると、精神病床入院患者専門の退院調整部署がある施設では、病院全体として退院調整部署がある施設と比較して、専従職員がいる施設の割合は低いが、専任職員のいる施設の割合は比較的高くなっている。特に精神科医師については、専従・専任を合わせても専門の退院調整部署がある施設で配置している施設の割合が2倍近くとなっている。

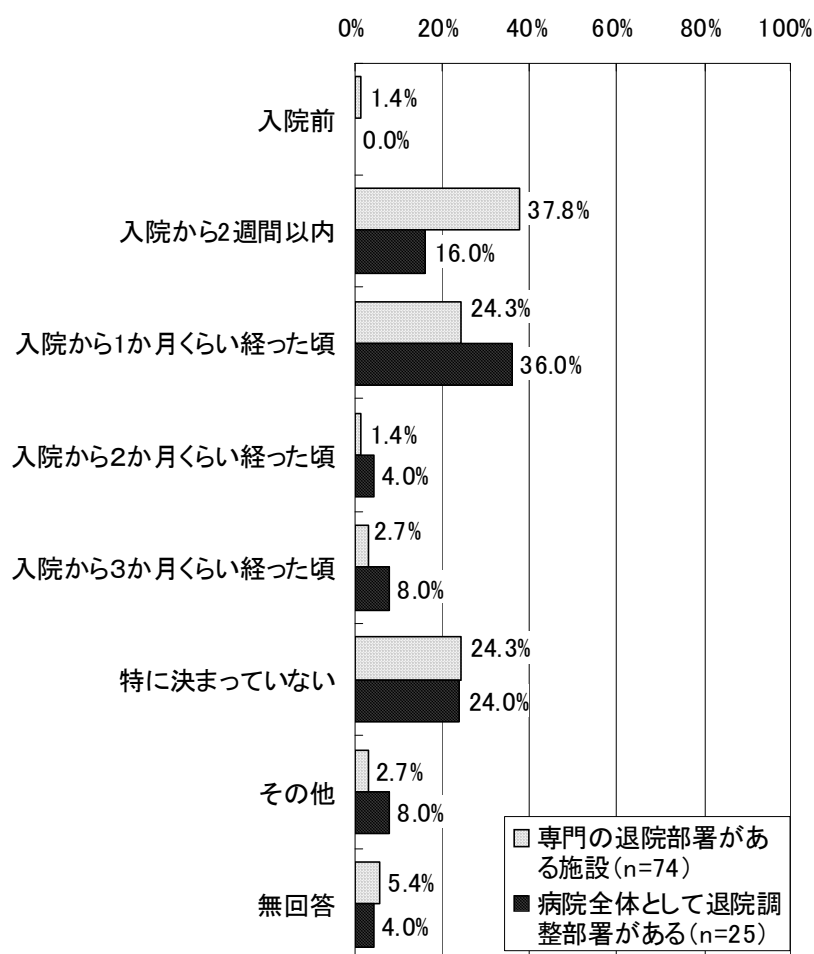
図表 260 精神病床における入院患者の退院調整を行う部署に参加している職種  
(退院調整部署の状況別)



## ②精神病床（急性期）に入院している患者の退院調整のタイミング

精神病床（急性期）に入院している患者の退院調整のタイミングとして最も多いケースをみると、精神病床入院患者専門の退院調整部署がある施設では、病院全体として退院調整部署がある施設と比較して、「入院前」、「入院から2週間以内」と早期の退院調整の割合が23.2ポイント高かった。

図表 261 精神病床（急性期）に入院している患者の退院調整のタイミング  
（最も多いケース、単数回答）

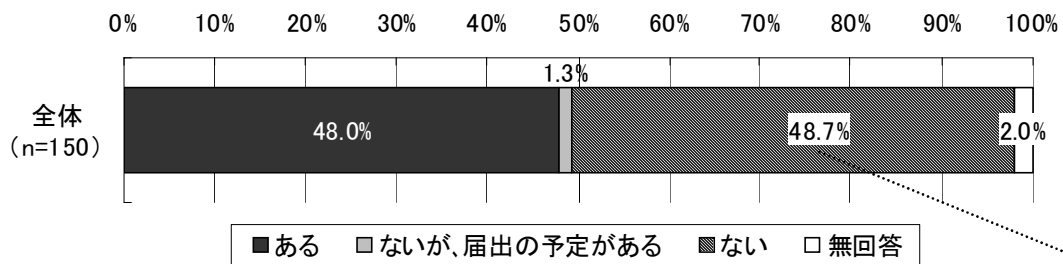


(5) 精神科救急における後方病床との連携状況等

①精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況等

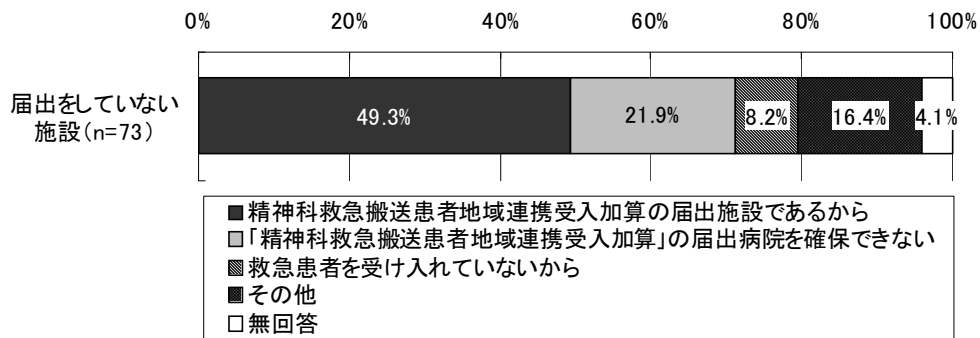
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況をみると、「ある」が48.0%、「ないが、届出の予定がある」が1.3%、「ない」が48.7%であった。届出をしていない理由をみると、「精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出施設であるから」が49.3%、「精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出病院を確保できないから」が21.9%、「救急患者を受け入れていないから」が8.2%であった。

図表 262 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況



(注) 「ないが、届出の予定がある」と回答した施設の届出時期の予定は平成25年が1件、平成26年が1件であった。

図表 263 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出をしていない理由



精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出時期をみると、「平成 24 年 4 月」が 68.1%と最も多く、次いで「平成 24 年 5 月」が 11.1%、「平成 24 年 6 月」が 9.7%であった。

図表 264 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出時期

	施設数	割合
平成 24 年 4 月	49	68.1%
平成 24 年 5 月	8	11.1%
平成 24 年 6 月	7	9.7%
平成 24 年 7 月	3	4.2%
平成 24 年 8 月	2	2.8%
平成 24 年 9 月	0	0.0%
平成 24 年 10 月	0	0.0%
平成 24 年 11 月	0	0.0%
平成 24 年 12 月	1	1.4%
無回答	2	2.8%
合計	72	100.0%

②精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の算定件数

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の平成 24 年 4 月～9 月までの毎月の 1 か月あたりの算定件数をみると、1 施設あたり平均 0.4～0.5 件で推移している。また、中央値は毎月 0.0 件であった。

図表 265 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の算定件数

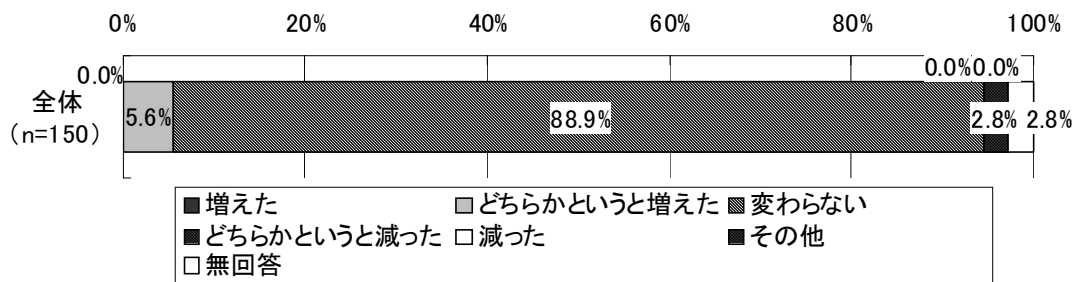
(単位：件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
回答施設数	64	67	69	69	71	72
平均値	0.4	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4
標準偏差	1.3	1.7	1.3	1.6	1.4	1.2
中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

③精神科救急搬送患者地域連携受入加算新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたか

精神科救急搬送患者地域連携受入加算新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたかを尋ねたところ、「どちらかというが増えた」が5.6%、「変わらない」が88.9%であった。「増えた」、「どちらかというが減った」、「減った」は回答施設がなかった。

図表 266 精神科救急搬送患者地域連携受入加算新設により他医療機関への転院が円滑に行われるケースが増えたか



#### ④連携医療機関数

1 施設あたりの連携医療機関数をみると、下記のようになった。まず、自施設に入院中の身体合併症患者について診療連携を行っている連携医療機関数（一般・精神）は、平成 23 年 9 月が平均 3.4 箇所（標準偏差 5.5、中央値 2.0）、平成 24 年 9 月が平均 4.6 箇所（標準偏差 11.1、中央値 2.0）であり、やや増加した。

他病院の一般病床に入院中の精神疾患を有する患者について自施設の精神科医師が診療を行っている連携医療機関数は、平成 23 年 9 月が平均 0.8 箇所（標準偏差 1.3、中央値 0.0）、平成 24 年 9 月が平均 0.8 箇所（標準偏差 1.5、中央値 0.0）であり、変化はみられなかった。

精神科急性期患者の後方病床として連携している精神科医療機関数（施設基準の届出の有無にかかわらず）は、平成 23 年 9 月が平均 3.5 箇所（標準偏差 9.3、中央値 0.0）、平成 24 年 9 月が平均 6.5 箇所（標準偏差 13.2、中央値 1.0）であり、増加した。

図表 267 1 施設あたりの連携医療機関数

（単位：箇所）

	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自施設に入院中の身体合併症患者について診療連携を行っている連携医療機関数（一般・精神）	3.4	5.5	2.0	4.6	11.1	2.0
②他病院の一般病床に入院中の精神疾患を有する患者について自施設の精神科医師が診療を行っている連携医療機関数	0.8	1.3	0.0	0.8	1.5	0.0
③精神科急性期患者の後方病床として連携している精神科医療機関数（施設基準の届出の有無にかかわらず）	3.5	9.3	0.0	6.5	13.2	1.0



## (6) 精神科救急における課題等

以下は、精神科救急医療における課題・要望等を自由記述形式で記載していただいた結果をとりまとめたものである。

- ・自殺者の対応は一般救急では身体症状のみであり、治療後には元の環境に戻され、根本の問題は解決されないままとなる。うつ病や気分障害の自殺者が増加している現状では、このような側面からも一般救急との連携は必要。医師、看護師等、医療スタッフ確保が困難となっているが、精神科医療にももっと利益を生める診療報酬体系を構築し、対応力を上げていく必要あり。そうでないと、各病院が再入院をいかに大切にするか、新規入院患者をどう取り込んでいくかといった検討もできず、急性期医療を実施するどころか、日々の運営もままならなくなってしまう。
- ・合併症治療についてのスタッフ育成。
- ・人口年齢の高齢化から身体合併症を有して入院する患者が増加しているため、精神科と内科の連携が必要となっている。また、それに伴い他科への受診が必要となる場合、現行の医療制度では入院料の減算があり、今後の改善が望まれる。
- ・現在の診療報酬体系では合併症治療のために他医療機関に受診した場合、入院側の入院料が大幅に減額される。また他医療機関側（外来側）では、この場合に専門的な投薬を行う場合に受診日当日分の薬剤しか投薬することができず、院外処方も不可となるため、受診日翌日分からの投薬については、入院側で処方するしかなく、精神科系の薬剤使用が中心の精神科単科病院の医師には他の専門的薬剤の使用には負担が生じると共に、専門的薬剤を一時的にでも仕入れる必要がある。病院経営側にも、在庫リスクが高い薬剤を購入する必要があり、不利となる。他医療機関に受診する場合、どうしても看護職が病棟を離れ、付き添うケースも多いが、他医療機関受診のデメリットが多くては、合併症患者の受入れ自体に支障が生じてしまう。
- ・精神科医師数の充足（定員割れを来たしている）。精神保健指定医数が不足している。
- ・発達障害や知的障害、パーソナリティ障害などの障害をベースに、社会生活が困難になった患者の受入れが増えており、退院調整に時間を要し、入院期間が3か月を超えたり、社会的入院が続く事例の増加に苦慮している。
- ・急性期医療の提供のためには、急性期を過ぎた患者を他医療機関に受け入れてもらう必要があるが、当該受入れ病院・施設の確保が大きな課題となっている。また身体疾患を合併している精神科患者に対し、一般診療科と精神科との連携により、患者の症状に応じて対応可能な受入医療機関の確保と、緊急かつ継続的な連携体制の整備が課題である。
- ・現状以上の急性期医療を行っていきたいが、他医療機関との連携の切り口がなかなか見つけられない。
- ・対応している医療機関が地域的に偏在化しており、一部の医療機関に負担がかかっている。一部の救急システム参画病院において特定の疾患（アルコール依存症や薬物依存（処方薬以外））を全く受け入れていない。
- ・精神科救急には強制権が働くことが多く、法的手続きを遵守することが求められる。特に精神科三次救急は責任体制を明確にすれば、精神保健福祉法第29条の2の2の移送

制度のことであり、このことが充分理解されていないために現場では混乱が生じている。各都道府県は行政の責任として、移送制度にもとづいて精神科三次救急を実施する必要があるが、守られていない。また、強制力を働かせざるを得ない状況で治療することがいかに大変かを中医協はよく理解し、行政によるシステムの整備に合わせて、それを診療報酬にも反映させるべきである。

- ・紹介元病院により、診療レベルが一定でないため、病状の把握に時間がかかる。共通評価ができるフォーマットがあれば、もう少し効率的にできるのではないかと。
- ・患者層の高齢化により、合併症対応が必須となってきた。一般病院との間の対診等の連携関係の評価してほしい（他科受診減算となるのは厳しい）。
- ・精神入院に関する設定点数が低すぎて採算がとれない。
- ・十分な個室の整備が必要。身体合併症に対応できる体制（病院内確保、連携医療機関、連携他科受診時の減算の緩和）整備が必要。
- ・医学的には急性期から回復したが、住居の確保に困難があり、在院期間が延びるケースがある。
- ・他の精神科からの退院後3か月未満の入院が精神科救急入院料の算定外となることは経営上の問題。
- ・一般科からの入院の場合、精神福祉制度に関して認識が低い場合がある。
- ・新規の長期入院患者が増加している。①病状が安定しない患者が増加しており、薬物療法を行ってから m-ECT を行い、効果がなければ新薬や治験薬の導入を検討するため長期化する傾向にある。②高齢者、住所や身寄りのない患者、犯罪歴のある患者等対応困難な患者が増加している。退院可能な状態になっても家族機能の低下や地域の受入れが悪い、受入施設の不足等退院先をみつけられない。
- ・急性期治療病棟を運営しているが、部門別経営を分析すると収支はトントンで赤字になる時もある。もう少し診療報酬を上げてほしい。
- ・地域の受皿が必要であるが、同じくらい退院できない慢性期患者用の受入病棟の整備が必要。
- ・家族関係が不明の時、市区町村の同意手続きがスムーズにいかない。病衣等の代金が徴収できない。
- ・入院者、退院者の数の調整は難しい。
- ・精神科救急医療を実施していく上での課題。精神科救急は精神病床という枠組みの中で実施される。ここで合併症医療を行うとすれば医師のみでなく看護スタッフにも人手がかかり、また診療報酬の面でも一般病床との差がありすぎる。
- ・自殺企図などで救命センターに入院し、快復後、精神科医療センターに転科すると、精神科救急入院料の対象とならない。
- ・退院先の施設、転院先となる後方病院が少なく、急性期医療を担いながらも長期入院患者も抱えている。
- ・医師不足。
- ・精神科と一般科の相互診療を制度的に作っていく必要があると思われる。
- ・行政、家族等の協力。退院先の確保等。

- ・ 特定医の負担が多すぎる。特定医のできる仕事の範囲の拡大を。
- ・ 救急告示病院及び一般科医療機関等からの紹介の際、精神科への紹介・受診についての説明と同意が不十分。
- ・ 精神保健福祉法等、法制度の周知不足。
- ・ 措置入院等の受入について、地域格差や精神科救急システムと相反する仕組みがある。
- ・ 一番大切なことは病院全体で患者を受け入れるという積極的な姿勢が保てる（持てる）かどうか。「全体」という括りのため、大きな課題だと思う。
- ・ 「精神科救急入院料」算定病棟と「精神科急性期治療病棟入院料」算定病棟で、入院後の診療において、診療報酬程の差があるとは思えない。もちろん、両者とも低額すぎる。
- ・ 連携が現実的だが、紹介状のみでない、情報や治療内容の継続を目的とした連携パスの導入が期待されている。
- ・ 他の精神科病棟より人員配置が手厚いがそれでも足りない。医師、看護師、精神保健福祉士の増員、作業療法士の必置など。
- ・ 救急における在宅復帰率に老人施設への退院が入らないこと。
- ・ 急性増悪の精神疾患患者は、相対的に身体疾患を抱えているケースが多いが、現行の精神科病院の診療報酬では総合的に治療を行える環境ではない。特に高齢者の難治例で長期入院が必要になる場合など、合併症のため転院の受入れをしてくれる精神科病院体制が十分ではない。そのようなケースが増えてくると空床確保が困難となってしまう。
- ・ 当県では、措置診察する医師が決まっていて、やらない医師もいて、不公平感がある。また、診療所の医師が、電話相談や精神科救急に関与したほうがよいと思う。田舎の総合病院に行きたがらない医師が非常に多く、総合病院の医師は疲弊しているのが問題。リエゾン加算など作っても専従スタッフを雇うほど医師がいない。

# 救急医療機関票

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)

## 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査 調査票

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

施設名	
施設の所在地	
電話番号	( )
ご回答者名	( )

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における救急医療体制や救急医療の実施状況、後方病床との連携、救急医療に関するお考え等についてお伺いするものです。

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

※「9月末時点」の状況を尋ねる質問については、特に断りのない場合は、平成23年9月については平成23年9月28日(水)、平成24年9月については平成24年9月26日(水)時点の状況についてご記入ください。

### 1. 貴施設の概況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国                      2. 公立                      3. 公的                      4. 社会保険関係団体 5. 医療法人              6. 個人                      7. 学校法人              8. その他の法人
②貴施設の救急医療体制についてお答えください。	
1) 救急告示の有無    ※○は1つだけ	1. あり                      2. なし
2) 救急医療体制 ※○は1つだけ	1. 三次救急(高次救命救急センター)              2. 三次救急(救命救急センター) 3. 二次救急(入院を要する救急医療施設)              4. 一次救急(休日夜間急患センター)
③承認等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院                      2. 地域医療支援病院 3. 災害拠点病院                      4. 小児救命救急センター 5. 小児救急医療拠点病院              6. 総合周産期母子医療センター 7. 地域周産期母子医療センター              8. 小児専門病院 9. 上記以外の専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生(支)局長に届け出たもの) 10. 病院群輪番制参加病院(輪番ではなく固定制の場合も含む) 11. 在宅療養支援病院                      12. 上記のいずれも該当しない
④DPC対応 ※○は1つだけ	1. DPC対象病院Ⅰ群                      2. DPC対象病院Ⅱ群 3. DPC対象病院Ⅲ群                      4. DPC準備病院 5. 対応していない
⑤貴施設では、軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入していますか。※○は1つだけ	
1. 導入している→導入時期：平成( )年( )月              2. 導入していない→2ページの質問⑥へ	
⑤-1 時間外選定療養費の金額	( )円 ※価格が複数の場合は初診時の最高額



2. 貴施設における救急医療体制の状況等についてお伺いします。

①夜間（準夜・深夜・早朝）の救急対応はどのようになっていますか。1)～5)の診療科ごとに対応状況としてあてはまる番号1つに○をつけてください。（例：内科では毎日対応可能であれば、太線枠の中の1)内科の行で「5」を○で囲んでください）※○は1つだけ						
	ほぼ毎日 対応可能	週3～5日 対応可能	週1～2日 対応可能	ほとんど 不可能	診療科なし	
1) 内科	5	4	3	2	1	
2) 小児科	5	4	3	2	1	
3) 外科	5	4	3	2	1	
4) 産科	5	4	3	2	1	
5) 精神科	5	4	3	2	1	
②夜間（準夜・深夜・早朝）の救急外来の初期対応について、貴施設ではどのように対応していますか。※○は1つだけ						
1. 救急部門の専任医師と救急部門以外の診療科の当直医師が対応						
2. 救急部門の専任医師が対応						
3. 救急部門以外の当直医師が対応						
4. その他（具体的に						
③平成23年9月末及び平成24年9月末時点の救急医療に従事する医師の常勤換算人数（専従・専任別）をお答えください。						
				平成23年9月	平成24年9月	
1) 救急医療に従事する医師数（常勤換算）				人	人	
従事部署別	2) 救命救急センター外来	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	3) 救命救急センター病棟	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	4) 特定集中治療室	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	5) ハイケアユニット	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	6) 小児特定集中治療室	専 従		人		
		専任（兼任）		人		
	7) 新生児特定集中治療室	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	8) 総合周産期特定集中治療室	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	9) 新生児治療回復室	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	10) その他救急医療に従事する医師	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	④平成23年9月末及び平成24年9月末時点の救急医療に従事する看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の常勤換算人数をお答えください。				平成23年9月	平成24年9月
	1) 救急医療に従事する看護職員数（常勤換算）				人	人
従事部署別	2) 救命救急センター外来	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
	3) 救命救急センター病棟	専 従	人	人		
		専任（兼任）	人	人		
4) 特定集中治療室	専 従	人	人			
	専任（兼任）	人	人			

5) ハイケアユニット	専 従	人	人
	専任 (兼任)	人	人
6) 小児特定集中治療室	専 従		人
	専任 (兼任)		人
7) 新生児特定集中治療室	専 従	人	人
	専任 (兼任)	人	人
8) 総合周産期特定集中治療室	専 従	人	人
	専任 (兼任)	人	人
9) 新生児治療回復室	専 従	人	人
	専任 (兼任)	人	人
10) その他救急部門を担当する看護職員	専 従	人	人
	専任 (兼任)	人	人

3. 貴施設における救急医療に関する施設基準及びその算定状況等についてお伺いします。

① 次の施設基準等について、「届出があるもの」の該当数字を○で囲んでください。届出がある場合、「届出の時期」を1~3の中から1つだけ選び○で囲んでください。また、平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間の算定件数をお答えください。算定件数は患者1人につき1件と数えてください。

施設基準等	届出があるもの の数字に○	届出がある場合	届出の時期			算定件数	
			平成23年8月31日以前	平成23年9月1日~平成24年3月31日	平成24年4月1日以降	平成23年9月	平成24年9月
1) 救命救急入院料 1	1	→	1	2	3	件	件
2) 救命救急入院料 2	2	→	1	2	3	件	件
3) 救命救急入院料 3	3	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
4) 救命救急入院料 4	4	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
5) 救命救急入院料の充実度評価加算 A	5	→	1	2	3	件	件
6) 救命救急入院料の充実度評価加算 B	6	→	1	2	3	件	件
7) 救命救急入院料の小児加算	7	→	1	2	3	件	件
8) 特定集中治療室管理料 1	8	→	1	2	3	件	件
9) 特定集中治療室管理料 2	9	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
10) 特定集中治療室管理料の小児加算	10	→	1	2	3	件	件
11) ハイケアユニット入院医療管理料	11	→	1	2	3	件	件
12) 小児特定集中治療室管理料	12	→			3		件
13) 新生児特定集中治療室管理料 1	13	→	1	2	3	件	件
14) 新生児特定集中治療室管理料 2	14	→	1	2	3	件	件
15) 母体・胎児集中治療室管理料	15	→	1	2	3	件	件
16) 新生児集中治療室管理料	16	→	1	2	3	件	件
17) 新生児治療回復室入院医療管理料	17	→	1	2	3	件	件
18) 小児入院医療管理料 1	18	→	1	2	3	件	件
19) 小児入院医療管理料 2	19	→	1	2	3	件	件
20) 小児入院医療管理料 3	20	→	1	2	3	件	件
21) 小児入院医療管理料 4	21	→	1	2	3	件	件
22) 小児入院医療管理料 5						件	件

②次の施設基準等について「届出があるもの」の該当数字を○で囲んでください。届出がある場合、「届出時期」、平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間の算定件数をお答えください。算定件数は患者1人につき1件と数えてください。

施設基準等	届出の状況		算定件数	
	届出があるもの	届出時期	平成23年9月	平成24年9月
1) 救急医療管理加算	1	平成( )年( )月	件	件
【再掲】乳幼児救急医療管理加算			件	件
【再掲】小児救急医療管理加算				件
2) 超急性期脳卒中加算	2	平成( )年( )月	件	件
3) 妊産婦緊急搬送入院加算	3	平成( )年( )月	件	件
4) 在宅患者緊急入院診療加算	4		件	件
5) 超重症児(者)入院診療加算	5	平成( )年( )月		
【再掲】6歳未満の場合			件	件
【再掲】6歳以上の場合			件	件
【再掲】救急・在宅重症児(者)受入加算			件	件
6) 準超重症児(者)入院診療加算	6	平成( )年( )月		
【再掲】6歳未満の場合			件	件
【再掲】6歳以上の場合			件	件
【再掲】救急・在宅重症児(者)受入加算			件	件
7) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	7	平成( )年( )月	件	件
8) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)	8	平成( )年( )月	件	件
9) ハイリスク妊娠管理加算	9	平成( )年( )月	件	件
10) ハイリスク分娩管理加算	10	平成( )年( )月	件	件
11) 退院調整加算1	11	平成24年( )月		件
【再掲】14日以内の期間(340点)				件
【再掲】15日以上30日以内の期間(150点)				件
【再掲】31日以上期間(50点)				件
12) 新生児特定集中治療室退院調整加算1	12	平成( )年( )月	件	件
13) 新生児特定集中治療室退院調整加算2	13	平成24年( )月		
【再掲】退院支援計画作成加算				件
【再掲】退院加算				件
14) 救急搬送患者地域連携紹介加算	14	平成( )年( )月	件	件
15) 救急搬送患者地域連携受入加算	15	平成( )年( )月	件	件
16) 地域連携小児夜間・休日診療料1	16	平成( )年( )月	件	件
17) 地域連携小児夜間・休日診療料2	17	平成( )年( )月	件	件
18) 地域連携夜間・休日診療料	18	平成( )年( )月	件	件
19) 院内トリアージ実施料	19	平成24年( )月		件
20) 夜間休日救急搬送医学管理料	20	平成24年( )月		件
21) 救急搬送診療料			件	件
22) 救急搬送診療料 長時間加算				件
23) 地域連携診療計画管理料	23	平成( )年( )月	件	件
24) 地域連携診療計画退院時指導料	24	平成( )年( )月	件	件

③平成24年9月末時点で届出を行っている一般病床の入院基本料について○をつけてください。

1) 一般病棟入院基本料	1. 7対1   2. 10対1   3. 13対1   4. 15対1   5. 届出なし
2) 特定機能病院入院基本料	1. 7対1   2. 10対1   3. 届出なし
3) 専門病院入院基本料	1. 7対1   2. 10対1   3. 13対1   4. 届出なし
4) 障害者施設等入院基本料	1. 7対1   2. 10対1   3. 13対1   4. 15対1   5. 届出なし



4. 貴施設における「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」の各算定病床における15歳未満の小児患者の状況等についてお伺いします。これらの病床のない施設の方は、9ページの6.へお進みください。

①平成24年9月1か月間に、「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」の各算定病床から退室した小児患者数（15歳未満）（実人数、患者1人につき1人と数えます）をご記入ください。ここでの患者数は、15歳未満の患者であれば、各管理料を算定できなかった場合も含めてお答えください。				
	救命救急入院料 算定病床	特定集中治療室管理料 算定病床	小児特定集中治療室管理料算定病床	新生児特定集中治療室管理料算定病床
退室した小児（15歳未満、新生児を含む）の患者数	人	人	人	人
<b>A. 入室時の年齢区分</b>				
1) 新生児（出生後28日未満）	人	人	人	人
2) 乳児（1歳未満）	人	人	人	人
3) 6歳未満（新生児・乳児を除く）	人	人	人	人
4) 6歳以上15歳未満	人	人	人	人
<b>B. 入室前の状況</b>				
1) ドクターヘリによる搬送患者（転院は含まない）	人	人	人	人
2) 救急搬送による患者（転院は含まない）	人	人	人	人
3) その他による患者（転棟・転院は含まない。ウォークイン患者は含む）	人	人	人	人
4) 自院の術後患者	人	人	人	人
5) 自院の一般病棟からの転棟患者（上記4）を除く）	人	人	人	人
6) 自院の救命救急入院料算定病床からの転室患者（上記4）を除く）		人	人	人
7) 自院の特定集中治療室からの転室患者（上記4）を除く）	人		人	人
8) 救命救急センター（他院）からの転院患者	人	人	人	人
9) 他院の特定集中治療室からの転院患者	人	人	人	人
10) その他の転院患者	人	人	人	人
11) 【別掲】救急搬送・ドクターヘリによる転院患者	人	人	人	人
<b>C. 入室時における状況（※該当があれば、1人の患者を重複して計上してください。）</b>				
1) 人工呼吸器装着患者数	人	人	人	人
2) GHDF（持続血液濾過法）を実施している患者数	人	人	人	人
3) PCPS（経皮的心肺補助）装着患者数	人	人	人	人
4) 補助人工心臓装着患者数	人	人	人	人
<b>D. 入室時の主たる状態等（※該当があれば、1人の患者を重複して計上してください。）</b>				
1) 高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児	人	人	人	人
2) 意識障害又は昏睡、ショック、重大な代謝障害、大手術後、救急蘇生後	人	人	人	人
3) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全	人	人	人	人
4) 急性薬物中毒	人	人	人	人
5) 広範囲熱傷	人	人	人	人
6) その他外傷、破傷風等で重篤な状態	人	人	人	人

②平成 23 年 9 月末及び平成 24 年 9 月末各時点における小児（15 歳未満、新生児を含む）の在室患者数（実人数）をお答えください。		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 救命救急入院料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
2) 上記 1) のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
3) 特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
4) 上記 3) のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
5) 小児特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数		人
6) 上記 5) のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数		人
7) 新生児特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
8) 上記 7) のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
9) 上記 8) のうち 1 年以上当該病床に入室している小児患者数	人	人

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間における各治療室から退室した小児（15 歳未満、新生児を含む）患者数を転帰別にご記入ください。				
	救命救急入院料算定病床		特定集中治療室管理料算定病床	
	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) 当該病床から退室した患者数	人	人	人	人
2) 自宅（直接退院）	人	人	人	人
3) 自院の他の病室・病棟等	人	人	人	人
(うち) 新生児特定集中治療室	人	人	人	人
(うち) 新生児治療回復室	人	人	人	人
(うち) 小児特定集中治療室	人	人	人	人
(うち) 特定集中治療室	人	人		
(うち) 一般病棟（障害者施設除く）	人	人	人	人
4) 他の病院	人	人	人	人
(うち) 新生児特定集中治療室		人		人
(うち) 新生児治療回復室		人		人
(うち) 小児特定集中治療室		人		人
(うち) 特定集中治療室		人		人
(うち) 一般病棟（障害者施設除く）		人		人
5) 障害者施設	人	人	人	人
6) 有床診療所（一般・療養）	人	人	人	人
7) 療養病棟（自院・他院）	人	人	人	人
8) その他	人	人	人	人
9) 死亡	人	人	人	人

	新生児特定集中治療室 管理料算定病床		小児特定集中治療室 管理料算定病床	
	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) 当該病床から退室した患者数	人	人		人
2) 自宅（直接退院）	人	人		人
3) 自院の他の病室・病棟等	人	人		人
	（うち）新生児特定集中治療室			人
	（うち）新生児治療回復室	人	人	人
	（うち）小児特定集中治療室	人	人	人
	（うち）特定集中治療室	人	人	人
	（うち）一般病棟（障害者施設除く）	人	人	人
4) 他の病院	人	人		人
	（うち）新生児特定集中治療室		人	人
	（うち）新生児治療回復室		人	人
	（うち）小児特定集中治療室		人	人
	（うち）特定集中治療室		人	人
	（うち）一般病棟（障害者施設除く）		人	人
5) 障害者施設	人	人		人
6) 有床診療所（一般・療養）	人	人		人
7) 療養病棟（自院・他院）	人	人		人
8) その他	人	人		人
9) 死亡	人	人		人

5. 貴施設における「救命救急入院料」算定病床における身体合併症のある精神科患者（認知症、酩酊は除く）の受入状況等についてお伺いします。該当病床のない施設の方は、9ページの6へお進みください。

①貴施設では、救命救急入院料算定病床で身体合併症のある精神科患者（認知症、酩酊は除く）を受け入れていますか。※○は1つだけ		
1. 受け入れている	2. 受け入れていない→9ページ6.へ	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
②平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間に、救命救急入院料算定病床に入院した身体合併症のある精神科患者数をご記入ください。	人	人
③上記②のうち、「救命救急入院料」注 2（3000 点）の加算を算定した患者数	人	人
④上記③の場合、精神科医をどのように確保していますか。		
1. 自院の精神保健指定医が対応		
2. 連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応		
3. 自院の精神科の医師（精神保健指定医を除く）が対応		
4. その他（具体的に		

6. ハイケアユニットの状況等についてお伺いします。ハイケアユニットのない施設の方は、10ページの7.へお進みください。

①平成24年9月末（平成24年9月26日）時点で貴施設のハイケアユニットに入室している患者についてご記入ください。	
1) 平成24年9月末時点でハイケアユニットに入室中の患者数 ※下記2) +3) +4)（合計）と一致することをご確認ください。	人
2) 上記1)のうち、ハイケアユニットに入室している期間が22日以上のため「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	人
3) 上記1)のうち、算定要件に該当しないため「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	人
4) 上記1)のうち、「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者数	人

②平成24年9月末（平成24年9月26日）時点において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者（上記①の4)）について、下記の状況別患者数をご記入ください。	
A. 入室時の年齢	
1) 6歳未満	人
2) 6歳以上15歳未満	人
3) 15歳以上	人
B. 入室時の状況	
1) 救急搬送患者（ドクターヘリ含む。転院搬送は除く）	人
2) 自院の他の一般病床からの転室患者	人
3) 他院の一般病床からの転院患者	人
4) その他	人
C. 現在のモニタリング及び処置等の状況（※該当があれば、1人の患者を重複して計上してください。）	
1) 心電図モニターあり	人
2) 輸液ポンプの使用あり	人
3) 動脈圧（動脈ライン）あり	人
4) シリンジポンプの使用あり	人
5) 中心静脈測定（中心静脈ライン）あり	人
6) 人工呼吸器の装着あり	人
7) 輸液や血液製剤の使用あり	人
8) 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）あり	人
9) 特殊な治療法（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定）あり	人
D. 患者の状況等	
1) 寝返りできない患者	人
2) 起き上がりできない患者	人
3) 座位保持できない患者	人
4) 移乗できない患者	人
5) 口腔清潔できない患者	人



⑧平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設に緊急入院した患者のうち、7 日以内に他の保険医療機関に転院した患者について転院先別の人数をご記入ください。「小児患者」とは 15 歳未満（新生児を含む）の患者を指します。				
	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	全患者数	うち 小児患者数	全患者数	うち 小児患者数
1) 7 日以内に転院した患者数	人	人	人	人
2) 他の病院への転院	人	人	人	人
3) 救命救急センター			人	人
4) 上記 3) 以外の病院の一般病棟			人	人
5) 療養病棟			人	人
6) 精神病棟			人	人
7) その他			人	人
8) 有床診療所への転院	人	人	人	人
9) 一般病床			人	人
10) 療養病床			人	人
⑨貴施設では、疾病ごとに患者の紹介先を変えていますか。※○は 1 つだけ	1. 変えている                      2. 変えていない			
⑩貴施設では退院調整を行う部署がありますか。※○は 1 つだけ	1. ある                                      2. ない→8. へ			
⑪貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。平成 23 年 9 月末と平成 24 年 9 月末時点の常勤換算数を専従・専任別にお書きください。				
	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	専 従	専 任（兼任）	専 従	専 任（兼任）
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 社会福祉士	人	人	人	人
5) 事務職員	人	人	人	人
6) その他(                      )	人	人	人	人
合計	人	人	人	人

8. 貴施設における院内トリアージの実施状況等についてお伺いします。

①院内トリアージの実施状況 ※○は 1 つだけ	1. 実施している（一律に全患者に対して行っている場合を含む） 2. 実施していない→質問⑩へ	
②院内トリアージの導入時期	平成（    ）年（    ）月	
③貴施設で院内トリアージを実施する職員の実人数をご記入ください。		
	実人数	うち、院内トリアージに関する研修受講者
1) 医師	人	人
2) 看護師（救急医療に関する 3 年以上の経験あり）	人	人
3) 上記以外の看護職員	人	人

④貴施設では、院内トリアージを実施する際に医師の関与はありますか。※〇は1つだけ					
1. 医師が必ず関与する		2. 状況に応じて医師が関与する		3. 医師は関与しない	
⑤採用している院内トリアージのガイドラインの種類※〇は1つだけ	1. 学会推奨のガイドライン（JTAS など）を採用 2. 独自の基準を採用				
⑥トリアージは何段階ですか。※〇は1つだけ	1. 3段階		2. 4段階	3. 5段階 4. その他（具体的に ）	
⑦院内トリアージの実施基準 ※〇は1つだけ	1. 定めている		2. 定めていない→質問⑧へ		
	→質問⑦-1 定めている実施基準 ※あてはまる番号すべてに〇				
	1. トリアージ目標開始時間		2. トリアージ再評価時間		
	3. トリアージ分類		4. トリアージの流れ		
	5. その他 [ ]				
⑧貴施設では、院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの内容を把握していますか。※〇は1つだけ					
1. 把握している		2. 把握していない→質問⑨へ			
⑧-1 平成24年8月及び9月のそれぞれ1か月間に院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの結果別患者数をご記入ください。					
	平成24年8月		平成24年9月		
1) 院内トリアージを実施した患者数	人		人		
2) オーバートリアージであった患者数	人		人		
3) アンダートリアージであった患者数	人		人		
⑨院内トリアージを実施することで、以下のような事柄は貴施設にあてはまりますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ〇をつけてください。					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 重症患者への早期治療が可能になった	5	4	3	2	1
2) 緊急度の高い患者の入院が増えた	5	4	3	2	1
3) 救急部門の医師の負担が軽減された	5	4	3	2	1
4) 救急部門の看護師の負担が軽減された	5	4	3	2	1
5) 救急搬送受入を断る件数が減少した	5	4	3	2	1
6) 軽症の患者の受診が減った	5	4	3	2	1
7) 患者や家族からの外来待ち時間に対する苦情が減った	5	4	3	2	1
8) 患者や家族への説明にかかる時間が増えた	5	4	3	2	1

⑩院内トリアージを実施する上での課題等があればご記入ください。

--

9. 救急医療における課題等について、ご意見等がございましたら、お書きください。

--

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。





⑤今回、受診した医療機関を選ばれた、最大の理由は何ですか。※〇は1つ

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1. 救急隊の判断による                 | 2. 日頃診てもらっている医師がいるから   |
| 3. 最も距離が近いから                 | 4. 診てもらいたい診療科があるから     |
| 5. 多くの診療科があるから               | 6. CT等の検査（画像診断）機器があるから |
| 7. 待ち時間が短いから                 | 8. 専門医がいるから            |
| 9. 大病院であるから                  | 10. いつも夜間や休日に対応しているから  |
| 11. 受診前の相談相手（質問①-1）から案内されたから |                        |
| 12. その他（具体的に _____）          |                        |

問3. 「トリアージ」のことについて、おうかがいします。

①「トリアージ」とは、医療機関があらかじめ定めた医学的な基準にしたがって、診察前に緊急度（病状の重さ）を評価し、診療の順番を変更する仕組みです。医療機関のスタッフはすでに受診された方の処置に専念するとともに、受診を待たれている方により良い医療を受けていただくため、命に関わるかもしれない病状の方の診療を優先する一方で、そうでない方には少しお待ちいただくことをお願いしています。この仕組みをご存知ですか。※〇は1つ

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

②「トリアージ」の仕組みを医療機関が導入することについてどのように思われますか。※〇は1つ

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. 賛成→質問②-1へ        | 2. どちらかという賛成→質問②-1へ |
| 3. どちらかという反対→質問②-2へ | 4. 反対→質問②-2へ        |

②-1【上記②で「1.賛成」「2.どちらかという賛成」を選択した方】その理由をお答えください。

※〇はいくつでも

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため    |
| 2. 診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため |
| 3. より症状の重い他の患者の救命措置につながるから   |
| 4. その他（具体的に _____）           |

②-2【上記②で「3.どちらかという反対」「4.反対」を選択した方】その理由をお書きください。

--

③本日、「トリアージ」について説明を受けましたか。※〇は1つ

- |               |                |               |
|---------------|----------------|---------------|
| 1. 受けた→質問③-1へ | 2. 受けていない→質問④へ | 3. わからない→質問④へ |
|---------------|----------------|---------------|

③-1【上記③で「1.受けた」を選択した方】その説明をどの程度理解できましたか。※〇は1つ

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. よく理解できた     | 2. だいたい理解できた    |
| 3. あまり理解できなかった | 4. まったく理解できなかった |

④トリアージに対するご意見、時間外の救急医療についてのご意見等がございましたら、お書きください。

--

ご協力いただきまして、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに11月9日（金）までに投函してください。

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)

**救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査 調査票**

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

施設名	
施設の所在地	
電話番号	( )
ご回答者名	( )

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における救急医療体制や救急医療の実施状況、後方病床との連携、救急医療に関するお考え等についてお伺いするものです。

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

※「9月末時点」の状況を尋ねる質問については、特に断りのない場合は、平成23年9月については平成23年9月28日(水)、平成24年9月については平成24年9月26日(水)時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人
②貴施設の救急医療体制についてお答えください。				
1) 救急告示の有無 ※○は1つだけ	1. あり		2. なし	
2) 救急医療体制 ※○は1つだけ	1. 三次救急(高次救命救急センター)		2. 三次救急(救命救急センター)	
	3. 二次救急(入院を要する救急医療施設)		4. 一次救急(休日夜間急患センター)	
③病院種別 ※○は1つだけ	1. 精神科病院		2. 総合病院	
	3. その他の病院			
④精神科医療に関する指定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 措置入院指定病院		2. 応急入院指定病院	
	3. 精神科救急医療施設		4. 認知症患者医療センター	
⑤精神病棟入院基本料 ※○は1つだけ	1. 10対1		2. 13対1	
	4. 18対1		3. 15対1	
	5. 20対1		6. なし	
⑥特定機能病院入院基本料(精神病棟) ※○は1つだけ	1. 7対1		2. 10対1	
	4. 15対1		3. 13対1	
	5. なし(特定機能病院ではない)			

⑦平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間における、1) 許可病床数(各9月末時点)、2) 病床利用率、3) 平均在院日数をご記入ください。

※該当病床がない場合は、許可病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「/」をご記入ください。

		平成23年9月			平成24年9月		
		1) 許可 病床数	2) 病床 利用率	3) 平均在 院日数	1) 許可 病床数	2) 病床 利用率	3) 平均在 院日数
精神病床		床	%	日	床	%	日
うち	精神病棟入院基本料 特定機能病院入院基本料(精神病棟)	床	%	日	床	%	日
	精神科救急入院料(1・2) ※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
	精神科救急・合併症入院料	床	%	日	床	%	日
	精神科急性期治療病棟入院料 (1・2) ※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
	児童・思春期精神科入院医療管理料	床	%	日	床	%	日
	精神療養病棟入院料	床	%	日	床	%	日
	認知症治療病棟入院料(1・2) ※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
一般病床		床	%	日	床	%	日
療養病床		床	%	日	床	%	日
結核病床		床	/	/	床	/	/
感染症病床		床	/	/	床	/	/
病院全体		床	%	日	床	%	日

⑧精神科病棟に従事している職員数(常勤換算)をお書きください。※平成23年9月末時点と平成24年9月末時点

		平成23年9月	平成24年9月
1) 医師		人	人
	(うち) 精神保健指定医	人	人
	(うち) 精神科特定医師	人	人
	(うち) 上記以外の精神科医	人	人
	(うち) 内科医	人	人
	(うち) 外科医	人	人
2) 看護師(保健師を含む)		人	人
	(うち) 認知症看護認定看護師	人	人
	(うち) 老年看護専門看護師	人	人
	(うち) 精神看護専門看護師	人	人
3) 准看護師		人	人
4) 看護補助者		人	人
5) 作業療法士		人	人
6) 臨床心理技術者		人	人
7) 精神保健福祉士		人	人
8) 社会福祉士(上記7)を除く)		人	人
9) その他の職員(事務職員など)		人	人

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

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

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

2. 精神科救急医療の実施状況等についてお伺いします。

(1) 精神科救急医療体制整備事業への参加状況等についてお伺いします。

①貴施設は、精神科救急医療体制整備事業に参加していますか。※○は1つだけ					
1. 常時対応型の基幹的病院として参加		2. 輪番病院として参加			
3. その他の形で参加（具体的に _____ ）					
4. 参加していない→質問②へ					
①-1 貴施設では、平成 24 年 9 月 1 か月間に精神科救急医療体制整備事業に何回参加しましたか。					
（ _____ ）回参加		うち入院：（ _____ ）件			
		うち外来診療のみ：（ _____ ）件			
②精神科救急医療体制整備事業への参加日における医師当直体制はどのようになっていますか。※○は1つだけ					
1. 精神保健指定医が常に当直					
2. 精神科医師が常に当直（指定医がオンコールになることあり）					
3. 精神科以外の医師が当直することあり（精神保健指定医はオンコール）					
4. その他（具体的に _____ ）					
③次の施設基準の「届出の有無」と、届出がある場合は「届出時期」及び「算定件数（平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月、各 1 か月間）」についてお答えください。					
施設基準等	届出の状況			算定件数	
	届出の有無	届出時期	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	
1) 精神科棟入院時医学管理加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
2) 精神科地域移行実施加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
3) 精神科身体合併症管理加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
4) 精神科リエゾンチーム加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
5) 重度アルコール依存症入院医療管理加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
6) 摂食障害入院医療管理加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
7) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
8) 患者サポート体制充実加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	
9) 地域連携認知症集中治療加算	0. 無 1. 有	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	_____ 件	_____ 件	

(2) 「精神科救急入院料」算定病床の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科救急入院料」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ		
1. 精神科救急入院料 1 の届出あり		2. 精神科救急入院料 2 の届出あり
3. 精神科救急入院料 1・2 いずれも届出なし→4 ページの (3) の質問①へ		
②上記①の施設基準の届出時期	平成（ _____ ）年（ _____ ）月	
③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間について、次の患者数をご記入ください。		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 精神科救急入院料算定病床における新規入院患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）救急搬送・警察搬送患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）緊急措置入院患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）措置入院患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）応急入院患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）他の精神科病院からの転院患者数	_____ 人	_____ 人
（うち）他の一般病院からの転院患者数	_____ 人	_____ 人

	(うち) 身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
	(うち) 自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
2)	各年9月末時点の当該病床の在院患者数	人	人
	(うち) 在院期間が30日以内の患者数	人	人
	(うち) 在院期間が60日超の患者数	人	人
3)	各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
	(うち) 自宅退院患者数(障害者施設等含む)	人	人
	(うち) 自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
	(うち) 自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
	(うち) 他院の精神病床に転院した患者数	人	人
	(うち) 連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
	(うち) 他院の一般病床に転院した患者数	人	人

(3) 「精神科救急・合併症入院料」算定病床の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科救急・合併症入院料」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ		
1. 届出あり		2. 届出なし→(4)の質問①へ
②上記①の施設基準の届出時期	平成( )年( )月	
③平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間について、次の患者数をご記入ください。		
	平成23年9月	平成24年9月
1) 精神科救急・合併症入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
(うち) 救急搬送・警察搬送患者数	人	人
(うち) 緊急措置入院患者数	人	人
(うち) 措置入院患者数	人	人
(うち) 応急入院患者数	人	人
(うち) 他の精神科病院からの転院患者数	人	人
(うち) 他の一般病院からの転院患者数	人	人
(うち) 身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
(うち) 自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
2) 各年9月末時点の当該病床の在院患者数	人	人
(うち) 在院期間が30日以内の患者数	人	人
(うち) 在院期間が60日超の患者数	人	人
3) 各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
(うち) 自宅退院患者数(障害者施設等含む)	人	人
(うち) 自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 他院の精神病床に転院した患者数	人	人
(うち) 連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
(うち) 他院の一般病床に転院した患者数	人	人







平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（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

報告書（案）について

（右下頁）

・ 報告書（案）	2頁
・ 入院医療機関票	282頁
・ 在宅医療票	294頁
・ 患者票	306頁
・ 患者票（施設記入分）	310頁

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

報告書（案）

## ◇ ◆目 次◆ ◇

I. 調査の概要	1
1. 目的	1
2. 調査対象	1
(1) 入院医療機関調査	1
(2) 在宅医療調査	1
(3) 患者調査	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
II. 調査の結果	6
1. 回収結果	6
2. 入院医療機関調査の結果	7
(1) 施設の概要	7
①開設者	7
②標榜診療科	8
③病院種別	8
④職員数（常勤換算）	9
⑤自法人・関連法人が運営する施設・事業所	10
⑥許可病床数	10
⑦1日平均入院患者数	11
⑧病床利用率	12
⑨平均在院日数	12
⑩在院期間別人数	14
⑪訪問診療・訪問看護の実施状況	16
(2) パス（入院診療計画書）の活用状況等	17
①電子カルテの導入状況	17
②パス（入院診療計画書）の様式	17
③パス（入院診療計画書）の電子化の状況	18
④がん治療連携計画策定料の施設基準の届出状況	19
⑤がん治療連携指導料の施設基準の届出状況	20
⑥パス委員会の設置状況	20
⑦導入しているパスの種類	21
⑧パス（入院診療計画書）作成に携わる人	24
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	25
⑩パス（入院診療計画書）を使用した患者数	25
⑪パスの活用事例	26

⑫パスの活用による効果.....	31
(3) 退院調整の実施状況等.....	32
①退院調整部門の有無.....	32
②退院調整部門の設置場所.....	33
③退院調整部門の業務内容.....	33
④退院調整部門の体制.....	34
⑤各診療報酬項目に関する状況等.....	35
⑥退院困難者の抽出.....	41
⑦退院困難者の患者数.....	44
⑧転帰別患者数.....	45
⑨退院調整による効果.....	46
(4) 医療機関等との連携状況等.....	47
①連携している施設・事業所数.....	47
②定期的なカンファレンスの開催数.....	48
③連携内容.....	48
④各診療報酬項目の算定状況等.....	53
⑤連携医療機関等から受け入れた患者数等.....	54
⑥専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等.....	55
(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.....	57
(6) 退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等.....	58
(7) 入院医療機関における患者調査【患者調査】.....	60
①性別.....	60
②年齢.....	61
③主たる傷病名.....	61
④同居家族の有無.....	62
⑤入院前の所在.....	62
⑥入院前の在宅医療の受療状況.....	63
⑦入院中の手術の有無.....	63
⑧退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無.....	64
⑨退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無と時期.....	64
⑩退院調整に際して連携した施設・事業所.....	66
⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間.....	67
⑫退院調整のカンファレンスの参加者.....	68
⑬退院後の所在.....	71
⑭入院予定期間.....	72
⑮実際の入院期間.....	72
3. 在宅医療調査の結果.....	73
(1) 施設の概要.....	73

①届出区分 .....	73
②開設者 .....	74
③標榜診療科.....	75
④医療機関種別 .....	75
⑤許可病床数.....	76
⑥平均在院日数 .....	76
⑦自法人・関連法人が運営している施設・事業所 .....	77
⑧自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所 .....	78
(2) 在宅医療の体制等 .....	79
①在宅医療を開始した時期.....	79
②在宅療養支援病院・診療所の届出状況 .....	80
③機能強化型（連携型）在宅支援連携体制 .....	83
④外来診療の実施状況 .....	85
⑤訪問診療を行う時間帯.....	87
⑥職員数 .....	89
⑦在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況 .....	91
⑧在宅患者に対する緊急時の往診状況.....	93
⑨24時間往診が可能な体制の構築状況 .....	94
⑩24時間訪問看護の体制の構築状況 .....	96
⑪緊急時に入院できる病床の確保体制.....	97
(3) 在宅医療の実施状況等 .....	98
①在宅医療提供場所.....	98
②主治医として在宅医療を提供している患者数 .....	103
③診療報酬項目別算定患者数と算定回数 .....	106
④緊急時に往診した回数等 .....	111
(4) 他の医療機関等との連携状況等 .....	116
①連携している他の施設・事業所等 .....	116
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 ..	125
③連携の充足感.....	128
④連携している施設・事業所との報酬配分の取り決め .....	130
⑤退院調整への関与の状況等 .....	132
⑥各診療報酬項目の算定患者数等 .....	134
⑦専門医との連携状況等.....	136
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 .....	138
⑨他の医療機関等との連携による効果等 .....	140
(5) 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付等.....	145
①特別訪問看護指示書を交付した患者数.....	145
②各指示料を算定した患者数 .....	147

③介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等.....	150
(6) 緩和ケア・ターミナルケア及び看取りの状況等.....	151
①介護老人福祉施設における看取りの有無等.....	151
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.....	153
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.....	154
④定例報告による在宅医療の実績.....	155
(7) 在宅医療に関する今後の課題等.....	156
4. 患者調査の結果.....	161
(1) 患者の属性等.....	161
①調査票記入者.....	161
②性別.....	163
③年齢.....	164
④同居家族の有無.....	165
⑤現在の住まい.....	167
⑥在宅移行前の入院・入所場所.....	169
(2) 患者の状態・病状等.....	172
①医療区分.....	172
②要介護度.....	173
③機能的自立度評価表 (FIM) 点数.....	175
④障害高齢者の日常生活自立度.....	178
⑤認知症高齢者の日常生活自立度.....	181
⑥障害者手帳などの種類.....	183
⑦精神疾患の有無.....	185
⑧褥瘡の状態 (NPUAP).....	187
⑨褥瘡の状態 (DESIGN).....	189
⑩厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七).....	191
⑪在宅医療の指導管理料の算定の有無 (別表第八).....	193
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).....	195
⑬病気が発症した時期.....	198
⑭直近の入院日.....	200
⑮直近の退院日.....	202
⑯往診を開始した時期.....	203
⑰在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無.....	205
⑱在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無.....	207
⑲ターミナルかどうか.....	208
(3) 入院中の状況等.....	210
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.....	210

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 .....	212
③入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無と満足度 .....	226
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 .....	231
(4) 在宅医療の利用状況等 .....	237
①訪問看護の利用頻度 .....	237
②利用している医療・介護サービス .....	240
③受けている医療 .....	243
④訪問診療（往診）の利用開始時期 .....	247
⑤医師の訪問頻度 .....	250
⑥夜間や緊急時の連絡等 .....	251
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 .....	259
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 ..	261
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 .....	264
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 .....	270
⑪病院から在宅へ移行するときに不安だったこと .....	272

# I. 調査の概要

## 1. 目的

平成 24 年度診療報酬改定においては、高齢化等に伴い、在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となることから、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組における評価を行うとともに、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価も行った。

これらを踏まえ、各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等についての調査等を行い、効果・影響を検証することを目的とした。

## 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"> <li>・ 開設者、標榜診療科、病院種別</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 病床数、1 日平均入院患者数、病床利用率</li> <li>・ 訪問診療・訪問看護の実施状況 / 等</li> </ul> <p>○入院診療計画書の活用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電子カルテの導入状況</li> <li>・ 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</li> <li>・ 入院診療計画書の様式、電子化の状況</li> <li>・ 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</li> <li>・ パスの活用による効果</li> <li>・ パスを活用できた事例と活用できなかった事例 / 等</li> </ul> <p>○退院調整の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院調整部門の有無、体制、業務内容、職員数</li> <li>・ 退院困難者の評価・抽出、退院困難者の状態・抽出人数</li> <li>・ 退院調整の効果 / 等</li> </ul> <p>○連携医療機関との連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 連携内容</li> <li>・ 在宅患者緊急入院診療加算・リンパ浮腫指導管理料・がん患者カウンセリング料の算定回数の変化</li> <li>・ 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</li> </ul>

	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p><b>○退院困難とされる要因別事例調査</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の状況（性別、年齢、主傷病等）</li> <li>・ 入院中の状況（入院時期、当初の入院予定期間）</li> <li>・ 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</li> </ul>
<p>②在宅医療調査</p>	<p><b>○施設概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、標榜診療科、有床・無床、病床数、平均在院日数等</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 在宅医療を開始した時期</li> <li>・ 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</li> </ul> <p><b>○診療体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来診療の有無、予約制の有無、外来延べ患者数</li> <li>・ 訪問診療を実施する時間</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 通常・夜間・緊急時の往診体制・連絡体制</li> <li>・ 夜間・緊急時の対応に関する工夫、課題 / 等</li> </ul> <p><b>○在宅医療の実施状況</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療の提供先（自宅、特定施設、介護三施設等）</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 年齢別、疾患別、医療提供別患者数</li> <li>・ （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</li> <li>・ 緊急の往診回数・看取り回数の改定前後の変化</li> <li>・ 自宅以外の場所への在宅医療提供に関する課題</li> </ul>

	<p>○他医療機関等との連携状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 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</li> <li>・ 専門医との連携状況</li> <li>・ 他の医療機関等との連携による効果、課題 / 等</li> </ul> <p>○特別訪問看護指示書の交付状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>○緩和ケア・ターミナルケアの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>○在宅医療に関する今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療に関する今後の課題 / 等</li> </ul>
<p>③患者調査</p>	<p>【施設記入分：患者属性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢、同居家族の有無、居住形態、医療区分</li> <li>・ 在宅移行前の入院・入所場所</li> <li>・ NICU の入院経験の有無</li> <li>・ 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</li> <li>・ 障害者手帳などの種類</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>【患者（家族）記入分】</p> <p>○患者属性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>○訪問看護・介護サービスの利用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護等の利用状況</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護サービスの利用状況 <span style="float: right;">／等</span></li> <li>○退院調整 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 早期からの退院支援に対する評価</li> <li>・ 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 <span style="float: right;">／等</span></li> </ul> </li> <li>○在宅医療の利用状況と満足度、要望等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療の利用を始めた時期、退院からの期間</li> <li>・ 訪問診療を担当してくれる医師との関係</li> <li>・ 現在の訪問診療の頻度</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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 <span style="float: right;">／等</span></li> </ul> </li> <li>○在宅医療への要望等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院から在宅へ移行する際に不安なこと</li> <li>・ 在宅医療への要望 <span style="float: right;">／等</span></li> </ul> </li> </ul>
--	---

## Ⅱ. 調査の結果

### 1. 回収結果

「①入院医療機関調査」の有効回答数（施設数）は 189 件、有効回答率は 18.9%であった。また、「②在宅医療調査」の有効回答数（施設数）は 549 件、有効回答率は 22.0%であった。さらに、「③患者調査」の有効回答数は、「患者調査（施設記入分）」が 505 件、「患者調査（患者記入分）」が 486 件であり、このうち、両者の調査票を回収できた 364 件のデータを分析対象とした。

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

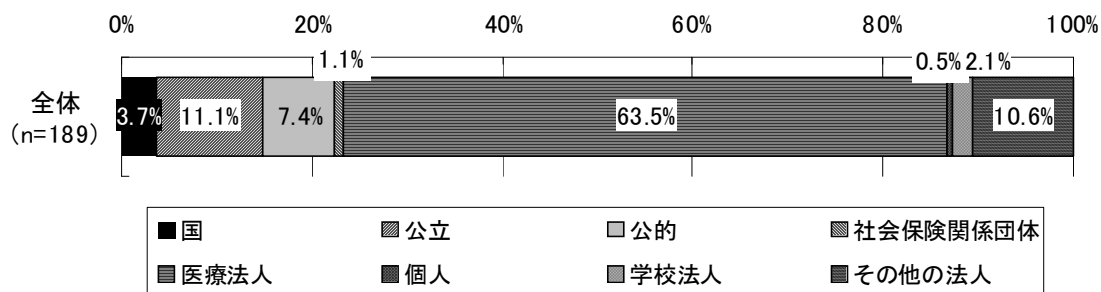
回答者：管理者

### (1) 施設の概要

#### ①開設者

「入院医療機関調査」において有効回答数が得られた病院 189 施設の開設者についてみると、「医療法人」(63.5%) が最も多く、次いで「公立」(11.1%)、「その他の法人」(10.6%)、「公的」(7.4%) であった。

図表 2 開設者

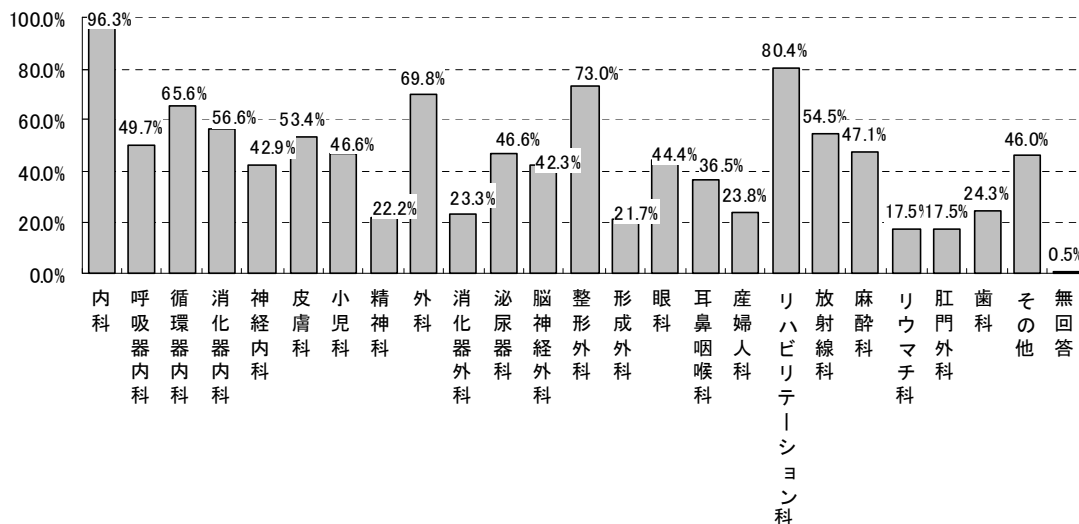


- (注) 国：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、その他（国、独立行政法人）
- 公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人
- 公的：日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
- 社会保険関係団体：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
- その他の法人：公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

### ②標榜診療科

標榜診療科についてみると、「内科」(96.3%)が最も多く、次いで「リハビリテーション科」(80.4%)、「整形外科」(73.0%)、「外科」(69.8%)、「循環器内科」(65.6%)であった。

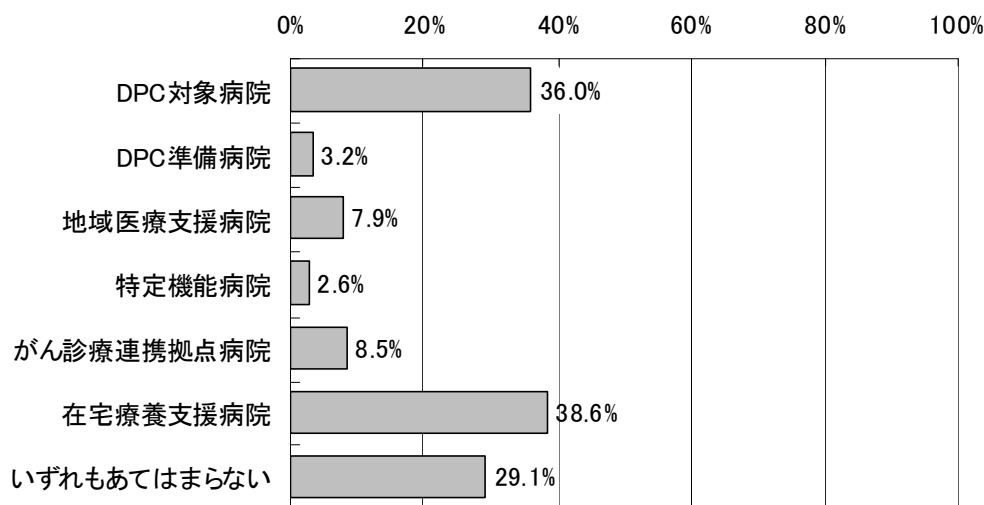
図表 3 標榜診療科 (複数回答、n=189)



### ③病院種別

病院の種別についてみると、「DPC対象病院」が36.0%、「DPC準備病院」が3.2%、「地域医療支援病院」が7.9%、「特定機能病院」が2.6%、「がん診療連携拠点病院」が8.5%、「在宅療養支援病院」が38.6%であった。また、「いずれもあてはまらない」という施設が29.1%あった。

図表 4 病院種別 (複数回答、n=189)



#### ④職員数（常勤換算）

平成 24 年 9 月末時点における 1 施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、総職員数は平均 352.7 人（標準偏差 410.0、中央値 202.4）であった。「社会福祉士」については、1 施設あたり平均 3.0 人、中央値で 2.0 人であった。

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）。

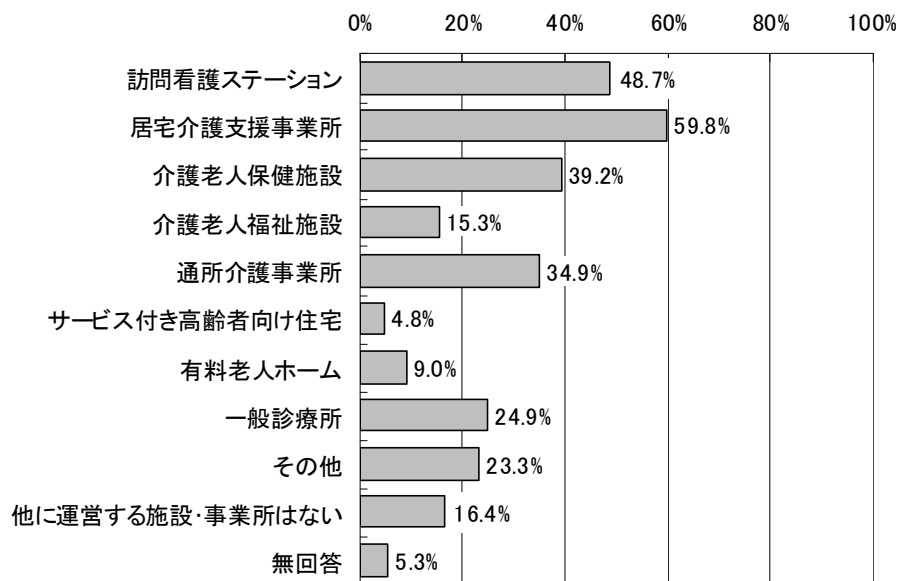
- ・ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
- ・ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）



### ⑤自法人・関連法人が運営する施設・事業所

自法人・関連法人が運営する施設・事業所についてみると、「居宅介護支援事業所」が 59.8% で最も多く、次いで「訪問看護ステーション」が 48.7%、「介護老人保健施設」が 39.2%、「通所介護事業所」が 34.9%、「一般診療所」が 24.9%であった。また、「サービス付き高齢者向け住宅」が 4.8%であった。

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

1施設あたりの許可病床数は、「一般病棟」が平均 171.1 床（標準偏差 217.1、中央値 88.0）、「療養病棟」が平均 29.0 床（標準偏差 49.1、中央値 0.0）、「回復期リハビリテーション病棟」が平均 15.9 床（標準偏差 30.0、中央値 0.0）、「精神病棟」が平均 9.6 床（標準偏差 70.9、中央値 0.0）、「結核病棟」が平均 0.7 床（標準偏差 4.5、中央値 0.0）であり、「病院全体」では平均 249.5 床（標準偏差 235.2、中央値 169.0）であった。

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。

亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数についてみると、1施設あたりの許可病床数は平均7.8床（標準偏差11.1、中央値4.0）であった。

図表 8 亜急性期入院医療管理料1・2算定病床の許可病床数 (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

亜急性期入院医療管理料1・2の算定病床を有する施設に限定して、亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数についてみると、1施設あたりの許可病床数は平均15.0床（標準偏差11.3、中央値10.0）であった。

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1・2の算定病床を有する施設、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

平成24年9月における1施設あたりの1日平均入院患者数についてみると、「一般病棟」が平均153.4人（標準偏差183.4、中央値80.5）、「療養病棟」が平均58.2人（標準偏差53.7、中央値42.4）、「回復期リハビリテーション病棟」が平均49.4人（標準偏差26.8、中央値41.4）、「精神病棟」が平均98.1人（標準偏差209.1、中央値40.3）、「結核病棟」が平均5.1人（標準偏差9.6、中央値1.4）であり、「病院全体」では平均203.2人（標準偏差202.1、中央値142.8）であった。

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病床利用率

平成 24 年 9 月における 1 施設あたりの病床利用率についてみると、「一般病棟」が平均 80.7% (標準偏差 11.2、中央値 82.4)、「療養病棟」が平均 89.0% (標準偏差 15.9、中央値 94.7)、「回復期リハビリテーション病棟」が平均 86.4% (標準偏差 11.6、中央値 89.0)、「精神病棟」が平均 69.7% (標準偏差 23.5、中央値 76.6)、「結核病棟」が平均 23.2% (標準偏差 32.5、中央値 9.5) であり、「病院全体」では平均 83.4% (標準偏差 12.8、中央値 84.8) であった。

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

平均在院日数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「一般病棟」では平均値では 37.5 日から 39.8 日とやや増加したが、中央値では 17.4 日から 17.2 日とほとんど変わらなかった。「療養病棟」では平均値では 334.0 日から 340.5 日、中央値では 240.9 日から 259.0 日へと増加した。また、「回復期リハビリテーション病棟」では平均値では 114.1 日から 90.0 日に大幅に減少したが、中央値では 77.1 日から 81.0 日へと増加した。

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

入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「一般病棟」では平均値では 31.6 日から 33.3 日とやや増加したが、中央値では 15.6 日から 15.4 日とほとんど変わらなかった。「療養病棟」では平均値では 351.8 日から 292.8 日へと大きく減少したが、中央値では 216.3 日から 238.7 日へと増加した。また、「回復期リハビリテーション病棟」では平均値では 103.7 日から 81.5 日に大幅に減少したが、中央値では 73.6 日から 76.3 日へと増加している。

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

一般病棟における在院期間別退院患者数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7 日以内」の患者割合は 44.1%から 44.8%へと 0.7 ポイント増加し、「91～120 日以内」、「121 日以上」の患者割合が 2.3%から 2.1%へと 0.2 ポイント減少した。

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

療養病棟における在院期間別退院患者数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7 日以内」、「8～14 日以内」の患者割合はそれぞれ 7.7%から 6.0% (1.6 ポイント)、8.6%から 6.8% (1.8 ポイント) へと減少した。一方、「91 日～120 日以内」、「121 日以上」もそれぞれ 12.1%から 8.8% (3.3 ポイント)、29.0%から 26.8% (2.2 ポイント) へと減少している。

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

精神病棟における在院期間別退院患者数について平成23年9月と平成24年9月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7日以内」、「8～14日以内」、「15～30日以内」の割合はそれぞれ8.8%から9.3%、5.8%から7.9%、21.4%から22.9%へと増加した。一方、「91日～120日以内」、「121日以上」についてはそれぞれ9.2%から7.1%（2.1ポイント）、14.6%から12.5%（2.1ポイント）へと減少している。

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

結核病棟における在院期間別退院患者数については回答施設数と期間中の退院患者が少ないことに留意する必要がある。その上で、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「91日～120日以内」、「121日以上」についてはそれぞれ33.3%から0.0%、5.6%から0.0%へと大きく減少している。

図表 17 結核病棟における在院期間別退院患者数 (n=7)

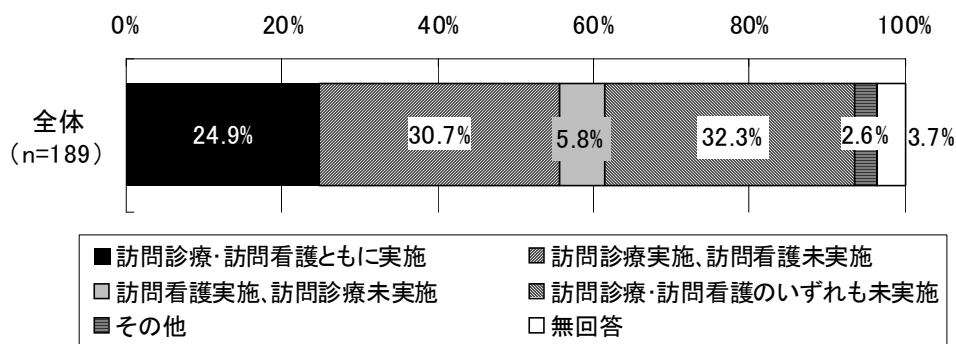
	平成23年9月		平成24年9月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7日以内	0.9	33.3%	1.0	38.9%
8～14日以内	0.0	0.0%	0.3	11.1%
15～30日以内	0.3	11.1%	0.3	11.1%
31～90日以内	0.4	16.7%	1.0	38.9%
91～120日以内	0.9	33.3%	0.0	0.0%
121日以上	0.1	5.6%	0.0	0.0%
退院患者数合計	2.6	100.0%	2.6	100.0%

(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

訪問診療・訪問看護の実施状況については、「訪問診療・訪問看護ともに実施」が24.9%、「訪問診療実施、訪問看護未実施」が30.7%、「訪問看護実施、訪問診療未実施」が5.8%、「訪問診療・訪問看護のいずれも未実施」が32.3%であった。

図表 18 訪問診療・訪問看護の実施状況

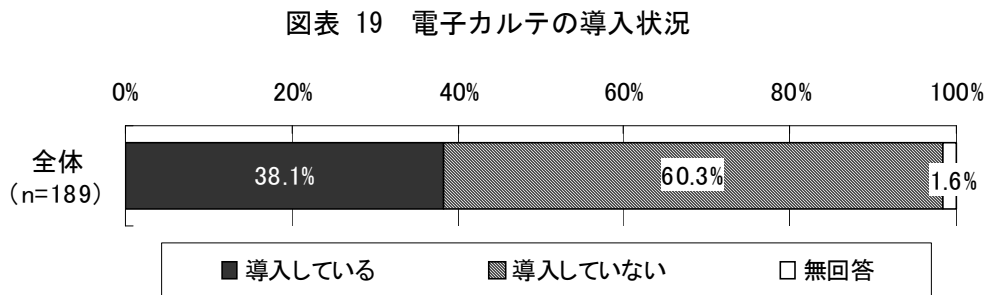


(注) 施設自身が訪問診療・訪問看護を実施しているか否かを尋ねた質問であり、自法人・関連法人の他施設・事業所による実施分は含んでいない。

## (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

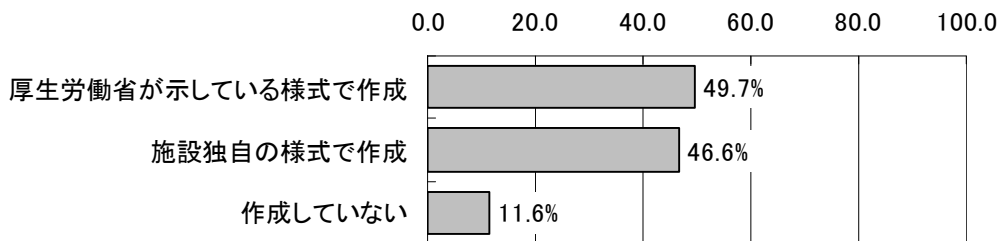
電子カルテの導入状況についてみると、「導入している」が 38.1%、「導入していない」が 60.3%であった。



### ②パス（入院診療計画書）の様式

パス（入院診療計画書）の様式についてみると、「厚生労働省が示している様式で作成」が 49.7%、「施設独自の様式で作成」が 46.6%、「作成していない」が 11.6%であった。

図表 20 パス（入院診療計画書）の様式（複数回答、n=189）

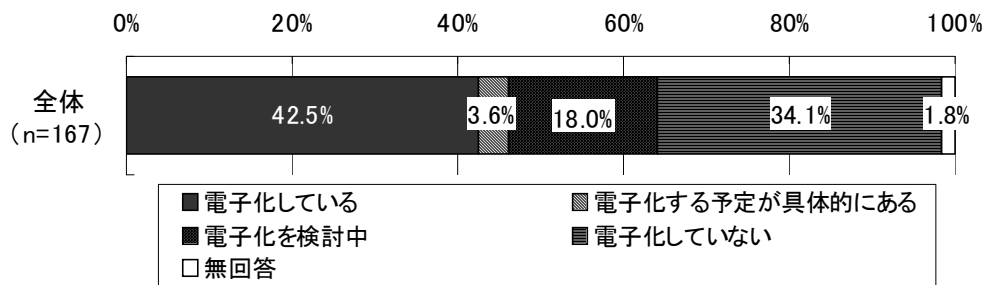




### ③パス（入院診療計画書）の電子化の状況

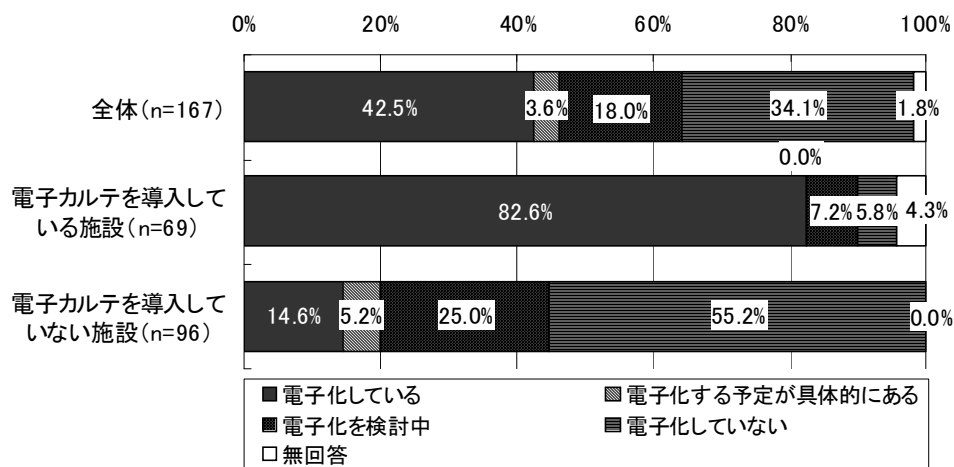
パス（入院診療計画書）を導入している施設におけるパスの電子化の状況についてみると、「電子化している」が 42.5%、「電子化する予定が具体的にある」が 3.6%、「電子化を検討中」が 18.0%、「電子化していない」が 34.1%であった。

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）



パス（入院診療計画書）を導入している施設における、電子カルテ導入状況別にパスの電子化の状況を見ると、電子カルテを導入している施設では「電子化している」が 82.6%で最も多く、次いで「電子化を検討中」が 7.2%、「電子化していない」が 5.8%であった。電子カルテを導入していない施設では、「電子化していない」が 55.2%で最も多く、次いで「電子化を検討中」が 25.0%、「電子化している」が 14.6%、「電子化する予定が具体的にある」が 5.2%であった。

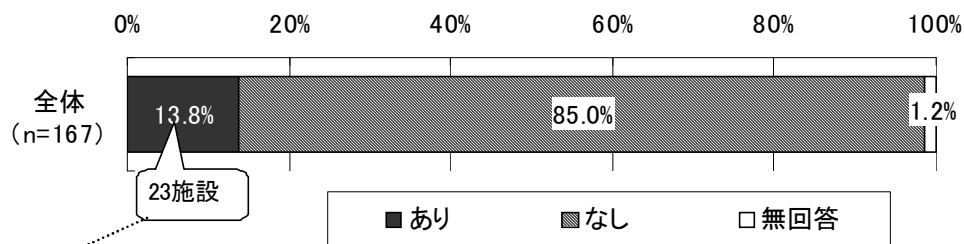
図表 22 パス（入院診療計画書）の電子化の状況  
（電子カルテ導入状況別、パスを導入している施設）



④がん治療連携計画策定料の施設基準の届出状況

がん治療連携計画策定料の施設基準の届出が「あり」という施設は 13.8%であった。届出時期は「平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月」が 47.8%で最も多く、次いで「平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 39.1%であり、平成 24 年度診療報酬改定後である「平成 24 年 4 月～」は 4.3%であった。

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）



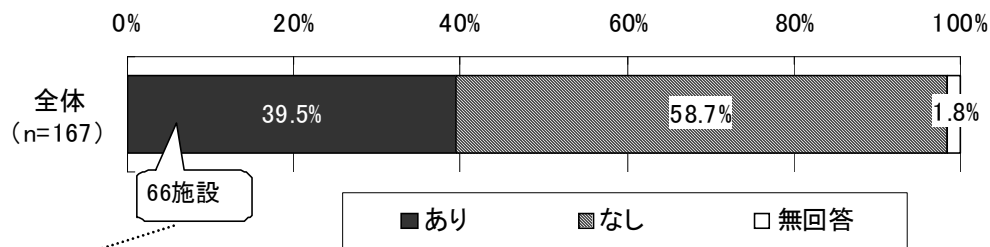
図表 24 がん治療連携計画策定料の施設基準の届出時期

	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

がん治療連携指導料の施設基準の届出が「あり」という施設は 39.5%であった。届出時期は「平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 36.4%で最も多く、次いで「平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月」が 31.8%であり、平成 24 年度診療報酬改定後の「平成 24 年 4 月～」は 13.6%であった。

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）



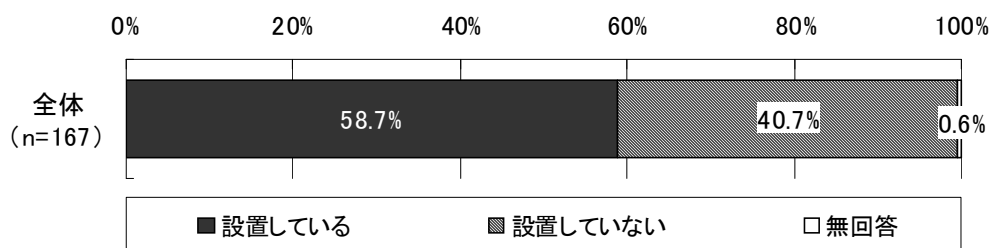
図表 26 がん治療連携指導料の施設基準の届出時期

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

パスを導入している施設での院内における、パス委員会の設置状況をみると、「設置している」が 58.7%、「設置していない」が 40.7%であった。

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

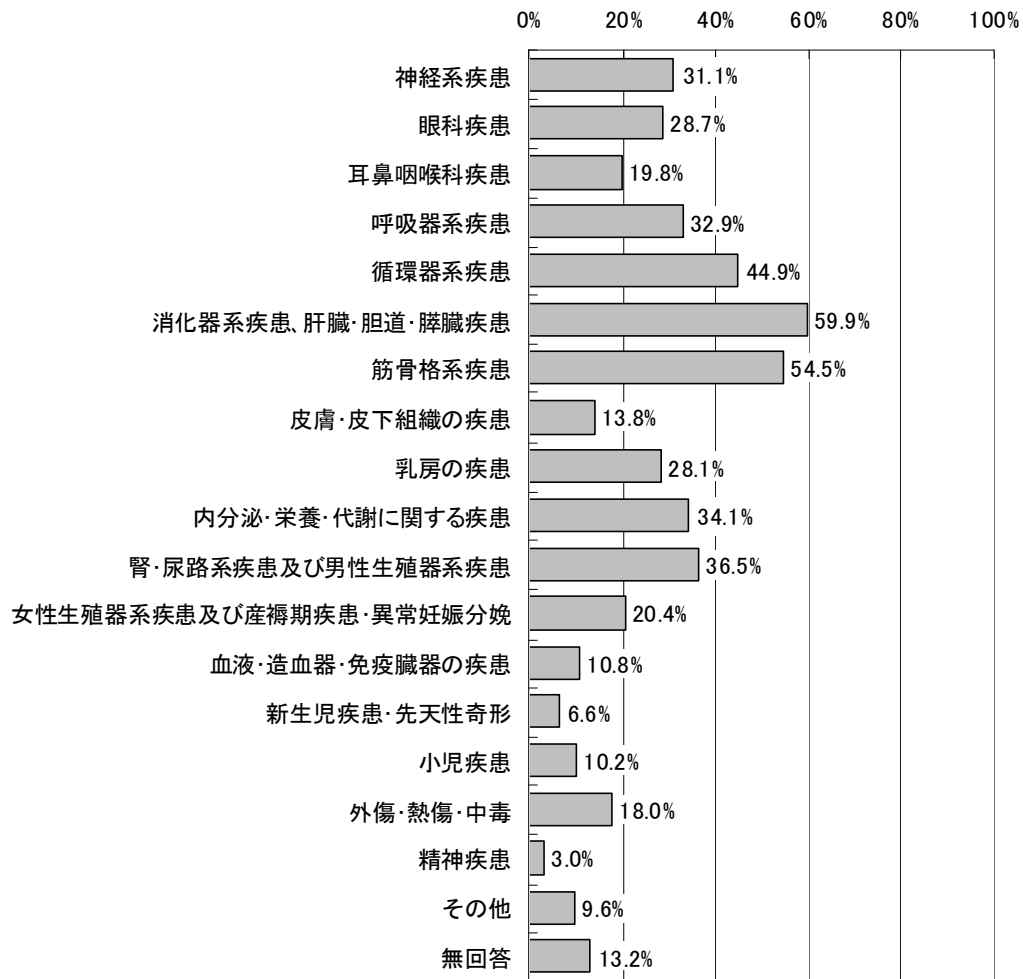
パスを導入している施設における、導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類についてみると、「10～19種類」、「20種類以上」がそれぞれ11.4%で最も多く、次いで「3種類」が9.0%、「1種類」が8.4%、「2種類」（7.8%）であった。「0種類」という施設が8.4%であったが、この施設では疾患別のパスは導入しておらず、術式など別のパスを導入しているものと考えられる。

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%

パスを導入している施設における、導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類の内容についてみると、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が59.9%で最も多く、次いで「筋骨格系疾患」（54.5%）、「循環器系疾患」（44.9%）、「腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患」（36.5%）であった。

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

パスを導入している施設における、導入しているパスの術式別種類についてみると、「1～9種類」が18.6%で最も多く、次いで「50種類以上」(13.2%)、「20～49種類」(12.6%)、「10～19種類」(6.0%)であった。「0種類」という施設が12.0%であったが、この施設では術式別のパスは導入しておらず、疾患別など別のパスを導入しているものと考えられる。

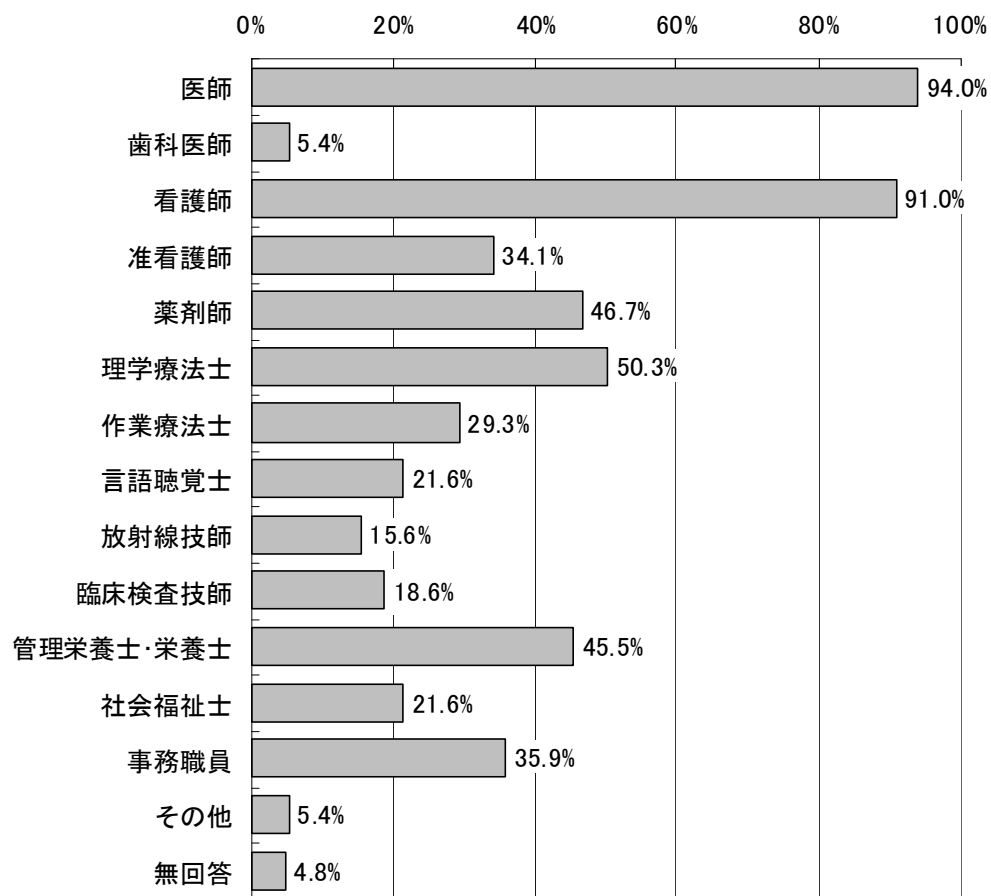
図表 30 導入しているパスの術式別種類（パスを導入している施設）

	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

パス（入院診療計画書）を導入している施設における、パス作成に携わる人についてみると、「医師」が 94.0%で最も多く、次いで「看護師」（91.0%）、「理学療法士」（50.3%）、「薬剤師」（46.7%）、「管理栄養士・栄養士」（45.5%）であった。この他、「事務職員」が 35.9%となっているが、「社会福祉士」は 21.6%と事務職員よりも低い割合であった。

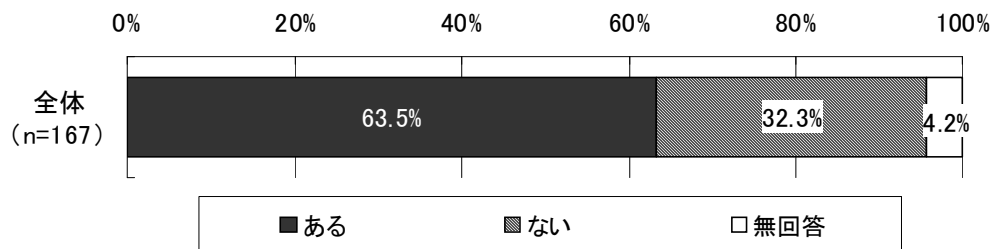
図表 31 パス（入院診療計画書）作成に携わる人  
（パスを導入している施設、複数回答、n=167）



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

パス（入院診療計画書）に退院目標・退院基準・退院調整項目が「ある」という施設は63.5%で、「ない」という施設は32.3%であった。

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

パスを導入している施設における、パスを使用した1施設あたりの1か月間の患者数は、平均110.8人（標準偏差186.0、中央値40.0）であった。このうち、計画通りではなかった患者数は平均11.3人（標準偏差25.3、中央値2.0）であり、全患者に占める割合は、10.2%であった。

図表 33 1施設あたりのパスを使用した患者数  
（平成24年9月1か月、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。



平成 24 年 9 月にパスを使用した全患者に占める、計画通りではなかった患者の割合別施設数は、「0%」が 20.4%で最も多く、次いで「～10%以下」(17.4%)、「～20%以下」(6.6%)、「～30%以下」(4.8%)であった。

図表 34 平成 24 年 9 月にパスを使用した全患者に占める、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

パスを導入している施設における、パスの対象とした疾患についてみると、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が 13.8%で最も多く、次いで「筋骨格系疾患」(12.6%)、「神経系疾患」(6.0%)、「内分泌・栄養・代謝に関する疾患」(4.2%)であった。

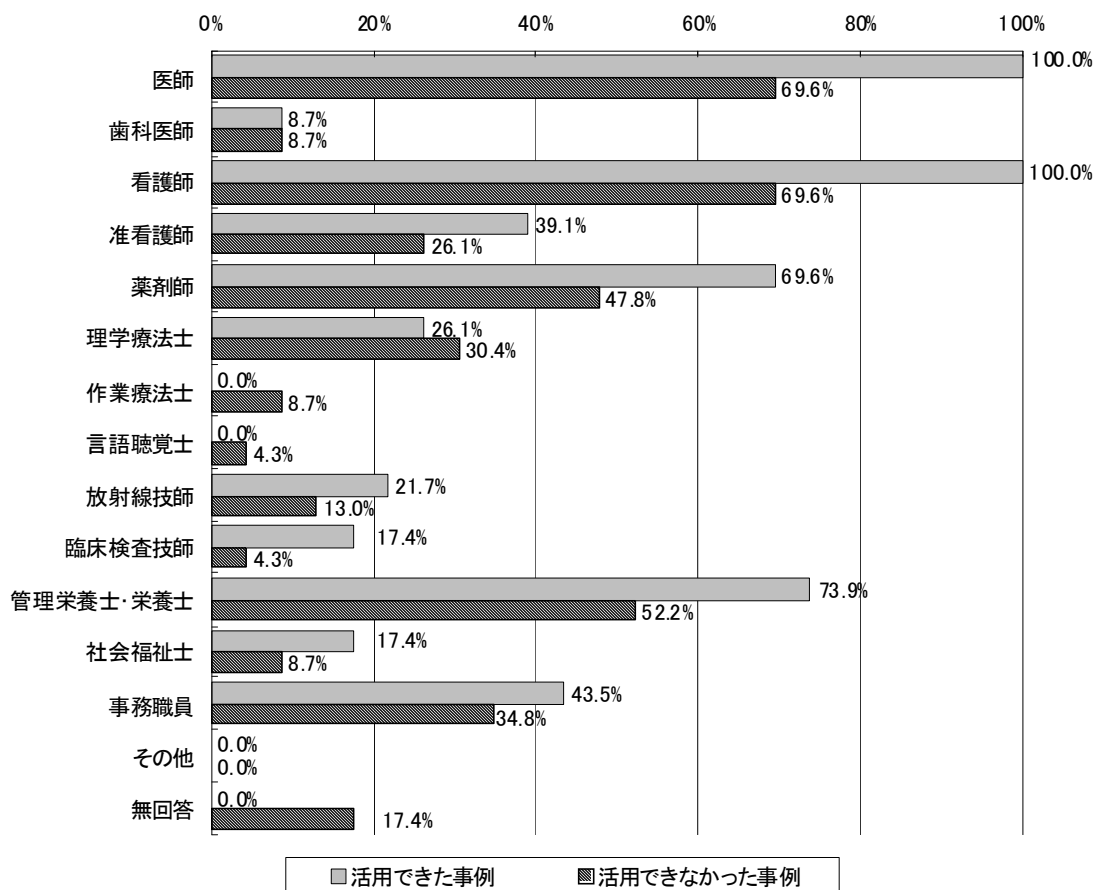
図表 35 対象とした疾患（パスを導入している施設）

	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

消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例で連携した職種についてみると、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して、「理学療法士」を除くすべての職種で連携している職種として挙げられた割合が高かった。特に「医師」、「看護師」、「薬剤師」、「管理栄養士・栄養士」で差異が大きかった。

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）



消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例で在院日数とその間のカンファレンス回数についてみると、在院日数は「パスを活用できた事例」では平均 8.5 日（標準偏差 4.1、中央値 8.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 18.4 日（標準偏差 13.8、中央値 14.0）であり、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して在院日数が 9.9 日と短かった。

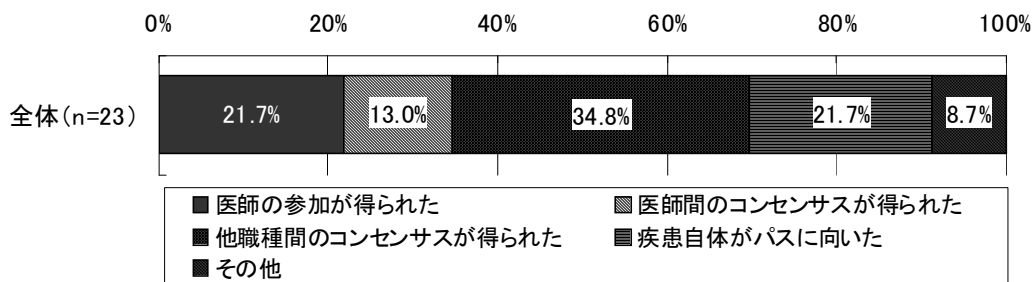
また、カンファレンス回数は「パスを活用できた事例」では平均 2.8 回（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 2.4 回（標準偏差 2.7、中央値 1.0）であり、パスを活用できた事例では在院日数が短いにも関わらず、カンファレンス回数が多くなっている。

図表 37 在院日数とその間のカンファレンス回数  
(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

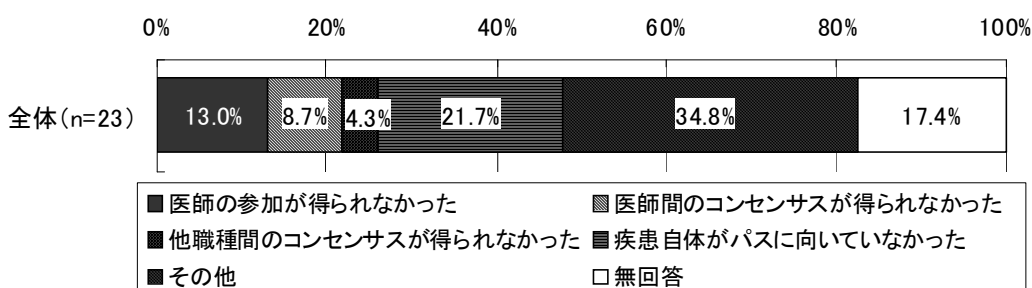
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例でパスを活用できた最大の理由についてみると、「他職種間のコンセンサスが得られた」が34.8%で最も多く、次いで「医師の参加が得られた」、「疾患自体がパスに向いた」がそれぞれ21.7%、「医師間のコンセンサスが得られた」が13.0%であった。

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)



消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例でパスを活用できなかった最大の理由についてみると、「疾患自体がパスに向いていなかった」が21.7%で最も多く、次いで「医師の参加が得られなかった」が13.0%、「医師間のコンセンサスが得られなかった」が8.7%、「他職種間のコンセンサスが得られなかった」が4.3%であった。

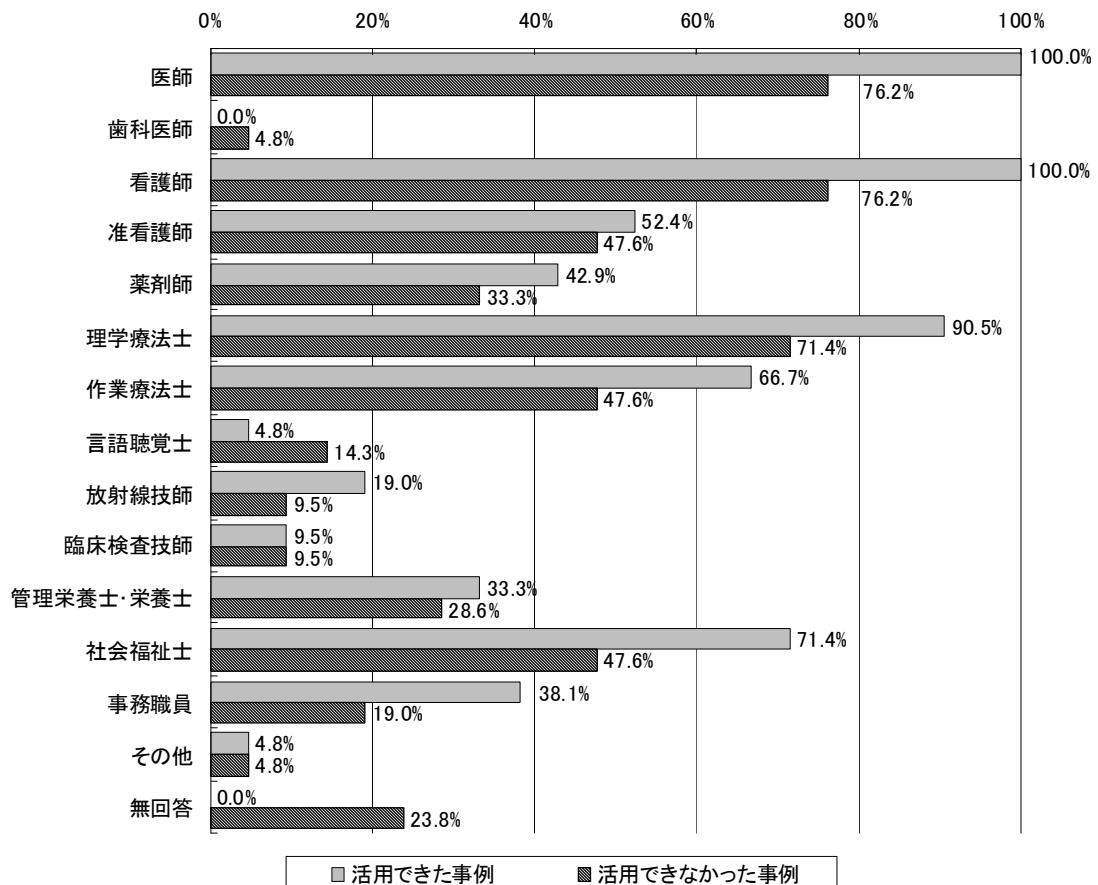
図表 39 パスを活用できなかった最大の理由 (消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患)



## 2) 筋骨格系疾患

筋骨格系疾患の事例で連携した職種についてみると、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して、「言語聴覚士」、「臨床検査技師」を除くすべての職種で連携している職種として挙げられた割合が高かった。特に「医師」、「看護師」、「理学療法士」、「作業療法士」、「社会福祉士」で差異が大きかった。

図表 40 連携した職種（筋骨格系疾患、n=21）



筋骨格系疾患の事例で在院日数とその間のカンファレンスについてみると、在院日数は「パスを活用できた事例」では 39.6 日（標準偏差 23.4、中央値 28.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 48.3 日（標準偏差 32.3、中央値 41.0）であり、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して在院日数が 8.7 日と短かった。

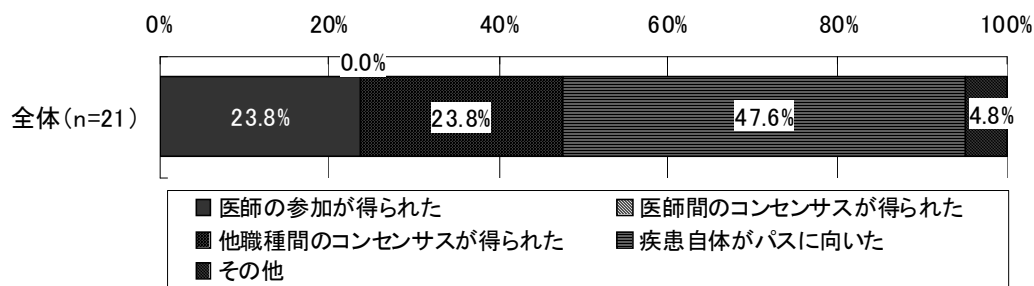
また、カンファレンス回数は「パスを活用できた事例」では平均 2.8 回（標準偏差 1.6、中央値 2.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 3.8 回（標準偏差 3.6、中央値 3.0）であった。パスを活用できなかった事例ではパスを活用できた事例よりもカンファレンス回数が多くなっている。

図表 41 在院日数とその間のカンファレンス回数（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

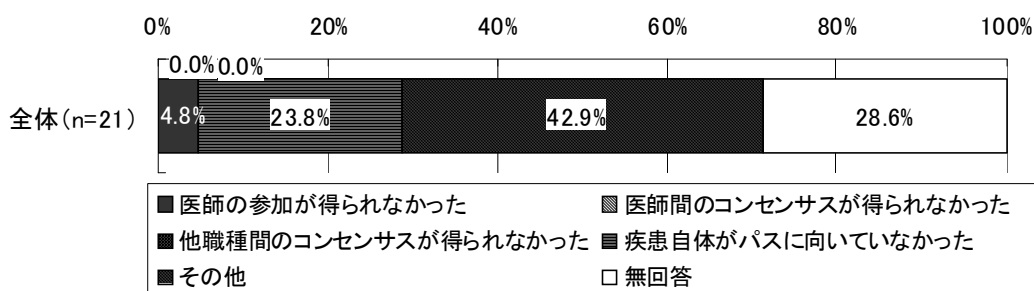
筋骨格系疾患の事例でパスを活用できた最大の理由についてみると、「疾患自体がパスに向いた」が 47.6%で最も多く、次いで「医師の参加が得られた」、「他職種間のコンセンサスが得られた」がそれぞれ 23.8%であった。

図表 42 パスを活用できた最大の理由（筋骨格系疾患）



筋骨格系疾患の事例でパスを活用できなかった最大の理由についてみると、「他職種間のコンセンサスが得られなかった」が 42.9%で最も多く、次いで「疾患自体がパスに向いていなかった」が 23.8%、「医師の参加が得られなかった」が 4.8%であった。

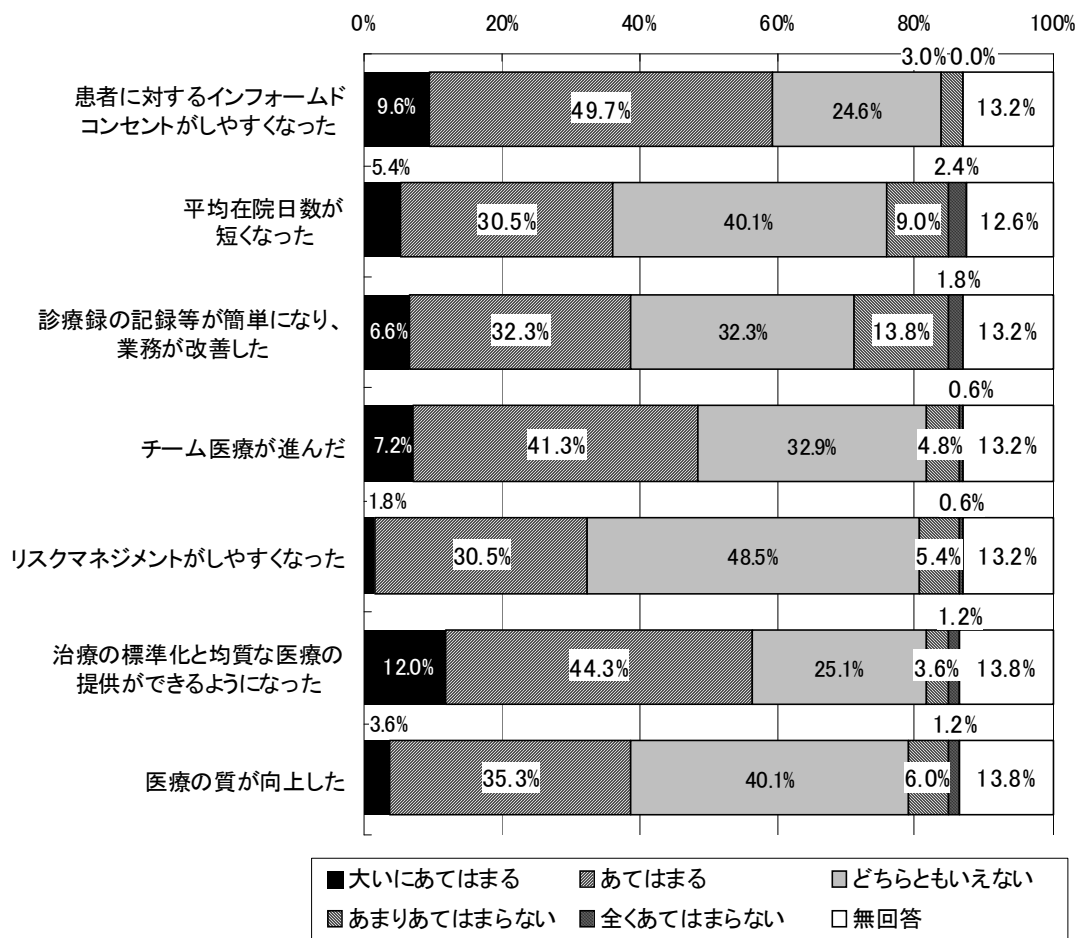
図表 43 パスを活用できなかった最大の理由（筋骨格系疾患）



### ⑫パスの活用による効果

パスを導入している施設における、パスの活用による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「患者に対するインフォームドコンセントがしやすくなった」が 59.3%で最も高く、次いで「治療の標準化と均質な医療の提供ができるようになった」が 56.3%、「チーム医療が進んだ」が 48.5%、「診療録の記録等が簡単になり、業務が改善した」と「医療の質が向上した」がそれぞれ 38.9%、「平均在院日数が短くなった」が 35.9%であった。「平均在院日数が短くなった」では「どちらともいえない」という回答割合が 40.1%あったが、その効果を認める施設も 35.9%あった。

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）

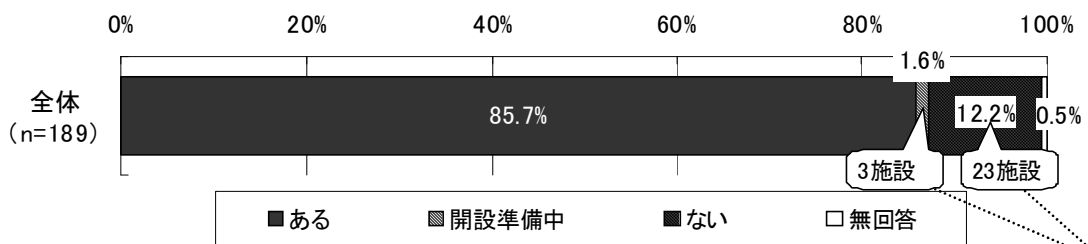


### (3) 退院調整の実施状況等

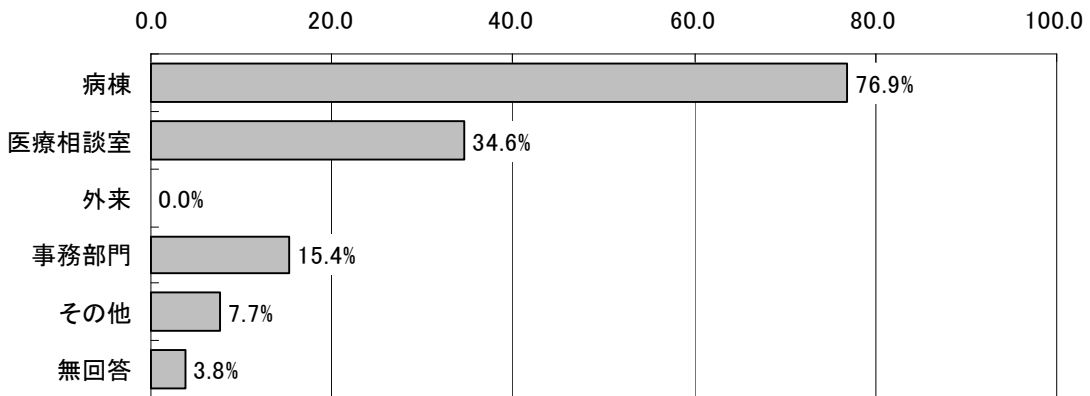
#### ①退院調整部門の有無

退院調整部門の有無についてみると、「ある」が85.7%、「開設準備中」が1.6%、「ない」が12.2%であった。また、退院調整部門がない施設における退院調整機能を担っている部門をみると、「病棟」が76.9%で最も多く、次いで「医療相談室」が34.6%、「事務部門」が15.4%であった。

図表 45 退院調整部門の有無



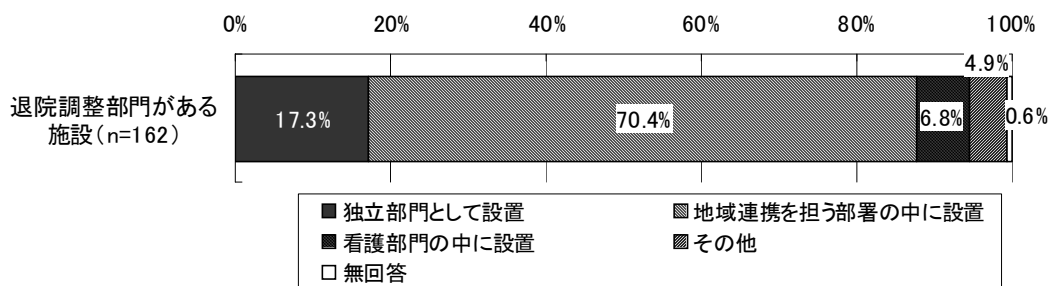
図表 46 退院調整機能を担っている部門（退院調整部門がない施設、複数回答、n=26）



### ②退院調整部門の設置場所

退院調整部門がある施設における退院調整部門の設置場所をみると、「地域連携を担う部署の中に設置」が70.4%で最も多く、次いで「独立部門として設置」が17.3%、「看護部門の中に設置」が6.8%であった。

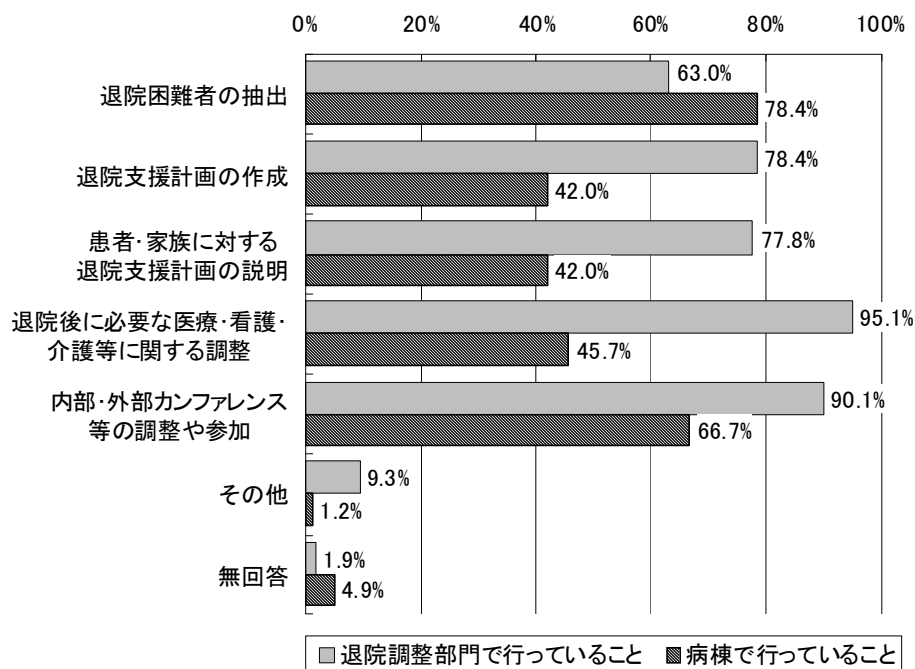
図表 47 退院調整部門の設置場所（退院調整部門がある施設）



### ③退院調整部門の業務内容

退院調整部門がある施設における、退院調整部門と病棟で行っている業務内容をみると、「退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整」、「内部・外部カンファレンス等の調整や参加」、「退院支援計画の作成」、「患者・家族に対する退院支援計画の説明」については「退院調整部門で行っていること」が「病棟で行っていること」と比較して高い割合となった。一方、「退院困難者の抽出」については、「病棟で行っていること」が「退院調整部門で行っていること」と比較して高い割合となった。

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

退院調整部門の1施設あたりの職員数を、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、平成23年9月は専従が平均1.86人、専任が1.98人であったのが、平成24年9月は専従が平均2.09人、専任が2.21人となっており、合計人数では3.84人から4.30人へと0.46人増加している。

図表 49 退院調整部門の体制（1施設あたりの職員数、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

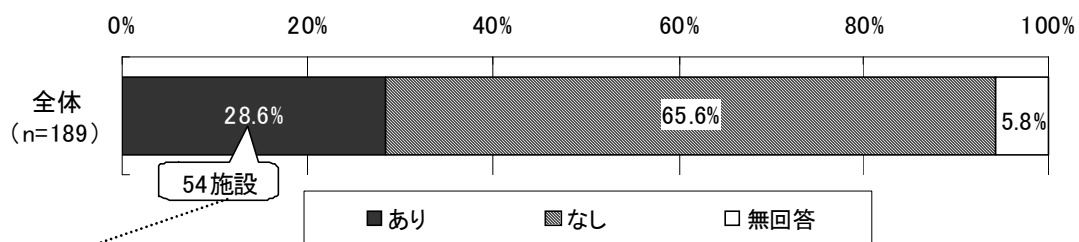
(注) 平成23年9月及び平成24年9月の専従・専任の人数について記載のあった152施設を集計対象とした。

## ⑤各診療報酬項目に関する状況等

### 1) 総合評価加算

総合評価加算の施設基準の届出が「あり」という施設は 28.6%であった。施設基準の届出時期は「平成 24 年 4 月～」が 40.7%で最も多かった。平成 23 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 52.9 回（標準偏差 110.8、中央値 11.0）、平成 24 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 54.9 回（標準偏差 113.4、中央値 13.0）であり、2.0 回増加した。

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

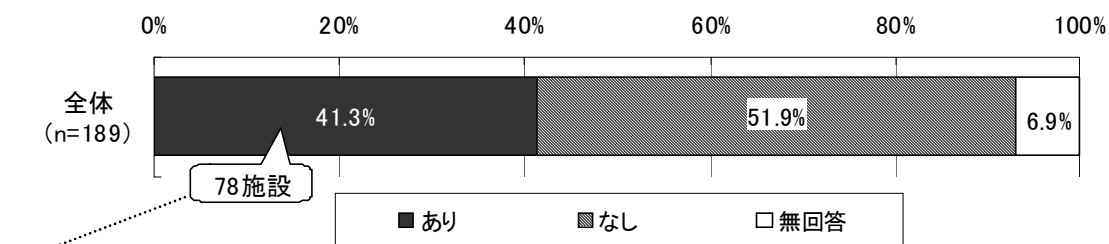
(単位：回)

	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

地域連携診療計画退院時指導料の届出が「あり」という施設は 41.3%であった。施設基準の届出時期は「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 46.2%で最も多く、「平成 24 年 4 月～」は 5.1%であった。平成 23 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 1.5 回（標準偏差 2.5、中央値 0.0）、平成 24 年 9 月の算定回数は平均 1.9 回（標準偏差 3.1、中央値 0.0）であり、0.4 回増加した。

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

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

1 か月間の介護支援連携指導料の算定回数は、平成 23 年 9 月が平均 6.8 回（標準偏差 15.3、中央値 1.0）、平成 24 年 9 月が平均 6.0 回（標準偏差 9.9、中央値 2.0）であり、平均値では 0.8 回減少しているが、中央値で見ると 1.0 回から 2.0 回に増加している。

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

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について数値の記入があった 155 施設を集計対象とした。

平成 24 年 9 月 1 か月間の介護支援連携指導料の算定回数分布について、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、「0 回」は 36.0%から 29.1%に減少し、算定実績のある施設の割合が増えている。

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%

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について数値の記入があった 189 施設を集計対象とした。

#### 4) 退院時共同指導料 2

退院時共同指導料 2 の 1 か月間の算定回数について、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、平成 23 年 9 月は平均 0.33 回（標準偏差 1.18、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月は 0.59 回（標準偏差 2.37、中央値 0.00）であり、0.26 回増加した。このうち、「医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300 点）」を算定した回数は、平成 23 年 9 月が平均 0.16 回（標準偏差 0.85、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.31 回（標準偏差 2.08、中央値 0.00）であり、0.15 回増加している。また、「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）」の算定回数は、平成 23 年 9 月が平均 0.16 回（標準偏差 0.60、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.15 回（標準偏差 0.50、中央値 0.00）であり、大きな変化はみられなかった。さらに、このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」をみると、平成 23 年 9 月が平均 0.23 回（標準偏差 0.72、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.42 回（標準偏差 2.03、中央値 0.00）であり、0.19 回増加している。

図表 58 退院時共同指導料 2 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

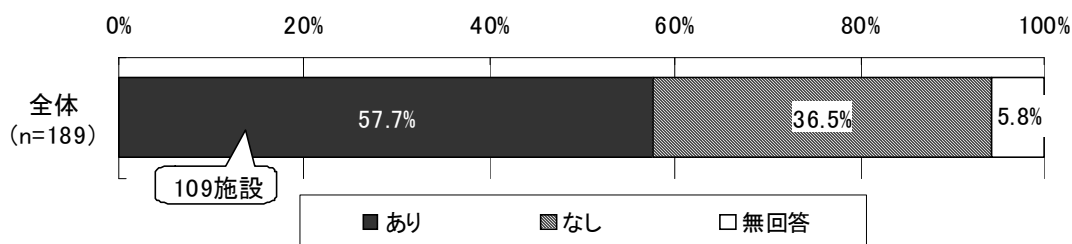
(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について数値の記入があった 143 施設を集計対象とした。

### 5) 退院調整加算 1

退院調整加算 1 の施設基準の届出が「あり」という施設は 57.7%、「なし」という施設は 36.5%であった。施設基準の届出時期は、平成 24 年の「4 月」が 63.3%で最も多く、次いで「9 月」(23.9%)、「6 月」、「10 月」(それぞれ 2.8%) であった。

平成 24 年 9 月 1 か月間の退院調整加算 1 の算定回数は平均 21.31 回(標準偏差 28.45、中央値 14.00)であり、このうち、地域連携計画加算を算定した回数は平均 0.48 回(標準偏差 1.91、中央値 0.00)であった。

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 の算定回数 (平成 24 年 9 月 1 か月、n=103)

(単位: 回)

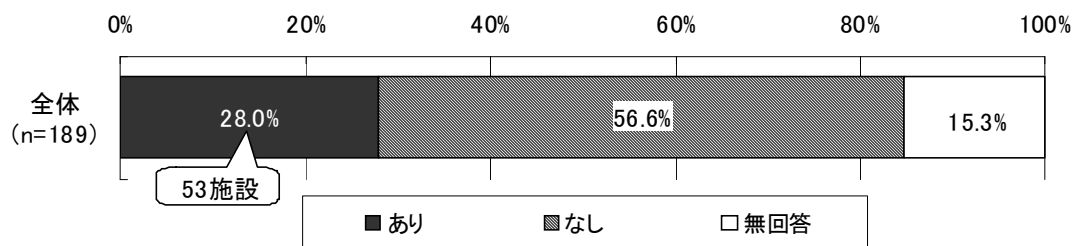
	平均値	標準偏差	中央値
退院調整加算 1 の算定回数	21.31	28.45	14.00
うち、地域連携計画加算を算定した回数	0.48	1.91	0.00

## 6) 退院調整加算 2

退院調整加算 2 の施設基準の届出が「あり」という施設は 28.0%、「なし」という施設は 56.6%であった。施設基準の届出時期は、平成 24 年「4 月」が 75.5%で最も多く、次いで「9 月」(15.1%)、「6 月」、「8 月」、「10 月」(それぞれ 1.9%) であった。

平成 24 年 9 月 1 か月間の退院調整加算 2 の算定回数は平均 4.04 回 (標準偏差 7.13、中央値 1.50) であり、このうち、地域連携計画加算を算定した回数は平均 0.89 回 (標準偏差 5.07、中央値 0.00) であった。

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

退院前訪問指導料の1か月間の算定回数は、平成23年9月が平均0.8回（標準偏差3.0、中央値0.0）、平成24年9月が平均0.8回（標準偏差1.9、中央値0.0）であり、大きな変化はみられなかった。

図表 65 退院前訪問指導料の算定回数

(単位：回)

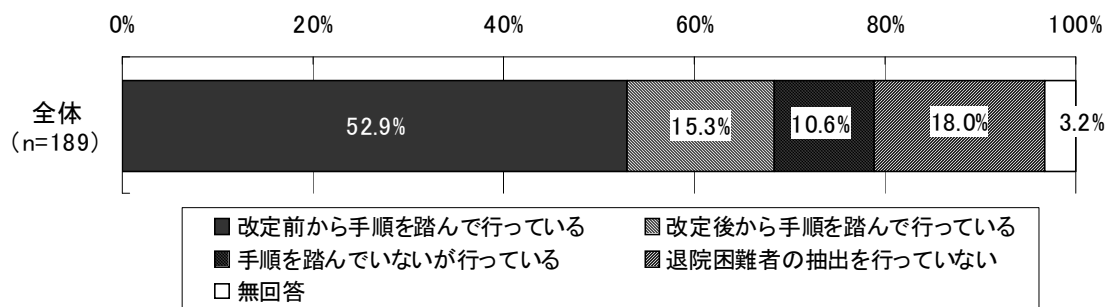
	平成23年9月	平成24年9月
平均値	0.8	0.8
標準偏差	3.0	1.9
中央値	0.0	0.0

## ⑥退院困難者の抽出

### 1) 退院困難者の抽出状況

退院困難者の抽出状況についてみると、「改定前から手順を踏んで行っている」が52.9%で最も多く、次いで「退院困難者の抽出を行っていない」が18.0%、「改定後から手順を踏んで行っている」が15.3%、「手順を踏んでいないが行っている」が10.6%であった。

図表 66 退院困難者の抽出状況

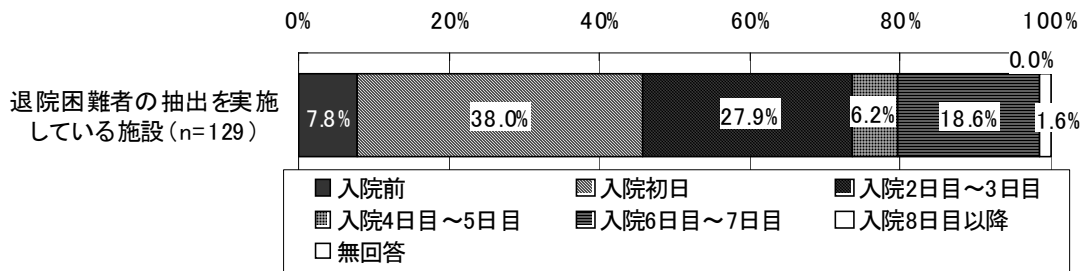




## 2) 退院困難者の抽出のタイミング

退院困難者抽出のタイミングについてみると、「入院初日」が38.0%で最も多く、次いで「入院2日目～3日目」が27.9%、「入院6日目～7日目」が18.6%、「入院前」が7.8%、「入院4日目～5日目」が6.2%、「入院8日目以降」が1.6%であった。

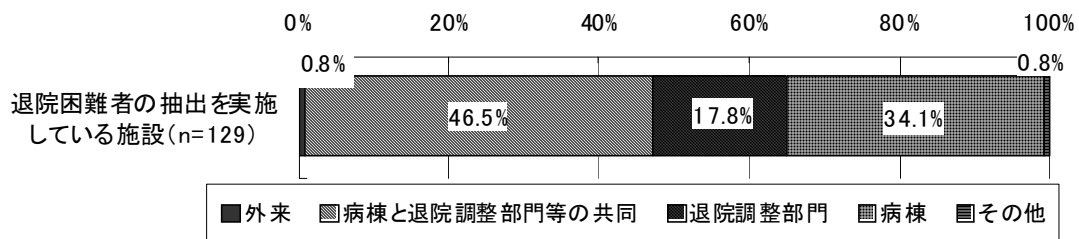
図表 67 退院困難者の抽出のタイミング（退院困難者の抽出を実施している施設）



## 3) 退院困難者の抽出実施部門

退院困難者の抽出を実施している施設における、退院困難者の抽出実施部門をみると、「病棟と退院調整部門等の共同」が46.5%で最も多く、次いで「病棟」が34.1%、「退院調整部門」が17.8%、「外来」が0.8%であった。

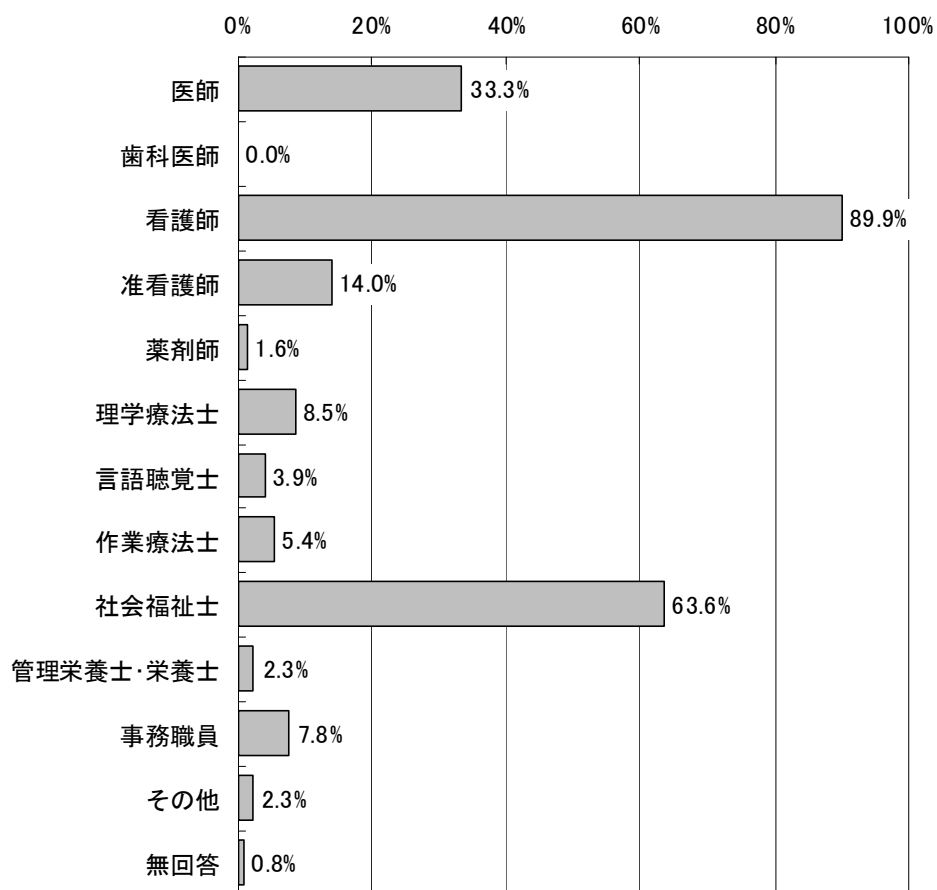
図表 68 退院困難者の抽出実施部門



#### 4) 退院困難者の抽出実施者

退院困難者の抽出実施者についてみると、「看護師」(89.9%)が最も多く、次いで「社会福祉士」(63.6%)、「医師」(33.3%)、「准看護師」(14.0%)、「理学療法士」(8.5%)であった。

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

退院困難者の患者数についてみると、まず、「平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数」は平均 324.2 人（標準偏差 932.0、中央値 127.0）で、このうちの「抽出を行った退院困難な要因を有する患者数」は平均 74.8 人（標準偏差 176.7、中央値 35.5）であった。さらに、「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」は平均 49.1 人（標準偏差 112.6、中央値 26.0）であった。

患者の状況を詳細にみると、「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」は平均 17.4 人（標準偏差 31.8、中央値 9.5）、「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」が平均 7.5 人（標準偏差 9.8、中央値 3.0）、「入退院を繰り返している患者数」が平均 10.5 人（標準偏差 39.6、中央値 3.0）であった。

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

1 施設あたりの転帰別患者数を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、1 か月間の「退院患者数」は平均 194.6 人から 195.6 人と変化はほとんどみられないが、「退院調整をした患者数」は平均 26.2 人から 32.5 人へと 6.3 人増加している。また、「退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数」は平均 3.8 人から 4.8 人へと 1.0 人増加している。「在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数」は平均 2.1 人から 2.9 人へと 0.8 人増加している。この患者のうち、平成 24 年 9 月をみると、「自院の在宅医療を受けている患者数」が 1.2 人であるのに対し「他院の在宅医療を受けている患者数」は 1.5 人とやや他院の患者が多くなっている。また、平成 23 年 9 月と比較すると、「退院時共同指導料を算定した患者数」は 0.1 人から 0.4 人へと増加している。さらに、「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」は平成 23 年 9 月には 0.8 人であったのが平成 24 年 9 月には 3.8 人と大きく増加している。

図表 71 転帰別患者数

(単位：人)

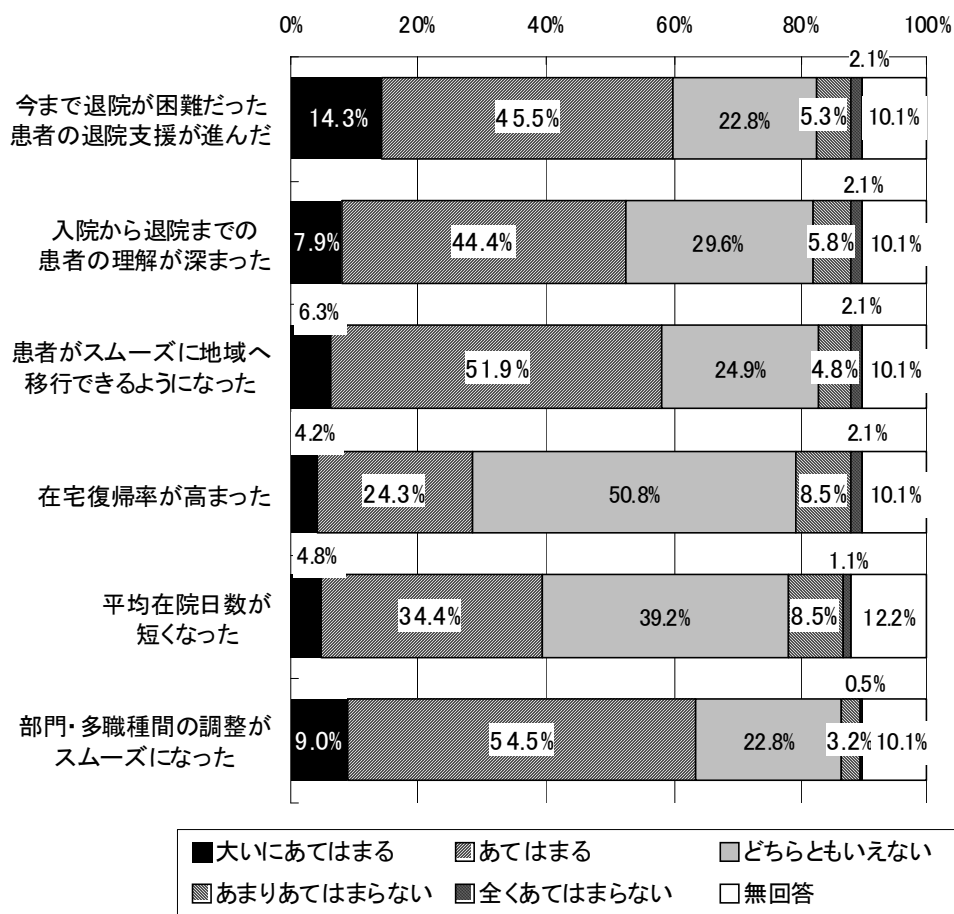
	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 退院患者数	194.6	295.8	67.0	195.6	299.5	67.0
2) 退院調整をした患者数(加算算定の有無は問わず)	26.2	30.2	16.0	32.5	38.5	23.5
3) 退院調整加算を算定した患者数	7.1	15.5	0.0	11.7	19.6	3.0
4) 他医療機関へ転院した患者数	9.3	15.6	4.0	9.6	15.9	4.0
5) 特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	5.1	6.1	3.0	6.1	6.7	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

退院調整による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「部門・多職種間の調整がスムーズになった」で 63.5%と最も高く、次いで「今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ」が 59.8%、「患者がスムーズに地域へ移行できるようになった」が 58.2%、「入院から退院までの患者の理解が深まった」が 52.3%であった。一方、「在宅復帰率が高まった」では 50.8%、「平均在院日数が短くなった」では 39.2%が「どちらともいえない」と回答しており、この割合が他の項目と比較して高い。

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

1 施設あたりの連携している施設・事業所数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、連携施設・事業所数は概して増加している。「在宅療養支援病院・診療所」は平均4.3か所から5.2か所に、「緊急時の入院医療機関としている病院・診療所」は平均5.5か所から6.4か所に、「訪問看護ステーション」は1.5か所から2.1か所に、「居宅介護支援事業所」は4.7か所から5.1か所に、それぞれ増加している。一方、「歯科保険医療機関」、「保険薬局」は依然として平均が1.0か所を下回っている。

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

対施設・事業所との連携がある場合、定期的なカンファレンスの開催数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、いずれにおいても増加している。特に「居宅介護支援事業所」との定期的なカンファレンスの開催数は平均2.6回（標準偏差4.1、中央値1.0）で最も多く、次いで「訪問看護ステーション」が平均1.8回（標準偏差2.0、中央値1.0）となっている。

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）

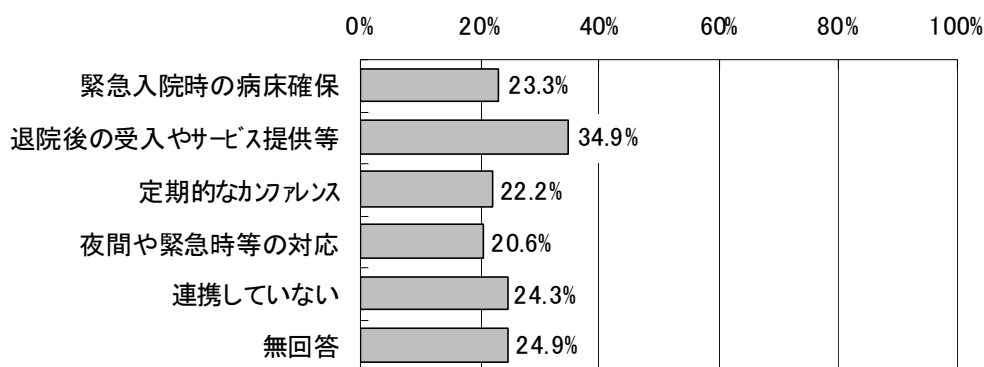
（単位：回）

	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

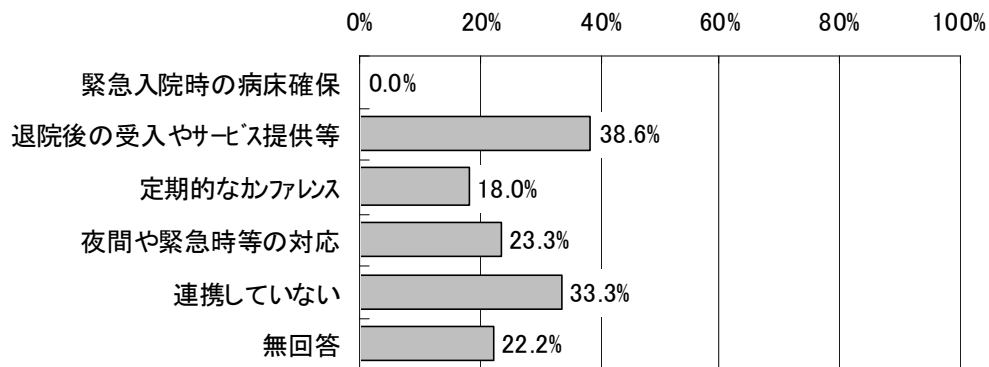
病院・診療所との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が34.9%で最も多く、次いで「緊急入院時の病床確保」(23.3%)、「定期的なカンファレンス」(22.2%)、「夜間や緊急時等の対応」(20.6%)であった。

図表 75 連携内容～①病院・診療所～（複数回答、n=189）



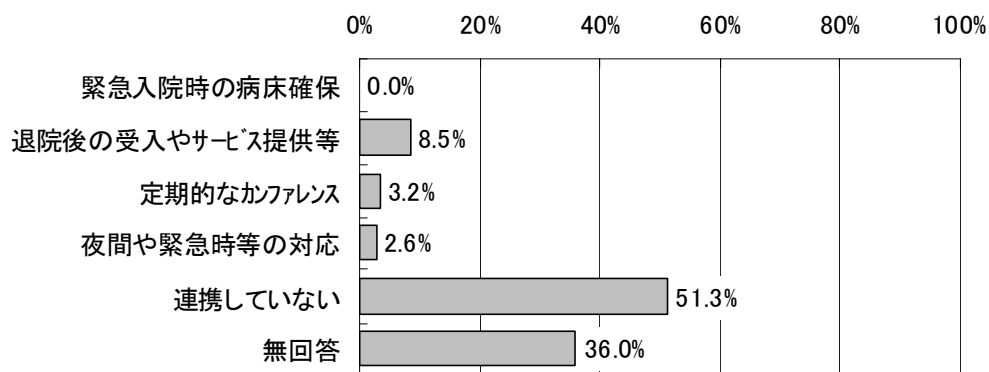
訪問看護ステーションとの連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が 38.6%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(23.3%)、「定期的なカンファレンス」(18.0%)であった。

図表 76 連携内容～②訪問看護ステーション～（複数回答、n=189）



歯科保険医療機関との連携内容についてみると、「連携していない」が 51.3%、無回答と合わせると 9 割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で 8.5%となった。「定期的なカンファレンス」は 3.2%にとどまった。

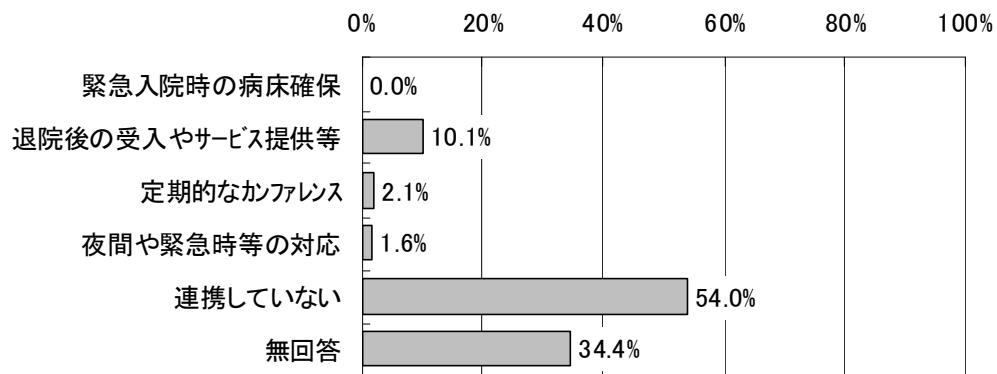
図表 77 連携内容～③歯科保険医療機関（複数回答、n=189）





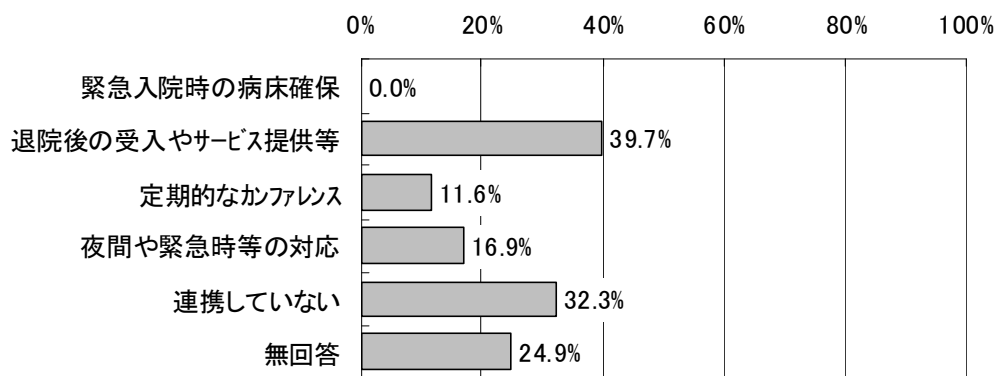
保険薬局との連携内容についてみると、「連携していない」が54.0%、無回答と合わせると9割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で10.1%となった。「定期的なカンファレンス」は2.1%にとどまった。

図表 78 連携内容～④保険薬局（複数回答、n=189）



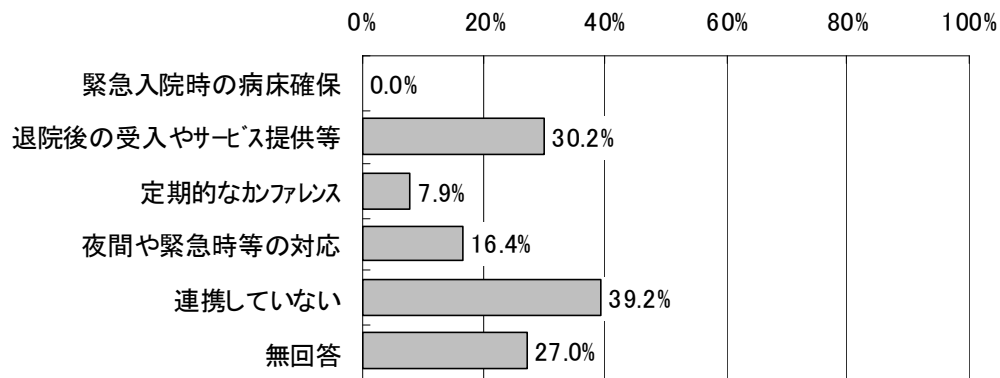
介護老人保健施設との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が39.7%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(16.9%)、「定期的なカンファレンス」(11.6%)であった。

図表 79 連携内容～⑤介護老人保健施設（複数回答、n=189）



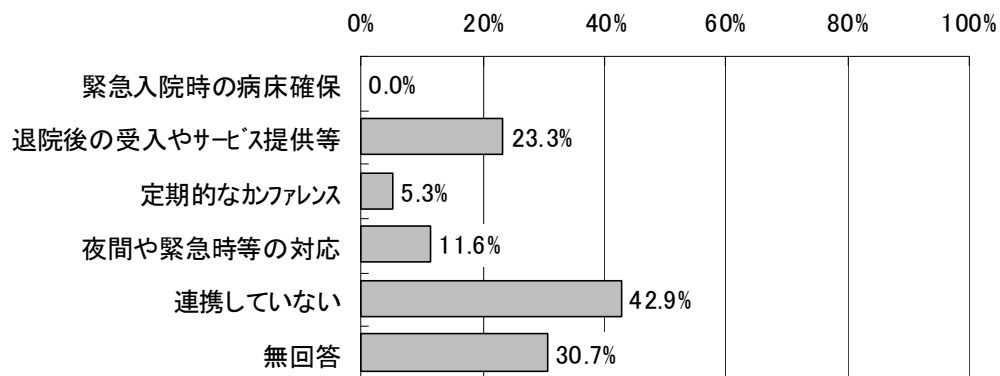
介護老人福祉施設との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が30.2%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(16.4%)、「定期的なカンファレンス」(7.9%)であった。

図表 80 連携内容～⑥介護老人福祉施設（複数回答、n=189）



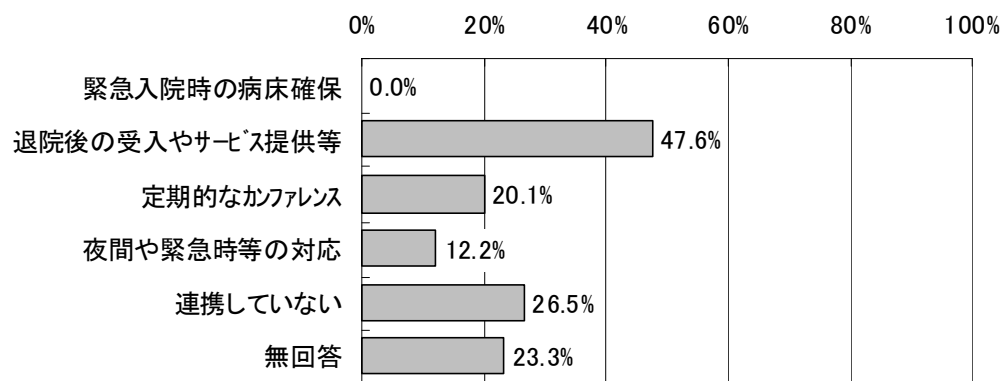
その他の施設との連携内容についてみると、「連携していない」が42.9%、無回答と合わせると7割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で23.3%となった。次いで「夜間や緊急時等の対応」(11.6%)、「定期的なカンファレンス」(5.3%)であった。

図表 81 連携内容～⑦その他の施設（複数回答、n=189）



居宅介護支援事業所との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が47.6%で最も多く、次いで、「定期的なカンファレンス」(20.1%)、「夜間や緊急時等の対応」(12.2%)であった。

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

各診療報酬項目の算定状況等についてみると、「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)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.01回(標準偏差0.17、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.02回(標準偏差0.15、中央値0.00)であった。「在宅患者緊急入院診療加算 連携医療機関である場合(2000点)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.07回(標準偏差0.55、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.07回(標準偏差0.48、中央値0.00)であった。これ以外の「在宅患者緊急入院診療加算(1000点)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.08回(標準偏差0.38、中央値0.00)、平成24年9月が0.07回(標準偏差0.35、中央値0.00)であった。

また、「リンパ浮腫指導管理料」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.80回(標準偏差2.97、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.69回(標準偏差2.54、中央値0.00)であった。「がん患者カウンセリング料」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.53回(標準偏差2.00、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.31回(標準偏差1.24、中央値0.00)であった。

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

連携医療機関等から受け入れた患者数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、「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」は、平成23年9月が平均7.40人（標準偏差22.33、中央値0.00）、平成24年9月が7.42人（標準偏差20.91、中央値0.00）であり、大きな変化はみられなかった。このうち、「緊急入院した患者数」は、平成23年9月が平均2.71人（標準偏差7.68、中央値0.00）、平成24年9月が平均2.87人（標準偏差7.55、中央値0.00）であった。

また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成23年9月が平均1.65人（標準偏差5.96、中央値0.00）、平成24年9月が平均2.14人（標準偏差7.13、中央値0.00）であり、0.49人増加している。このうち、「緊急入院した患者数」は、平成23年9月が平均0.79人（標準偏差2.86、中央値0.00）、平成24年9月が平均1.19人（標準偏差3.71、中央値0.00）であり、0.40人増加している。

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

専門性の高い看護師（褥瘡ケア）の人数別施設分布についてみると、「0人」が50.3%で最も多く、次いで「1人」が15.3%、「2人」が2.6%であった。1人以上いるという施設は21.1%であった。

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。

専門性の高い看護師（緩和ケア）の人数別施設分布についてみると、「0人」が54.0%で最も多く、次いで「1人」が12.2%、「2人」が3.2%であった。1人以上いるという施設は18.6%であった。

図表 86 専門性の高い看護師（緩和ケア）の人数別施設分布

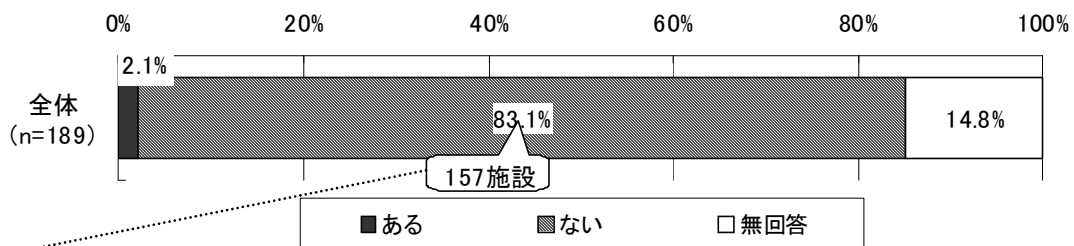
	施設数	割合
0人	102	54.0%
1人	23	12.2%
2人	6	3.2%
3人	3	1.6%
4人	1	0.5%
5人	2	1.1%
無回答	52	27.5%
全体	189	100.0%

(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。

専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等についてみると、「ある」と回答した施設は2.1%、「ない」と回答した施設が83.1%であった。

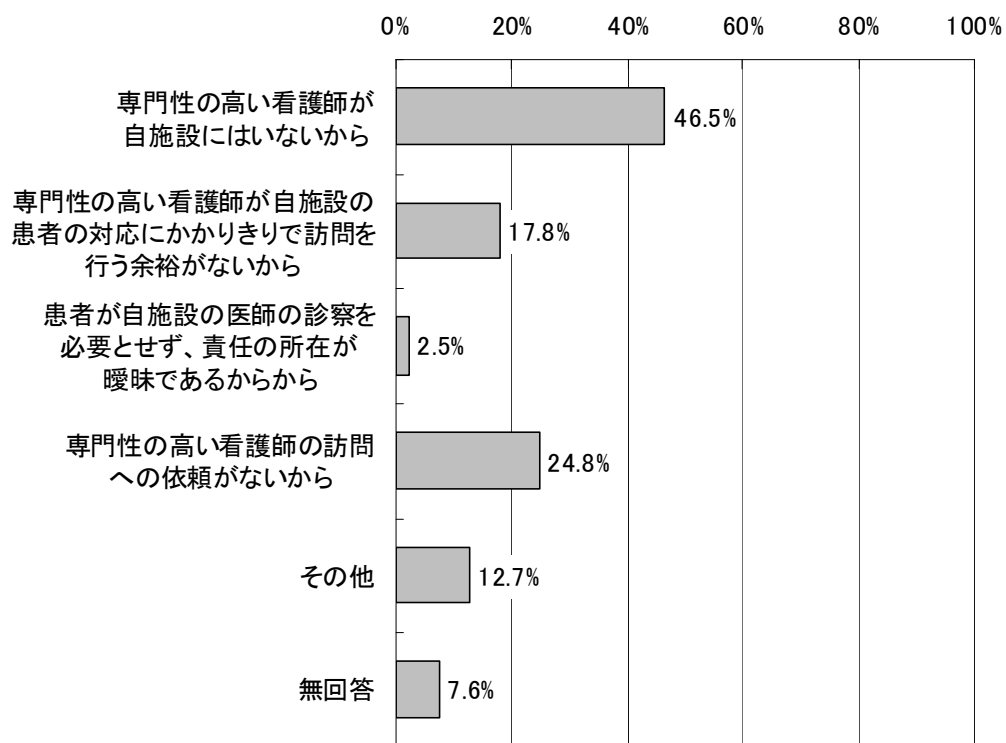
専門性の高い看護師による訪問看護の実施が「ない」と回答した施設において、実績がない理由についてみると、「専門性の高い看護師が自施設にはいないから」が46.5%で最も多く、次いで「専門性の高い看護師の訪問への依頼がないから」が24.8%、「専門性の高い看護師が自施設の患者の対応にかかりきりで訪問を行う余裕がないから」が17.8%であった。

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)

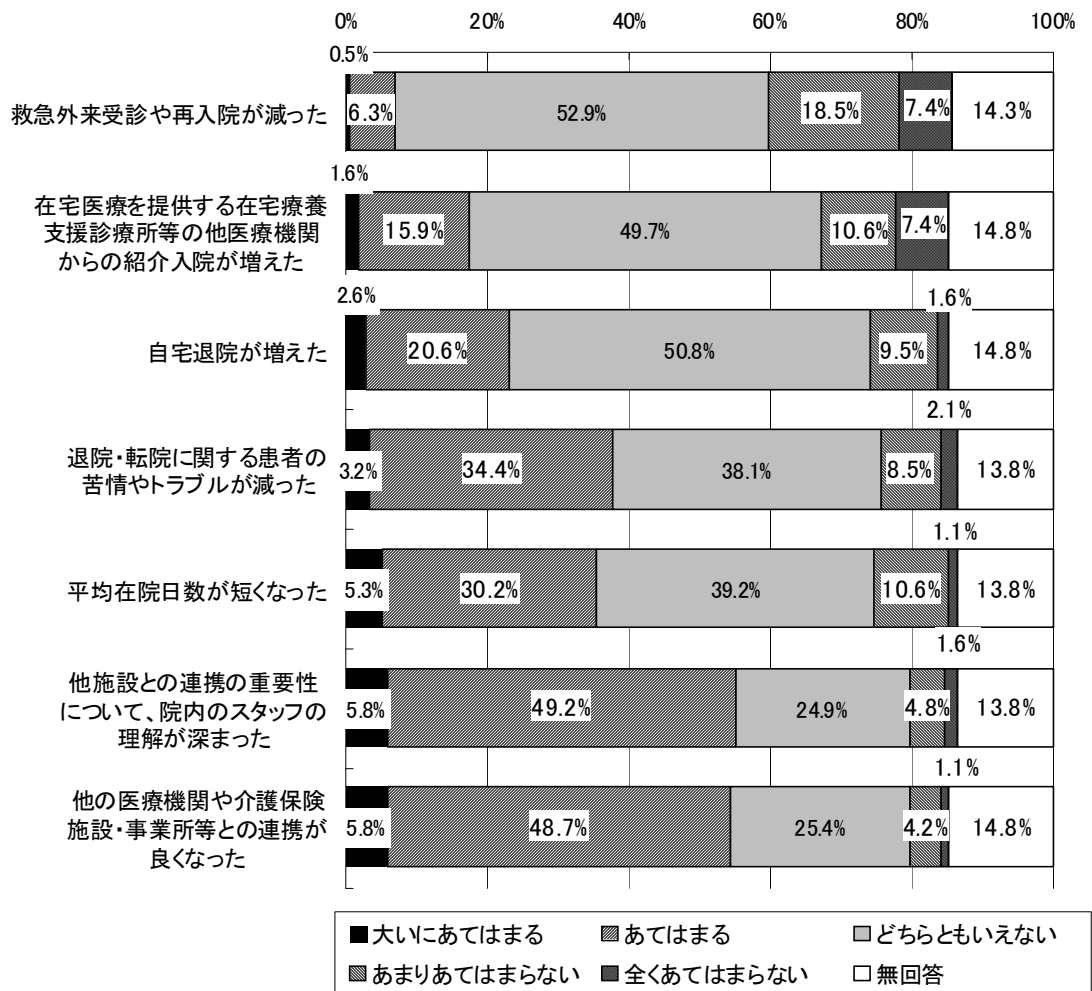


(5) パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果等

パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」が 55.0%で最も高く、次いで「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」(54.5%)、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」(37.6%)、「平均在院日数が短くなった」(35.5%)であった。

一方、「救急外来受診や再入院が減った」、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」、「自宅退院が増えた」は「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合が低く、「どちらともいえない」が5割近くを占めている。

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) 退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等

退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等を自由記述形式で記載していただいた主な内容は以下の通りである。

- ・スタッフの確保。
- ・地元診療所、医師会との顔が見える連携。
- ・退院時、在宅を選択した患者の訪問診療、訪問看護の強化。
- ・院内スタッフがより一層在宅医療の現状を知る必要がある。在宅へつなげていくため、現状理解が進めばより多角的なアプローチが可能になると考える。
- ・情報が正確でなく、受け入れたら別の症状があったり、知らされていない薬剤が処方されていたりする。
- ・主治医の理解（医療機関と地域の両者）。
- ・社会資源が不足している（訪問サービス、入所施設）。
- ・在宅医療の実態を把握すること。
- ・スタッフの退院支援に関する意識付け。
- ・在宅看取りを進めたいが、患者・家族に看取りの知識がないためスムーズに進まない。在宅看取りに対する世論を高め地域住民への啓蒙が必要。
- ・家族の介護力が低下しており、また介護の制度等に関する知識も乏しいため、在宅に戻る際の調整に時間がかかる。
- ・家族が求めるニーズとマッチングするまで時間がかかるケースが増えてきている。
- ・在宅療養支援診療所等の確保。
- ・診療報酬のアップが不可欠。入院の意義を考え直すべき。
- ・提供する情報と要求される情報の差がある。統一のフォーマットなども必要と感じている。退院調整に充てる日数が短く、カンファレンスなどの情報共有をもっと効率よく行う方法がないかと感じている。
- ・地域住民の理解（家族の介護力）。
- ・連携室のマンパワー不足により、早期からの退院支援が遅れるケースがある。
- ・近隣の病院・医院との連携が深まると良いと思う。
- ・元々在宅に戻れない患者が入院している。回復期リハと療養では役割が異なるため、回復期リハでは積極的に実施している。
- ・医師の退院調整に関する意識を高めていくこと。
- ・退院後も医療処置が必要な患者が増えており、在宅医（往診医）の負担が増えていると思われる。
- ・在宅で介護を担当する家族がいないケースが多い。
- ・地域全体で役割分担できる体制を整える。在宅医療を受けている患者の病床を複数の病院で検討できるようになるとよい。
- ・連携先が多岐にわたるため、定期カンファレンスが開催できない。患者の状態に応じて開催している。

- ・ 家族の受入れが困難で在宅へと移行できないことが多い。
- ・ 通院できない経管栄養患者の行き先確保。病院が最終の生活場所ではないことを本人、家族に理解してもらうこと。
- ・ 地域の福祉・医療資源を知ること。顔と顔の見えるスムーズな連携が図れるよう、地域会議等へ積極的に参加すること。
- ・ 院内教育、スムーズな連携システムの構築。
- ・ 在宅医との連携についてサービス担当者会議への主治医参加調整がなかなか進まない。
- ・ 社会資源の不足。
- ・ 院内スタッフ（医師、看護師）が在宅で療養するイメージが持ちにくく、積極的に在宅を進めることが少ない。
- ・ 在宅療養時に病状悪化した場合、入院できるベッドの保障が容易にできない。
- ・ 一部の医療行為（胃瘻交換、PCA ポンプの使用、管理、輸血等）が往診医で対応できない場合があり、自宅退院の調整が進まないことがある。
- ・ 家族の介護力の不足。
- ・ 経済力の不足。
- ・ 医療ニーズがある患者の在宅調整。
- ・ ケアマネジャーの力量の差。
- ・ 患者・家族が逆紹介（かかりつけ、往診医）にあまり積極的でない。
- ・ 逆紹介をした患者の緊急時の対応が困難な場合がある。
- ・ カンファレンスを行うのに多忙のため参加できないスタッフがいる。
- ・ MSW を平成 23 年 4 月に 2 名初めて採用したが、まだまだ軌道に乗った状態ではないと思われる。ただ、平成 23 年 4 月までに長期入院していた患者は 30 名程度であったが残り 10 名にまで退院調整を図ることができた。
- ・ 有料老人ホーム等において看護師の配置がなく、インスリンや透析等、医療行為が必要な患者の受入れが難しい。また、山間部において在宅医療は困難。
- ・ 在宅医療へすべて委ねるのではなく、お互いの役割分担を明確にし、依頼するところはして、受ける時はしっかり受けるという連携体制が必要である。この関係があれば患者も安心して家に帰れるのではないか。
- ・ 患者及び家族の在宅医療への理解。
- ・ 急性期病院のため、病状が安定しづらく、入院日数短縮につながりにくい。
- ・ 低所得者や支払困難者、高齢者の独居、家族との疎遠等、退院困難な事例が増えている。在宅へ移行するためには、国の保証やシステムが追いついていない実感がある。
- ・ 医療依存度の高い患者を在宅でみる場合、介護者の意欲や介護力の問題がある。
- ・ へき地であり、24 時間の巡回型サービスがないなど、在宅サービス（社会資源）に乏しい。地域全体でインフォーマルな支援を充実させていく仕組みが必要。

## (7) 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

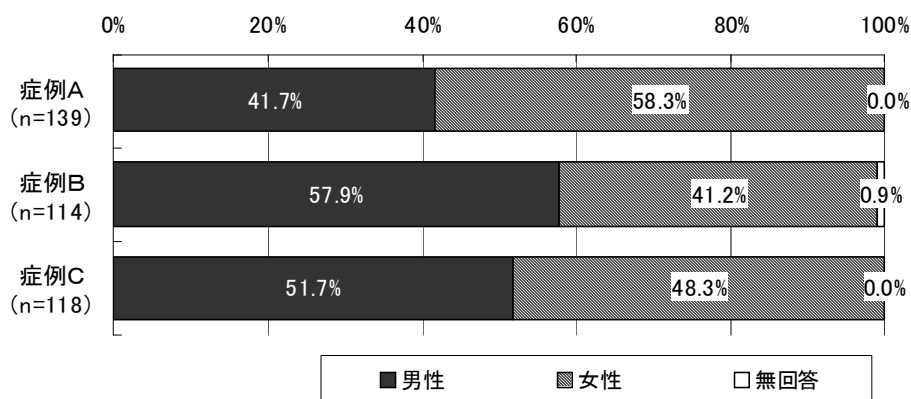
症例 C：119 名

※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

対象患者の性別についてみると、症例 A では、「男性」が 41.7%、「女性」が 58.3%であった。症例 B では、「男性」が 57.9%、「女性」が 41.2%であった。症例 C では、「男性」が 51.7%、「女性」が 48.3%であった。

図表 90 性別



## ②年齢

対象患者の平均年齢についてみると、症例Aでは79.4歳（標準偏差12.0、中央値81.0）、症例Bでは79.0歳（標準偏差10.6、中央値80.0）、症例Cでは79.0歳（標準偏差11.9、中央値81.0）であった。症例による平均年齢に大きな差異はみられなかった。

図表 91 年齢

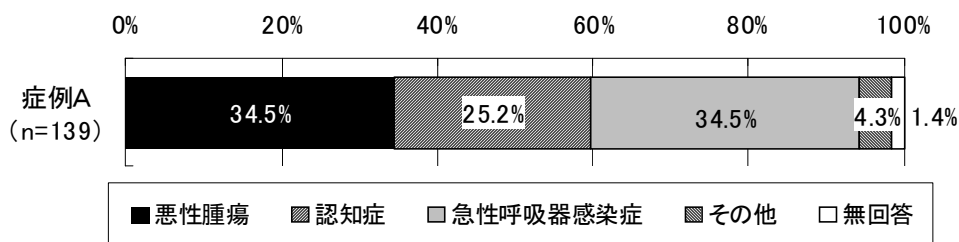
（単位：歳）

	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

主たる傷病名についてみると、症例Aでは、「悪性腫瘍」、「急性呼吸器感染症」がそれぞれ34.5%、「認知症」が25.2%であった。

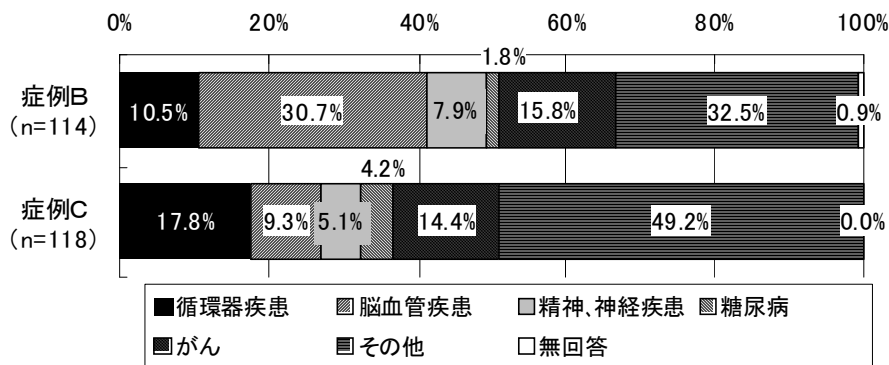
図表 92 主たる傷病名（症例A）



症例Bでは、「脳血管疾患」が30.7%で最も多く、次いで「がん」(15.8%)、「循環器疾患」(10.5%)、「精神、神経疾患」(7.9%)、「糖尿病」(1.8%)であった。

症例Cでは、「循環器疾患」が17.8%で最も多く、次いで「がん」(14.4%)、「脳血管疾患」(9.3%)、「精神、神経疾患」(5.1%)、「糖尿病」(4.2%)であった。

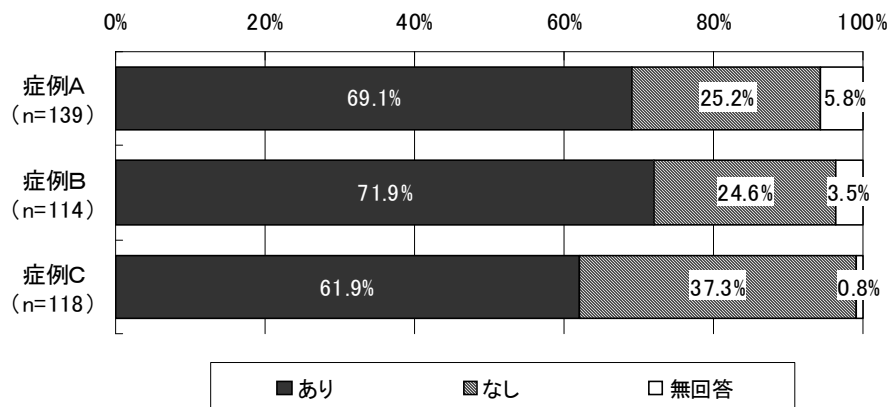
図表 93 主たる傷病名（症例B／症例C）



#### ④同居家族の有無

同居家族の有無についてみると、同居家族が「あり」という患者は、症例Aでは69.1%、症例Bでは71.9%、症例Cでは61.9%であった。

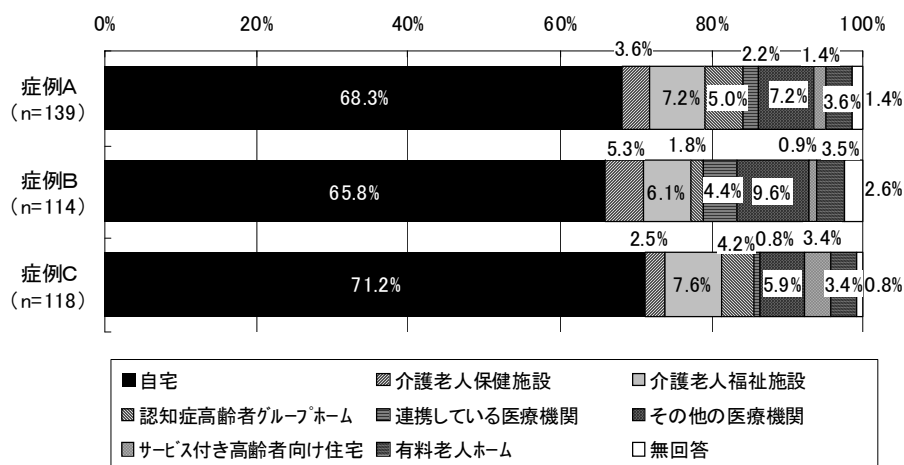
図表 94 同居家族の有無



#### ⑤入院前の所在

入院前の所在についてみると、いずれの症例でも「自宅」が最も多く、症例Aでは68.3%、症例Bでは65.8%、症例Cでは71.2%となった。2位以下をみると、症例Aでは「介護老人福祉施設」、「その他の医療機関」(それぞれ7.2%)、症例Bでは「その他の医療機関」(9.6%)、「介護老人福祉施設」(6.1%)、症例Cでは「介護老人福祉施設」(7.6%)、「その他の医療機関」(5.9%)であった。

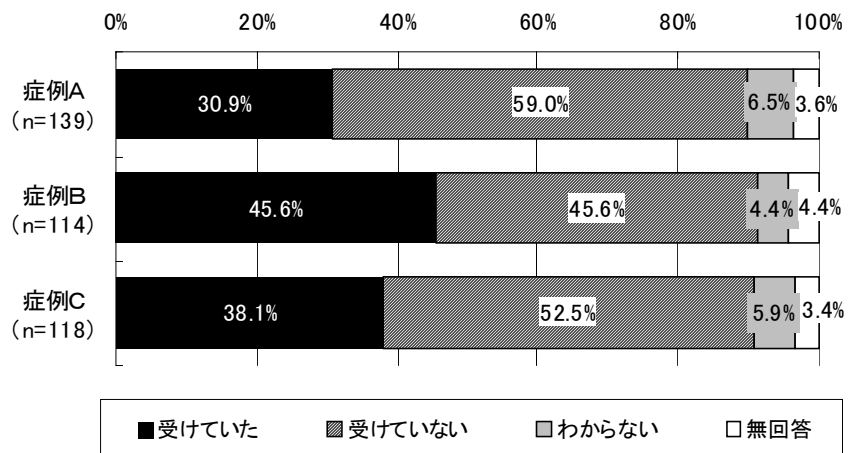
図表 95 入院前の所在



### ⑥入院前の在宅医療の受療状況

入院前の在宅医療の受療状況についてみると、在宅医療を「受けていた」という割合は症例Aでは30.9%、症例Bでは45.6%、症例Cでは38.1%であった。

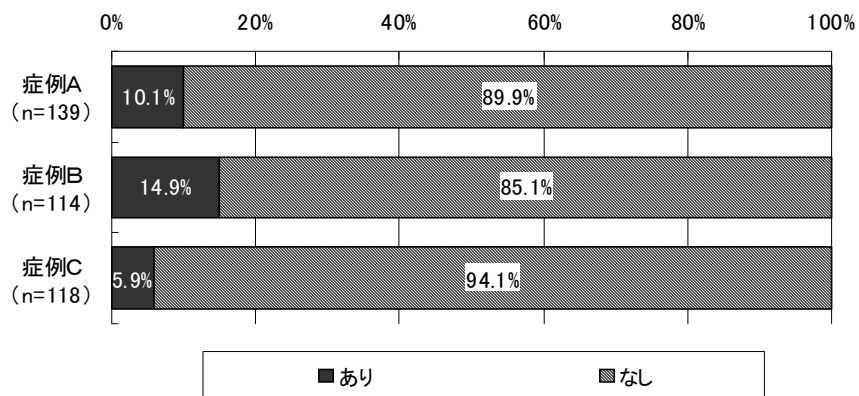
図表 96 入院前の在宅医療の受療状況



### ⑦入院中の手術の有無

入院中の手術の有無についてみると、手術が「あり」の割合は、症例Aでは10.1%、症例Bでは14.9%、症例Cでは5.9%であった。

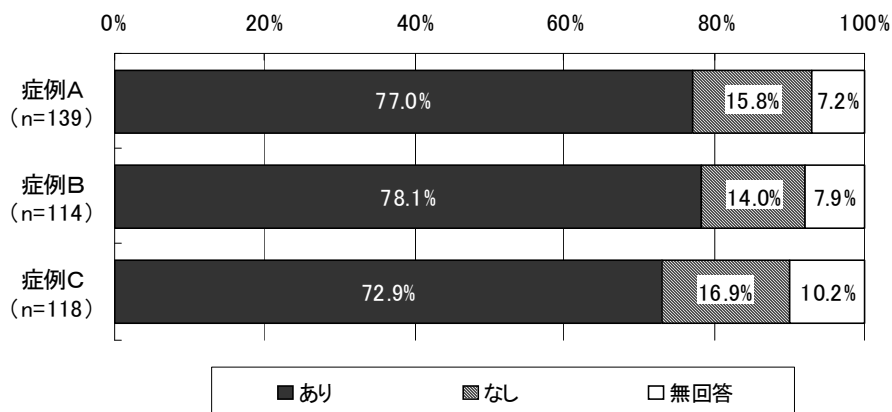
図表 97 入院中の手術の有無



⑧退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無

退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無についてみると、「あり」という割合は、症例Aでは77.0%、症例Bでは78.1%、症例Cでは72.9%であった。

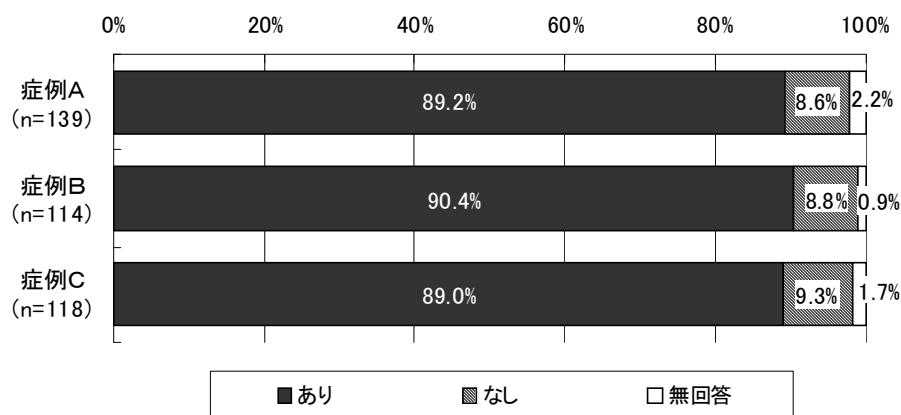
図表 98 退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無



⑨退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無と時期

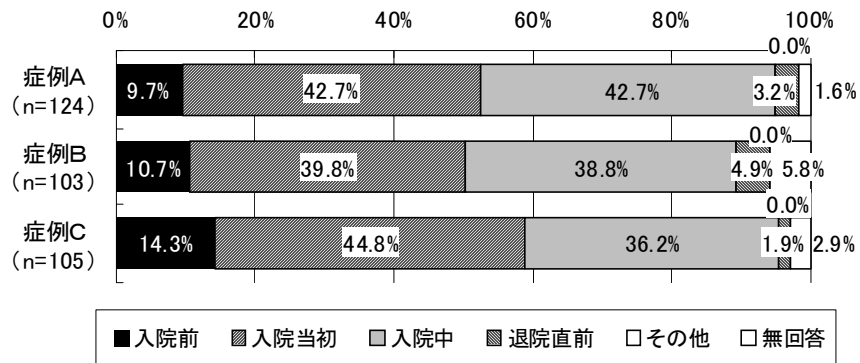
退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無についてみると、関与が「あり」という割合は、いずれの症例においても9割近くを占めた。

図表 99 退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無



また、退院調整部門が関与を開始した時期についてみると、いずれの症例でも最も多いのが、「入院当初」という回答で4割近くを占め、「入院中」も同じく4割程度あった。

図表 100 退院調整部門が関与を開始した時期

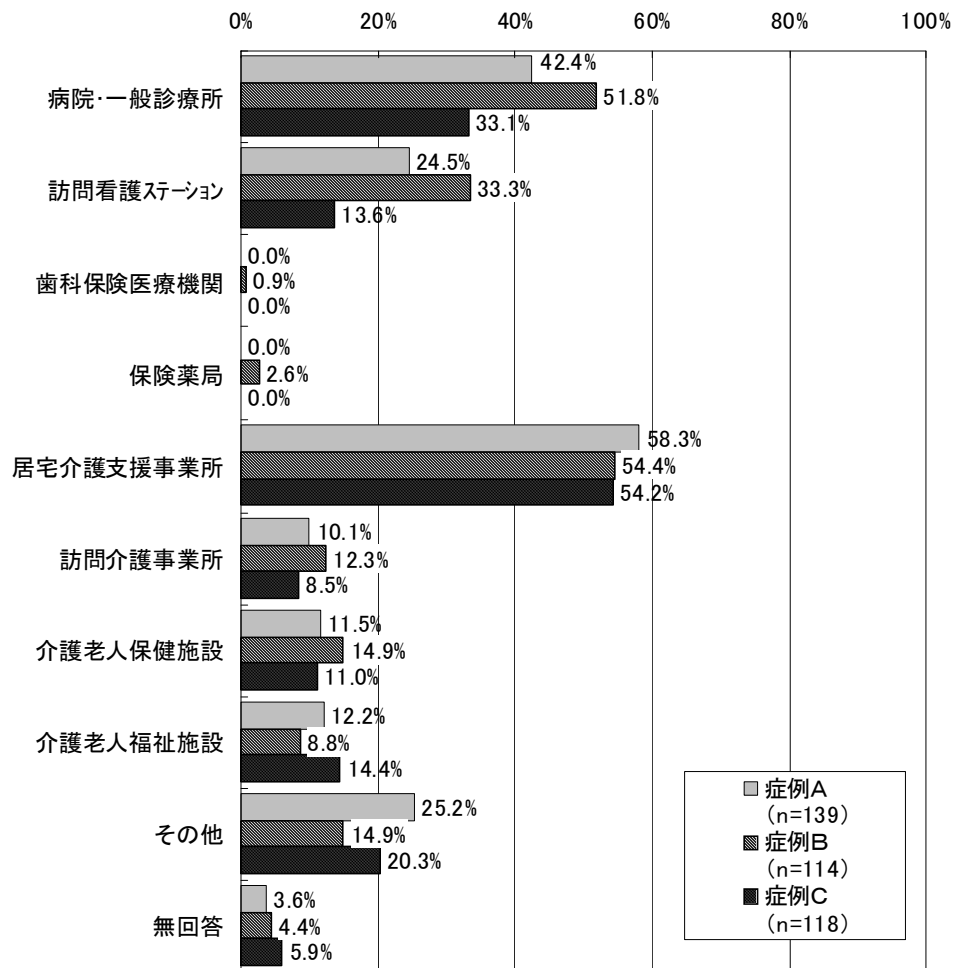




⑩退院調整に際して連携した施設・事業所

退院調整に際して連携した施設・事業所についてみると、いずれの症例においても「居宅介護支援事務所」の割合が最も高く、次いで「病院・一般診療所」であった。特に症例Bでは他の症例と比較して、「病院・一般診療所」、「訪問看護ステーション」の割合が高かった。

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

退院調整のカンファレンスの平均回数についてみると、症例 A では平均 2.3 回（標準偏差 2.2、中央値 2.0）、症例 B では平均 2.6 回（標準偏差 3.3、中央値 2.0）、症例 C では平均 2.0 回（標準偏差 2.0、中央値 1.0）であった。

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

また、カンファレンスの 1 回あたりの平均所要時間についてみると、症例 A では平均 31.8 分（標準偏差 20.1、中央値 30.0）、症例 B では平均 30.9 分（標準偏差 18.1、中央値 30.0）、症例 C では平均 32.3 分（標準偏差 17.0、中央値 30.0）であった。

図表 103 退院調整のカンファレンスの 1 回あたりの平均所要時間

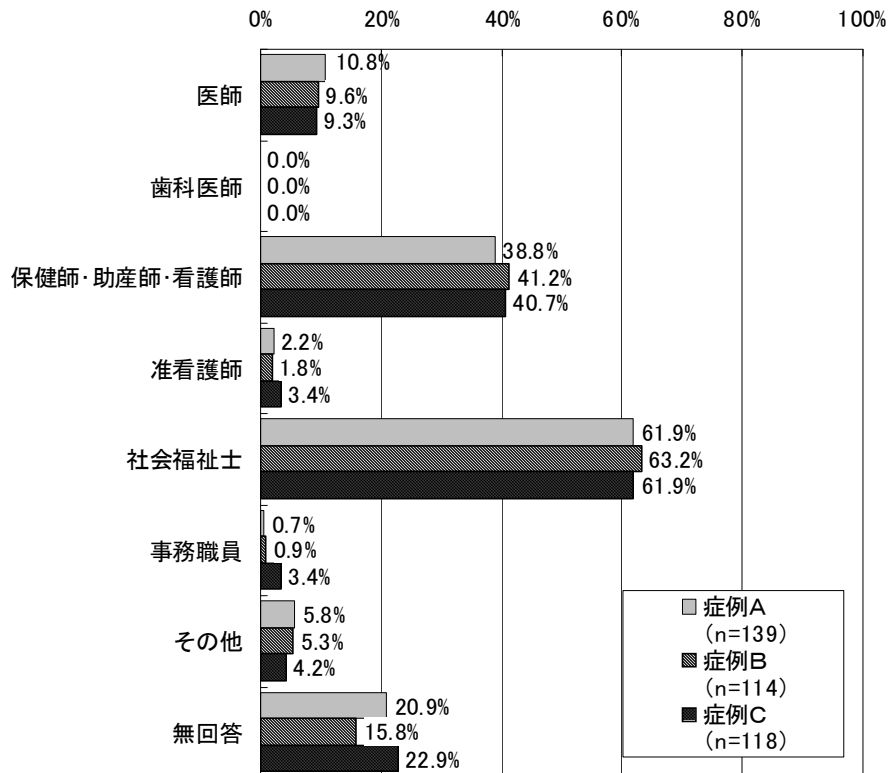
（単位：分）

	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

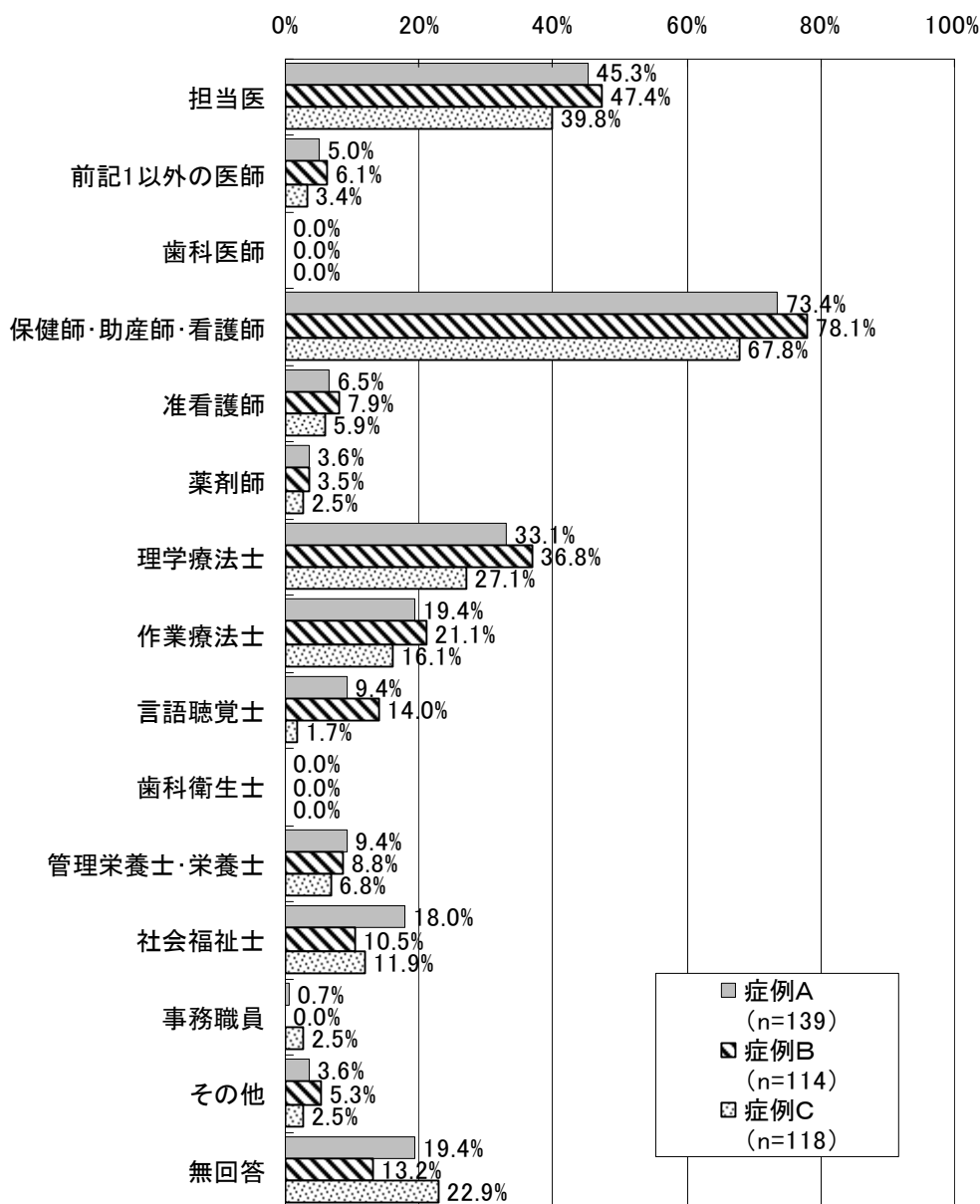
退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）についてみると、退院調整部門では、いずれの症例においても「社会福祉士」が最も高かった。次いで「保健師・助産師・看護師」であった。

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）



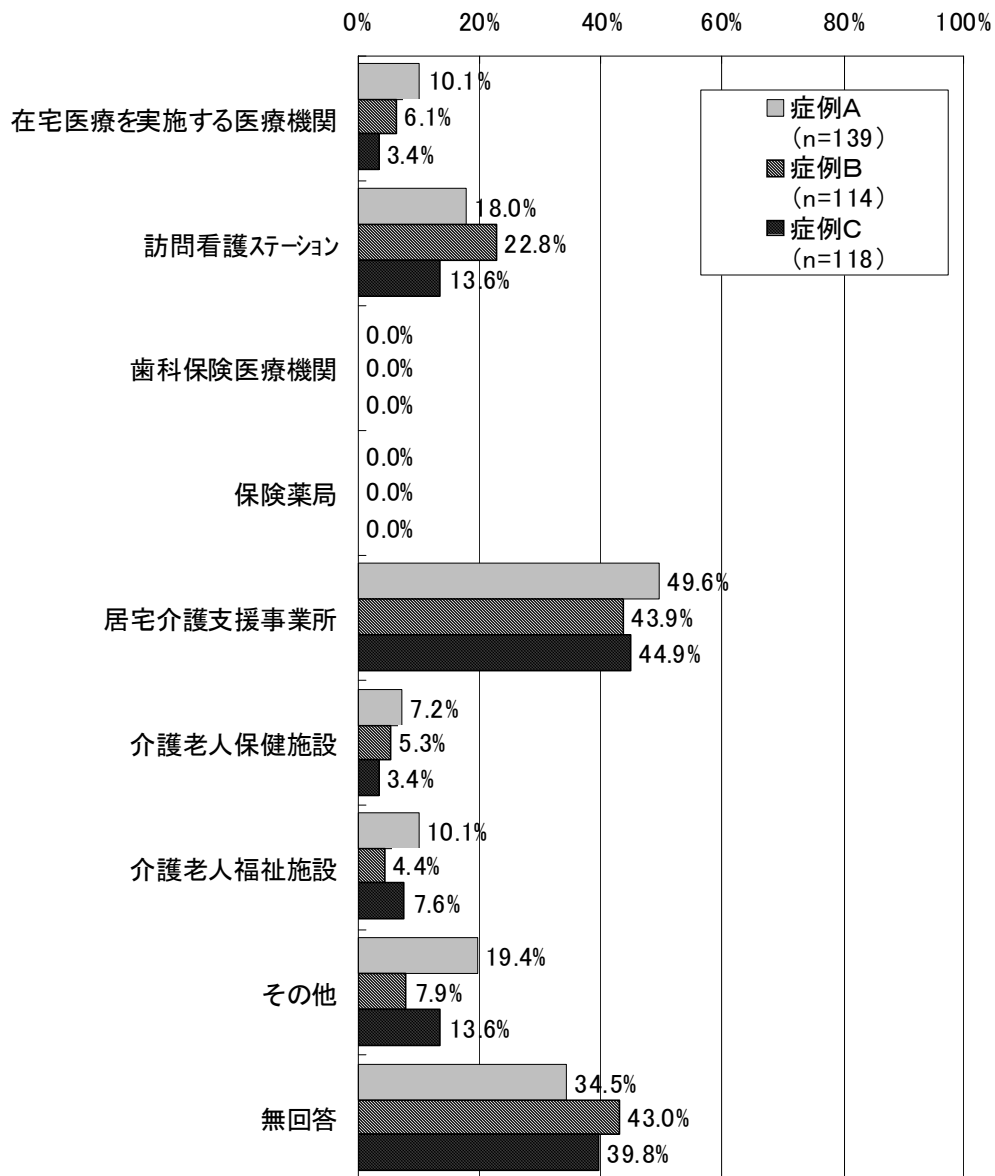
退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）についてみると、退院調整部門を除く院内では、いずれの症例においても「保健師・助産師・看護師」が最も高く、次いで「担当医」、「理学療法士」であった。

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）



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）についてみると、院外（外部）では、いずれの症例においても「居宅介護支援事業所」が最も高く、次いで「訪問看護ステーション」であった。

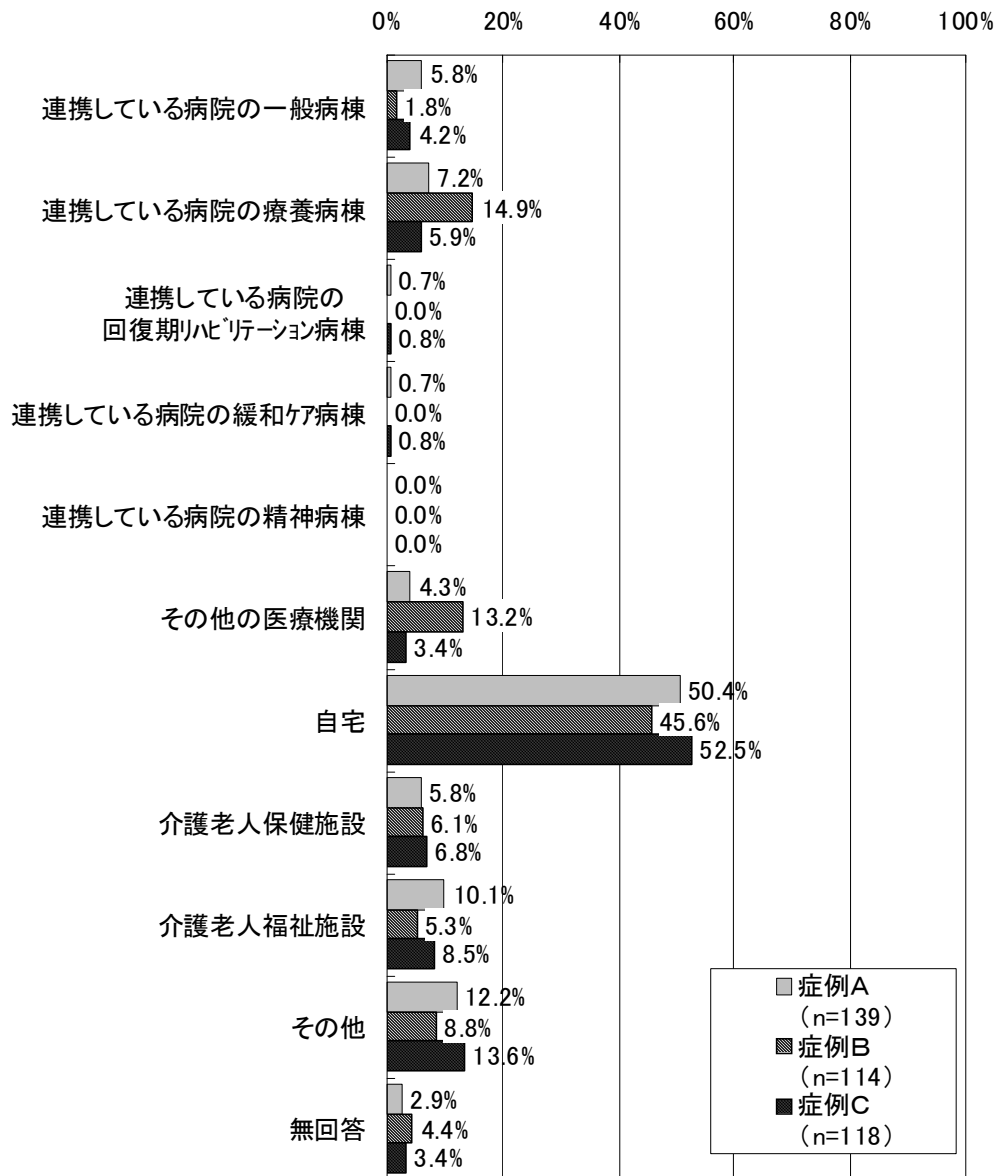
図表 106 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）  
～外部～（複数回答）



### ⑬退院後の所在

退院後の所在についてみると、いずれの症例においても「自宅」が最も高く、半数近くを占めた。症例Bでは、症例Aや症例Cと比較して「連携している病院の療養病棟」、「その他の医療機関」の割合が高かった。

図表 107 退院後の所在（単数回答）



⑭入院予定期間

入院予定期間についてみると、症例 A では平均 31.1 日（標準偏差 32.4、中央値 21.0）、症例 B では平均 37.4 日（標準偏差 46.3、中央値 21.0）、症例 C では平均 24.2 日（標準偏差 19.8、中央値 14.0）であった。

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

実際の入院期間についてみると、症例 A では平均 60.7 日（標準偏差 54.3、中央値 40.0）、症例 B では平均 52.1 日（標準偏差 39.0、中央値 42.0）、症例 C では平均 40.5 日（標準偏差 32.2、中央値 31.0）であった。

また、予定期間内退院者の割合はいずれの症例においても 2 割弱であった。

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

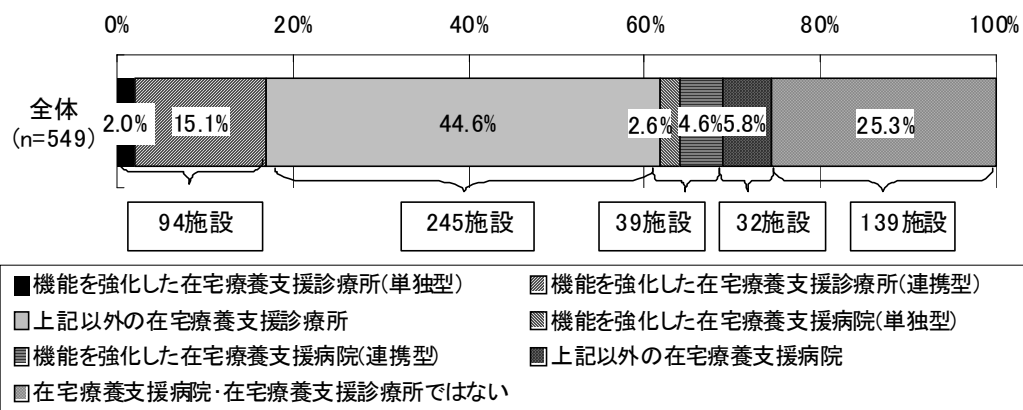
回答者：管理者

#### （1）施設の概要

##### ①届出区分

有効回答が得られた 549 施設の届出区分についてみると、「機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）」が 2.0%、「機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）」が 15.1%、それ以外の「在宅療養支援診療所」が 44.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）」が 2.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）」が 4.6%、それ以外の「在宅療養支援病院」が 5.8%、「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」が 25.3%であった。

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

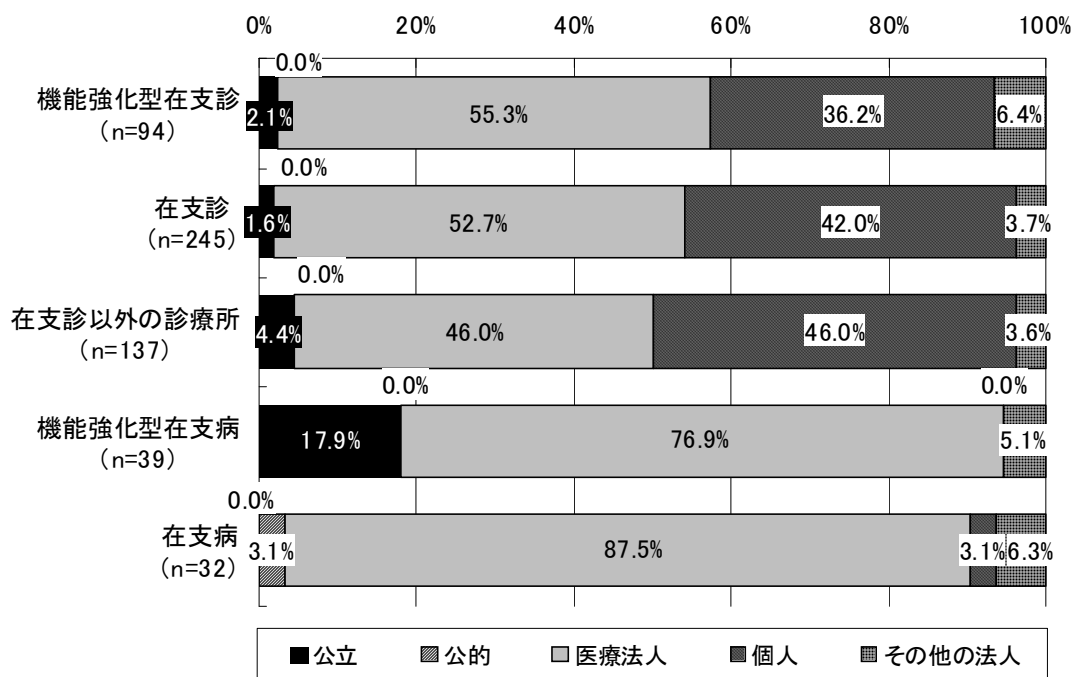
在支診以外の診療所：137 施設



## ②開設者

施設の開設者についてみると、機能強化型在支診では「医療法人」が55.3%で最も多く、次いで「個人」が36.2%であった。在支診では「医療法人」が52.7%で最も多く、次いで「個人」が42.0%であった。在支診以外の診療所では、「医療法人」、「個人」がそれぞれ46.0%であった。機能強化型在支病では、「医療法人」が76.9%で最も多く、次いで「公立」が17.9%であった。在支病では「医療法人」が87.5%で最も多かった。

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

主たる標榜診療科についてみると、いずれの診療所、病院ともに「内科」（機能強化型在支診 73.4%、在支診 77.1%、在支診以外の診療所 70.1%、機能強化型在支病 61.5%、在支病 56.3%）が最も多く、次いで「外科」（機能強化型在支診 8.5%、在支診 6.9%、在支診以外の診療所 7.3%、機能強化型在支病 5.1%、在支病 9.4%）であった。

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

医療機関種別についてみると、機能強化型（単独型）在支診では「有床診療所」が 36.4%、「無床診療所」が 63.6%であった。機能強化型（連携型）在支診では「有床診療所」が 8.4%、「無床診療所」が 91.6%であった。在支診では「有床診療所」が 14.7%、「無床診療所」が 85.3%であった。在支診以外の診療所では「有床診療所」が 6.6%、「無床診療所」が 93.4%であった。

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

### ⑤許可病床数

許可病床数についてみると、機能強化型在支診は平均 17.5 床（標準偏差 3.9、中央値 19.0）、在支診は平均 15.8 床（標準偏差 5.2、中央値 19.0）、在支診以外の診療所は平均 15.7 床（標準偏差 5.3、中央値 18.0）であった。また、機能強化型在支病は平均 116.3 床（標準偏差 49.5、中央値 110.5）、在支病は平均 120.6 床（標準偏差 50.0、中央値 120.0）であった。

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。

### ⑥平均在院日数

平均在院日数についてみると、機能強化型在支診は 27.4 日（標準偏差 26.1、中央値 19.5）、在支診は 45.5 日（標準偏差 76.6、中央値 21.5）、在支診以外の診療所は 26.7 日（標準偏差 5.8、中央値 30.0）、機能強化型在支病は 38.4 日（標準偏差 52.8、中央値 18.5）、在支病は 86.3 日（標準偏差 140.9、中央値 20.1）であった。

図表 115 平均在院日数

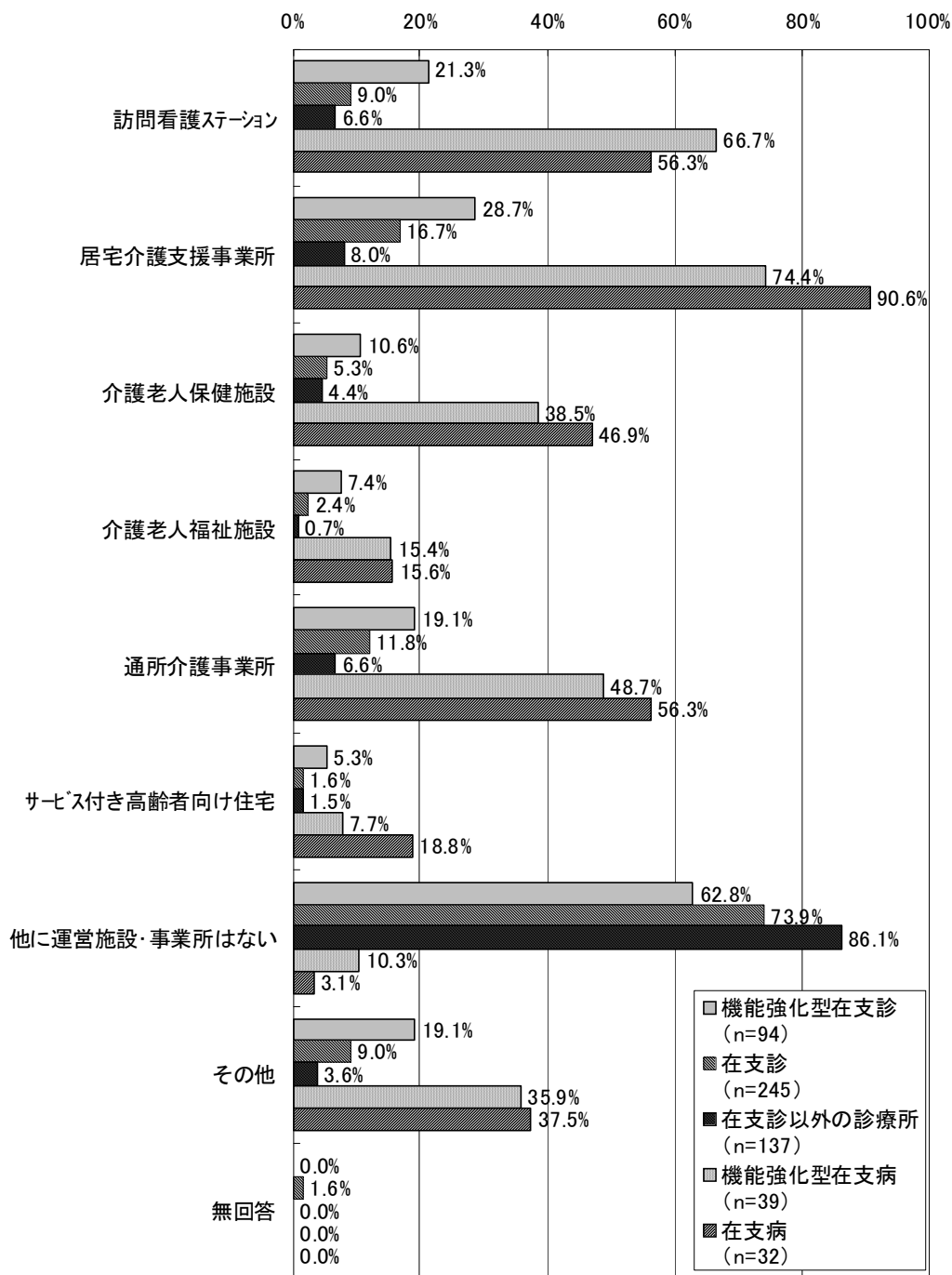
（単位：日）

	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

⑦自法人・関連法人が運営している施設・事業所

自法人・関連法人が運営している施設・事業所についてみると、機能強化型在支診では他の診療所と比較して、運営している施設・事業所の割合が高かった。一方、機能強化型在支病では在支病と比較して「訪問看護ステーション」の割合が高かったが、それ以外の施設・事業所については割合が低かった。

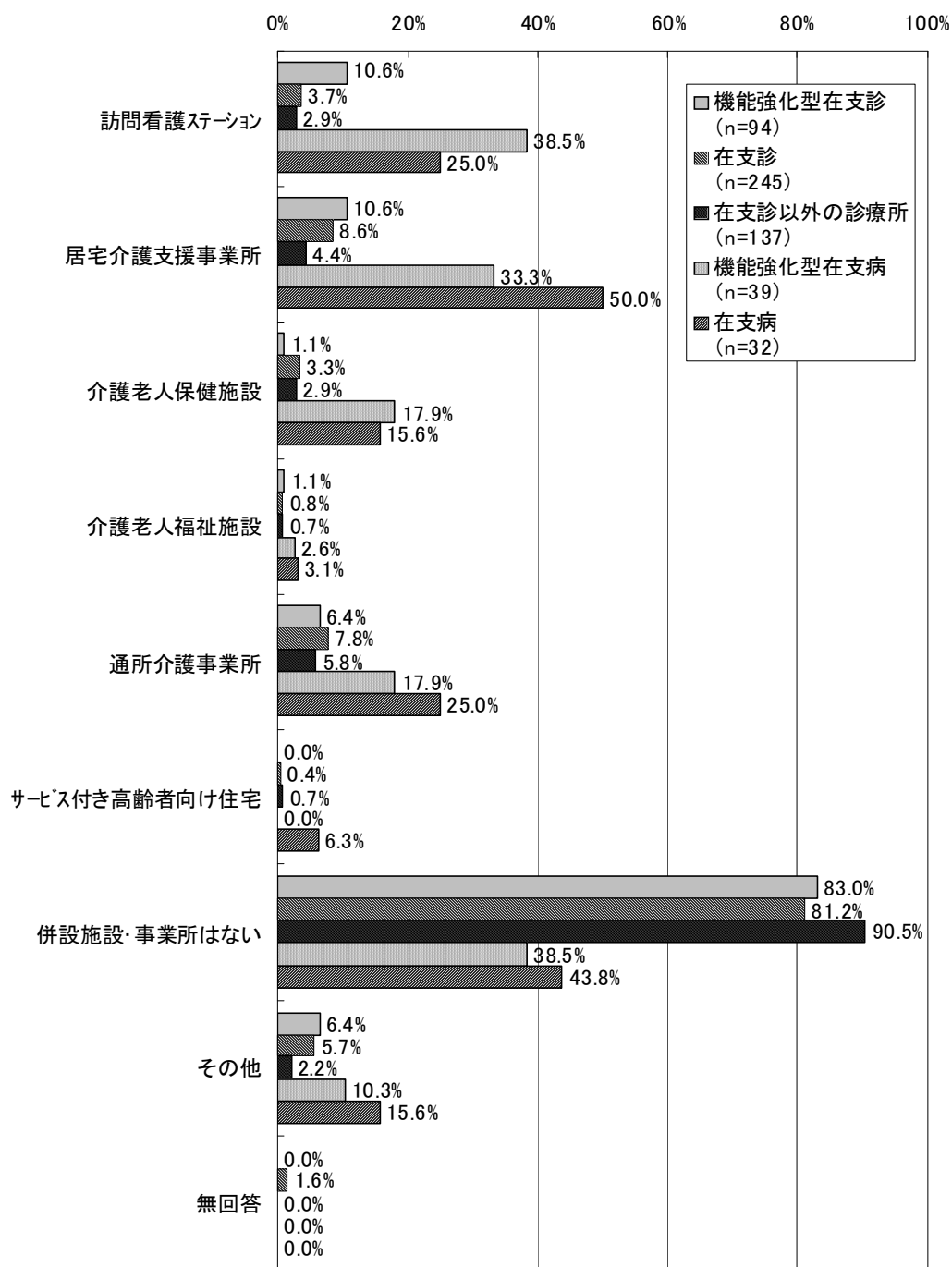
図表 116 自法人・関連法人が運営している施設・事業所（複数回答）



⑧自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所

自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所についてみると、機能強化型在支診では「訪問看護ステーション」、「居宅介護支援事業所」がそれぞれ 10.6%で、在支診や在支診以外の診療所と比較して高かった。また、機能強化型在支病では「訪問看護ステーション」を併設している施設が 38.5%であり、他の施設と比較して高かった。在支病では「居宅介護支援事業所」が 50.0%、「通所介護事業所」が 25.0%で他の施設と比較して高かった。

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）

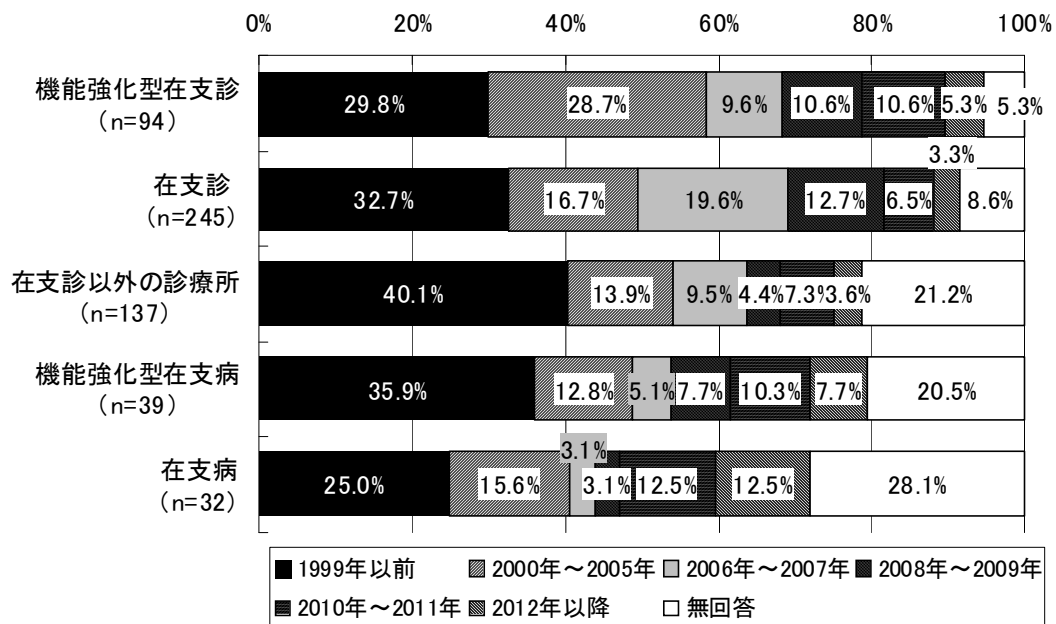


## (2) 在宅医療の体制等

### ①在宅医療を開始した時期

在宅医療を開始した時期についてみると、機能強化型在支診では「1999年以前」が29.8%で最も多く、次いで「2000～2005年」(28.7%)であった。在支診では「1999年以前」が32.7%で最も多く、次いで「2006～2007年」(19.6%)であった。在支診以外の診療所では「1999年以前」が40.1%で最も多く、次いで「2000～2005年」(13.9%)であった。また、機能強化型在支病では「1999年以前」が35.9%で最も多く、次いで「2000～2005年」(12.8%)であった。在支病では「1999年以前」が25.0%で最も多く、次いで「2000～2005年」(15.6%)であった。

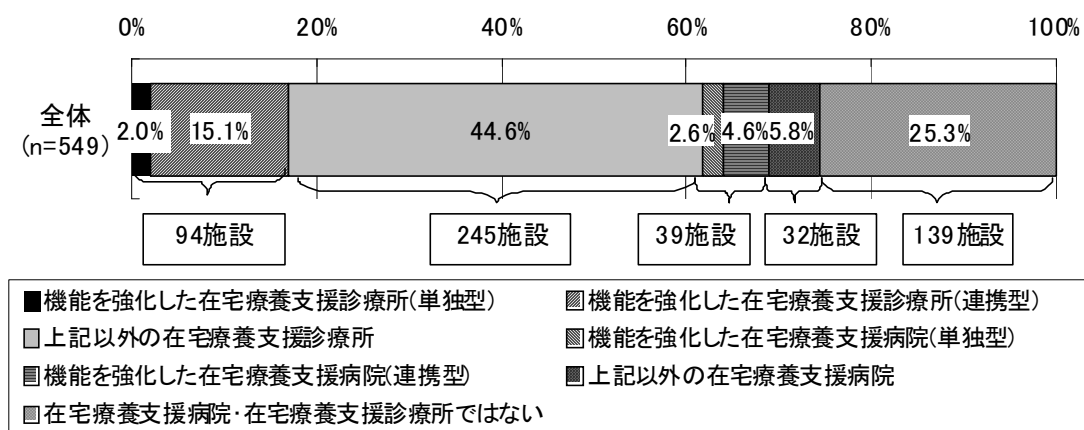
図表 118 在宅医療を開始した時期



## ②在宅療養支援病院・診療所の届出状況

有効回答が得られた 549 施設の届出区分についてみると、「機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）」が 2.0%、「機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）」が 15.1%、それ以外の「在宅療養支援診療所」が 44.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）」が 2.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）」が 4.6%、それ以外の「在宅療養支援病院」が 5.8%、「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」が 25.3%であった。

図表 119 在宅療養支援病院・診療所の届出状況（再掲）



在宅療養支援病院・診療所の届出時期についてみると、機能強化型在支診では「平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月」が 42.6%で最も多く、次いで「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 12.8%であった。在支診では「平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月」が 34.3%で最も多く、次いで「平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月」が 9.4%であった。また、機能強化型在支病では「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 56.4%で最も多く、次いで「平成 24 年 4 月～」が 33.3%であった。在支病では「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 43.8%で最も多く、次いで「平成 24 年 4 月～」が 9.4%であった。

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%

機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出時期についてみると、機能強化型在支診では平成 24 年の「4 月」が 70.2%で最も多く、次いで「7 月」が 6.4%であった。機能強化型在支病でも「4 月」が 74.4%で最も多く、次いで「5 月」、「6 月」、「7 月」がそれぞれ 5.1%であった。

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%

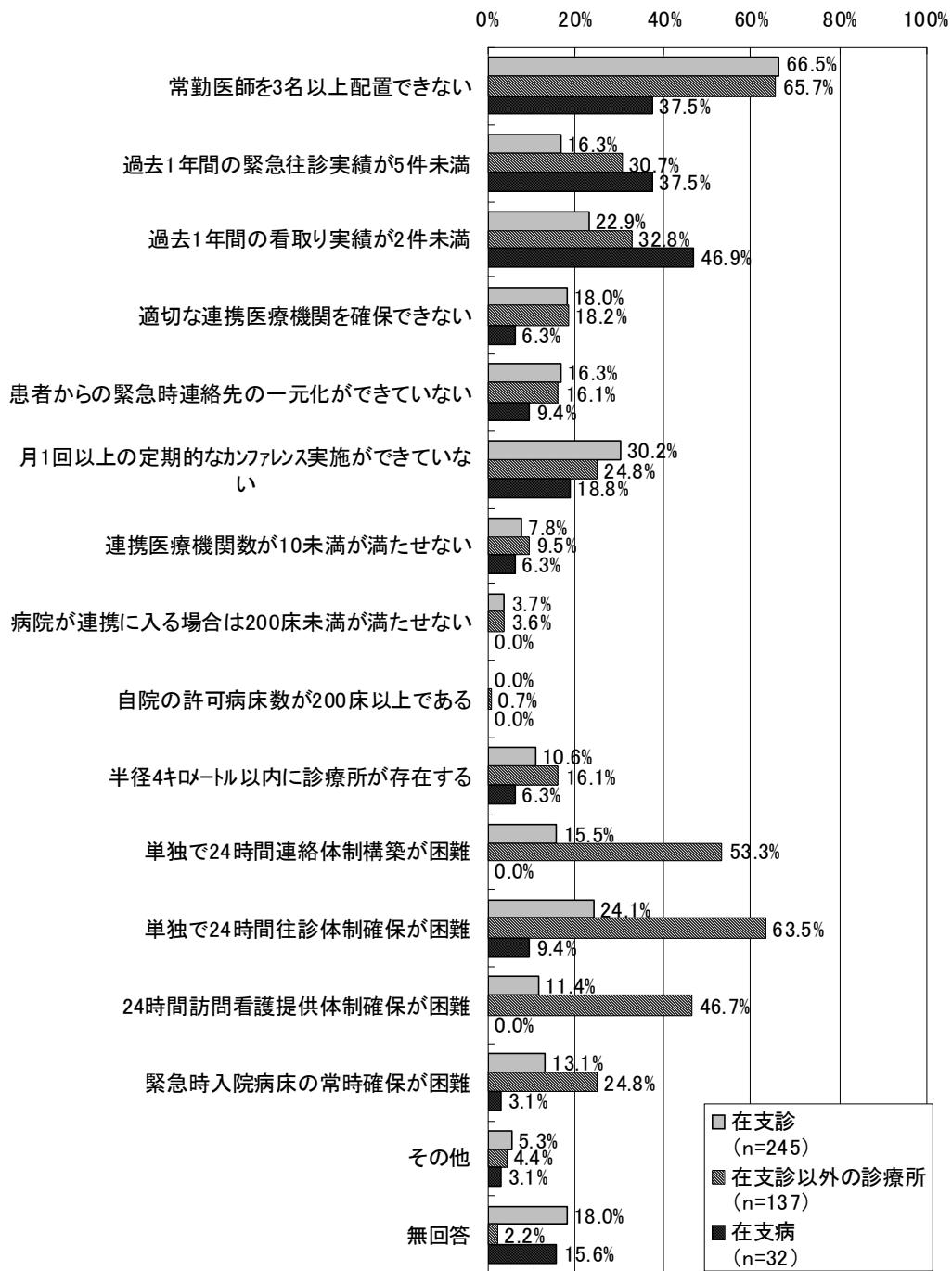
機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない施設にその理由を尋ねた。在支診が機能強化型在支診の届出をしていない理由として、「常勤医師を 3 名以上配置できない」が 66.5%で最も多く、次いで「月 1 回以上の定期的なカンファレンス実施ができていない」(30.2%)であった。

在支診以外の診療所が在支診または機能強化型在支診の届出をしていない理由としては「常勤医師を 3 名以上配置できない」が 65.7%で最も多く、次いで「単独で 24 時間往診体制確保が困難」(63.5%)、「単独で 24 時間連絡体制構築が困難」(53.3%)であった。

在支病が機能強化型在支病の届出をしていない理由としては「過去 1 年間の看取り実績が 2 件未満」が 46.9%で最も多く、次いで「常勤医師を 3 名以上配置できない」、「過去 1 年間の緊急往診実績が 5 件未満」(それぞれ 37.5%)であった。

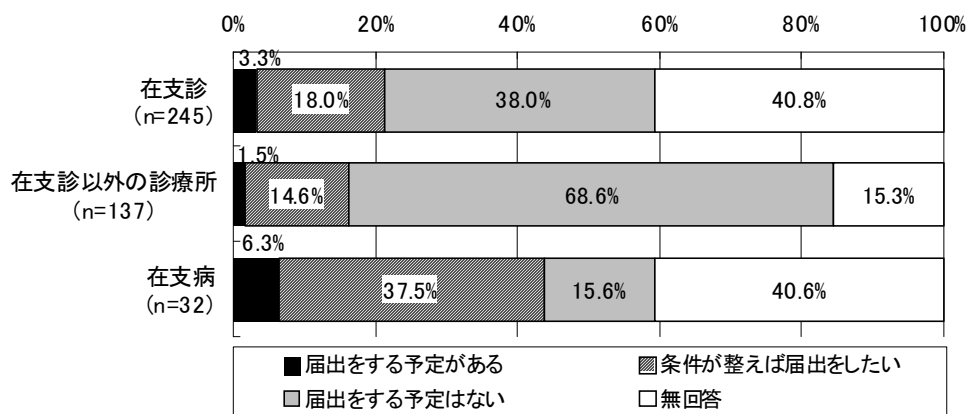


図表 122 機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない理由（複数回答）



機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定についてみると、在支診では「届出をする予定はない」(38.0%)が最も多く、次いで「条件を整えば届出をしたい」(18.0%)、「届出をする予定がある」(3.3%)であった。在支診以外の診療所では「届出をする予定はない」(68.6%)が最も多く、次いで「条件を整えば届出をしたい」(14.6%)、「届出をする予定がある」(1.5%)であった。在支病では「条件を整えば届出をしたい」(37.5%)が最も多く、次いで「届出をする予定はない」(15.6%)、「届出をする予定がある」(6.3%)であった。

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

機能強化型在支診における連携医療機関数についてみると、「連携診療所数（病床あり）」は平均 0.5 か所（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、「連携診療所数（病床なし）」は平均 2.9 か所（標準偏差 2.3、中央値 3.0）、「連携病院数」は平均 1.0 か所（標準偏差 1.5、中央値 1.0）であった。1 施設あたりの連携医療機関数の合計は平均 4.4 か所（標準偏差 2.7、中央値 4.0）であった。

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

機能強化型在支病における連携医療機関数についてみると、「連携診療所数（病床あり）」は平均 0.3 か所（標準偏差 0.7、中央値 0.0）、「連携診療所数（病床なし）」は平均 2.4 か所（標準偏差 1.8、中央値 2.0）、「連携病院数」は平均 0.2 か所（標準偏差 0.4、中央値 0.0）であった。1 施設あたりの連携医療機関数の合計は平均 2.9 か所（標準偏差 2.2、中央値 2.0）であった。

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

在宅医療を担当する常勤医師数（自施設＋連携施設）についてみると、機能強化型（連携型）在支診では平均 4.7 人（標準偏差 2.6、中央値 4.0）、機能強化型（連携型）在支病では平均 5.2 人（標準偏差 2.5、中央値 4.0）であった。

図表 126 在宅医療を担当する常勤医師数（自施設＋連携施設）

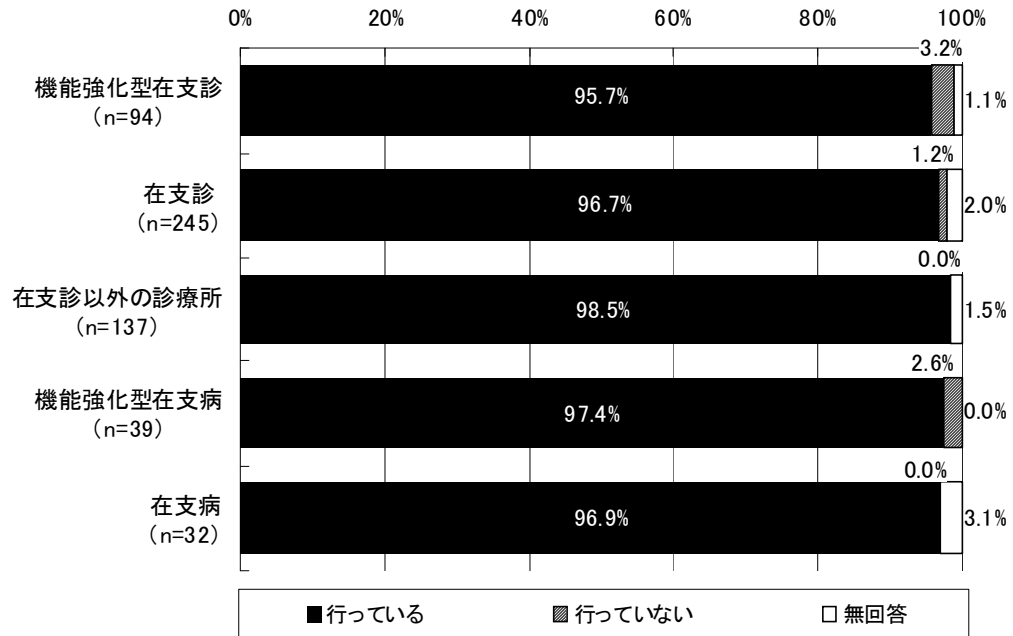
（単位：人）

	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

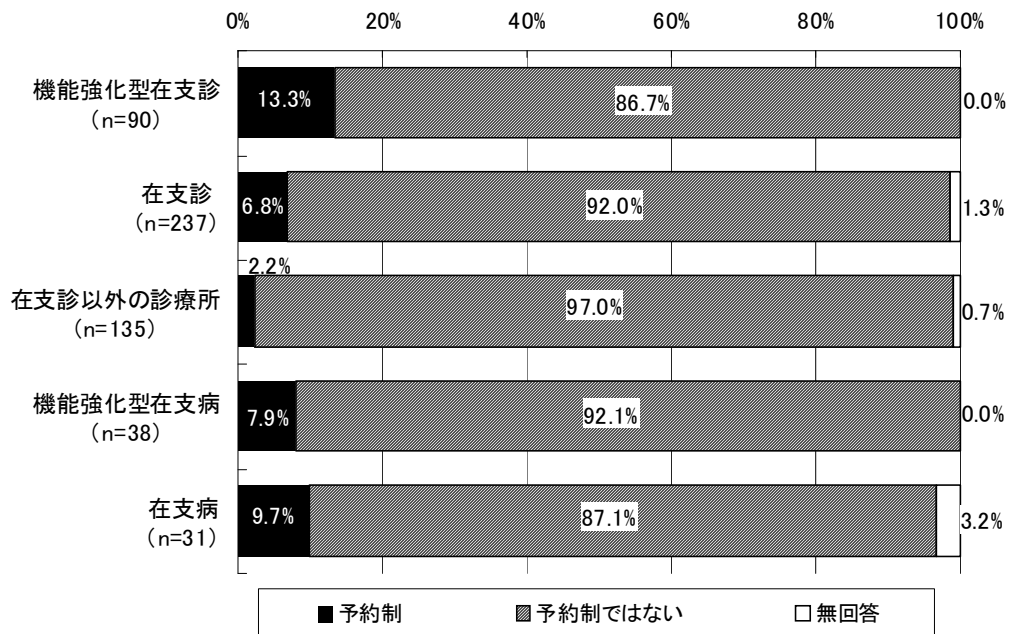
外来診療の実施状況についてみると、いずれの病院・診療所においても「行っている」が100%近くを占めた。

図表 127 外来診療の実施状況

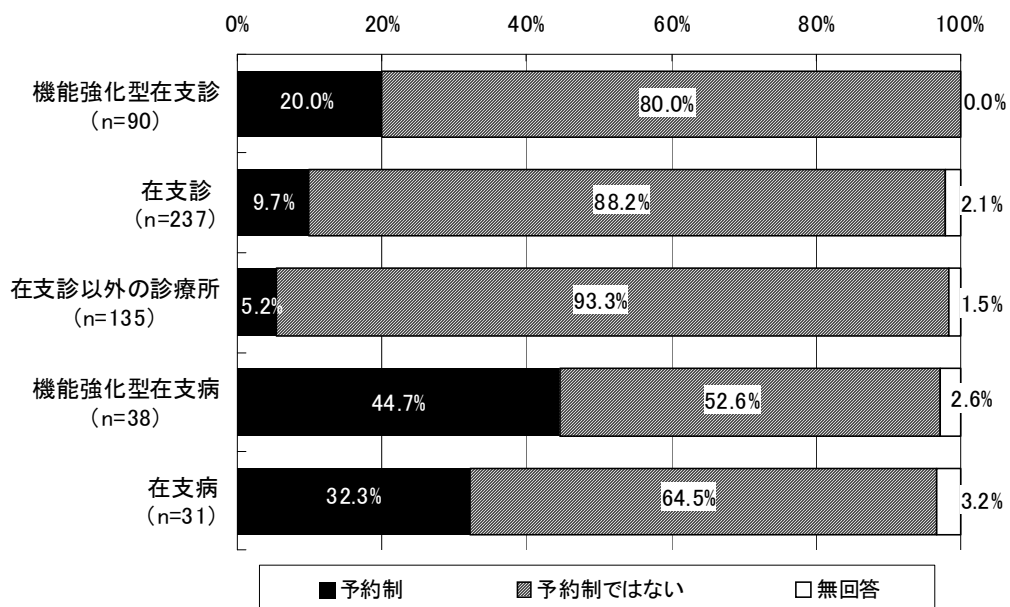


外来診療の予約制についてみると、初診ではいずれの病院・診療所においても「予約制ではない」が9割程度を占めた。再診においては「予約制」という施設は、「機能強化型在支病」(44.7%)で最も高く、次いで「在支病」(32.3%)、「機能強化型在支診」(20.0%)であった。

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）



1 施設あたりの外来延べ患者数を平成 23 年と平成 24 年で比較すると、在支病を除く施設では前年同月比で減少している。

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%

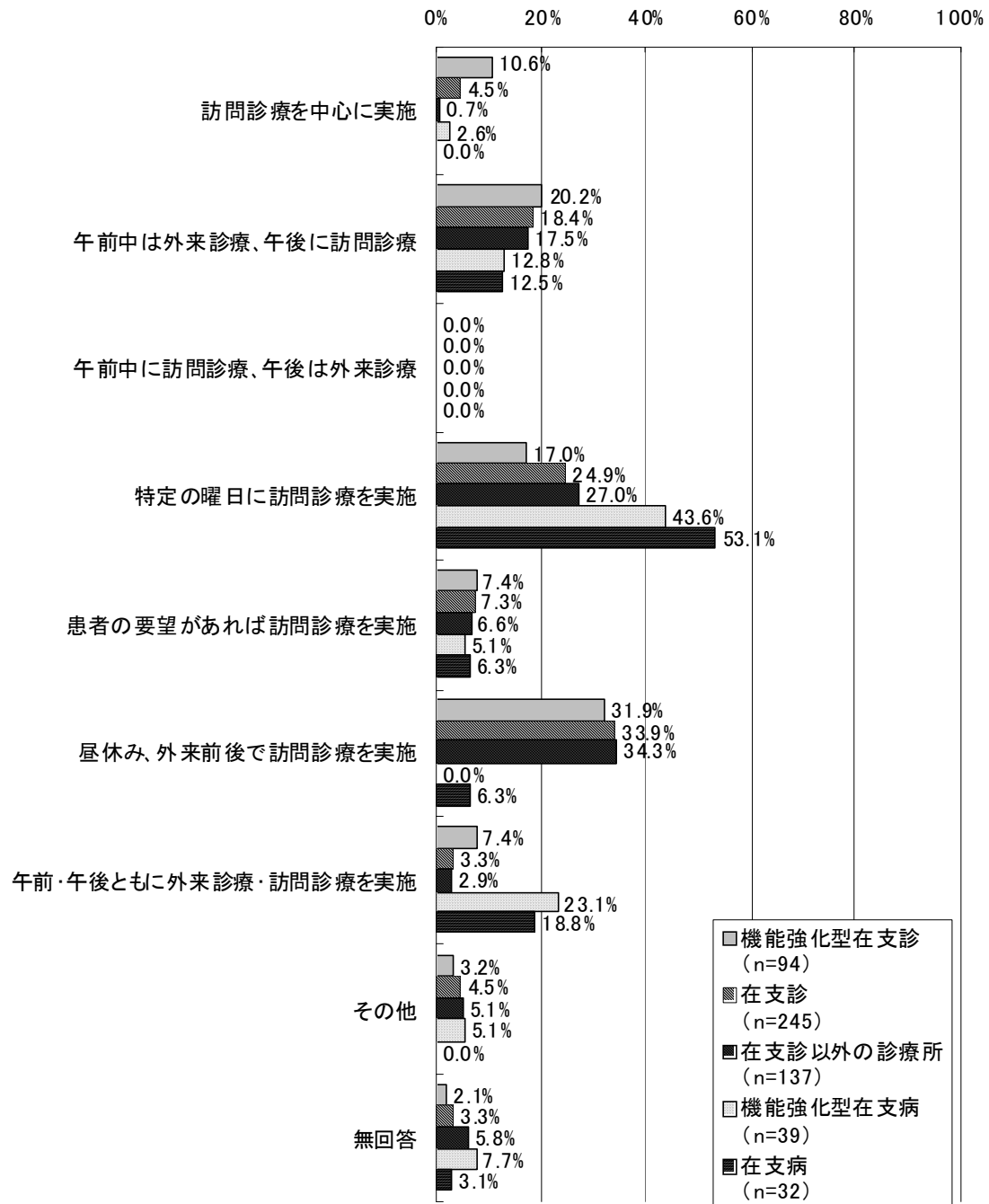
	機能強化型在支病 (n=34)			在支病 (n=29)		
	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比
4 月	4,882.3	4,546.9	-6.9%	3,284.9	3,204.8	-2.4%
5 月	4,829.2	4,830.5	0.0%	3,224.0	3,402.0	5.5%
6 月	5,011.8	4,748.6	-5.3%	3,337.3	3,336.9	0.0%
7 月	4,876.2	4,868.8	-0.2%	3,284.6	3,423.2	4.2%
8 月	5,093.2	4,884.9	-4.1%	3,419.3	3,514.6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

訪問診療を行う時間帯についてみると、機能強化型在支診では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(31.9%)が最も多く、次いで「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(20.2%)、「特定の曜日に訪問診療を実施」(17.0%)であった。在支診では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(33.9%)が最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を実施」(24.9%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(18.4%)であった。在支診以外の診療所では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(34.3%)が最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を実施」(27.0%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(17.5%)であった。

また、機能強化型在支病では「特定の曜日に訪問診療を実施」(43.6%)が最も多く、次いで「午前・午後ともに外来診療・訪問診療を実施」(23.1%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(12.8%)であった。在支病では「特定の曜日に訪問診療を実施」(53.1%)が最も多く、次いで「午前・午後ともに外来診療・訪問診療を実施」(18.8%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(12.5%)であった。

図表 131 訪問診療を行う時間帯（単数回答）



## ⑥職員数

1 施設あたりの職員数のうち医師数をみると、機能強化型在支診では 2.17 人、在支診は 1.37 人、在支診以外の診療所では 1.14 人であった。また、機能強化型在支病では 11.27 人、在支病では 10.11 人であった。

図表 132 1 施設あたりの職員数（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

在宅医療のため、患者に訪問をする職員数合計をみると、機能強化型在支診では 4.32 人、在支診は 2.93 人、在支診以外の診療所では 2.39 人であった。また、機能強化型在支病では 6.65 人、在支病では 4.81 人であった。

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



在宅医療を担当する常勤の医師数（施設単独）についてみると、機能強化型在支診では平均 1.3 人（標準偏差 0.8、中央値 1.0）、在支診では平均 1.0 人（標準偏差 0.3、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.0 人（標準偏差 0.4、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 2.9 人（標準偏差 1.8、中央値 3.0）、在支病では平均 2.3 人（標準偏差 2.5、中央値 2.0）であった。

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

介護支援専門員専従者数（常勤換算）についてみると、機能強化型在支診では平均 0.3 人（標準偏差 1.0、中央値 0.0）、在支診では平均 0.4 人（標準偏差 1.2、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.2 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 1.5 人（標準偏差 2.1、中央値 0.5）、在支病では平均 0.7 人（標準偏差 1.0、中央値 0.5）であった。

図表 135 介護支援専門員専従者数（常勤換算）

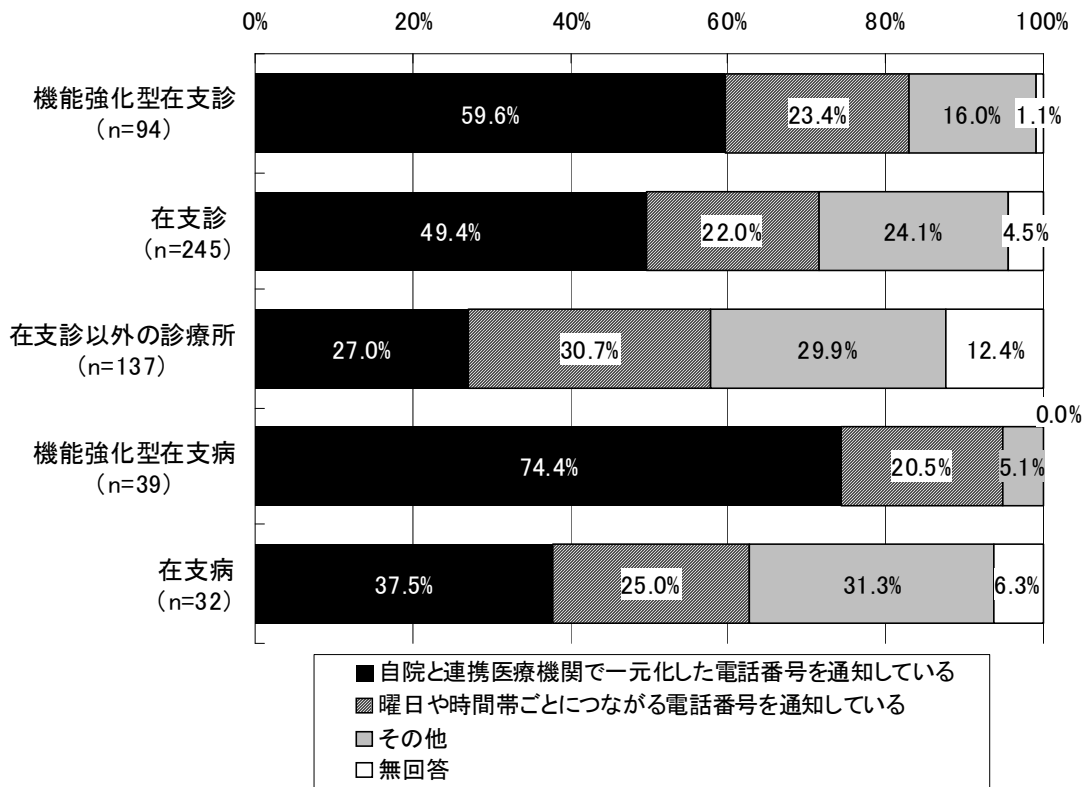
（単位：人）

	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

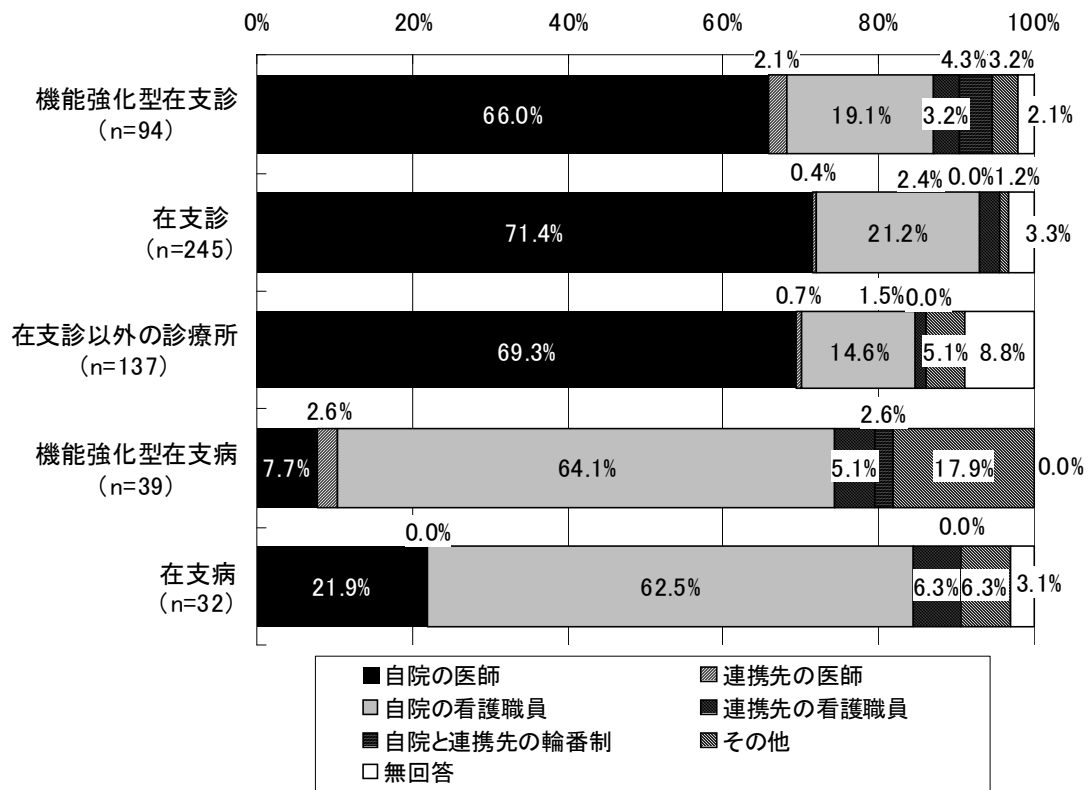
在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況についてみると、在支診以外の診療所においては「曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している」(30.7%)が最も多かったが、それ以外の病院・診療所では、「自院と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している」(機能強化型在支診 59.6%、在支診 49.4%、機能強化型在支病 74.4%、在支病 37.5%)が最も多かった。

図表 136 在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況



緊急時におけるルール上の主たる連絡担当者についてみると、いずれの診療所においても「自院の医師」が最も多く 7 割程を占め、次いで「自院の看護職員」であった。また病院においてはいずれの施設でも「自院の看護職員」が最も多く 6 割程を占め、次いで「自院の医師」であった。

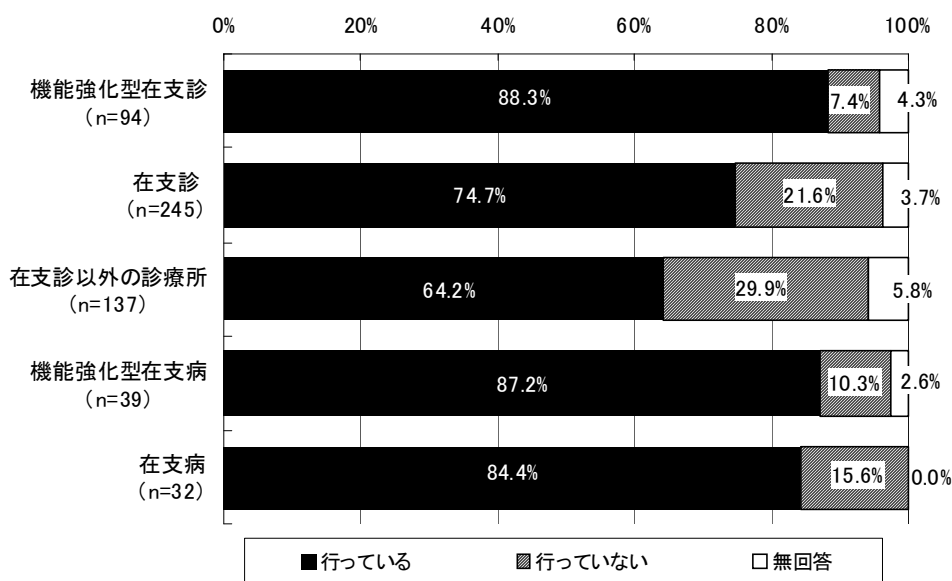
図表 137 緊急時におけるルール上の主たる連絡担当者



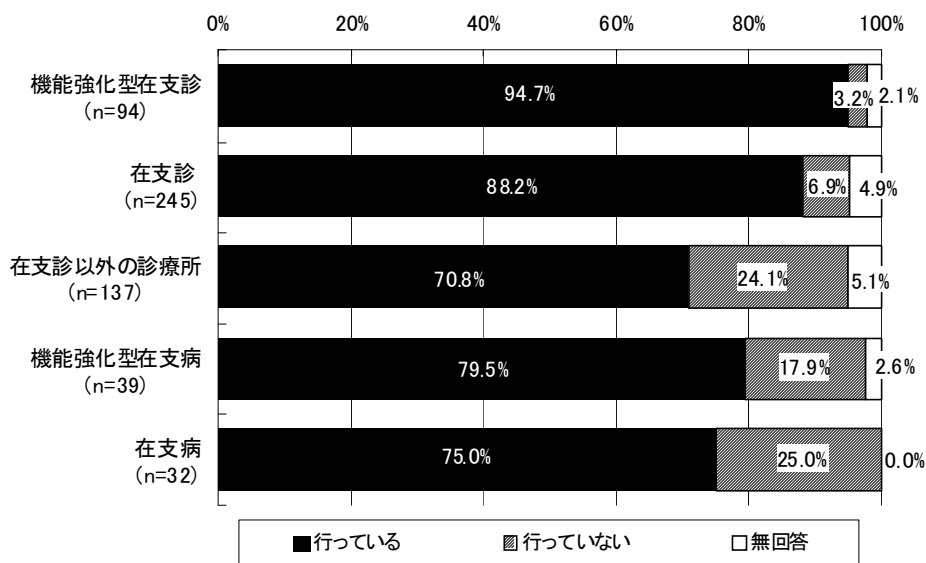
⑧在宅患者に対する緊急時の往診状況

診療時間内における在宅患者に対する緊急時の往診を「行っている」施設は、「機能強化型在支診」(88.3%)が最も多く、次いで「機能強化型在支病」(87.2%)、「在支病」(84.4%)であった。また診療時間外において在宅患者に対する緊急時の往診を「行っている」施設は、「機能強化型在支診」(94.7%)が最も多く、次いで「在支診」(88.2%)、「機能強化型在支病」(79.5%)であった。

図表 138 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間内）



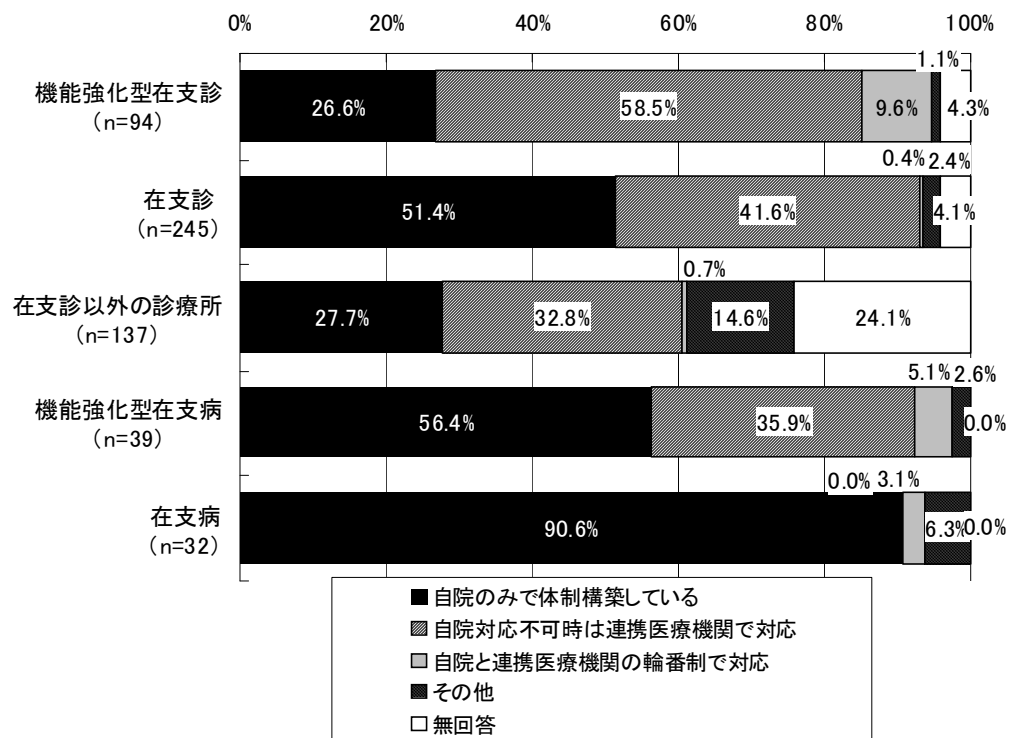
図表 139 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間外）



### ⑨24 時間往診が可能な体制の構築状況

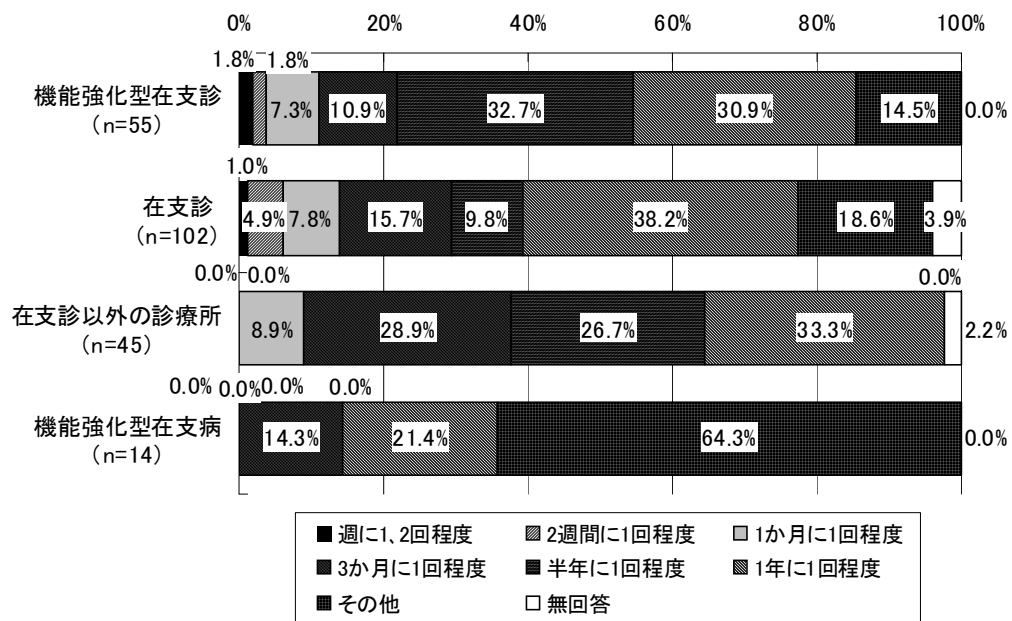
24 時間往診が可能な体制の構築状況についてみると、機能強化型在支診では「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(58.5%)が最も多く、次いで「自院のみで体制構築している」(26.6%)、「自院と連携医療機関の輪番制で対応」(9.6%)であった。在支診では「自院のみで体制構築している」(51.4%)が最も多く、次いで「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(41.6%)であった。在支診以外の診療所では「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(32.8%)が最も多く、次いで「自院のみで体制構築している」(27.7%)であった。また、機能強化型在支病では「自院のみで体制構築している」(56.4%)が最も多く、次いで「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(35.9%)であった。在支病では「自院のみで体制構築している」が90.6%で最も多かった。

図表 140 24 時間往診が可能な体制の構築状況



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についてみると、機能強化型在支診では「半年に1回程度」(32.7%)が最も多く、次いで「1年に1回程度」(30.9%)であった。在支診では「1年に1回程度」(38.2%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(15.7%)であった。在支診以外の診療所では「1年に1回程度」(33.3%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(28.9%)、「半年に1回程度」(26.7%)であった。機能強化型在支病では「1年に1回程度」(21.4%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(14.3%)であった。

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)

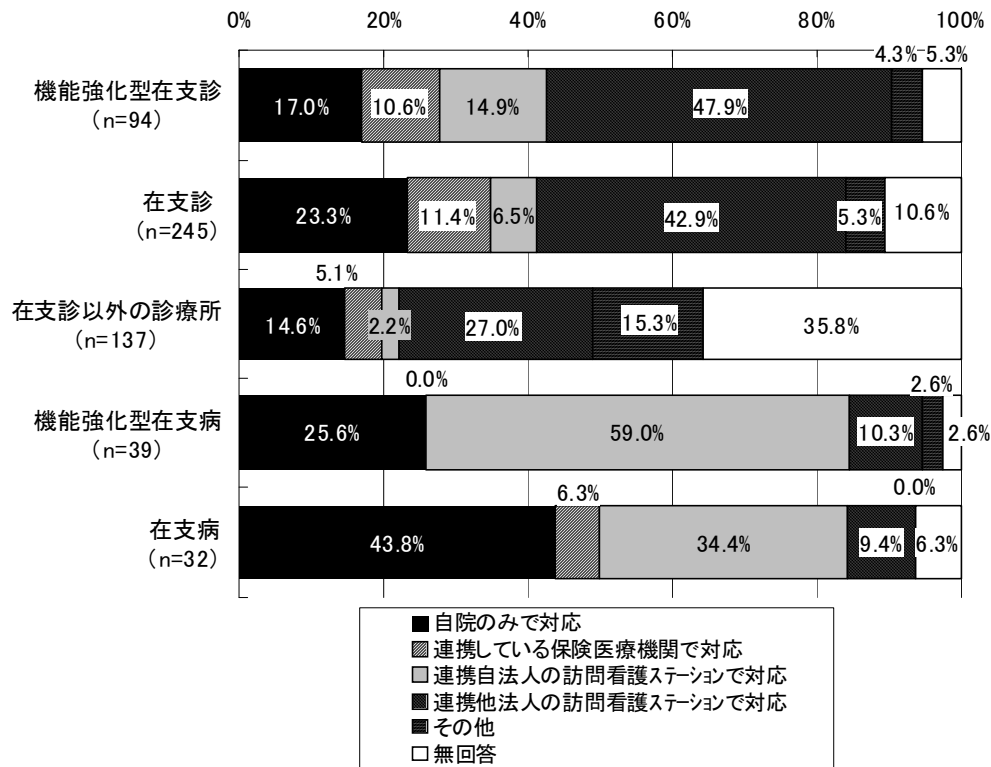


### ⑩24 時間訪問看護の体制の構築状況

24 時間訪問看護の体制の構築状況についてみると、機能強化型在支診では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(47.9%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(17.0%)であった。在支診では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(42.9%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(23.3%)であった。在支診以外の診療所では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(27.0%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(14.6%)であった。

また、機能強化型在支病では「連携自法人の訪問看護ステーションで対応」(59.0%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(25.6%)であった。在支病では「自院のみで対応」(43.8%)が最も多く、次いで「連携自法人の訪問看護ステーションで対応」(34.4%)であった。

図表 142 24 時間訪問看護の構築状況

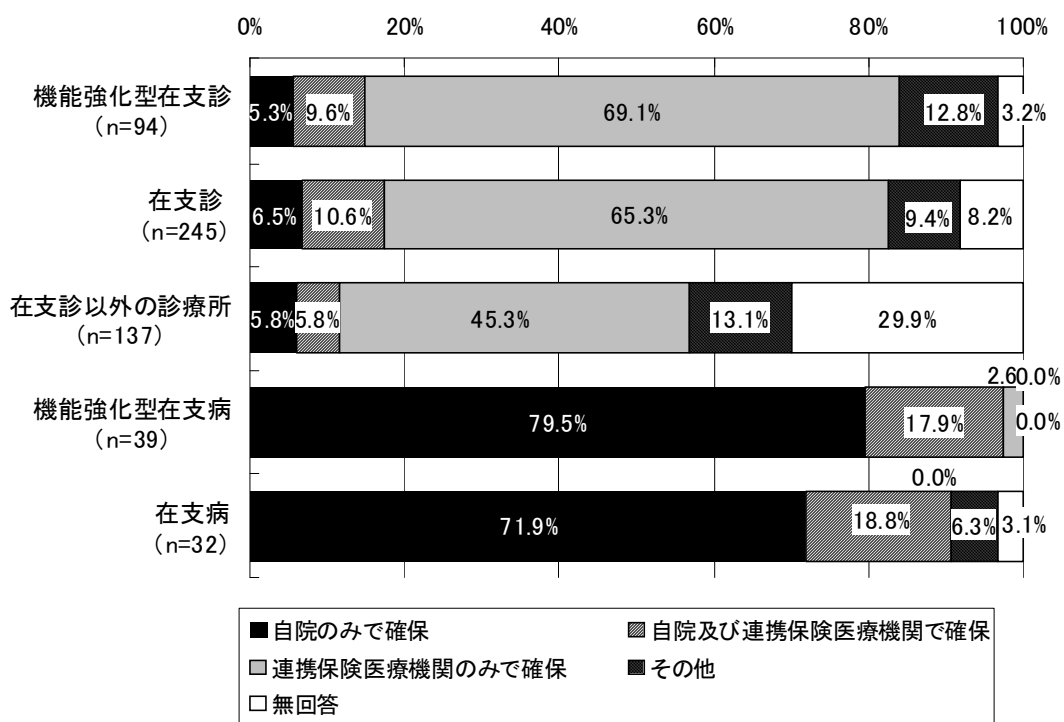


### ⑪緊急時に入院できる病床の確保体制

緊急時に入院できる病床の確保体制についてみると、機能強化型在支診では「連携保険医療機関のみで確保」(69.1%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(9.6%)であった。在支診では「連携保険医療機関のみで確保」(65.3%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(10.6%)であった。在支診以外の診療所では「連携保険医療機関のみで確保」(45.3%)が最も多く、次いで「自院のみで確保」、 「自院及び連携保険医療機関で確保」(それぞれ5.8%)であった。

また、機能強化型在支病では「自院のみで確保」(79.5%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(17.9%)であった。在支病では「自院のみで確保」(71.9%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(18.8%)であった。

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

在宅医療提供場所別患者数についてみると、機能強化型在支診では「自宅」が平均 27.0 人（標準偏差 43.0、中央値 13.5）、「居住系施設」が平均 27.2 人（標準偏差 52.7、中央値 5.5）であった。在支診では「自宅」が平均 11.8 人（標準偏差 19.8、中央値 5.0）、「居住系施設」が平均 20.8 人（標準偏差 62.5、中央値 0.0）であった。在支診以外の診療所では「自宅」が平均 6.2 人（標準偏差 11.3、中央値 3.0）、「居住系施設」が平均 11.5 人（標準偏差 29.1、中央値 0.0）であった。また、機能強化型在支病では「自宅」が平均 27.6 人（標準偏差 30.7、中央値 19.0）、「居住系施設」が平均 23.2 人（標準偏差 31.5、中央値 11.5）であった。在支病では「自宅」が平均 14.8 人（標準偏差 20.1、中央値 4.5）、「居住系施設」が平均 54.6 人（標準偏差 89.2、中央値 19.0）であった。

在宅医療を提供している居住系施設の数を見ると、機能強化型在支診では平均 2.6 か所（標準偏差 4.2、中央値 1.0）、在支診では平均 1.5 か所（標準偏差 3.4、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.7 か所（標準偏差 1.2、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 1.6 か所（標準偏差 1.8、中央値 1.0）、在支病では平均 1.8 か所（標準偏差 2.3、中央値 1.0）であった。

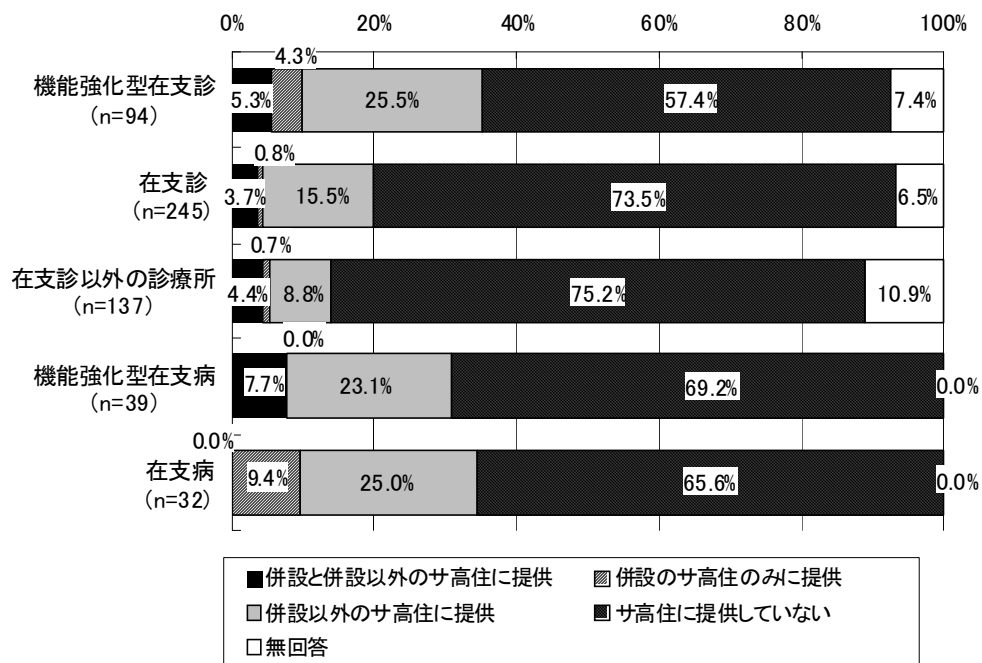
図表 144 在宅医療提供場所別患者数等（平成 24 年 9 月 1 か月間）

	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】 (か所)		
		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

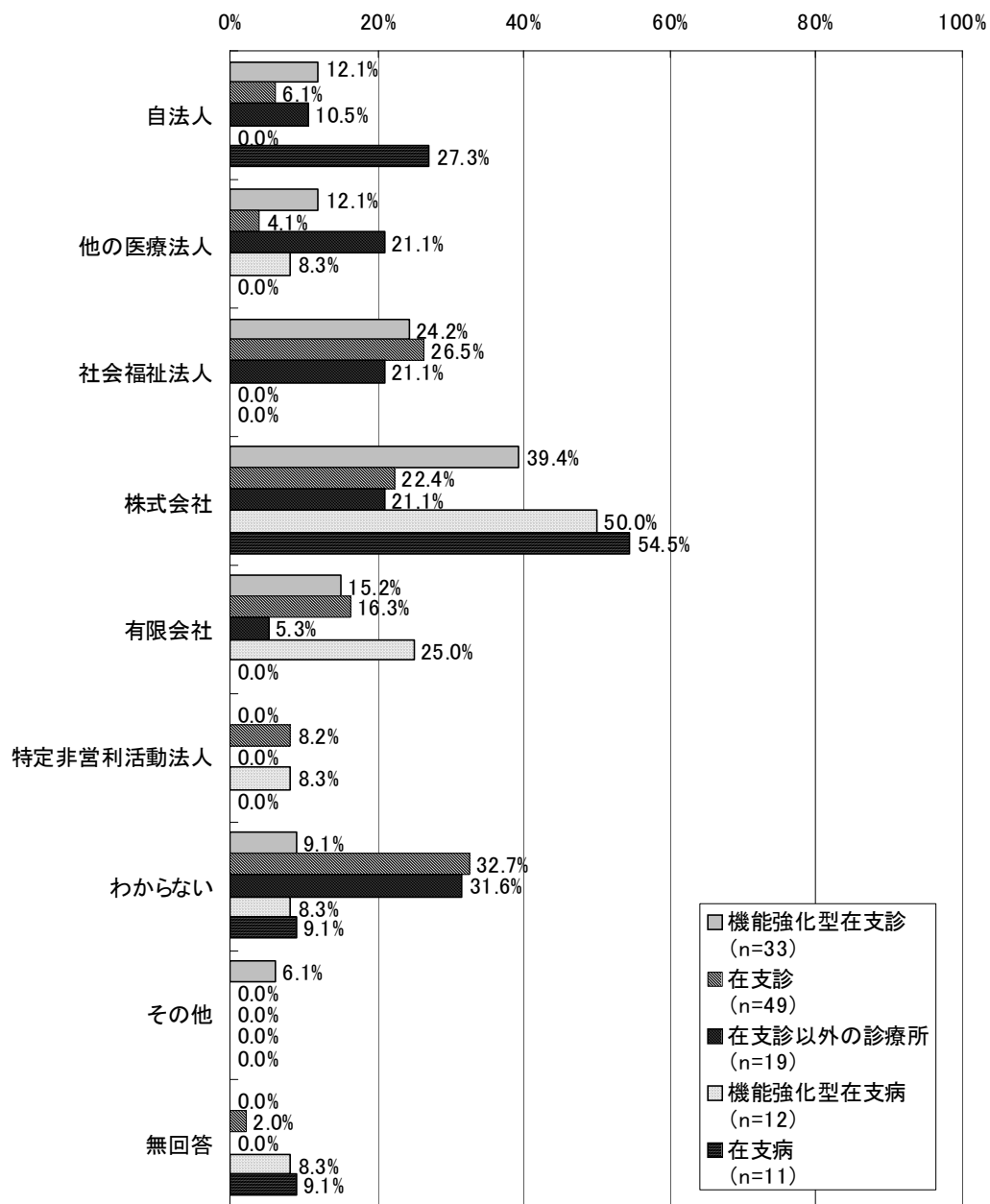
サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に居住する患者への在宅医療の提供状況等についてみると、機能強化型在支診では「併設と併設以外のサ高住に提供」が 5.3%、「併設のサ高住のみに提供」が 4.3%、「併設以外のサ高住に提供」が 25.5%であり、合わせると 35.1%がサ高住に在宅医療を提供している。在支診ではこの割合は 20.0%、在支診以外の診療所では 13.9%となった。また、機能強化型在支病では 30.4%、在支病では 34.4%となった。

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



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についてみると、機能強化型在支診、機能強化型在支病、在支病では「株式会社」が最も多く、在支診では「社会福祉法人」が、在支診以外の診療所では「他の医療法人」、「社会福祉法人」、「株式会社」が最も多かった。

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）

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についてみると、機能強化型在支診では平均 5.6 か所（標準偏差 5.9、中央値 4.0）、在支診では平均 4.0 か所（標準偏差 5.6、中央値 2.3）、在支診以外の診療所では平均 2.4 か所（標準偏差 3.2、中央値 1.5）、機能強化型在支病では平均 5.3 か所（標準偏差 4.5、中央値 4.0）、在支病では平均 7.2 か所（標準偏差 7.4、中央値 5.0）であった。

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

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についてみると、機能強化型在支診では平均 43.7 分（標準偏差 46.9、中央値 25.0）、在支診では平均 32.4 分（標準偏差 32.1、中央値 20.0）、在支診以外の診療所では平均 23.7 分（標準偏差 24.5、中央値 15.0）、機能強化型在支病では平均 44.4 分（標準偏差 34.5、中央値 30.0）、在支病では平均 24.9 分（標準偏差 20.5、中央値 20.0）であった。

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

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についてみると、機能強化型在支診では平均 63.7 分（標準偏差 64.2、中央値 30.0）、在支診では平均 54.9 分（標準偏差 64.5、中央値 30.0）、在支診以外の診療所では平均 41.3 分（標準偏差 41.0、中央値 27.5）、機能強化型在支病では平均 52.9 分（標準偏差 44.1、中央値 40.0）、在支病では平均 40.2 分（標準偏差 35.9、中央値 30.0）であった。

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

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についてみると、機能強化型在支診では平均 31.2 分（標準偏差 32.5、中央値 17.5）、在支診では平均 25.8 分（標準偏差 41.3、中央値 12.5）、在支診以外の診療所では平均 16.2 分（標準偏差 14.6、中央値 10.0）、機能強化型在支病では平均 29.1 分（標準偏差 23.7、中央値 25.0）、在支病では平均 18.5 分（標準偏差 23.1、中央値 10.0）であった。

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

主治医として在宅医療を提供している患者数を、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、機能強化型在支診では61.59人から65.81人へ、在支診では38.17人から41.27人へ、在支診以外の診療所では15.15人から16.39人へと増加している。また、機能強化型在支病では50.93人から51.43人へ、在支病では38.68人から41.27人へと、いずれも増加している。平成24年9月における年齢別患者数をみると、いずれの施設も75歳以上が多くを占めるが、機能強化型在支診では15歳未満の患者が平均0.85人となっており、他の施設と比較してやや多くなっている。

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

主治医として在宅医療を提供している患者数を、疾患別に平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では「悪性新生物」の患者が平均 3.55 人から 4.03 人へ、在支診では平均 1.31 人から 1.43 人へ、在支診以外の診療所では 0.19 人から 0.31 人へ、機能強化型在支病では 2.96 人から 3.96 人へと増加している。一方、在支病では 1.21 人から 1.06 人へと減少している。

同様に「認知症」についてみると、機能強化型在支診では平均 17.81 人から 22.00 人へ、在支診では平均 17.30 人から 20.97 人へ、在支診以外の診療所では 6.08 人から 7.75 人へ、機能強化型在支病では 11.00 人から 11.26 人へ、在支病では 14.26 人から 16.88 人へといずれの施設でも増加している。

さらに、「特定疾患（難病）」についてみると、機能強化型在支診では平均 3.51 人から 4.21 人へ、在支診以外の診療所では 0.56 人から 0.57 人へ、在支病では 9.95 人から 10.88 人へと増加しているが、在支診では平均 3.49 人から 3.29 人へ、機能強化型在支病では 3.27 人から 2.83 人へと減少している。

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

主治医として在宅医療を提供している患者数を、状態別に平成23年9月と平成24年9月で比較すると、対前年比増減率が高かったのは機能強化型在支診、在支診、在支病では「その他の創傷処置」でそれぞれ25.7%増、32.8%増、50.0%増であった。在支診以外の診療所、機能強化型在支病では「中心静脈栄養」でそれぞれ55.6%増であった。

平成24年9月において最も患者数が多いのは、機能強化型在支診では「喀痰吸引」で4.78人、在支診では「褥瘡処置」で1.82人、在支診以外の診療所では「胃ろう」で1.35人、機能強化型在支病では「胃ろう」が4.04人、在支病では「喀痰吸引」で2.69人であった。

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

1 施設あたりの診療報酬項目別算定患者数について、往診料、緊急加算、夜間加算、深夜加算をみると、機能強化型在支診では平成 23 年 9 月と比較すると平成 24 年 9 月の算定患者数は概ね減少しているが、在支診や在支診以外の診療所と比較すると算定患者数は多い。

在宅患者訪問診療料についてみると、同一建物以外、同一建物ともに、いずれの施設も算定患者数が増加している。在支診や在支診以外の診療所では同一建物のほうが算定患者数が多いが、機能強化型在支診では同一建物以外の算定患者数が多い。

在宅ターミナルケア加算を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では 0.70 人から 0.77 人へ、在支診では 0.21 人から 0.31 人へ、在支診以外の診療所では 1.12 人から 1.26 人へ増加している。3 種類の施設の中では、在支診以外の診療所で算定患者数が最も多かった。一方、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で新設された看取り加算については、機能強化型在支診が 0.78 人、在支診が 0.32 人、在支診以外の診療所が 0.24 人で機能強化型在支診で最も算定患者数が多かった。

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を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、いずれの施設も増加していた。

在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算や、在宅患者緊急入院診療加算、在宅がん医療総合診療料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料などは算定患者数が少ない状況であった。

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 （同一建物以外）	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。

1 施設あたりの診療報酬項目別算定患者数について、病院の場合では、往診料、緊急加算をみると、機能強化型在支病、在支病ともに平成 23 年 9 月と比較して平成 24 年 9 月の算定患者数は増加している。

在宅患者訪問診療料についてみると、機能強化型在支病では同一建物以外では増加しているが、同一建物は減少している。一方、在支病では同一建物以外では減少しているが、同一建物では増加している。

在宅ターミナルケア加算を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支病では 0.14 人から 0.32 人へ、在支病では 0.09 人から 0.18 人へと算定患者数は少ないものの平成 23 年 9 月と比較すると増加している。

(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

1 施設あたりの診療報酬項目別算定回数のうち、在宅患者訪問診療料をみると、同一建物以外、同一建物ともに、いずれの施設も算定回数が増加している。

在宅ターミナルケア加算についても、いずれの施設でも算定回数が増加している。

この他、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料の算定回数が増加している。

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

次に、機能強化型在支病と在支病における算定回数を、平成23年9月と平成24年9月と比較すると、機能強化型在支病では、往診料、在宅患者訪問診療料（同一建物以外）、在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算）、在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料などで増加がみられた。また、在支病では、往診料、在宅患者訪問診療料（同一建物）、在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算）、在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料などで増加がみられた。

（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

平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間を比較すると、機能強化型在支診では「緊急時に往診した回数」は平均17.8回から19.8回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が1.6回から2.0回に、「看取りを行った回数」が2.7回から3.3回に、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」が0.0回から0.1回へとそれぞれ増加した。在支診では「緊急時に往診した回数」は平均8.0回から9.5回に増加したが、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」は1.5回から1.5回、「看取りを行った回数」が1.0回から1.1回、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」が0.0回から0.0回となり、大きな変化はみられなかった。在支診以外の診療所では「緊急時に往診した回数」は平均2.1回から2.7回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.5回から0.7回に、「看取りを行った回数」が0.3回から0.4回にやや増加した。同様に、機能強化型在支病では「緊急時に往診した回数」は平均11.2回から12.4回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.9回から1.6回に、「看取りを行った回数」が1.0回から1.8回に増加したが、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」は0.0回のまま変化がみられなかった。在支病では「緊急時に往診した回数」は平均3.0回から2.2回に減少したが、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.0回から0.1回に、「看取りを行った回数」が0.2回から0.6回にやや増加した。

図表 156 緊急時に往診した回数等

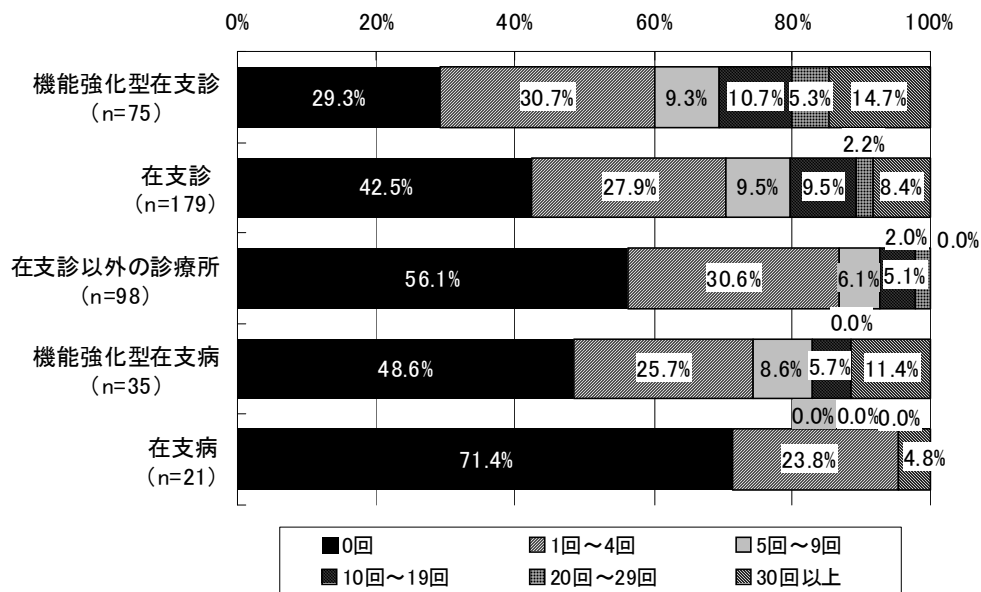
(単位：回)

	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

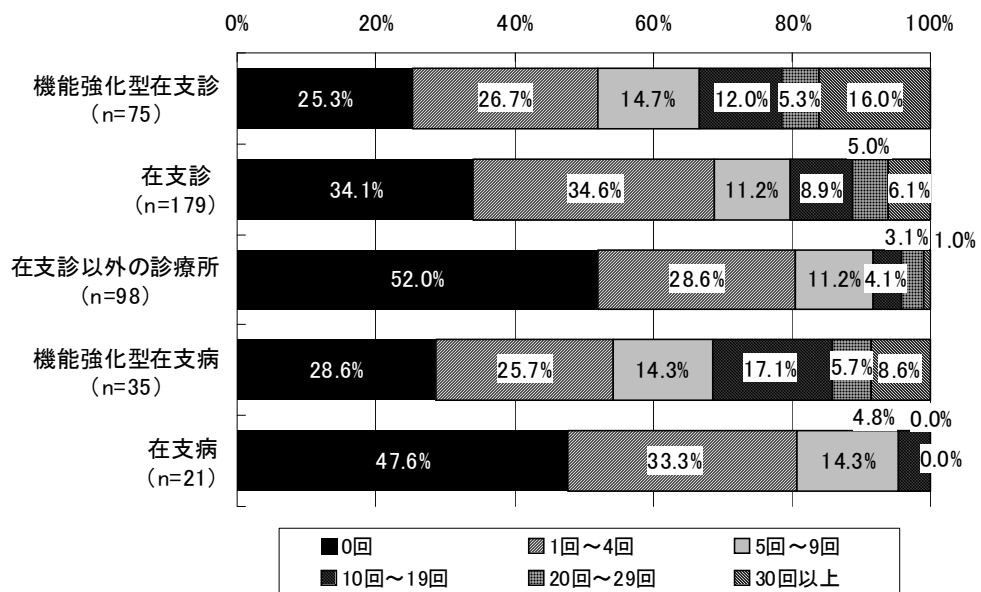
	機能強化型在支病		在支病	
	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月
回答施設数	35	35	21	21
1) 緊急時に往診した回数	11.2	12.4	3.0	2.2
2) 上記1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	0.9	1.6	0.0	0.1
3) 上記1)のうち、看取りを行った回数	1.0	1.8	0.2	0.6
4) 上記1)のうち、自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数	0.0	0.0	0.0	0.0

緊急時に往診した回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、いずれの施設も「0回」の割合が大きく減少している。5回以上の割合は機能強化型在支診では40.0%から48.0%、在支診では29.6%から31.3%、在支診以外の診療所では13.3%から19.4%、機能強化型在支病では25.7%から45.7%、在支病では4.8%から19.1%にそれぞれ増加している。

図表 157 緊急時に往診した回数【平成23年4月～9月】

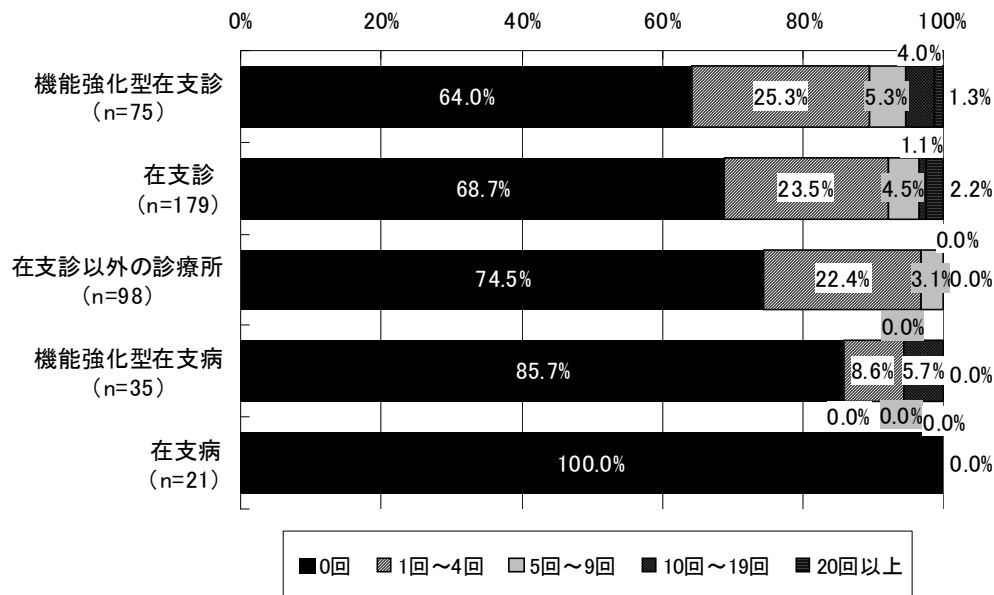


図表 158 緊急時に往診した回数【平成24年4月～9月】

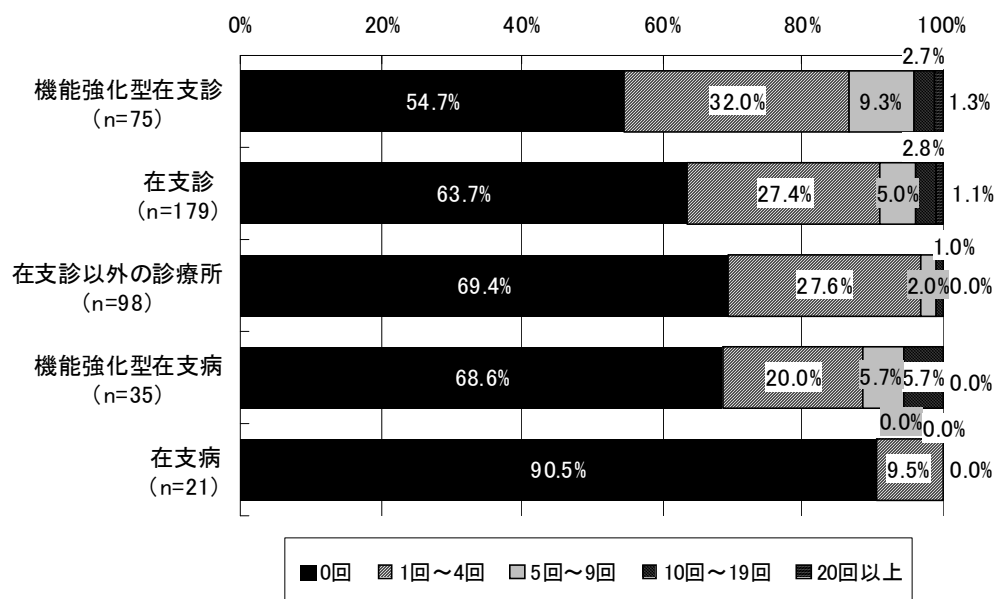


緊急入院が必要と判断された回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、いずれの施設も「0回」の割合が減少している。1回以上の割合は機能強化型在支診では36.0%から45.3%、在支診では31.3%から36.3%、在支診以外の診療所では25.5%から30.6%、機能強化型在支病では14.3%から31.4%、在支病では0.0%から9.5%にそれぞれ増加している。

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】



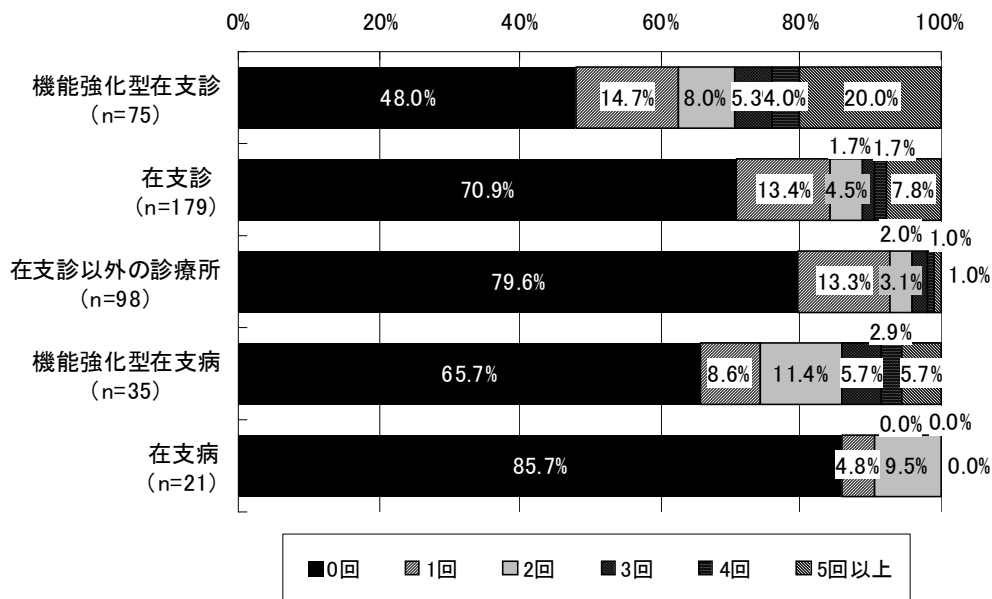
図表 160 緊急入院が必要と判断された回数【平成24年4月～9月】



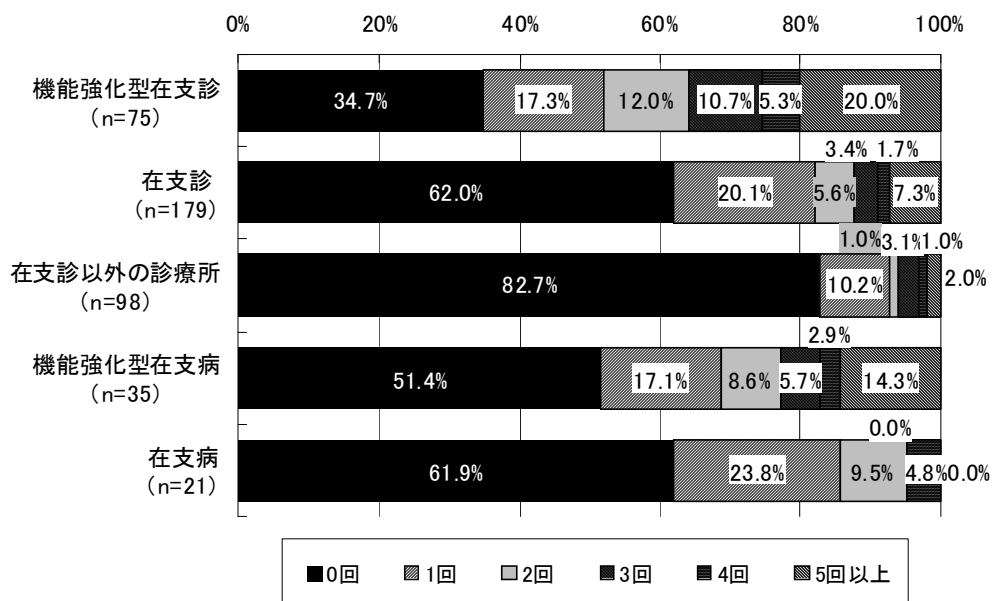


在宅で看取りを行った回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、多くの施設で「0回」の割合が減少している。1回以上の割合は機能強化型在支診では52.0%から65.3%、在支診では29.1%から38.0%、機能強化型在支病では34.3%から48.6%、在支病では14.3%から38.1%にそれぞれ増加している。一方、在支診以外の診療所では20.4%から17.3%に減少している。

図表 161 在宅で看取りを行った回数【平成23年4月～9月】

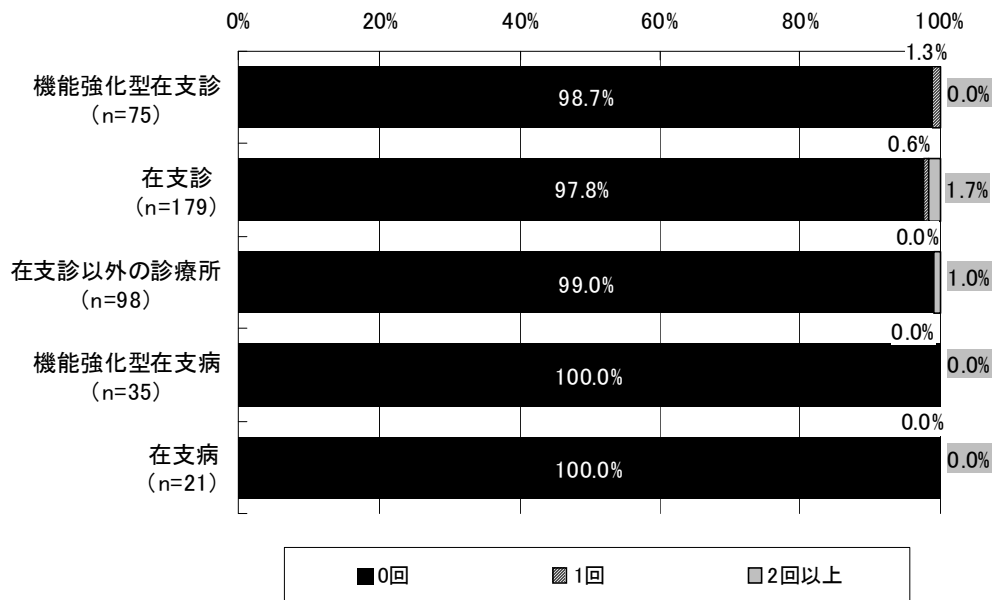


図表 162 在宅で看取りを行った回数【平成24年4月～9月】

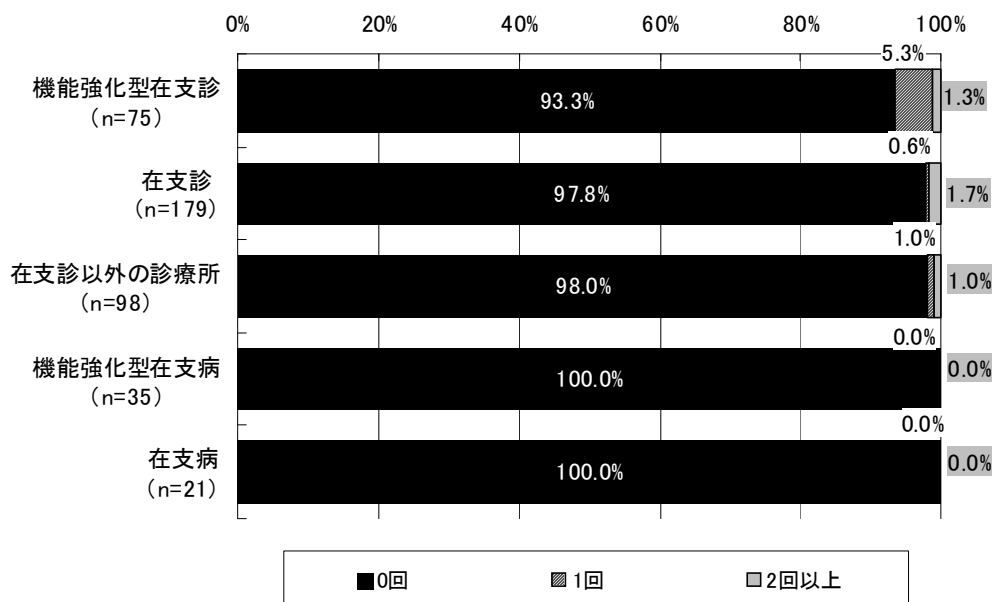


自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数を、平成 23 年 4 月～9 月の半年間と平成 24 年 4 月～9 月の半年間で比較すると、機能強化型在支診で「1 回」が 1.3%から 5.3%に、「2 回以上」が 0.0%から 1.3%に増えたが、多くの施設で実績がなかった。

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

連携している施設・事業所数をみると、機能強化型在支診、機能強化型在支病で連携施設・事業所数が多くなっている。

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）

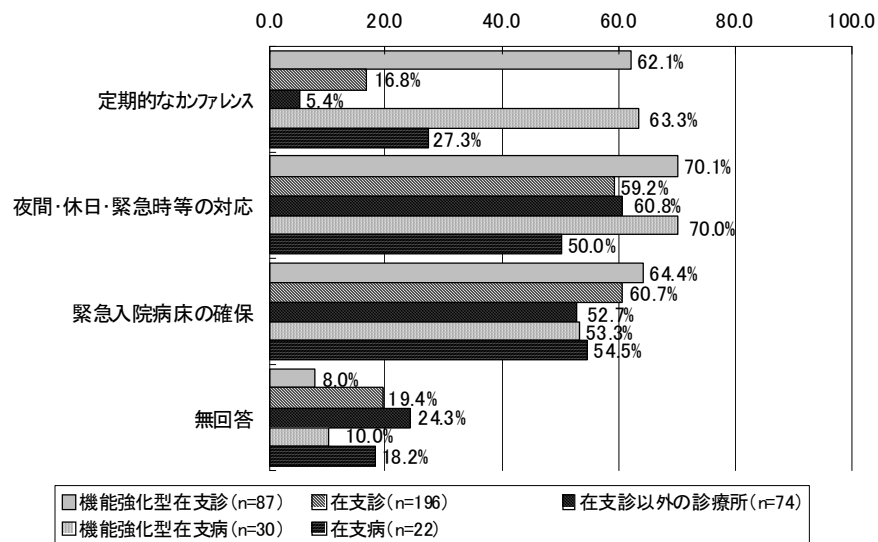
(単位：か所)

	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

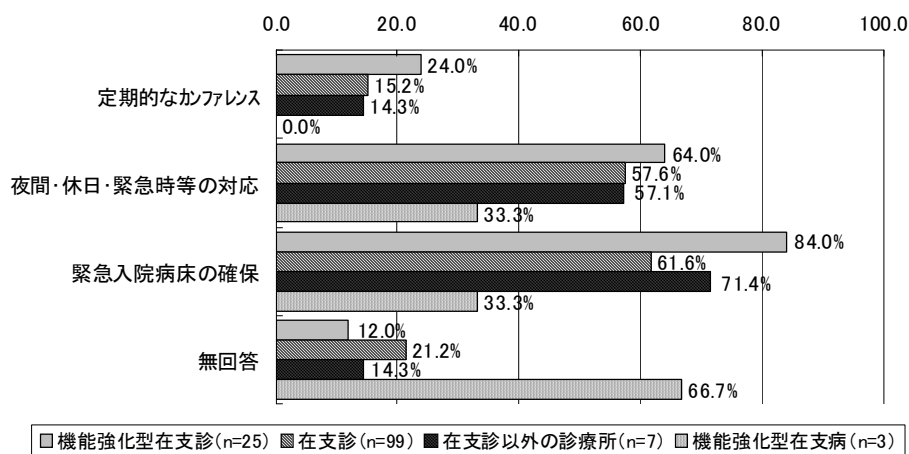
診療所・病院との連携内容をみると、「夜間・休日・緊急時等の対応」や「緊急入院病床の確保」はいずれの施設でも50.0%以上であったが、「定期的なカンファレンス」については機能強化型在支診と機能強化型在支病では60.0%を上回ったものの、他の施設では低い割合となった。

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）



届出上の在宅療養支援病院との連携内容をみると、機能強化型在支診では「緊急入院病床の確保」が84.0%で最も多く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(64.0%)、「定期的なカンファレンス」(24.0%)となった。

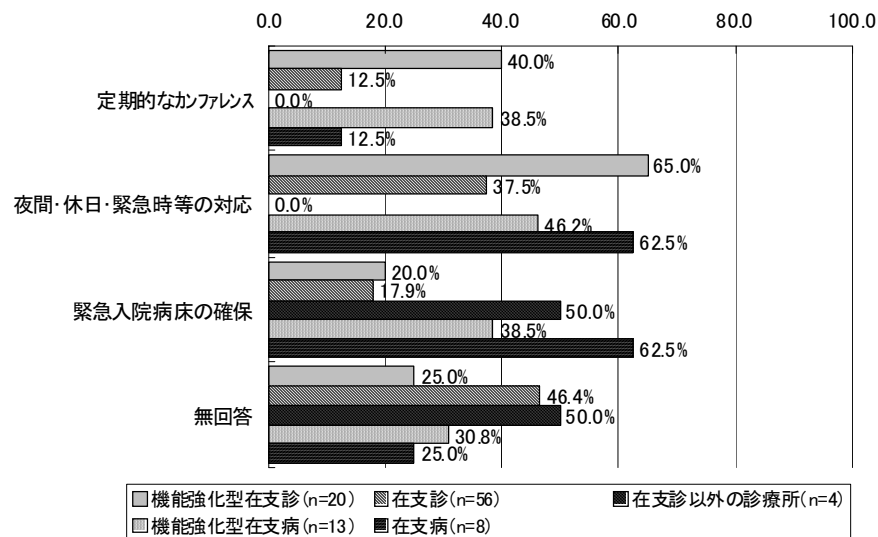
図表 168 連携している施設における連携内容：届出上の在宅療養支援病院（複数回答）



(注) 在支病の回答はなかった。

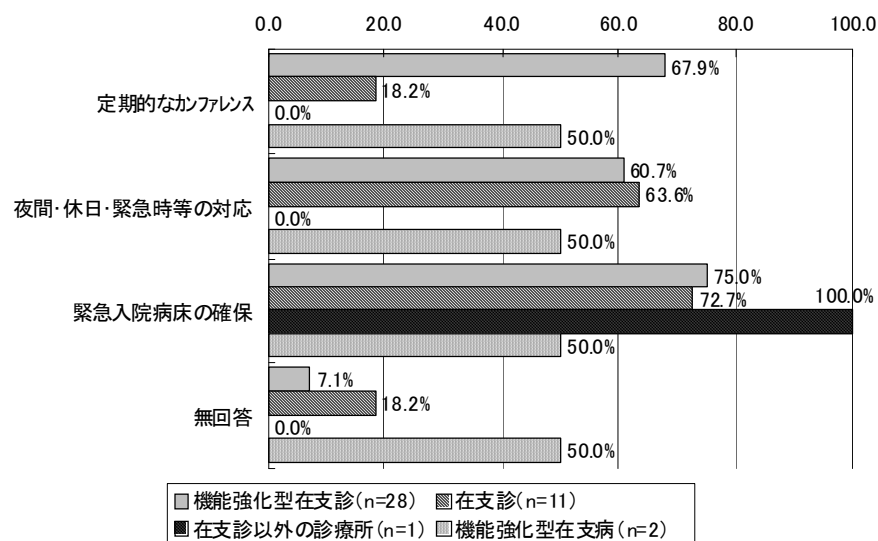
届出上の在宅療養支援診療所との連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 65.0%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」(40.0%)となった。機能強化型在支病では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 46.2%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」、「緊急入院病床の確保」(いずれも 38.5%)であった。

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）



届出上の機能強化型在宅療養支援病院との連携内容をみると、機能強化型在支診では「緊急入院病床の確保」が 75.0%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」(67.9%)、「夜間・休日・緊急時等の対応」(60.7%)であった。

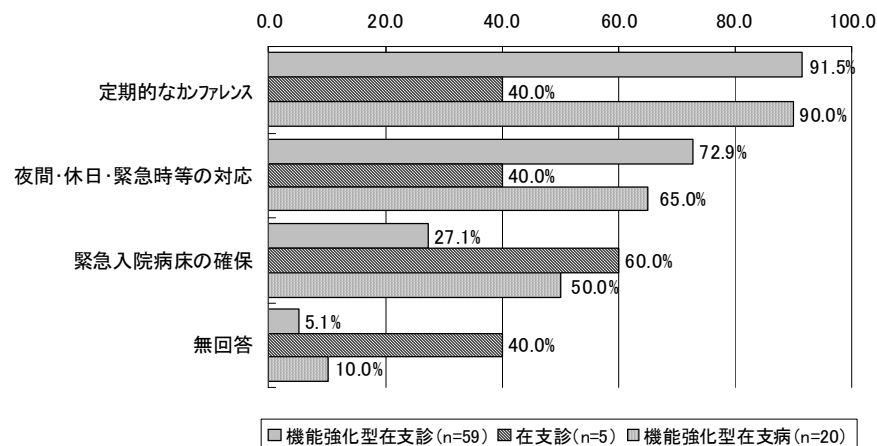
図表 170 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援病院（複数回答）



(注) 在支病の回答はなかった。

届出上の機能強化型在宅療養支援診療所との連携内容をみると、機能強化型在支診では「定期的なカンファレンス」が91.5%で最も高く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(72.9%)となった。機能強化型在支病でも「定期的なカンファレンス」が90.0%で最も高く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(65.0%)となった。

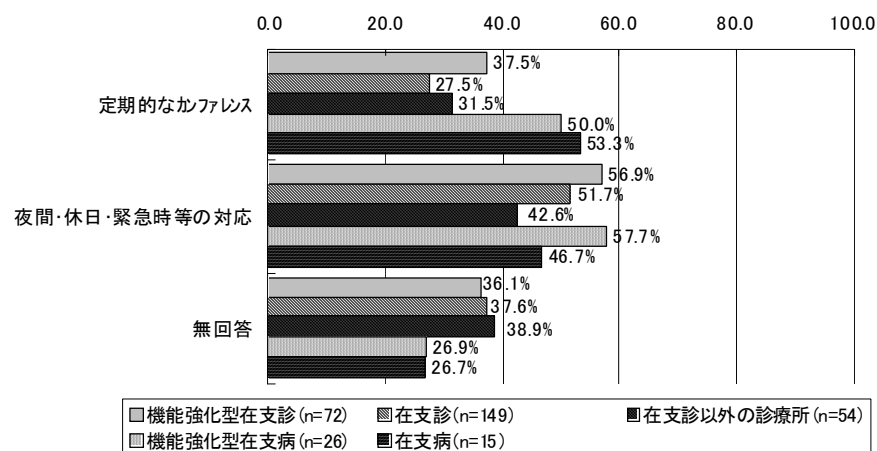
図表 171 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援診療所  
(複数回答)



(注) 在支診以外の診療所、在支病の回答はなかった。

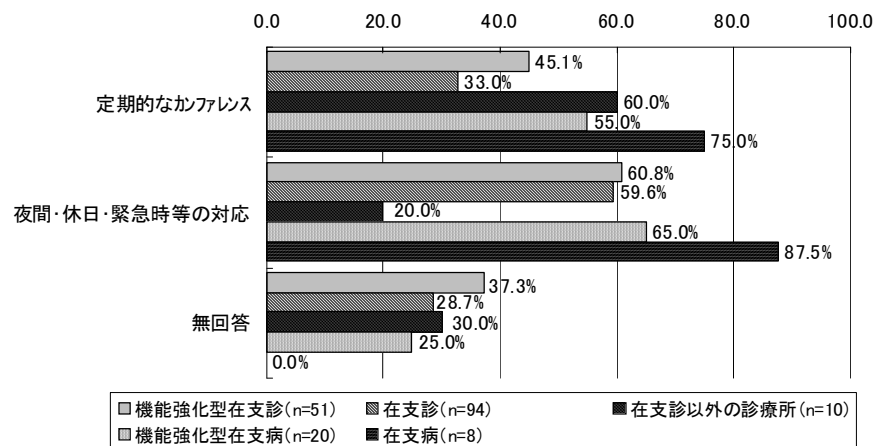
訪問看護ステーションとの連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた施設の割合は機能強化型在支病と在支病で50.0%を超えたが、機能強化型在支診では37.5%、在支診では27.5%、在支診以外の診療所では31.5%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた施設の割合は、機能強化型在支病で57.7%、機能強化型在支診で56.9%、在支診で51.7%、在支病で46.7%、在支診以外の診療所で42.6%であった。

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)



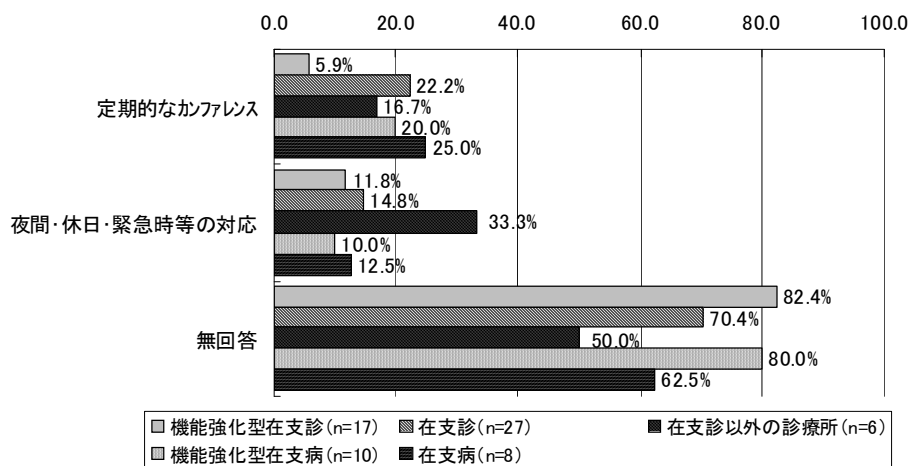
届出上の訪問看護ステーションとの連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が60.8%、「定期的なカンファレンス」が45.1%であった。また、機能強化型在支病では「夜間・休日・緊急時等の対応」が65.0%、「定期的なカンファレンス」が55.0%であった。

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（複数回答）



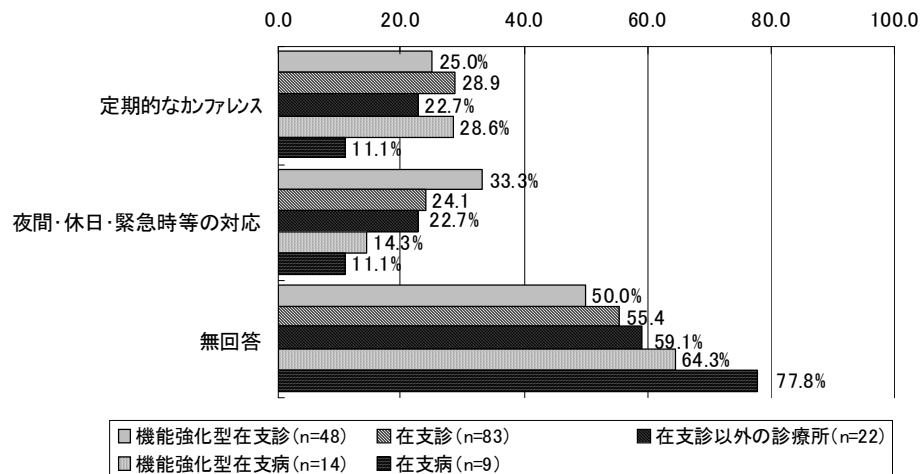
歯科保険医療機関との連携内容をみると、在支診以外の診療所で「夜間・休日・緊急時等の対応」が33.3%となっているが、他の施設、他の項目はいずれも3割未満であった。

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）



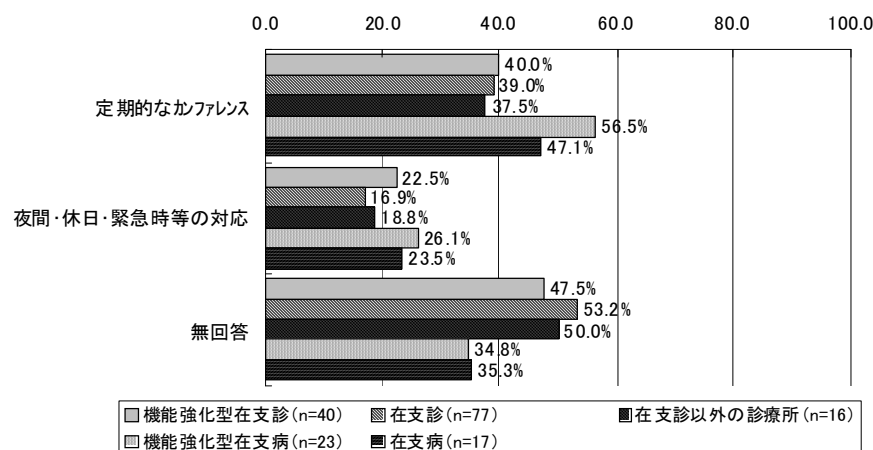
保険薬局との連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が33.3%、「定期的なカンファレンス」が25.0%であった。また、機能強化型在支病では「定期的なカンファレンス」が28.6%、「夜間・休日・緊急時等の対応」が14.3%であった。

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）



居宅介護支援事業所との連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた割合は、機能強化型在支診で40.0%、在支診で39.0%、在支診以外の診療所で37.5%、機能強化型在支病で56.5%、在支病で47.1%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた割合は、機能強化型在支診で22.5%、在支診で16.9%、在支診以外の診療所で18.8%、機能強化型在支病で26.1%、在支病で23.5%であった。

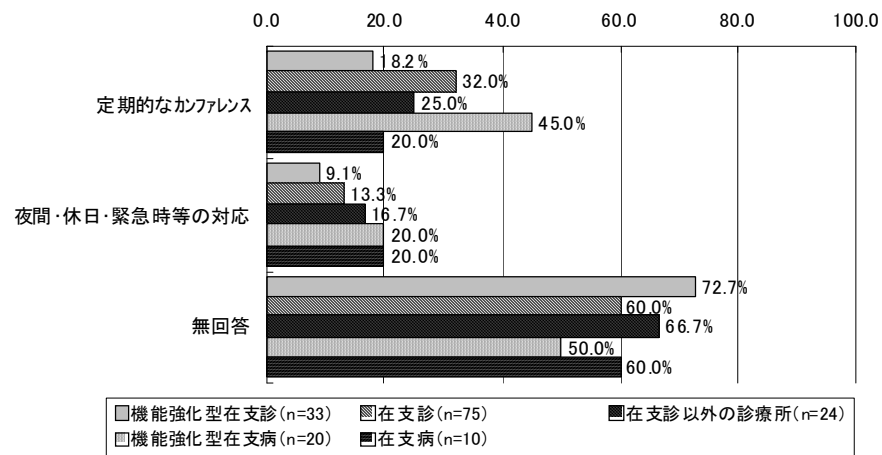
図表 176 連携している施設における連携内容：居宅介護支援事業所（複数回答）





地域包括支援センターとの連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた割合は、機能強化型在支診で 18.2%、在支診で 32.0%、在支診以外の診療所で 25.0%、機能強化型在支病で 45.0%、在支病で 20.0%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた割合は、機能強化型在支診で 9.1%、在支診で 13.3%、在支診以外の診療所で 16.7%、機能強化型在支病で 20.0%、在支病で 20.0%であった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月間における定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の回数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.5 回（標準偏差 1.1、中央値 1.0）、在支診では平均 2.1 回（標準偏差 3.3、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 2.9 回（標準偏差 4.1、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 3.4 回（標準偏差 6.6、中央値 1.0）、在支病では平均 3.1 回（標準偏差 2.2、中央値 4.0）であった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月間における定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の 1 回あたりの平均時間についてみると、機能強化型在支診では平均 60.3 分（標準偏差 35.6、中央値 60.0）、在支診では平均 32.9 分（標準偏差 27.3、中央値 30.0）、在支診以外の診療所では平均 28.3 分（標準偏差 22.6、中央値 20.0）、機能強化型在支病では平均 48.5 分（標準偏差 25.2、中央値 40.0）、在支病では平均 19.7 分（標準偏差 10.8、中央値 20.0）であった。

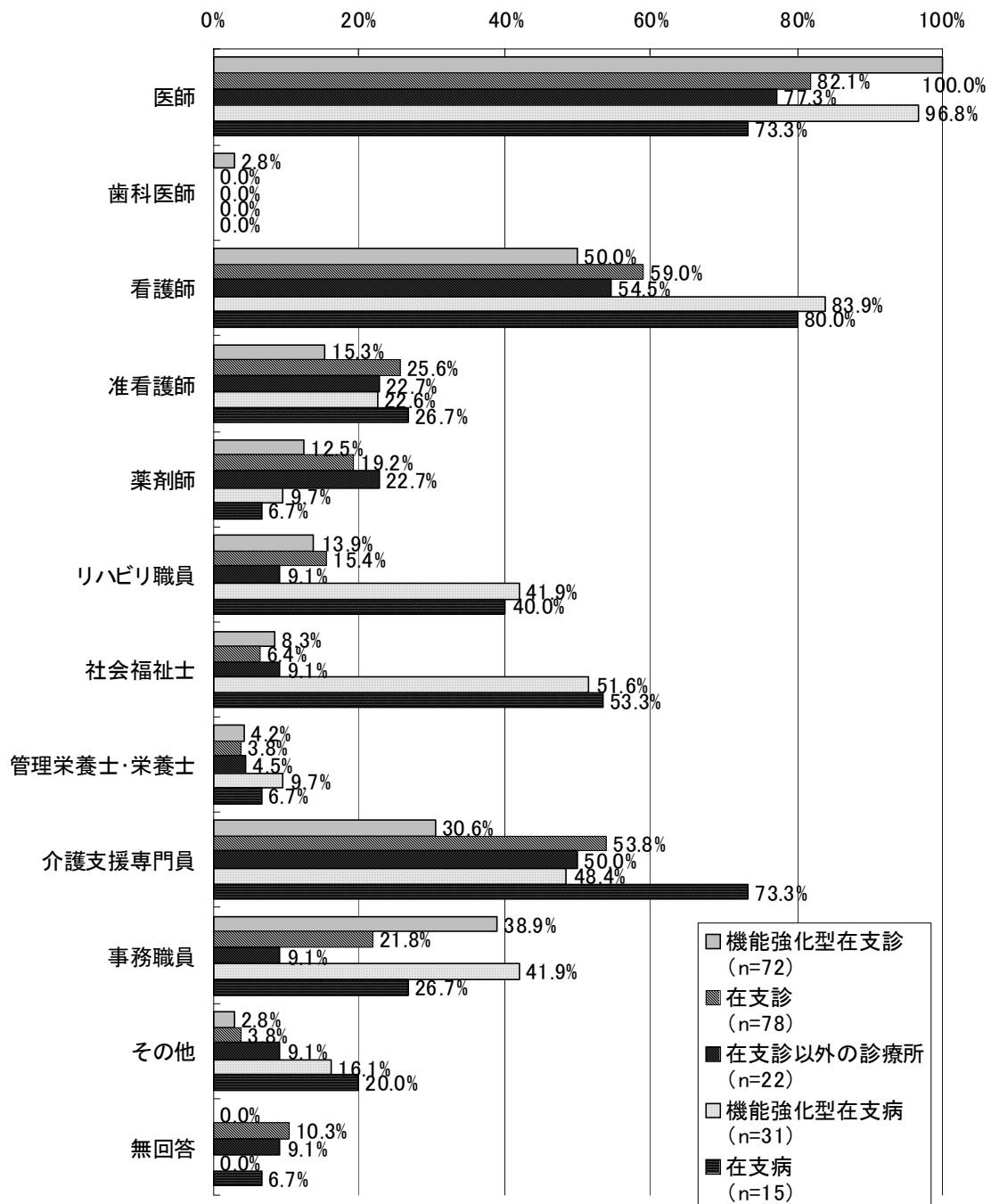
図表 179 定期的なカンファレンスの 1 回あたりの平均時間（平成 24 年 9 月 1 か月間）

（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

定期的なカンファレンスの出席者（自施設+連携施設）をみると、「医師」の割合は機能強化型在支診では 100.0%、機能強化型在支病では 96.8%となった。「看護師」、「リハビリ職員」、「社会福祉士」については病院で診療所よりも割合が高かった。在支病では、他の施設と比較して「介護支援専門員」の割合が高かった。

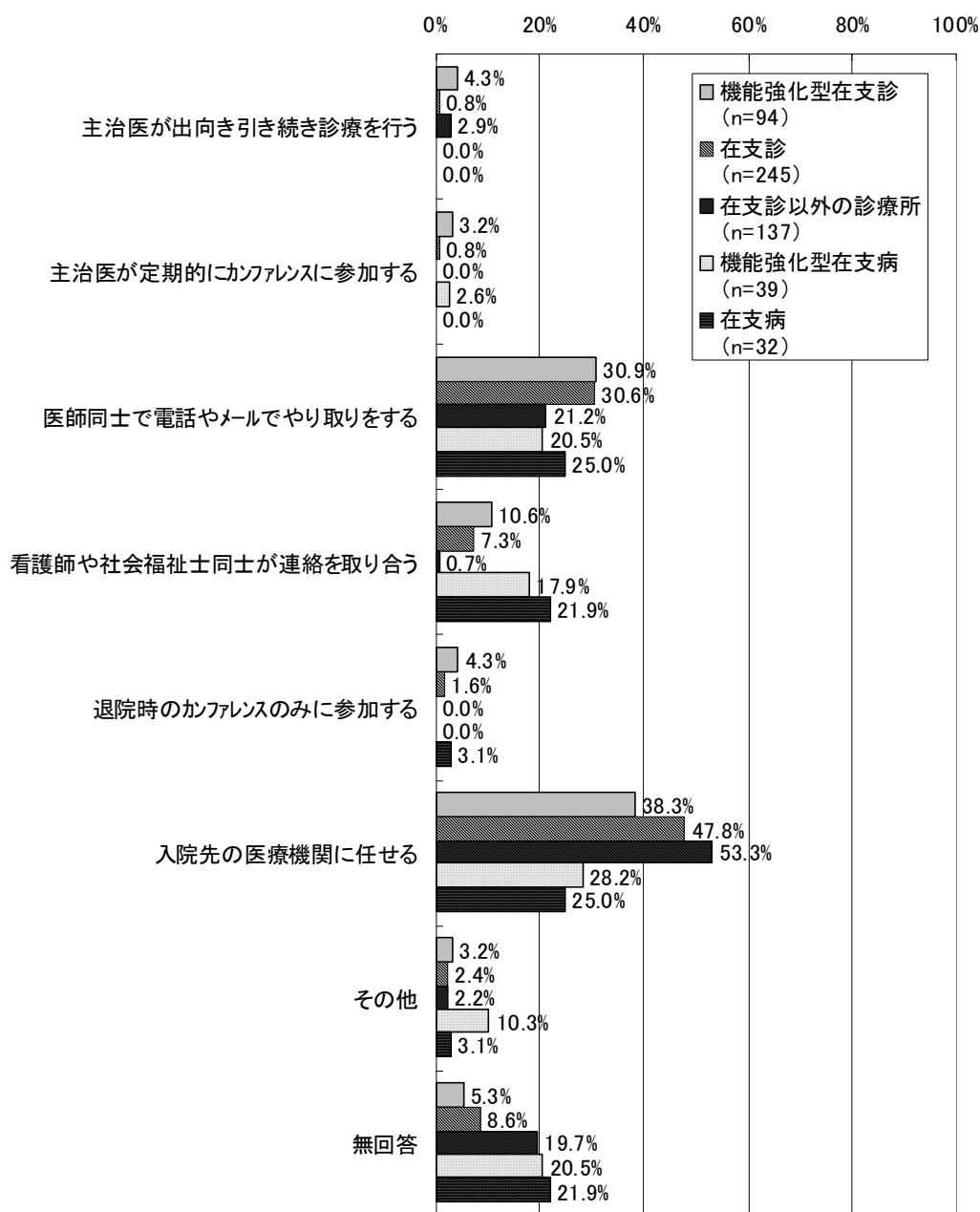
図表 180 定期的なカンファレンスの出席者（自施設+連携施設）（複数回答）



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

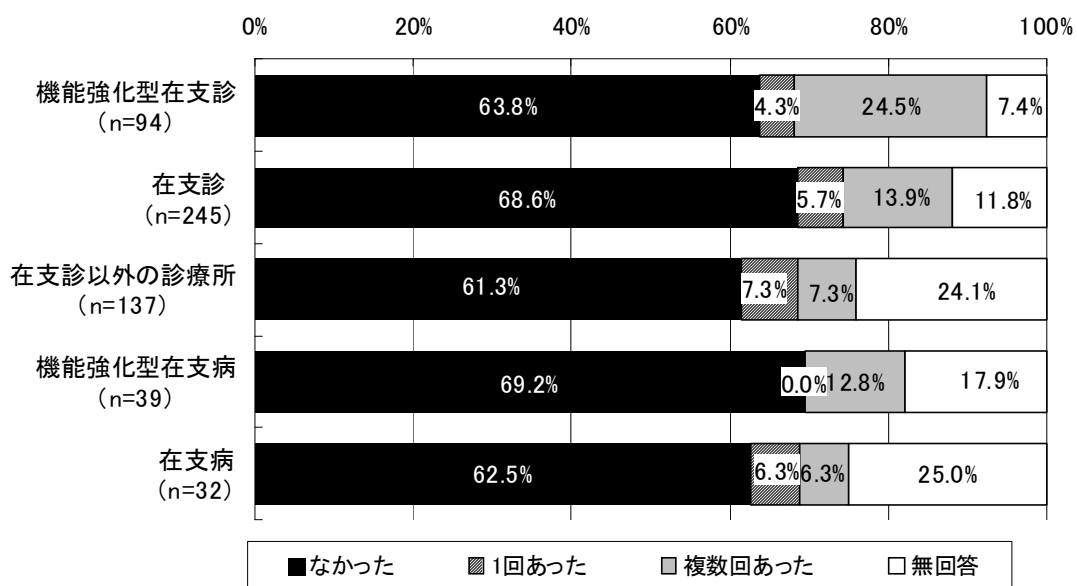
患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方についてみると、「入院先の医療機関に任せる」、「医師同士で電話やメールでやり取りをする」の割合が高かった。「主治医が出向き引き続き診療を行う」、「主治医が定期的にカンファレンスに参加する」については、最も割合が高かった機能強化型在支診でも、それぞれ4.3%、3.2%に過ぎなかった。

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）



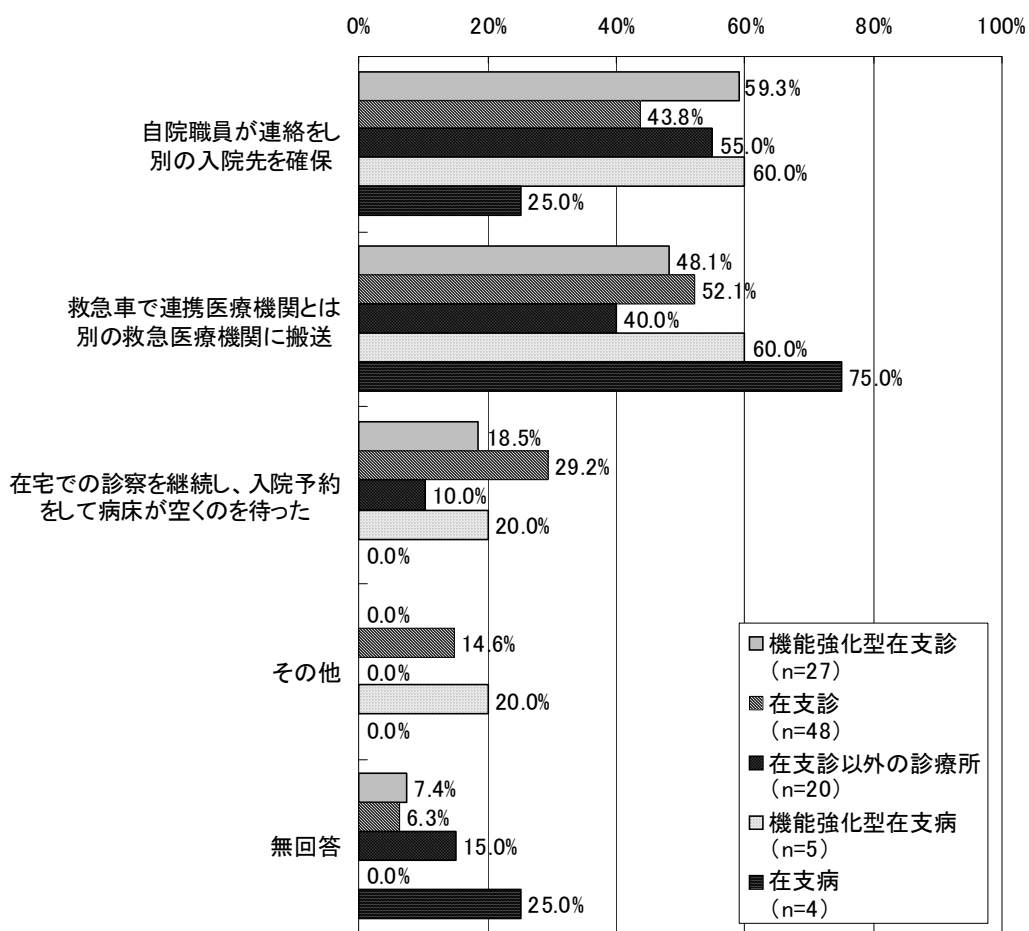
平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に入院させようとして入院できなかった経験の有無についてみると、機能強化型在支診では 24.5%、在支診では 13.9%、在支診以外の診療所では 7.3%、機能強化型在支病では 12.8%、在支病では 6.3%が「複数回あった」と回答している。また、「1 回あった」という回答も、機能強化型在支診では 4.3%、在支診では 5.7%、在支診以外の診療所では 7.3%、在支病では 6.3%となった。

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



平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に入院させようとして入院できなかったときの対応についてみると、機能強化型在支診では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」(59.3%) が最も多く、在支診では「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(52.1%)、在支診以外の診療所では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」(55.0%)、機能強化型在支病では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」、「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(それぞれ 60.0%)、在支病では「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(75.0%) が最も多かった。

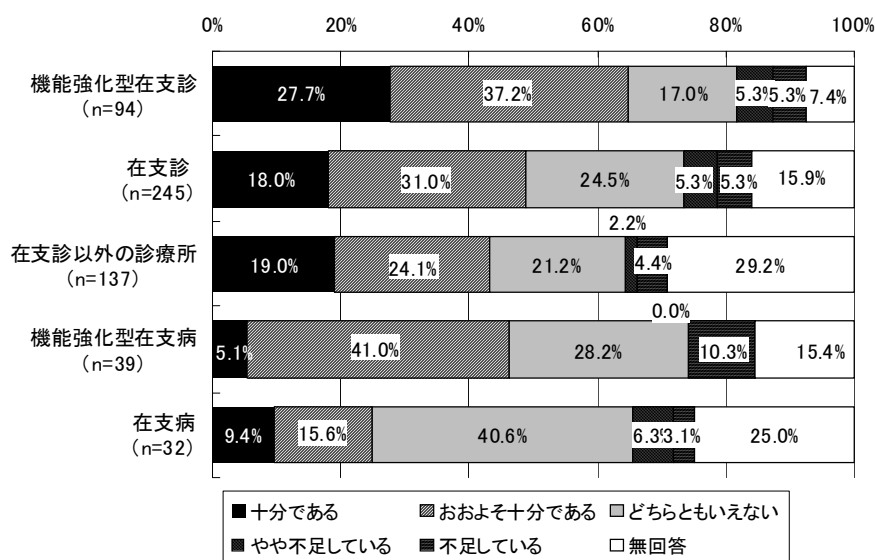
図表 183 平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったときの対応 (複数回答)



### ③連携の充足感

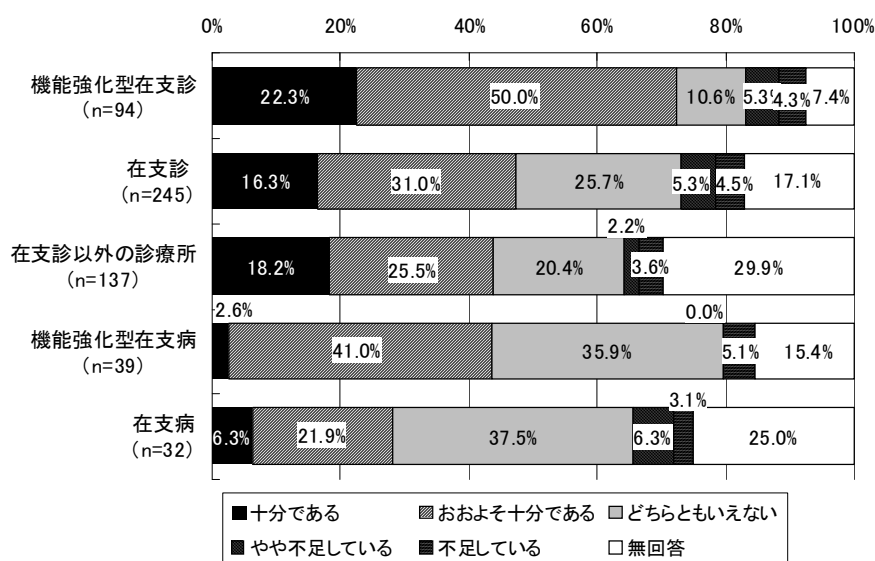
医療機関の連携数の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 64.9%、在支診が 49.0%、在支診以外の診療所が 43.1%、機能強化型在支病が 46.1%、在支病が 25.0%であった。在支病では「どちらともいえない」が 40.6%で高かった。

図表 184 連携の充足感：医療機関の連携数



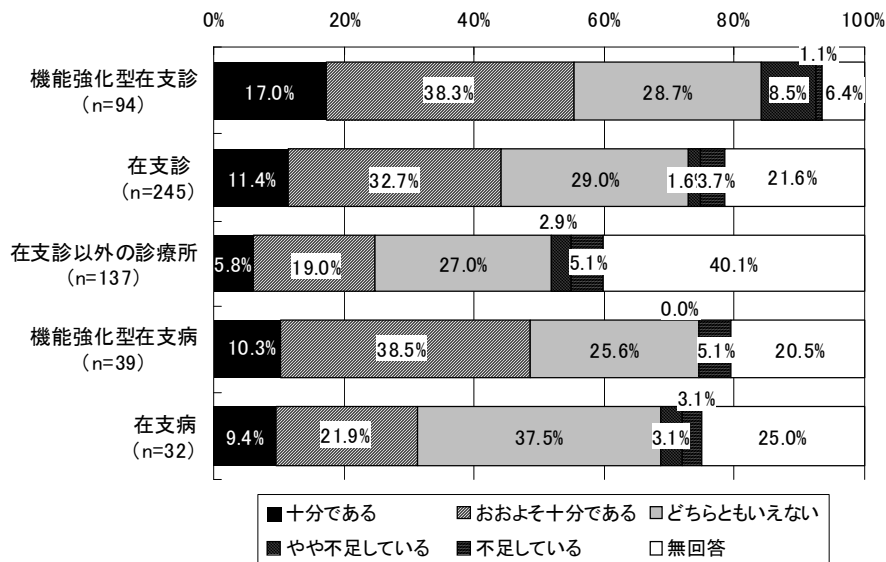
医療機関の連携内容の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 72.3%、在支診が 47.3%、在支診以外の診療所が 43.7%、機能強化型在支病が 43.6%、在支病が 28.2%であった。機能強化型在支病、在支病では、「どちらともいえない」がそれぞれ 35.9%、37.5%であった。

図表 185 連携の充足感：医療機関の連携内容



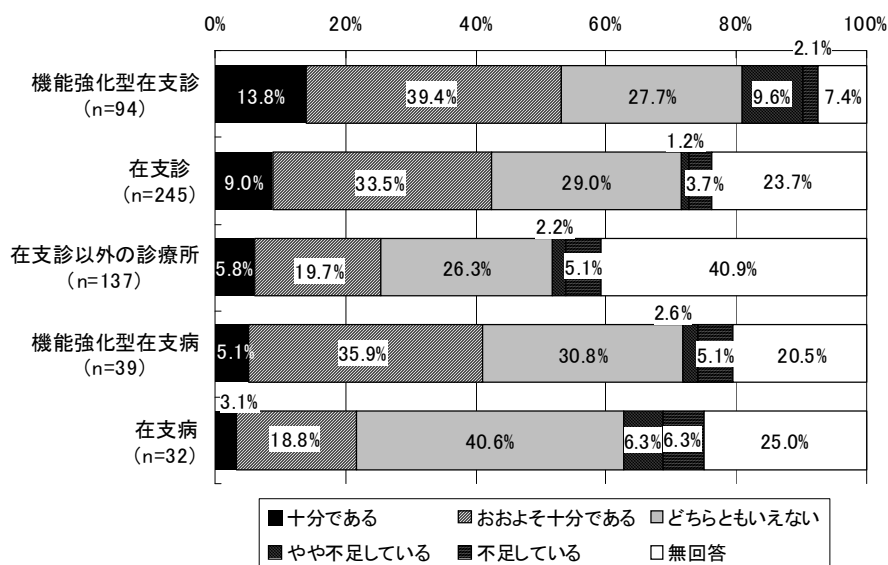
居宅介護支援事業所との連携数の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 55.3%、在支診が 44.1%、在支診以外の診療所が 24.8%、機能強化型在支病が 48.8%、在支病が 31.3%であった。

図表 186 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携数



居宅介護支援事業所との連携内容の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 53.2%、在支診が 42.5%、在支診以外の診療所が 25.5%、機能強化型在支病が 41.0%、在支病が 21.9%であった。

図表 187 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携内容



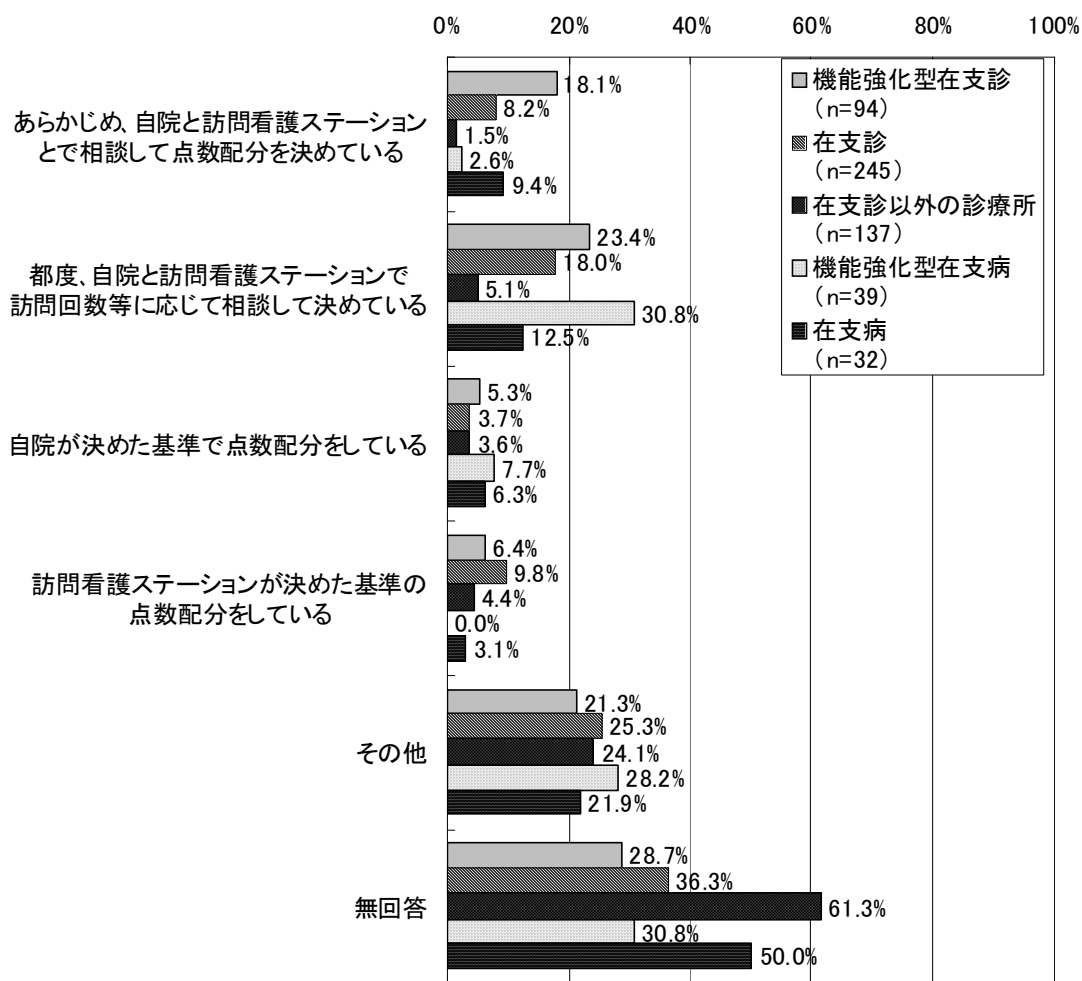


④連携している施設・事業所との報酬配分の取り決め

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

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についてみると、いずれの施設においても「都度、自院と訪問看護ステーションで訪問回数等に応じて相談して決めていく」という回答が最も多かった。

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）

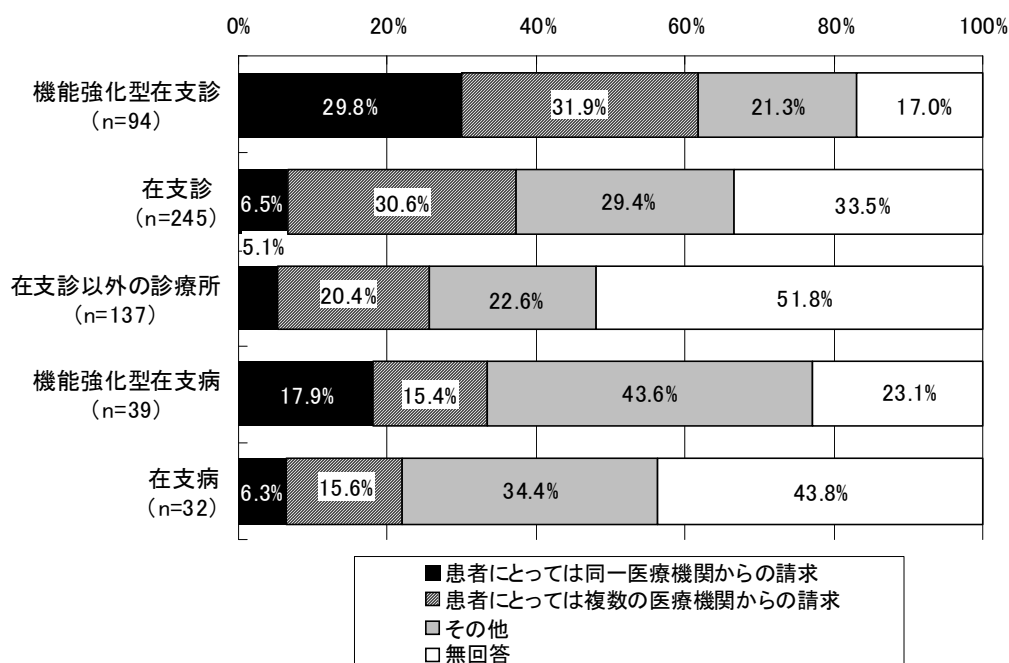


(注) 「在宅がん医療総合診療料」のように医療機関が一括して算定し、訪問看護ステーションに点数配分する必要がある場合の対応方法について尋ねた質問。

## 2) 連携している医療機関との報酬配分方法

連携している医療機関との報酬配分方法についてみると、機能強化型在支診では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(31.9%)が最も多く、次いで「患者にとっては同一医療機関からの請求」(29.8%)であった。在支診、在支診以外の診療所では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」が最も多く、それぞれ30.6%、20.4%であった。機能強化型在支病では「患者にとっては同一医療機関からの請求」(17.9%)が最も多く、次いで「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(15.4%)であった。在支病では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(15.6%)が最も多かった。

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。

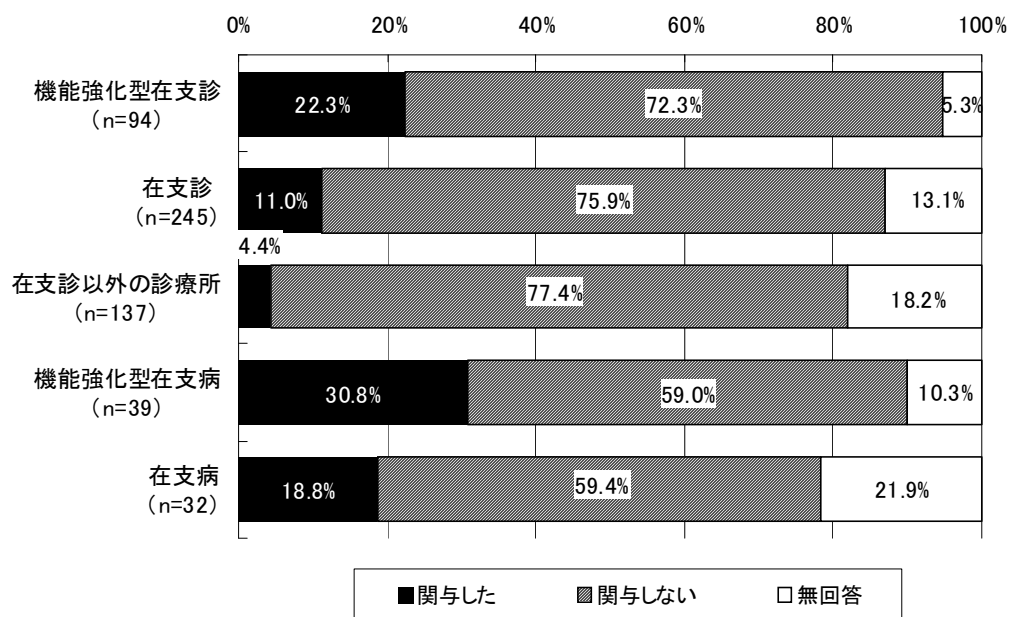
「患者にとっては同一医療機関からの請求」:「自院が『看取り加算』等診療報酬を請求し、看取りを行った連携医療機関の医師は自院の非常勤医師として報酬を得ている」

「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

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についてみると、「関与した」という回答割合は機能強化型在支病が 30.8%で最も高く、次いで機能強化型在支診（22.3%）、在支病（18.8%）、在支診（11.0%）、在支診以外の診療所（4.4%）であった。

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



平成 24 年 4 月～9 月における、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は、機能強化型在支診では平均 11.5 人（標準偏差 15.7、中央値 5.0）、在支診では平均 4.3 人（標準偏差 6.0、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.0 人（標準偏差 1.2、中央値 2.0）、機能強化型在支病では平均 19.1 人（標準偏差 34.4、中央値 4.0）、在支病では平均 105.3 人（標準偏差 100.0、中央値 60.0）であった。このうち、入院前から自施設で在宅医療を提供していた患者数は、機能強化型在支診では平均 2.8 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、在支診では平均 1.6 人（標準偏差 1.6、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.0 人（標準偏差 1.2、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 3.8 人（標準偏差 6.7、中央値 0.0）、在支病では平均 9.0 人（標準偏差 5.6、中央値 10.0）であった。入院前は自施設で在宅医療を手供していなかった患者数は、機能強化型在支診では平均 7.7 人（標準偏差 11.9、中央値 3.0）、在支診では平均 2.7 人（標準偏差 5.0、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 0.8 人（標準偏差 0.5、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 15.3 人（標準偏差 33.8、中央値 2.0）、在支病では平均 96.3 人（標準偏差 96.2、中央値 57.0）であった

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

平成 24 年 9 月 1 か月間における、退院時共同指導料 1 の算定患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.89 人（標準偏差 3.62、中央値 0.00）、在支診では平均 0.22 人（標準偏差 0.51、中央値 0.00）、在支診以外の診療所では平均 0.50 人（標準偏差 1.22、中央値 0.00）、機能強化型在支病では平均 0.18 人（標準偏差 0.40、中央値 0.00）、在支病では平均 0.80 人（標準偏差 1.30、中央値 0.00）であった。

実績のある施設に限定してみると、機能強化型在支診では平均 4.00 人（標準偏差 4.47、中央値 2.00）、在支診では平均 1.20 人（標準偏差 0.45、中央値 1.00）、在支病では平均 2.00 人（標準偏差 1.41、中央値 2.00）であった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月間における、特別管理指導加算の算定患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.21 人（標準偏差 0.54、中央値 0.00）であった。

実績のある施設に限定してみると、機能強化型在支診では平均 1.33 人（標準偏差 0.58、中央値 1.00）であった。

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

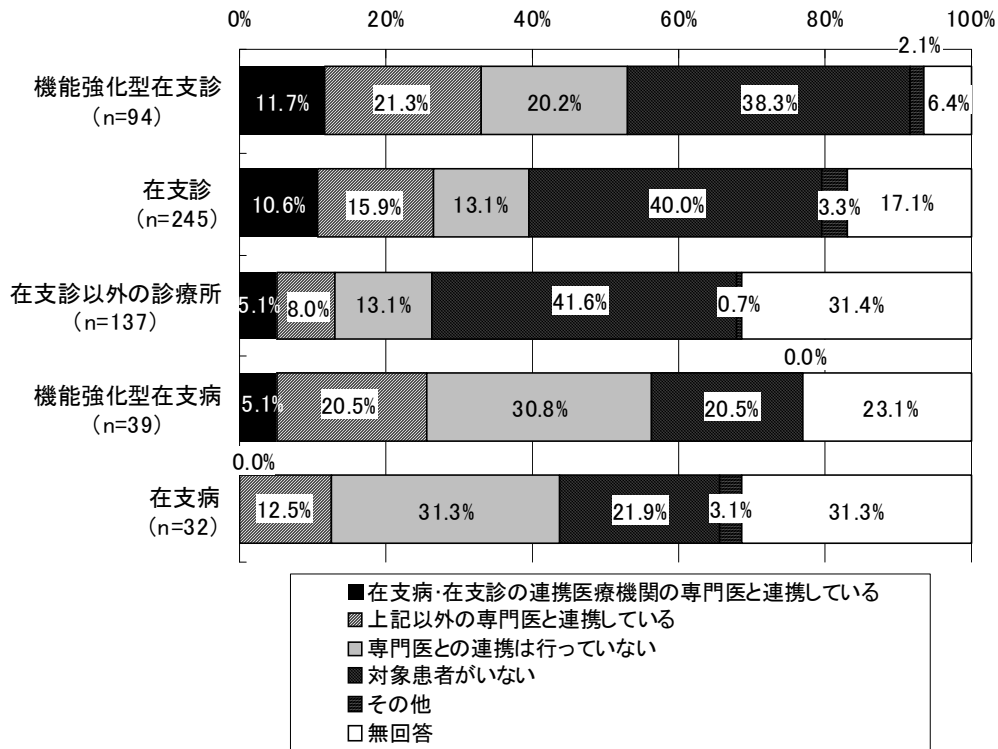
図表 195 特別管理指導加算（平成 24 年 9 月 1 か月分）（実績のある施設）

	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

悪性新生物について専門医との連携状況等をみると、「在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している」と「上記以外の専門医と連携している」を合わせた連携している割合は、機能強化型在支診では33.0%、在支診では26.5%、在支診以外の診療所では13.1%、機能強化型在支病では25.6%、在支病12.5%であった。

図表 196 専門医との連携状況等：悪性新生物



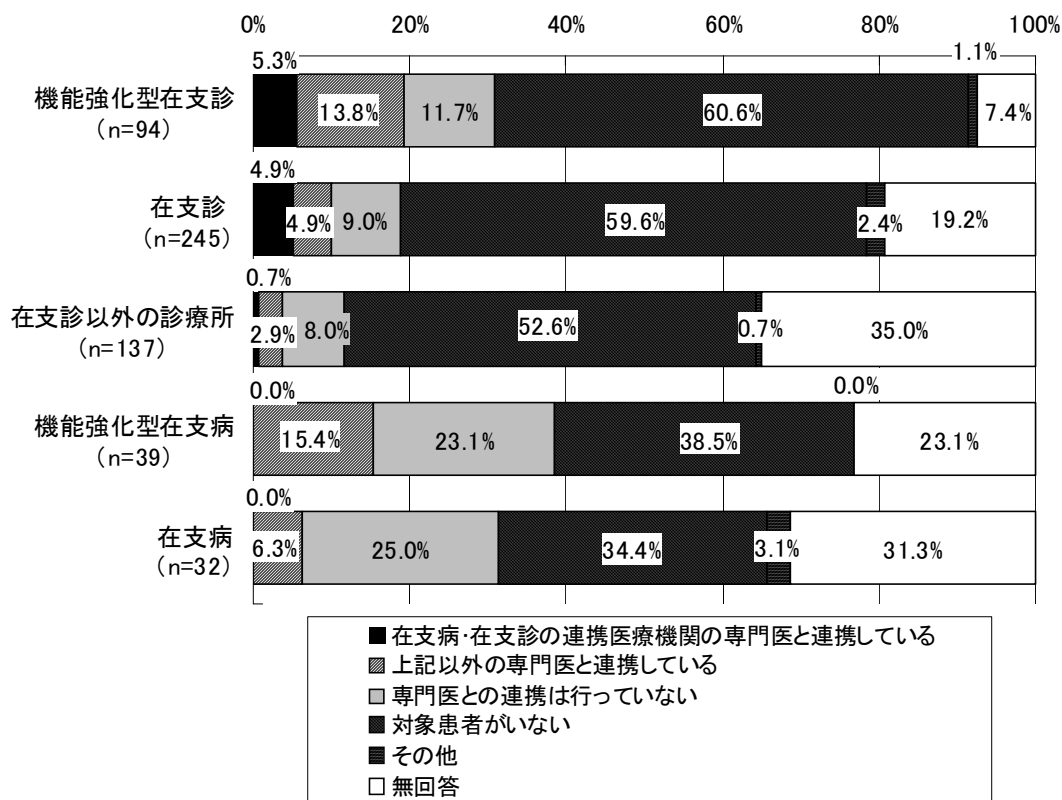
平成24年9月1か月間の悪性新生物における専門医と連携して対応した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均4.6人（標準偏差5.6、中央値2.0）、在支診では平均2.3人（標準偏差2.6、中央値1.0）、在支診以外の診療所では平均1.8人（標準偏差1.5、中央値1.0）、機能強化型在支病では平均4.2人（標準偏差4.1、中央値2.5）であった。

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

難治性皮膚疾患について専門医との連携状況等をみると、「在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している」と「上記以外の専門医と連携している」を合わせた連携している割合は、機能強化型在支診では 19.1%、在支診では 9.8%、在支診以外の診療所では 3.6%、機能強化型在支病では 15.4%、在支病 6.3%であった。

図表 198 専門医との連携状況等：難治性皮膚疾患



平成 24 年 9 月 1 か月間の難治性皮膚疾患における専門医と連携して対応した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 3.4 人（標準偏差 3.8、中央値 2.0）、在支診では平均 2.1 人（標準偏差 1.6、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.2 人（標準偏差 0.4、中央値 1.0）であった。

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

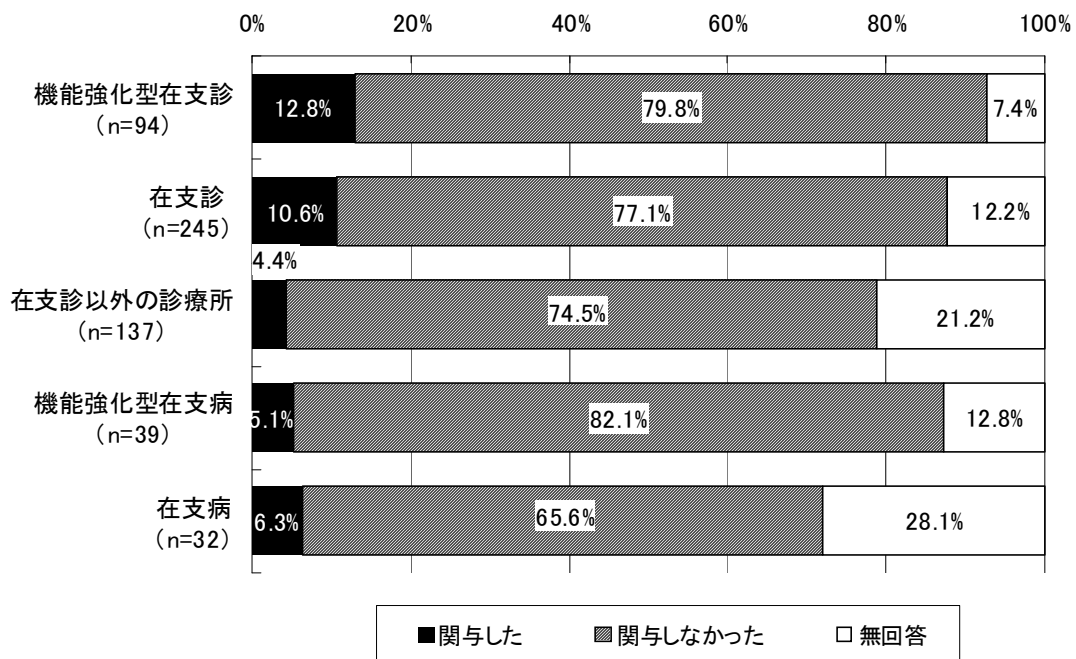
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	8	3.4	3.8	2.0
在支診	8	2.1	1.6	1.0
在支診以外の診療所	5	1.2	0.4	1.0
機能強化型在支病	4	1.0	—	1.0
在支病	0	—	—	—



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

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についてみると、「関与した」は機能強化型在支診で12.8%と最も高く、次いで在支診（10.6%）、在支病（6.3%）、機能強化型在支病（5.1%）、在支診以外の診療所（4.4%）であった。

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



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についてみると、機能強化型在支診では平均 12.2 人（標準偏差 24.1、中央値 4.0）、在支診では平均 3.7 人（標準偏差 4.1、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 5.7 人（標準偏差 9.6、中央値 1.0）であった。

このうち、他の医療機関から退院した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 10.7 人（標準偏差 20.4、中央値 3.5）、在支診では平均 3.2 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 5.6 人（標準偏差 8.2、中央値 1.0）であった。

さらにこのうち、再び自施設で在宅医療を提供した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 12.8 人（標準偏差 22.6、中央値 5.0）、在支診では平均 3.0 人（標準偏差 3.2、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.7 人（標準偏差 1.2、中央値 1.0）であった。

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）

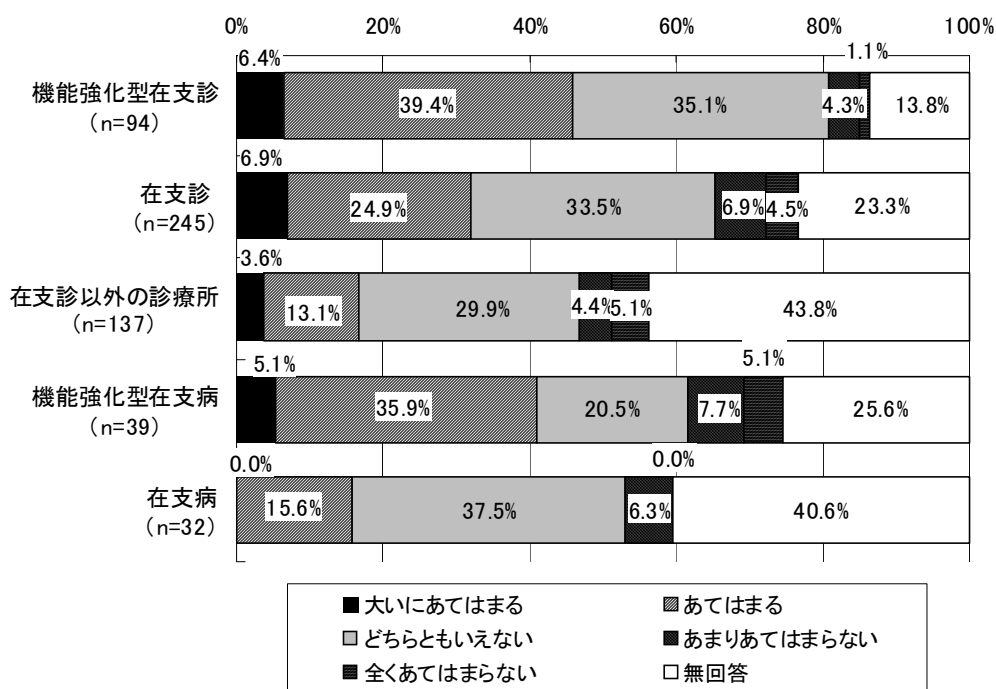
（単位：人）

		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	2	1
	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

他の医療機関等との連携による効果として、患者の在宅医療への移行がスムーズになったかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 45.8%、在支診では 31.8%、在支診以外の診療所では 16.7%、機能強化型在支病では 41.0%、在支病では 15.6%であった。

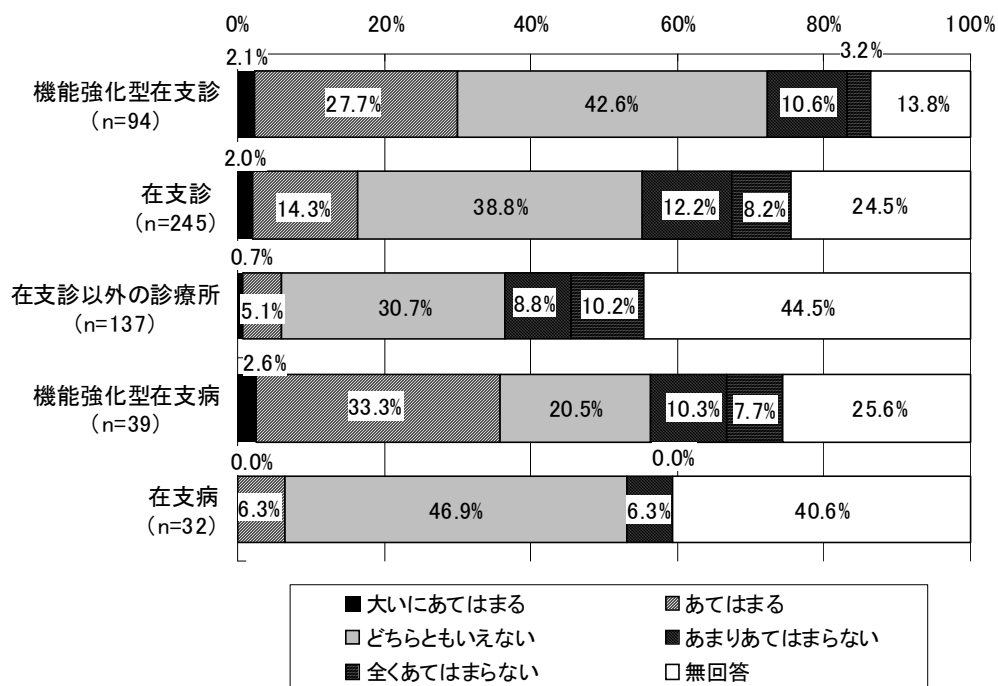
図表 202 他の医療機関等との連携による効果  
～患者の在宅医療への移行がスムーズになった～



他の医療機関等との連携による効果として、在宅医療を提供できる患者数が増えたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 29.8%、在支診では 16.3%、在支診以外の診療所では 5.8%、機能強化型在支病では 35.9%、在支病では 6.3%であった。

機能強化型在支病を除く施設では、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能型在支診では 42.6%、在支診では 38.8%、在支診以外の診療所では 30.7%、在支病では 46.9%であった。

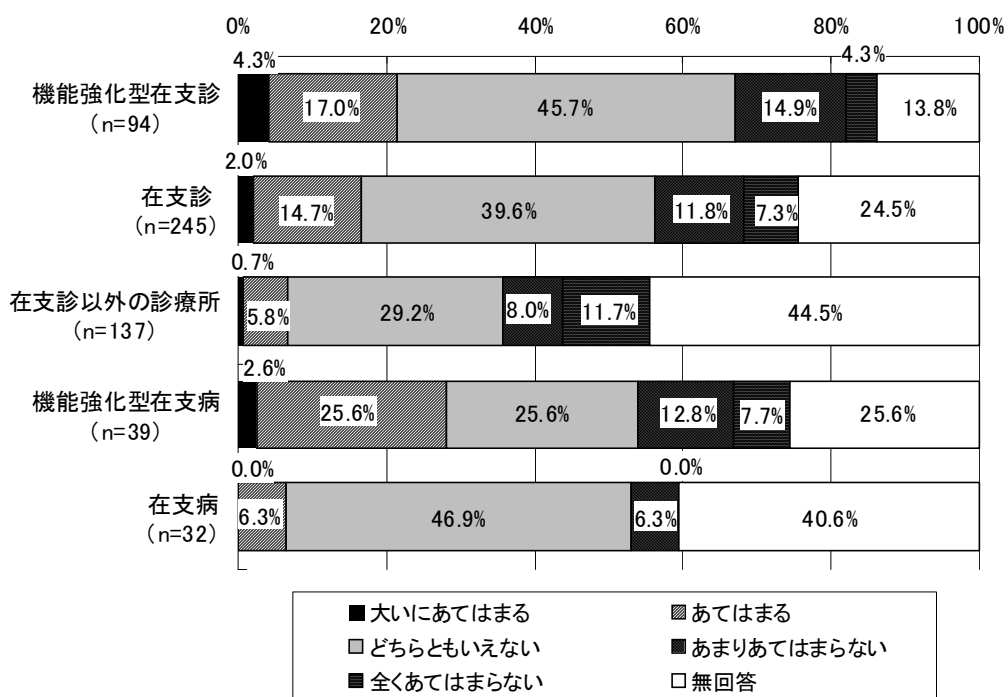
図表 203 他の医療機関等との連携による効果  
～在宅医療を提供できる患者数が増えた～



他の医療機関等との連携による効果として、在宅医療で対応できる疾患が増えたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では21.3%、在支診では16.7%、在支診以外の診療所では6.5%、機能強化型在支病では28.2%、在支病では6.3%であった。

機能強化型在支病を除く施設では、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能強化型在支診では45.7%、在支診では39.6%、在支診以外の診療所では29.2%、在支病では46.9%であった。

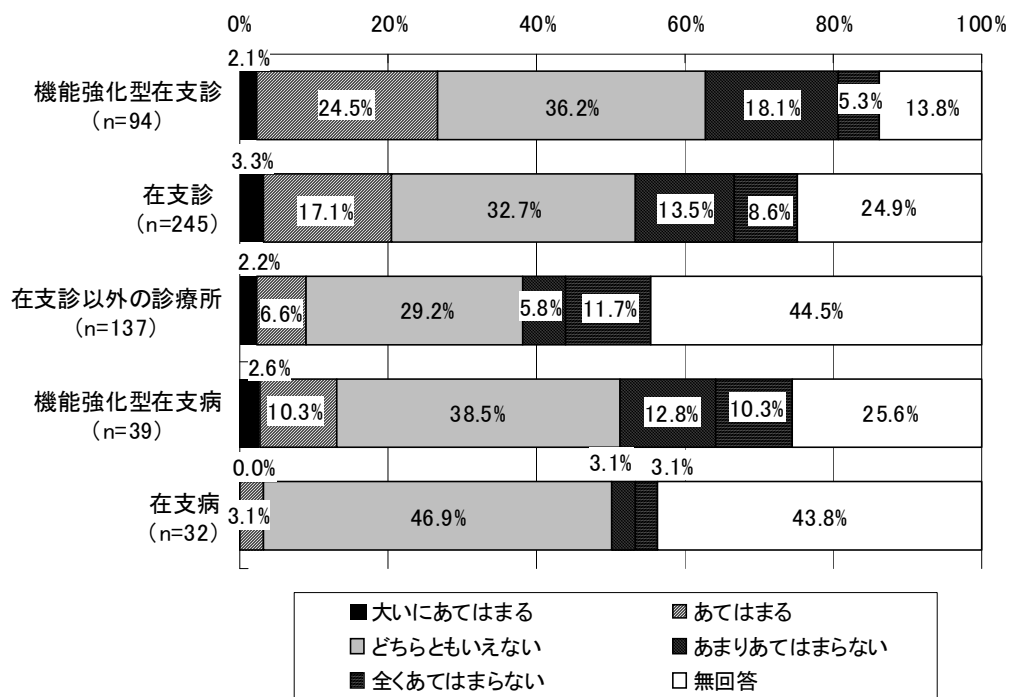
図表 204 他の医療機関等との連携による効果  
～在宅医療で対応できる疾患が増えた～



他の医療機関等との連携による効果として、24 時間体制の負担が軽減されたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 26.6%、在支診では 20.4%、在支診以外の診療所では 8.8%、機能強化型在支病では 12.9%、在支病では 3.1%であった。

いずれの施設でも、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能強化型在支診では 36.2%、在支診では 32.7%、在支診以外の診療所では 29.2%、機能強化型在支病では 38.5%、在支病では 46.9%であった。

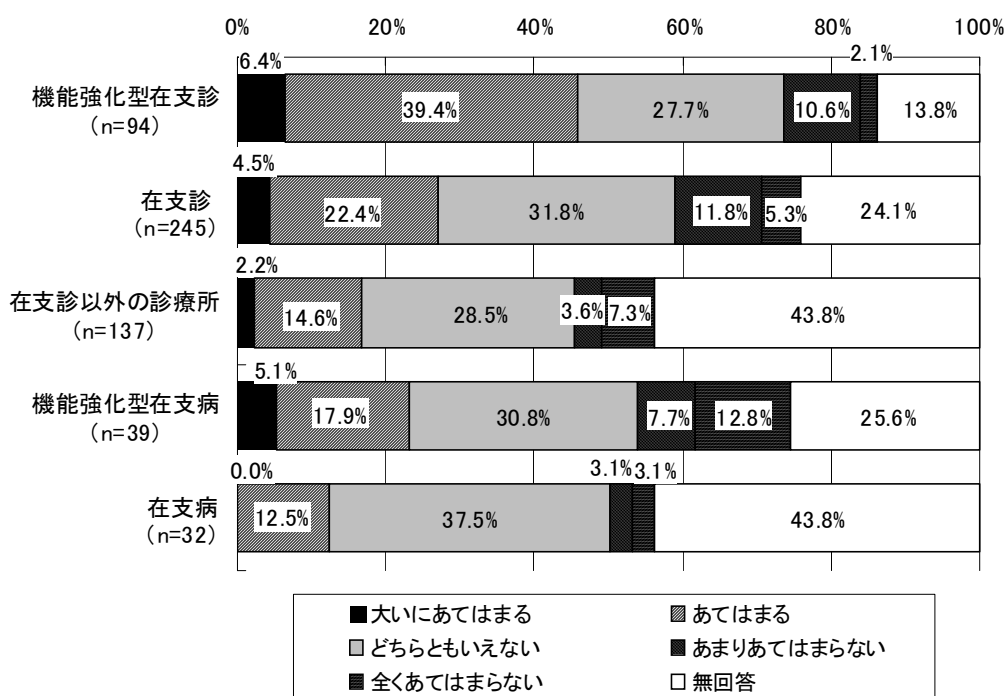
図表 205 他の医療機関等との連携による効果  
～24 時間体制の負担が軽減された～



他の医療機関等との連携による効果として、緊急時の対応がより可能となったかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では45.8%、在支診では26.9%、在支診以外の診療所では16.8%、機能強化型在支病では23.0%、在支病では12.5%であった。

機能強化型在支診では「あてはまる」の割合が最も高かったが、他の施設では「どちらともいえない」の割合が最も高く、在支診では31.8%、在支診以外の診療所では28.5%、機能強化型在支病では30.8%、在支病では37.5%であった。

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

特別訪問看護指示書を交付した医療保険の患者数を平成23年9月と平成24年9月と比較すると、いずれの施設でも平成24年9月のほうがやや増えており、機能強化型在支診では平均0.79人、在支診では平均0.49人、在支診以外の診療所では平均0.74人、機能強化型在支病では平均0.59人、在支病では平均1.90人であった。

平成24年9月の患者数について内訳をみると、最も多いのは、機能強化型在支診では「急性増悪」で平均0.59人、在支診でも「急性増悪」で平均0.27人、在支診以外の診療所では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均0.33人、機能強化型在支病では「急性増悪」で平均0.41人、在支病では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均0.19人であった。

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



特別訪問看護指示書を交付した介護保険の患者数を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診ではやや減少、在支病では実績がなかったものの、他の施設では増加した。

平成 24 年 9 月の患者数について内訳をみると、最も多いのは、機能強化型在支診では「急性増悪」で平均 0.83 人、在支診でも「急性増悪」で平均 0.07 人、在支診以外の診療所では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均 0.30 人、機能強化型在支病では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均 0.21 人、在支病ではすべて 0.0 人であった。

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

1 施設あたりの介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.3、中央値 0.0）、在支診では平均 0.1 人（標準偏差 0.5、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.0 人（標準偏差 0.2、中央値 0.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 1.5 人（標準偏差 0.7、中央値 1.5）、在支診では平均 1.8 人（標準偏差 1.4、中央値 1.0）であった。

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	—	—	—

1 施設あたりの精神科訪問看護指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.1、中央値 0.0）、在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.5、中央値 0.0）であった。

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	-	-	-

1施設あたりの訪問看護指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 14.1 人（標準偏差 29.6、中央値 5.0）、在支診では平均 6.3 人（標準偏差 13.2、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.1 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 19.3 人（標準偏差 23.2、中央値 13.0）、在支病では平均 8.6 人（標準偏差 15.0、中央値 1.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 18.1 人（標準偏差 32.4、中央値 8.0）、在支診では平均 9.5 人（標準偏差 15.2、中央値 4.0）、在支診以外の診療所では平均 4.1 人（標準偏差 4.0、中央値 2.0）、機能強化型在支病では平均 22.0 人（標準偏差 23.6、中央値 15.0）、在支病では平均 12.1 人（標準偏差 16.6、中央値 3.0）であった。

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

1 施設あたりの訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問看護又は複合型サービスの利用者数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.0 人（標準偏差 3.7、中央値 0.0）、在支診では平均 0.3 人（標準偏差 1.5、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.2 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 0.2 人（標準偏差 0.7、中央値 0.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 8.8 人（標準偏差 7.9、中央値 6.0）、在支診では平均 3.2 人（標準偏差 3.5、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.3 人（標準偏差 2.2、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 2.5 人（標準偏差 2.1、中央値 2.5）であった。

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

実績のある施設において介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等についてみると、機能強化型在支診では平均 48.5 日（標準偏差 58.7、中央値 48.5）、在支診では平均 60.0 日（標準偏差 26.8、中央値 60.0）であった。

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。

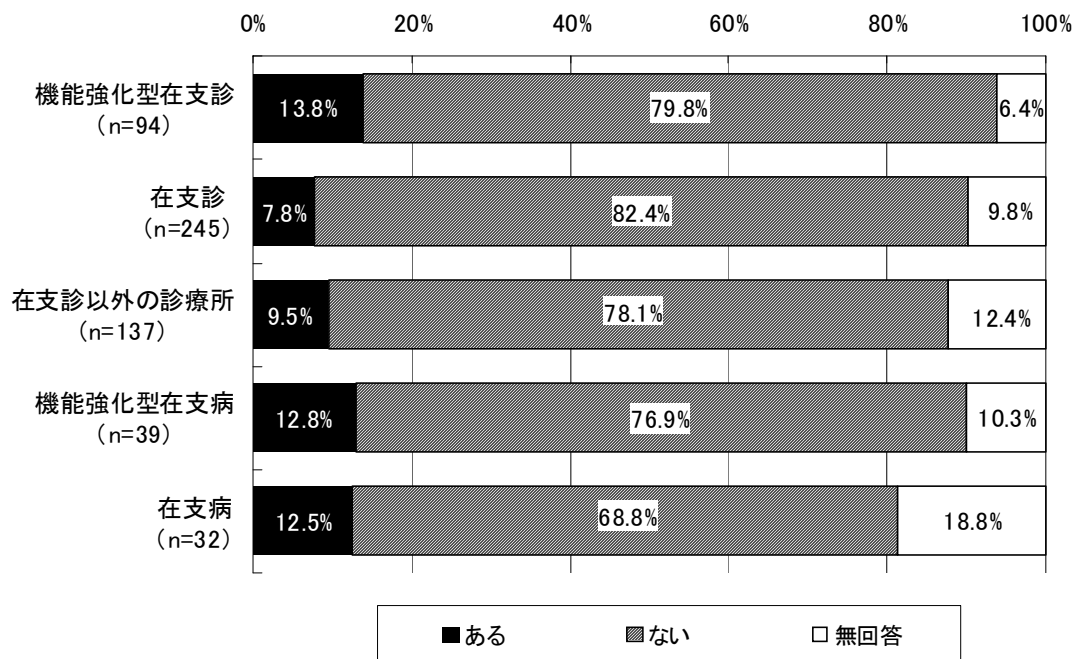
現行の平均指示期間	実際に望ましいと考えられる指示期間
7 日	22.5 日
90 日	180 日

(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

介護老人福祉施設における看取りの有無等についてみると、「ある」と回答した施設は、機能強化型在支診では 13.8%、在支診では 7.8%、在支診以外の診療所では 9.5%、機能強化型在支病では 12.8%、在支病では 12.5%であった。

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）



平成 24 年 4 月～9 月の間に介護老人福祉施設において看取りを行った患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 3.23 人（中央値 2.00）、在支診では平均 3.82 人（中央値 2.00）、在支診以外の診療所では平均 4.69 人（中央値 3.00）、機能強化型在支病では平均 3.75 人（中央値 2.50）、在支病では平均 2.00 人（中央値 2.00）であった。

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）

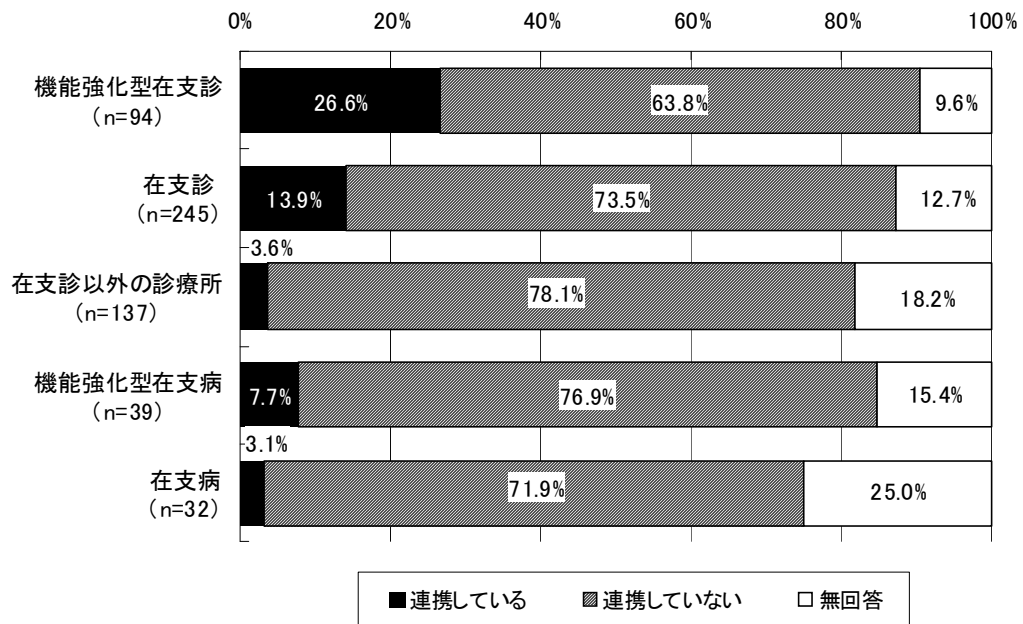
（単位：人）

		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

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についてみると、「連携している」と回答した施設は、機能強化型在支診では26.6%、在支診では13.9%、在支診以外の診療所では3.6%、機能強化型在支病では7.7%、在支病では3.1%であった。

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

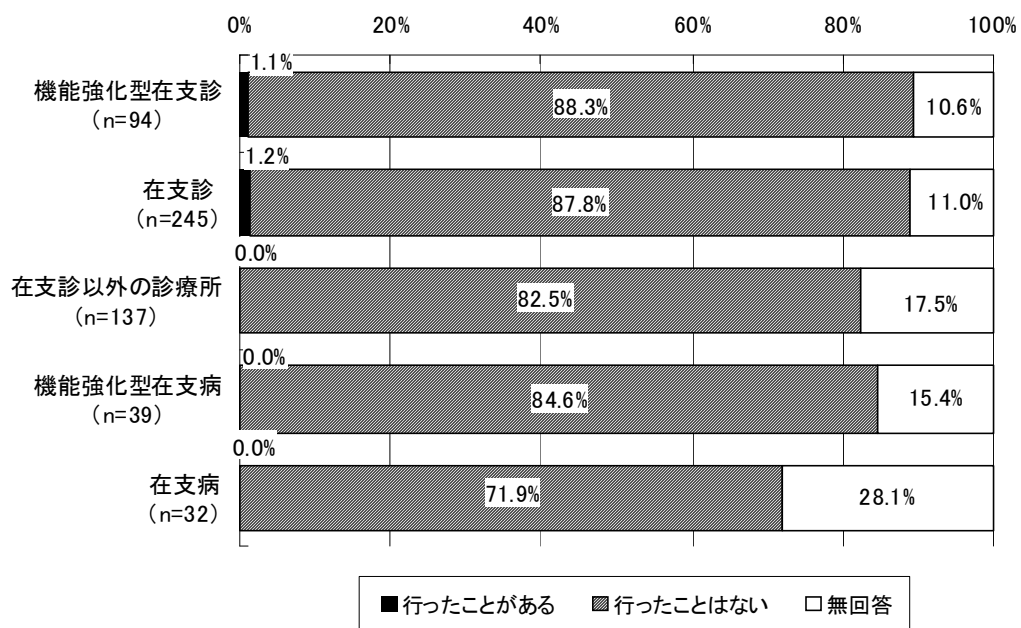




③他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無

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についてみると、「行ったことがある」と回答した施設は機能強化型在支診では1.1%、在支診では1.2%であった。

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

定例報告による在宅医療の1年間の実績についてみると、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は、機能強化型在支診では平均25.6人（標準偏差39.9、中央値13.5）、在支診では平均6.9人（標準偏差13.3、中央値3.0）、在支診以外の診療所では平均1.0人（標準偏差1.5、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均39.4人（標準偏差52.6、中央値17.0）、在支病では平均6.9人（標準偏差9.2、中央値3.0）であった。

このうち、医療機関以外で死亡した患者数は、機能強化型在支診では平均15.9人（標準偏差24.0、中央値7.5）、在支診では平均4.0人（標準偏差9.4、中央値1.0）、在支診以外の診療所では平均0.6人（標準偏差1.2、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均18.0人（標準偏差26.0、中央値7.0）、在支病では平均2.5人（標準偏差4.2、中央値1.0）であった。

また、連携医療機関で死亡した患者数は、機能強化型在支診では平均3.0人（標準偏差5.1、中央値1.0）、在支診では平均1.7人（標準偏差3.8、中央値0.0）、在支診以外の診療所では平均0.1人（標準偏差0.4、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均8.3人（標準偏差13.9、中央値3.0）、在支病では平均3.3人（標準偏差6.1、中央値0.0）であった。

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

## (7) 在宅医療に関する今後の課題等

在宅医療に関する今後の課題等を自由記述形式で記載していただいた主な内容は以下の通りである。

- ・ 在宅医療の連携は、医師会を中心とするべき。無策の連携では営利目的や企業的な医療機関に対して歯止めが利かない状態である。在宅という人の眼に触れない場所だけに、不要なサービスや不正請求が行われる可能性が高い。在宅でも DPC を実施すべき。
- ・ 一般開業医が、一人でできる範囲のいわゆる「往診」の範囲でかなり在宅患者がカバーできると思われる。3 人医師がいないとダメとか、24 時間対応でなくてはダメとかでは担い手は増えない。患者の大半は認知症と歩行機能の低下による外出困難である。もっと制度を使いやすく改善したらいいか。
- ・ 在宅医療は大切である。なるべく責任を持って主治医として患者を診ていこうとする時、外来の延長上に在宅医療があるといつも考えている。そのためには信頼できる訪問看護ステーションと地域の他科の医師とごく普通に連絡を取れば、あとはバックアップしてくれる入院のできる病院があるだけで充分なのではないかと思う。
- ・ 訪問看護ステーションの訪問は、往診より高い場合があり、利用者が受けない時がある。結果、安いクリニック内看護師の訪問看護を行う（加算が少ないので安い）。保険算定上からもクリニック内訪看が節約できることから、これについては医療保険を原則としてもいいのではないか。
- ・ 都会と違い、在宅を行う連携医療機関は同じ市にほとんどない。強化型はとても無理。
- ・ 連携医療機関の連絡先を一元化する意味がどうしても理解できない。連携はしていても、実際に主治医以外の医師が訪問するケースは極めて稀と思われる。連絡先が一元化されると直接主治医に連絡が取れず、患者も医師も非常に不便。我々の連携ではそれぞれの主治医が 24 時間 365 日オンコールで待機しているので、一元化を義務化されると、とても不便を感じる。どうしても主治医が対応できない場合には医師同士で直接お願いをすることにしていく。
- ・ 在宅はケアする家族がいて、理解がある場合に依頼される。家族の負担は大きい。デイサービス、ショートステイや入浴サービス等介護サービスやヘルパーの支援で負担が軽減される。
- ・ 独居患者をどうするか。
- ・ 在宅医療への患者本人・家族の理解(何をどこまで自宅で実施できるのかを知ること)。
- ・ 政府は医療費削減のため在宅医療を進めているようだが、本当に医療費削減となっているのか。
- ・ 特養老人ホーム等において、きちんと最期の看取りまで行っているのか。最期の看取りの段階で病院に移送するというのはあまりにご都合主義と言われなければならない。最期の看取りまで責任を持って管理のできる（医療を含めて）施設をもっと増加させる政策が必要と思われる。有床診療所の活用を考えるべき。
- ・ 在宅医療は病院、診療所と違い、ストレスが多く、やり手もない状況である。連携

する意味合いが不明確である。地域連携は病院に再入院させず、地域の中で急性期疾患（肺炎、尿路感染、脳卒中、骨折）も連携者と協力しながら在宅で看るということで、最終的にはがんや老衰の看取りまで行うことである。眼科や皮膚科、耳鼻科といった科の医師が往診しても往診料が安すぎる。医学管理料として在宅点数を上げるのではなく、1回の往診料をきちんとした点数、例えば訪問診療料 830 点→3000 点くらいにすべきである。訪問診療料より往診料のほうが低く設定されているが、往診は急性疾患のために出向くのでそれなりに手がかかり、ストレスも大きい。せめて 720 点の 2 倍～3 倍の点数をつけてほしい。夜間、深夜は 5～6 倍が必要と思う。移動にかかる時間が保険点数に反映されていない。60 分以上かかることもある。交通費として患者に請求することはできない。

- 連携の名のもと、押しつけ医療、押しつけ介護が目に見える。患者・家族が望む時、必要な医療のみを行うことにしている。一律に 24 時間とか多職種との連携など必要ない。
- 平成 24 年 4 月より「機能強化型在宅療養支援病院、診療所」が定義づけられたが、高齢化率の高い地方では医療機関数が少なく、一人の医師が何でもやらなければならない、そもそも周囲に連携をとれる医療機関がない（物理的に存在しない）。したがって、「機能強化型云々」というのは都市部の医療過密地域で可能たりえるスタイルであって、「いわゆる過疎地域」では在宅医療促進策にはなっていない（「絵に描いたモチ」となっている印象が強い。そのような地域を救う、本当に有効な促進策を望む。
- 他職種との情報共有ツール（システム）がばらばらなので、統一したものにしたい。連携拠点がトップダウン方式でシステムを決めてしまえば他の職種もついてくるものと思う。電子メールよりもセキュリティの高いものにしたい。有料老人ホームへの訪問診察が増加すると考えられ、ホームでの在宅医療が可能なことも施設側に教育し、看取りだけのために救急搬送する事態とならないようにしたい。
- 末期がんの方は一度自宅に戻ると家族・本人が病院へ戻ることを希望しても、病院側では受け入れてもらえないことがあり、在宅を進める上で非常に問題である。
- 重症感染症や心不全では CV を挿入するケースが多いが、保険上は CV=IVH と考えられているようで、点滴指示書が使えないため、抗生剤、昇圧剤、強心剤等のコストは自腹を切って捨てざるを得ない状況である。
- 入院医療から在宅医療への移行を厚労省は考えているようだが、患者家族は入院医療を希望するケースが多い。
- 24 時間体制では医師、介護士、看護師の負担が非常に大きい。
- 介護者のレスパイトに対する公的な支援制度が必要。
- 医療依存度の高い患者が利用できるショートステイの制度が必要。
- 高齢者のみ 2 人世帯、認知症の方同士の世帯、独居の方などへの支援が必要。
- ターミナル期を過ごす場所の問題。在宅が受け皿になれるケースと、なれないケースの傾向の分析が必要。
- 在宅医療を担う医療・介護スタッフの人材育成が必要。卒後教育の中での位置付けを明確にして研修プログラムを作る。質量ともにひとまわり大きな在宅医療を担う集団。

病院医療との良い連携がとれるスタッフの育成。

- 在宅医療に対する国民の中での意識を育てる。外来医療、入院医療に並ぶ医療として安心感をもって受けられる一般的な医療になるといい。
- 医療依存度の高い患者は病院退院後、退院先が限定されるため、在宅に戻ることが多い現状がある。また介護者の高齢化も進んでいるため、介護者の入院治療が必要となった場合、緊急に入院（社会的入院）する場所を確保できない現状がある。
- 院外処方では在宅患者にとって負担が大きいと思う。薬局に行ける人がいなく、配達もお金がかかるので、周りのケアする人が無料で行うことになる。訪問診療をして薬を出す、自院に戻ってから処方せん発行となり、処方せんを取りに来る家族等がない場合は、自院から各々の患者指定の薬局に持っていかねばならない。
- 在宅医療を希望する人がめっきり減少した。多くの人は施設に入所してしまう。ここからヘルパーが車で通院させてくれる。このため、以前1か月16人位往診していたが、現在では3人になっている。
- 24時間連絡体制は自院で作るしかない。ほとんどの患者は連携先の病院から送られて来ない。再入院する時は紹介先の病院に（直接）入院したがることが多い。
- 最近末期がんの在宅を依頼されることが多く、これらの患者は1~2か月で死亡することが多く、この間医師は自宅を離れることができない。当院は在宅療養支援診療所の申請を取り下げる予定である。
- 外来、在宅型の「かかりつけ医」として地域医療に関わっている。診療で多忙なのは仕方ないことだが、ケアマネ、訪問ナース等への毎月提出する書類の多さに辟易している。検討いただきたい。地域における患者、家族のニーズは増えてゆくばかりである。「在宅医療」に取り組む若い医師を強く切望する。
- 人員、人材不足。管理者の育成。他施設、多職種との連携。訪問看護、医療の広報活動。
- 質の向上・標準化などで、地域格差が大きい。
- スタッフの確保（スタッフの資質に依存する医療である）。
- 24時間体制の維持（診、看、薬それぞれの連携強化）。
- チーム医療の推進、医療と介護の連携強化。
- 独居患者、高齢者世帯の在宅支援。
- 介護施設での緩和ケア（終末期ケア）の推進。
- 在宅コーディネーターの設置（病院と在宅ケアチームの橋渡し）。
- 地域への啓発活動。
- 認知症がないが四肢等の運動障害で特養に入らなければいけない患者の場合、周りは認知症の方ばかりで話し相手になる方は一人もいないという場合がある。そういう患者のための施設があればと思う。
- 慢性疾患で訪問診療の対象例であるにもかかわらず、患家先（家族）は定期的往診の算定を希望する事例が増加している（訪問診療の算定を拒否）。この場合、算定する点数が低いと思われるが、医療法上は往診料の算定は緊急時であるため、定期的往診は齟齬が生じる。このような風潮が広がると訪問診療の意義が損なわれるため、定

期的往診を拒否したいが、これを拒否すると医師法の応招義務違反にあたり、苦悩する現実がある。

- 課題だけである。
- ショートステイについて。ショートステイとは、在宅での療養が主体で、在宅で介護に当たっている家族の身体的・精神的負担の軽減、また家族の病气や冠婚葬祭、仕事、旅行などで一時的に介護ができない場合などに、家族に代わって施設で介護を提供する短期入所サービスと定義されている（メディカル・ケア・プランニングによる）。しかし、現状は上記定義とはほど遠いショートステイの現状がある。ショートステイ入所者の大半は、在宅での療養ができない患者ばかりである。病院を退院したものの、在宅療養不可能な患者、認知症高度で家にいられない患者、経管栄養の患者、呼吸不全で在宅酸素療法の患者、高齢で寝たきりの患者などが大半を占めている。いずれも、在宅では対処しきれない患者ばかりである。特別養護老人ホーム入所待機者の集団でもある。患者は、ショートステイ、介護老人保健施設などを転々としている。ショートステイでは初診、再診はおろか往診料しか請求できないという「給付調整告示」は改正されるべきと考えるがいかがか。
- 施設入居し、看取りを希望しながら、結局終末期入院となる例のほとんどは吸引の問題だった。吸引を実施すれば一時的に呼吸は楽になる。家族思いの家庭ほど、死期に付添い希望が多く、また、吸引の要求も多い。吸引は5～10分ごとに吸引せざるを得ない患者もおり、それにはナースまたは医師が深夜にはりつく必要もでてくる。これには訪問看護ステーションを利用しても対応しきれない。施設スタッフの研修を全員にさせれば吸引のみのための入院は減るのでは。
- 震災の影響で外来患者数が増え（近隣の医院の閉院や避難民の増加による）在宅医療にほとんど手が回らなくなった。
- 在宅医療は理想と思うが、家族の努力がいつまで如何に続くかが問題点と思われる。
- 在宅は、自分が対応しても薬局・検査会社が24時間稼働は無理なので、病院（救急）と連携するしかないと思う。
- 平成24年5月頃より在宅医療を始めた。在宅療養支援診療所には12月よりなっただけで、まだ手探りのなか診療を行っている。高齢化、核家族化が進んだため、老々介護が地域に残されている。地域包括や保健所が動いているが、まず介護保険の利用にこぎつけるまでが大変。つまり主治医探しに苦勞する。私が訪問を始めたのは、医療機関に行くことができない家庭の事情を持っている方のためにと考えたからである。ただ、在宅医療は経済的負担が大きく、患者は二の足を踏むことが多く、苦勞している。税と社会保障の改革できちんと分配されることを望む。
- 多職種連携が効率良く広がるような仕組みがほしい。
- 独居の患者の在宅は見守る人がいないので大変困難である。「見守る」システムが必要。
- 手間のかかる患者ほど持ち出しが多くなるのが問題。
- 在宅とは直接関係ないが、特別養護老人ホームの配置医師の負担が大きすぎる。なり手がいない。

- 在宅医療は「自宅で看取り」という意味で大切だと思う。しかし医療に関連した事業所間で点数を分けあったり、治療と関係のない「診療報酬の勉強」をしなければならなかったり雑務の負担を軽減してほしい。もっとわかりやすい、不公平のない診療報酬を考えてほしい。
- 24時間診療を実施するとき、医師の精神的・肉体的負担がとても大きい。スタッフもそのために多く配置しなければならない。それに見合う人件費の分の収入も必要になる。
- 在宅での医療と介護は24時間継続して必要なため、限度があると思う。地域の中の有床診療所を大切に、活用したほうが効果的ではないかと思う。
- 訪問範囲の広い北海道と人が密集している東京とで移動時間が算定に加味されていないこと。明らかに土地の広い北海道は非効率であり、運転手などの人件費等もかかる。
- 在宅医療に関する医療保険と介護保険の仕組みが複雑過ぎ。今後の在宅医療への意欲が低下する。
- 在宅医療に対する算定要件の複雑化が在宅医療をスムーズに行う上で制限になり、今後良識ある医師の在宅医療の介入が減少する恐れがあり、荒廃につながらないか心配。
- (私は)81才の高齢。自宅から20キロ離れた郷里の診療所へ9時~18時まで在院し、診療をしている。高齢なので、ほとんどの患者には救急車で20キロ離れた救急病院へ行ってもらっている。病院から逆紹介のあった患者を指示通りの処方・診療をするのがほとんど。在院しているだけで、住民は安心するようだ。
- 保険手続きが難解で理解しづらい点が多い。院内処方の医療機関では不利になっているのではないか。
- 認知症のターミナル等も大変大きな問題だと考える。患者数ではがんをはるかに上回り、家族にとっても仕事ができなくなる等、今後経済に与える影響も大きいと思う。がんだけに注目がいきすぎているような風潮はいかがか。
- 機能を強化した在宅療養支援診療所ができたが、非常に使い勝手が悪く、在宅医療を推進するという意義からはずれている。地域医療を担っていく診療所にとって使い勝手の良いものにしていく必要がある。

## 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。

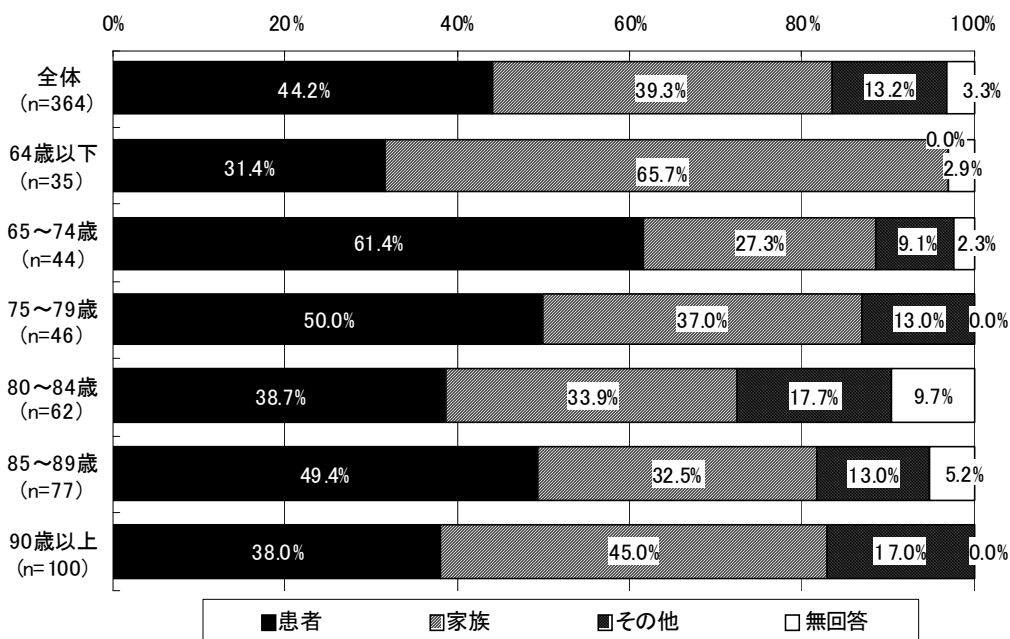
回答者：患者票（施設記入分）：施設職員  
患者票（患者記入分）：患者本人・家族等

### （1）患者の属性等

#### ①調査票記入者

患者の年齢階級別に調査票の記入者についてみると、「患者」という割合は64歳以下では31.4%、65～74歳では61.4%、75～79歳では50.0%、80～84歳では38.7%、85～89歳では49.4%、90歳以上では38.0%であった。

図表 223 調査票記入者（患者の年齢階級別）

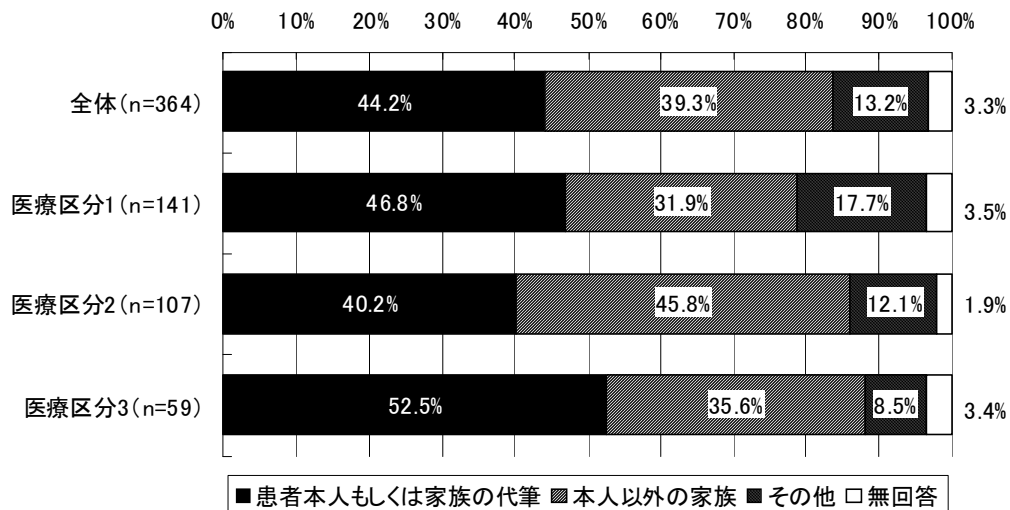


(注) 年齢は患者本人の年齢。



調査票記入者を医療区分別にみると、医療区分 1 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 46.8%、「本人以外の家族」が 31.9%であった。医療区分 2 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 40.2%、「本人以外の家族」が 45.8%であった。医療区分 3 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 52.5%、「本人以外の家族」が 35.6%であった。

図表 224 調査票記入者（医療区分別）



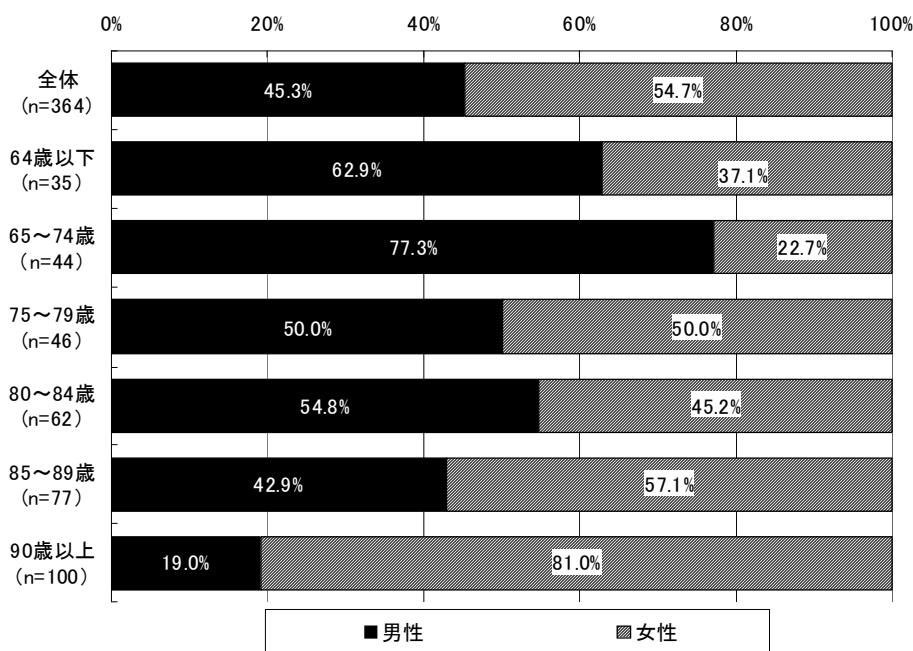
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

## ②性別

患者の性別についてみると、「男性」が45.3%、「女性」が54.7%であった。

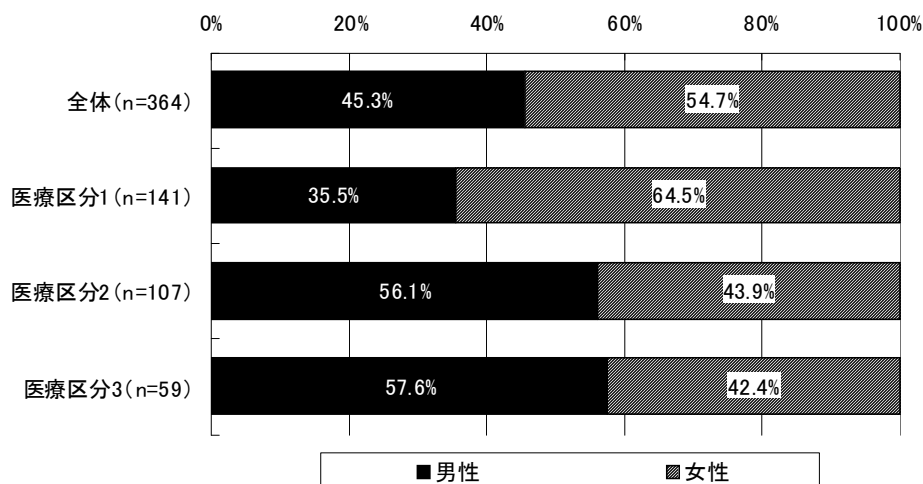
また、年齢階級別にみると、65～74歳では「男性」の割合が77.3%で他の年齢階級と比較して高かった。一方、90歳以上では「女性」の割合が81.0%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 225 性別（年齢階級別）



患者の性別を医療区別にみると、医療区分1では「男性」が35.5%、「女性」が64.5%であった。医療区分2では「男性」が56.1%、「女性」が43.9%であった。医療区分3では「男性」が57.6%、「女性」が42.4%であった。

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

患者の年齢をみると、平均 81.6 歳（標準偏差 12.8、中央値 84.0）であった。

また、患者の年齢を男女別にみると、男性が平均 77.6 歳（標準偏差 11.8、中央値 80.0）、女性が平均 84.9 歳（標準偏差 12.6、中央値 88.0）であり、男性と比較して女性の年齢が高かった。

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

患者の年齢を医療区分別にみると、医療区分 1 では平均 83.7 歳（標準偏差 10.4、中央値 86.0）、医療区分 2 では平均 77.9 歳（標準偏差 13.4、中央値 81.0）、医療区分 3 では平均 80.4 歳（標準偏差 16.5、中央値 84.0）で、医療区分 1 で患者の年齢が高かった。

図表 228 年齢（医療区分別）

（単位：歳）

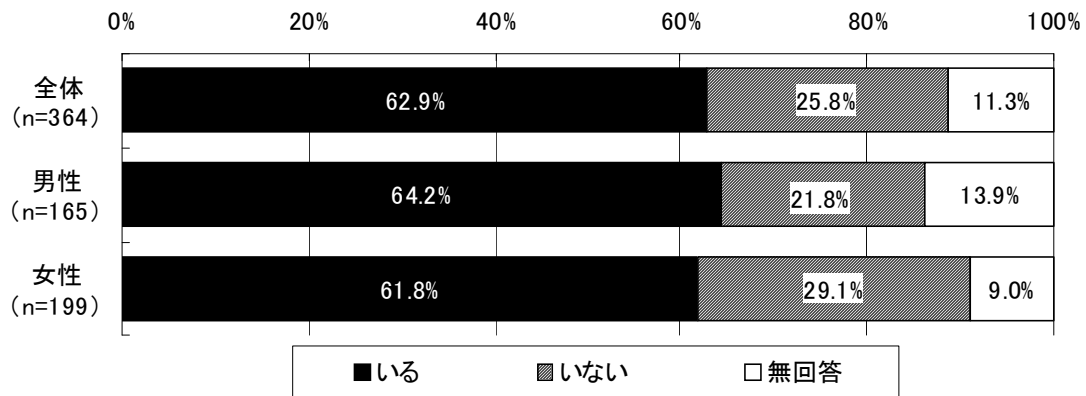
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	364	81.6	12.8	84.0
医療区分1	141	83.7	10.4	86.0
医療区分2	107	77.9	13.4	81.0
医療区分3	59	80.4	16.5	84.0

#### ④同居家族の有無

同居家族の有無をみると、全体では「いる」が62.9%、「いない」が25.8%であった。

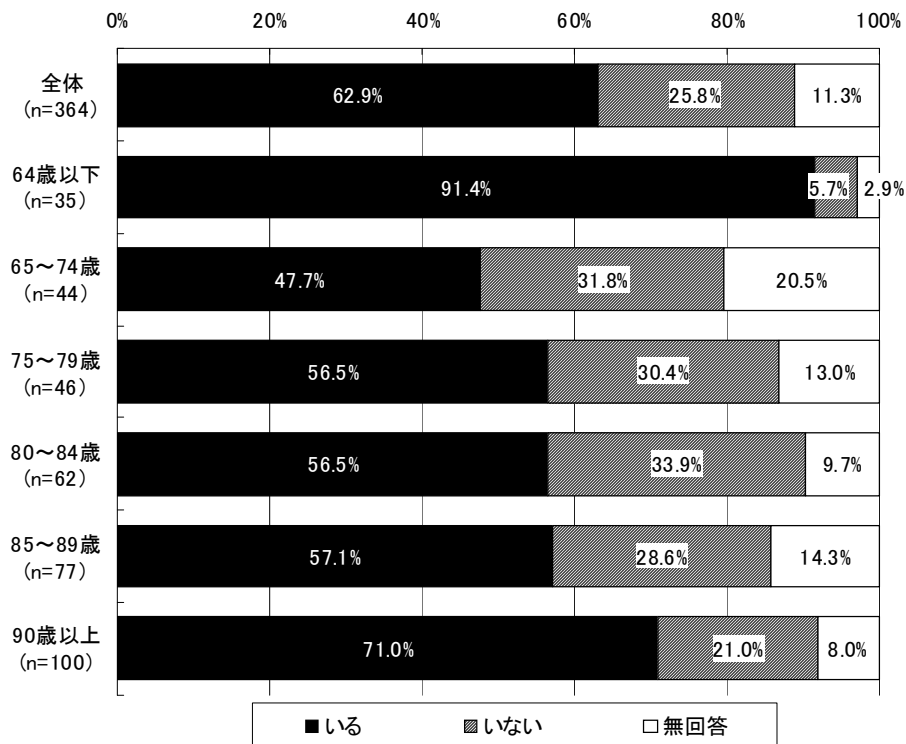
同居家族の有無を男女別にみると、男性では「いる」が64.2%、「いない」が21.8%であった。女性では「いる」が61.8%、「いない」が29.1%であった。

図表 229 同居家族の有無（男女別）



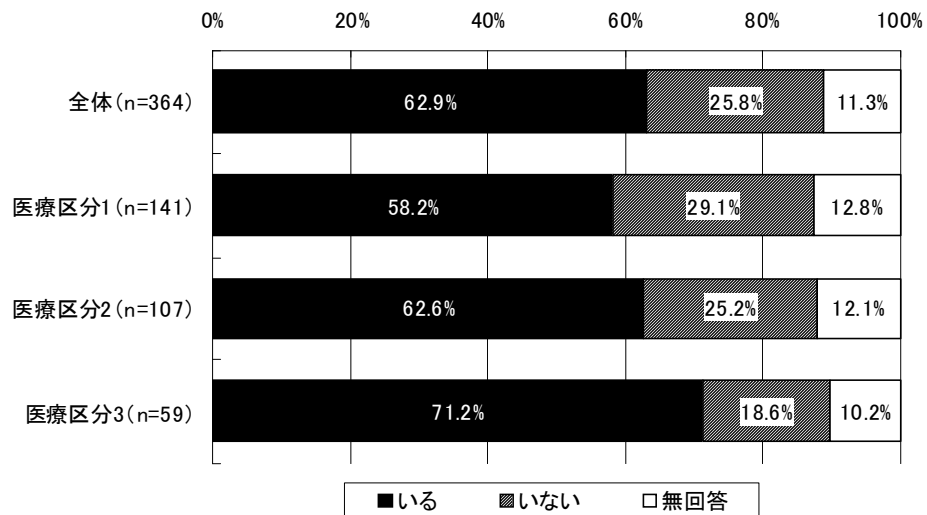
同居家族の有無を年齢階級別にみると、「いる」という患者の割合は、64歳以下で91.4%、90歳以上で71.0%となった。

図表 230 同居家族の有無（年齢階級別）



同居家族の有無を医療区分別にみると、「いる」という割合は、医療区分 1 では 58.2%、医療区分 2 では 62.6%、医療区分 3 では 71.2%であった。

図表 231 同居家族の有無（医療区分別）



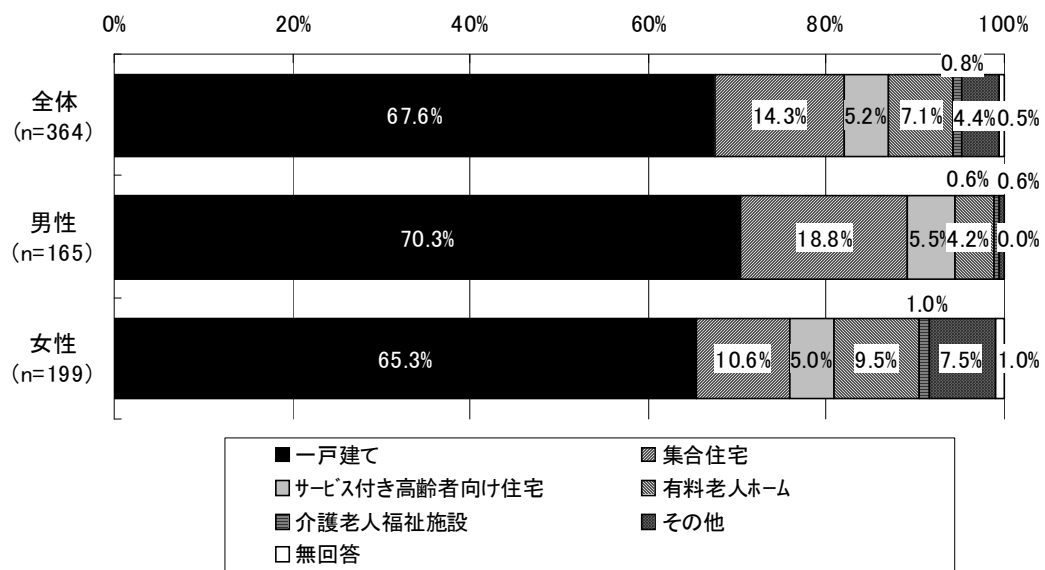
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

### ⑤現在の住まい

現在の住まいをみると、全体では「一戸建て」(67.6%)が最も多く、次いで「集合住宅」(14.3%)、「有料老人ホーム」(7.1%)となった。

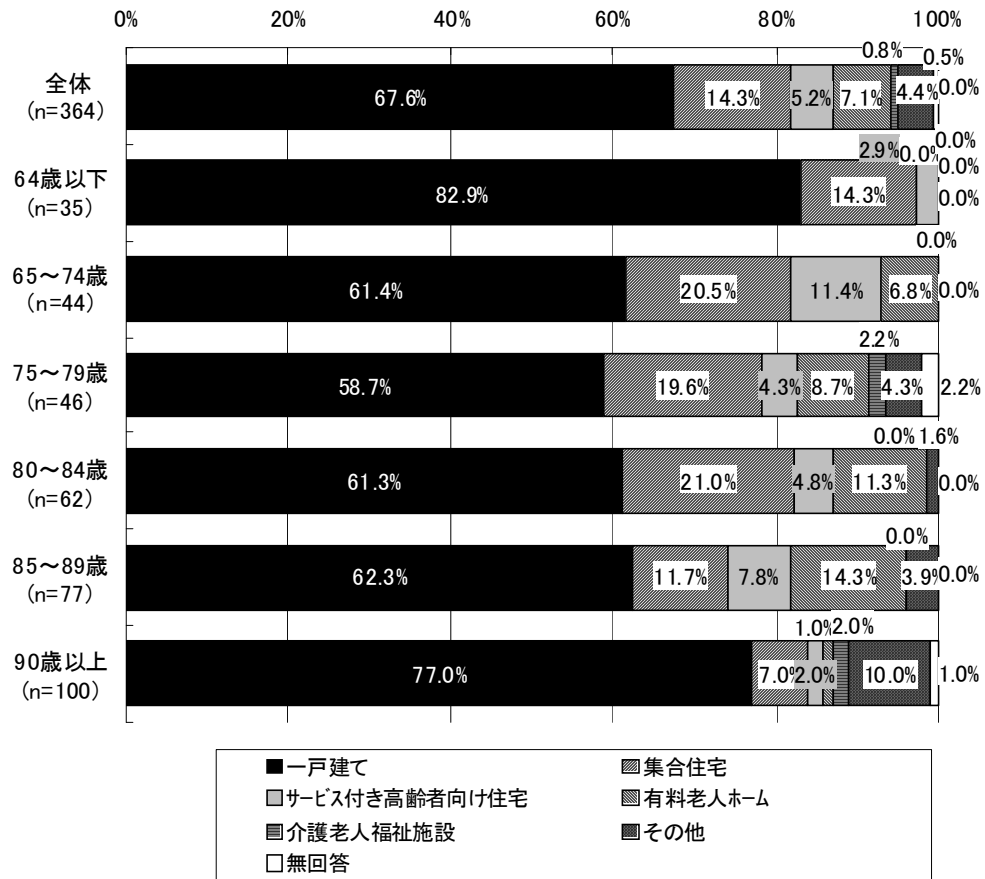
また、現在の住まいを男女別にみると、男性では「一戸建て」(70.3%)が最も多く、次いで「集合住宅」(18.8%)、「サービス付き高齢者向け住宅」(5.5%)となった。女性では「一戸建て」(65.3%)が最も多く、次いで「集合住宅」(10.6%)、「有料老人ホーム」(9.5%)となった。男性では女性と比較して「集合住宅」の割合が5.0ポイント高かった。

図表 232 現在の住まい（男女別）



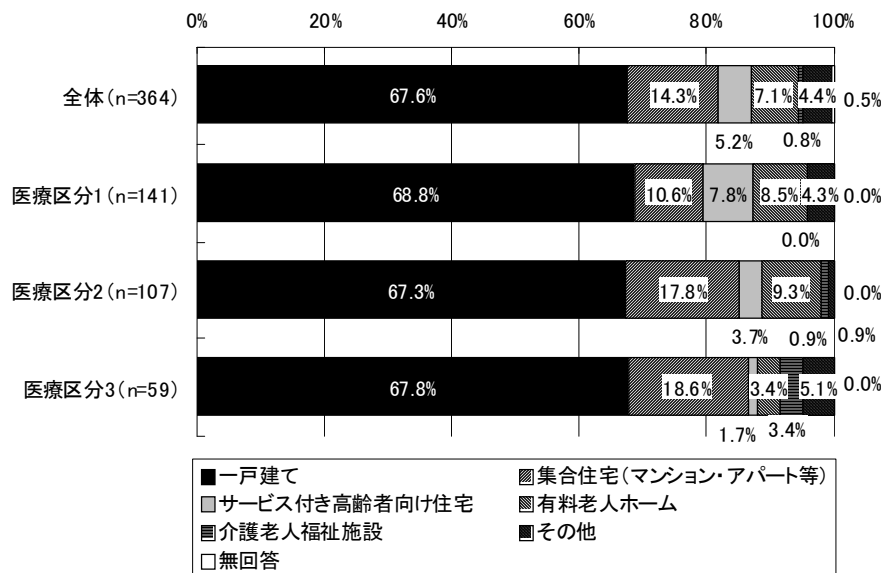
現在の住まいを年齢階級別にみると、64歳以下と90歳以上では「一戸建て」が8割近くを占め、他の年齢階級と比較して高かった。また、65～74歳では、「サービス付き高齢者向け住宅」が11.4%となり、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 233 現在の住まい（年齢階級別）



現在の住まいを医療区分別にみると、いずれの医療区分においても「一戸建て」が7割近くを占めた。医療区分2と医療区分3では「集合住宅（マンション・アパート等）」の割合がそれぞれ17.8%、18.6%となっており、医療区分1（10.6%）と比較して割合が高かった。

図表 234 現在の住まい（医療区分別）



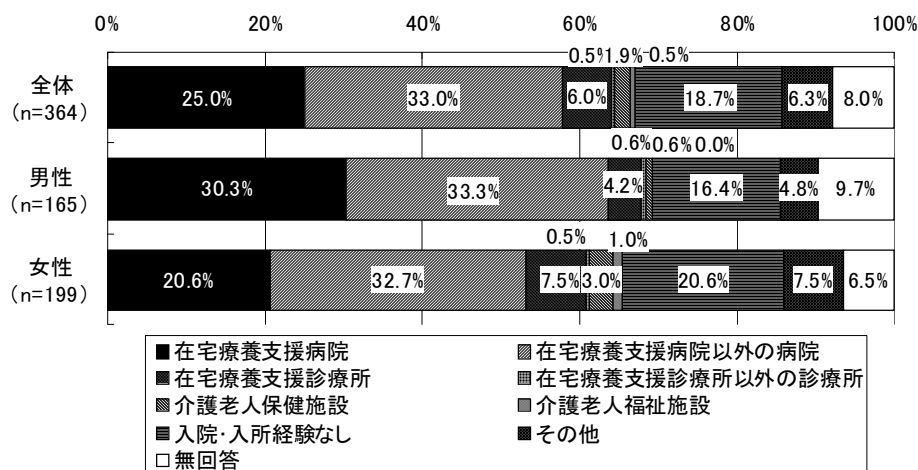
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

### ⑥在宅移行前の入院・入所場所

在宅移行前の入院・入所場所をみると、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」(33.0%)が最も多く、次いで「在宅療養支援病院」(25.0%)であった。

また、在宅移行前の入院・入所場所を男女別にみると、男女ともに「在宅療養支援病院以外の病院」(男性33.3%、女性32.7%)が最も多かった。男性のほうが女性と比較して「在宅療養支援病院」の割合が9.7ポイント高かった。

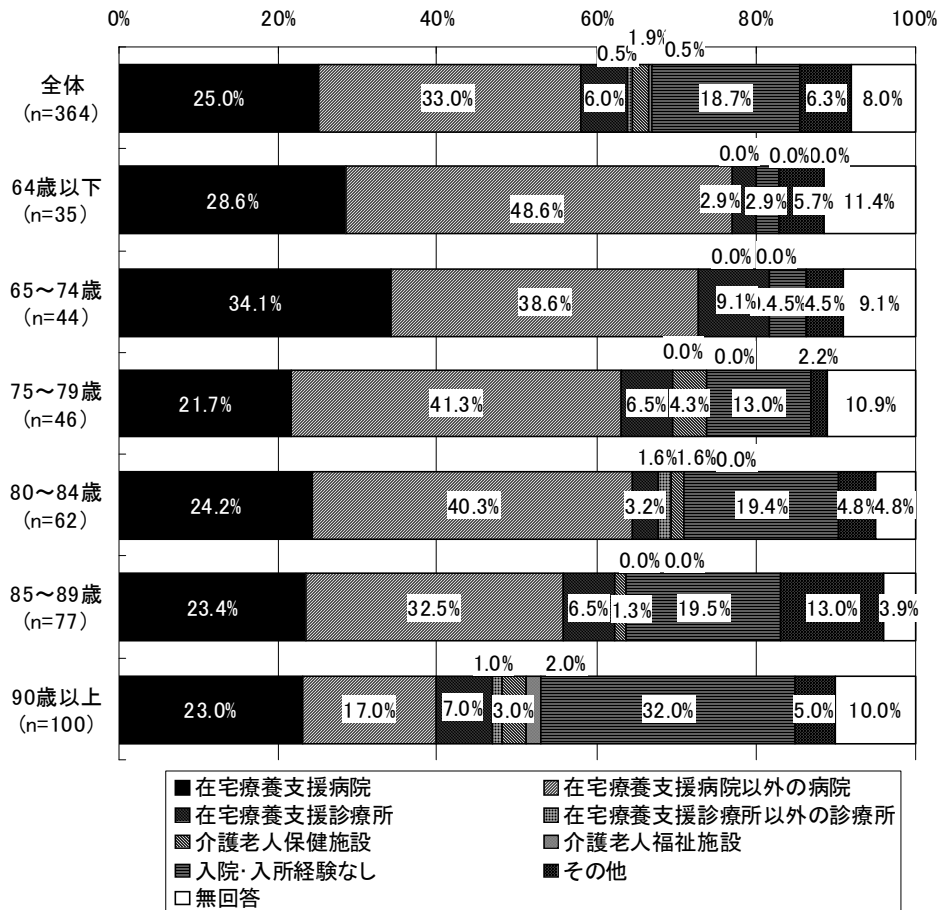
図表 235 在宅移行前の入院・入所場所（男女別）





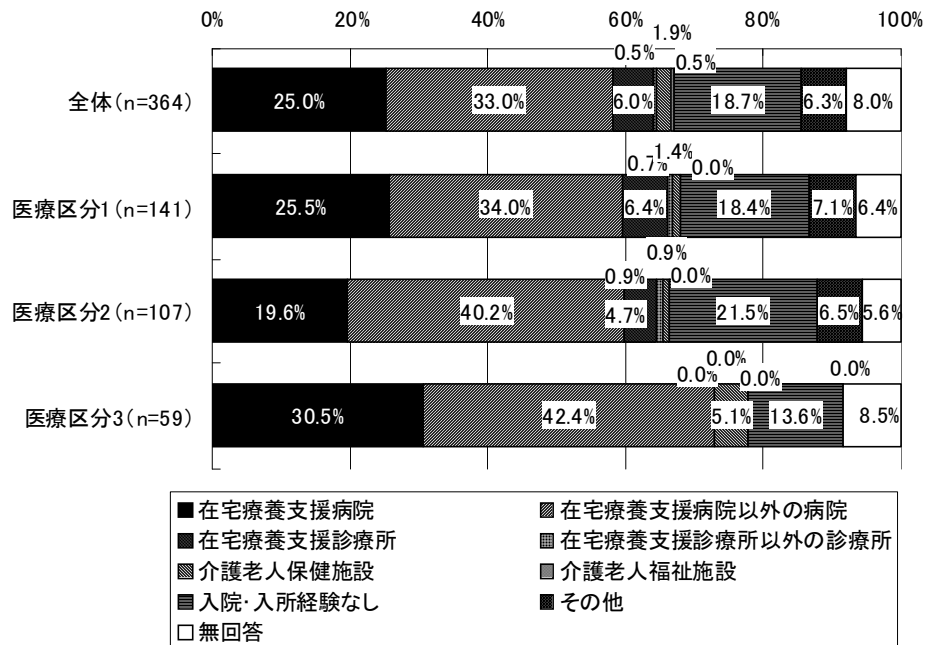
在宅移行前の入院・入所場所を年齢階級別にみると、90歳未満の各年齢階級では「在宅療養支援病院以外の病院」の割合が最も高く、90歳以上では「入院・入所経験なし」(32.0%)が最も高かった。

図表 236 在宅移行前の入院・入所場所（年齢階級別）



在宅移行前の入院・入所場所を医療区分別にみると、各医療区分において「在宅療養支援病院以外の病院」が最も多く、医療区分1から3へ高くなるのに伴い割合が高くなった。

図表 237 在宅移行前の入院・入所場所（医療区分別）



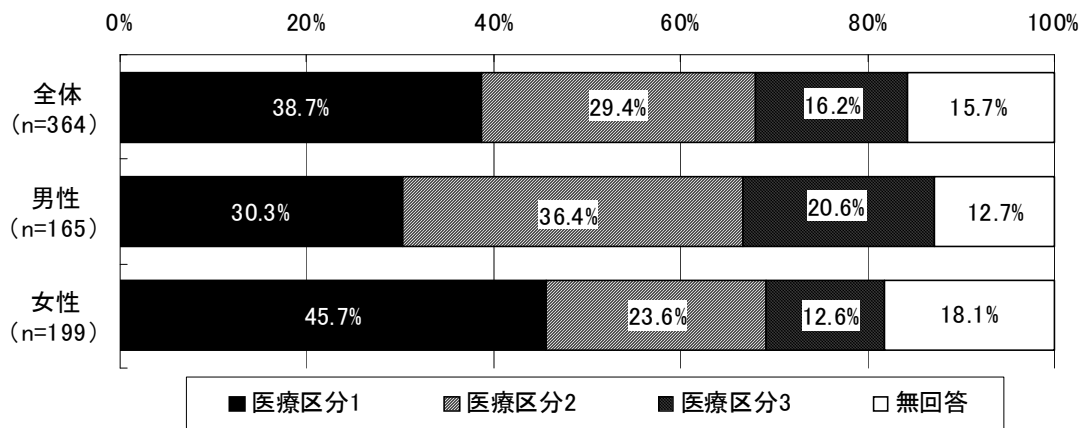
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

(2) 患者の状態・病状等

①医療区分

医療区分をみると、男性では「医療区分 2」(36.4%) が最も多く、次いで「医療区分 1」(30.3%)、「医療区分 3」(20.6%) であった。女性では「医療区分 1」(45.7%) が最も多く、次いで「医療区分 2」(23.6%)、「医療区分 3」(12.6%) であった。

図表 238 医療区分 (男女別)

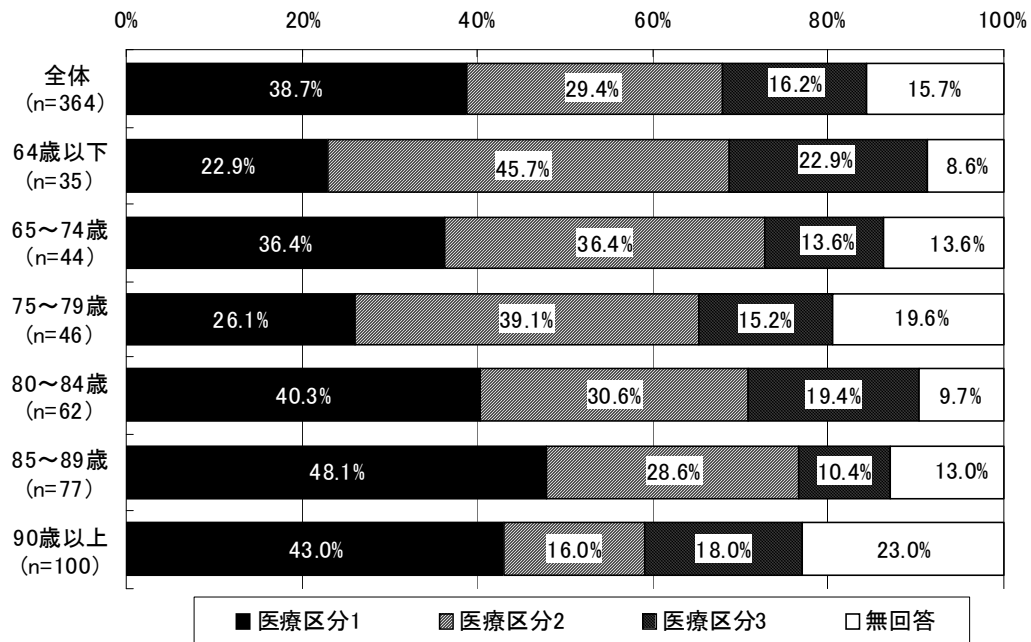


【医療区分の分類】

医療区分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養 ・24 時間持続点滴 ・レスピレーター使用</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア</li> </ul>
医療区分 2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患 ・その他神経難病 (スモンを除く)</li> <li>・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷 ・肺気腫・慢性閉塞性肺疾 (COPD)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡 ・うっ血性潰瘍 ・せん妄の兆候</li> <li>・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・喀痰吸引</li> <li>・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</li> <li>・手術創のケア ・創傷処置 ・足のケア</li> </ul>
医療区分 1	医療区分 2・3 に該当しない者

医療区分を年齢階級別にみると、85歳～89歳では「医療区分1」（48.1%）、64歳以下では「医療区分2」（45.7%）と「医療区分3」（22.9%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 239 医療区分（年齢階級別）

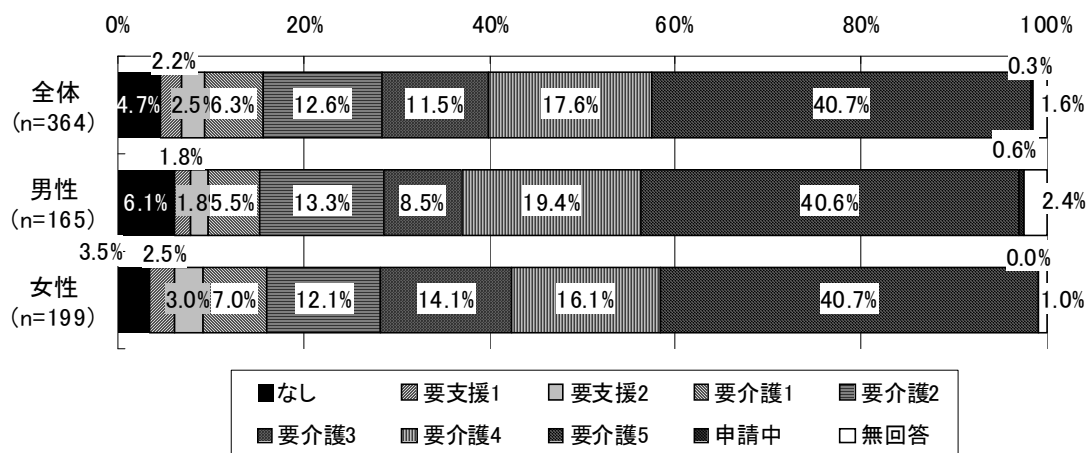


②要介護度

要介護度をみると、全体では「要介護5」（40.7%）が最も多く、次いで「要介護4」（17.6%）、「要介護2」（12.6%）、「要介護3」（11.5%）、「要介護1」（6.3%）であった。

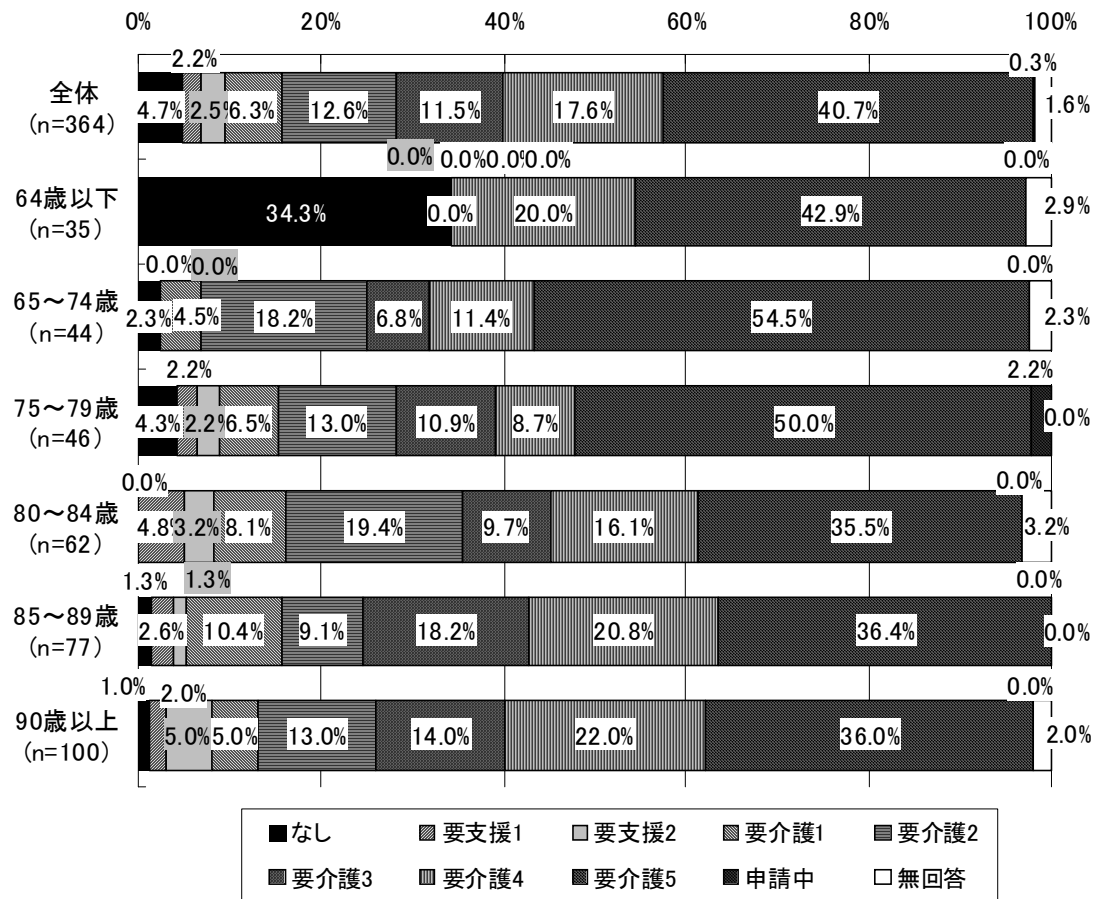
要介護度を男女別にみると、男性では「要介護5」（40.6%）が最も多く、次いで「要介護4」（19.4%）、「要介護2」（13.3%）、「要介護3」（8.5%）であった。女性では「要介護5」（40.7%）が最も多く、次いで「要介護4」（16.1%）、「要介護3」（14.1%）、「要介護2」（12.1%）であった。

図表 240 要介護度（男女別）



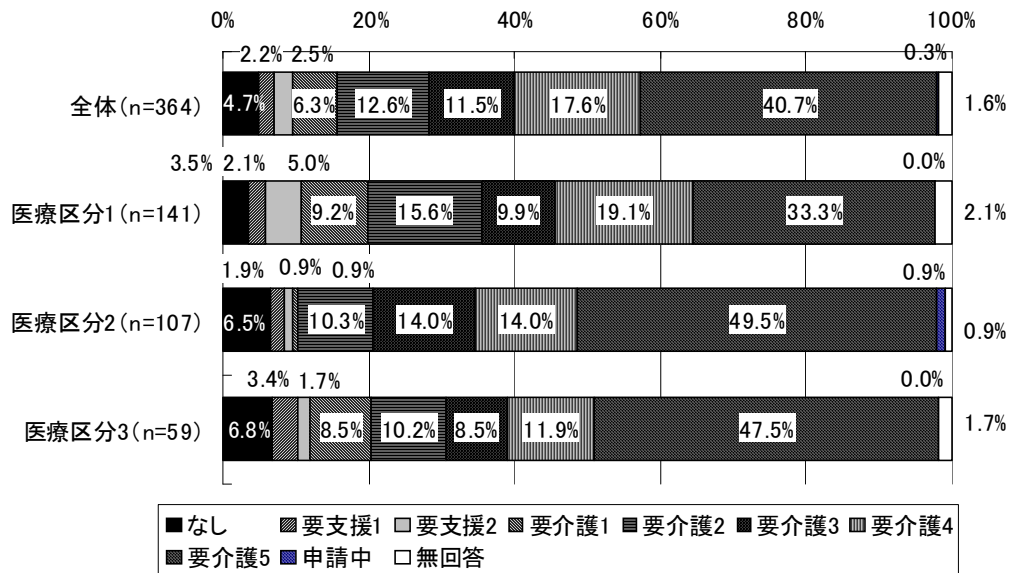
要介護度を年齢階級別にみると、他の各年齢階級と比較して、65～74歳、75歳～79歳では「要介護5」の割合が高く、約半数を占めた。

図表 241 要介護度（年齢階級別）



要介護度を医療区分別にみると、医療区分2と医療区分3では、「要介護5」の割合が5割近くを占め、医療区分1と比較して高かった。

図表 242 要介護度（医療区分別）



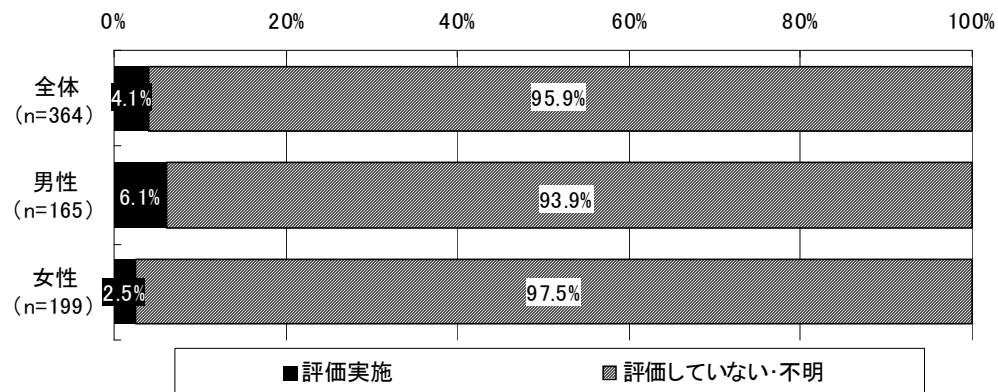
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

### ③機能的自立度評価表（FIM）点数

機能的自立度評価表（FIM）点数をみると、全体では「評価実施」は4.1%であった。

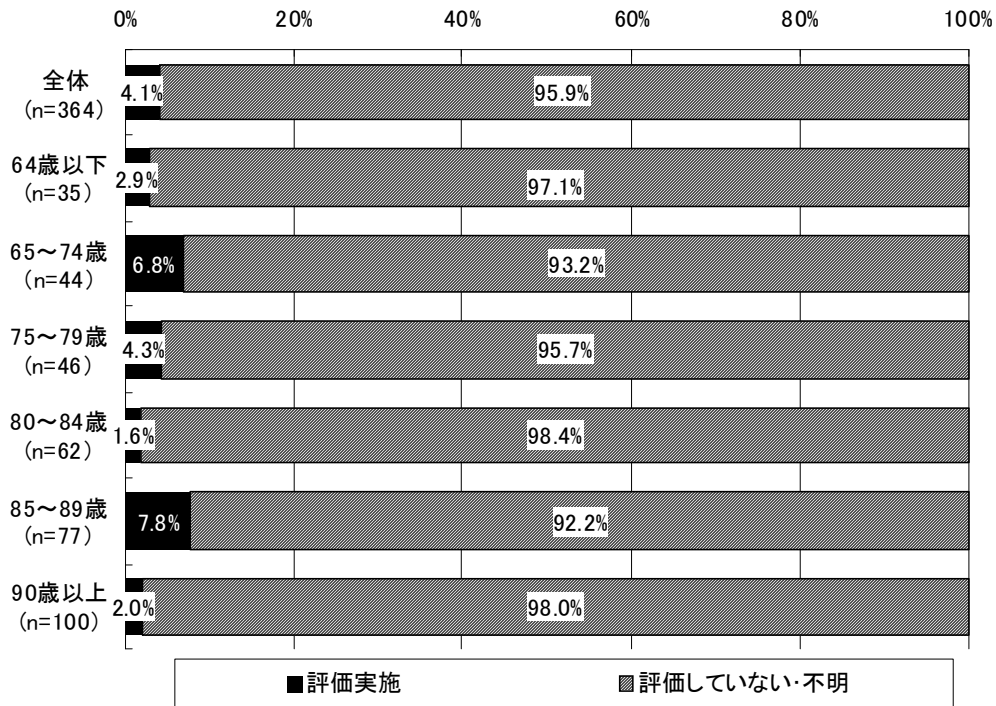
また、機能的自立度評価表（FIM）点数を男女別にみると、男性では「評価実施」が6.1%、女性では2.5%であり、男性のほうが女性と比較して割合が高かった。

図表 243 機能的自立度評価表（FIM）点数（男女別）



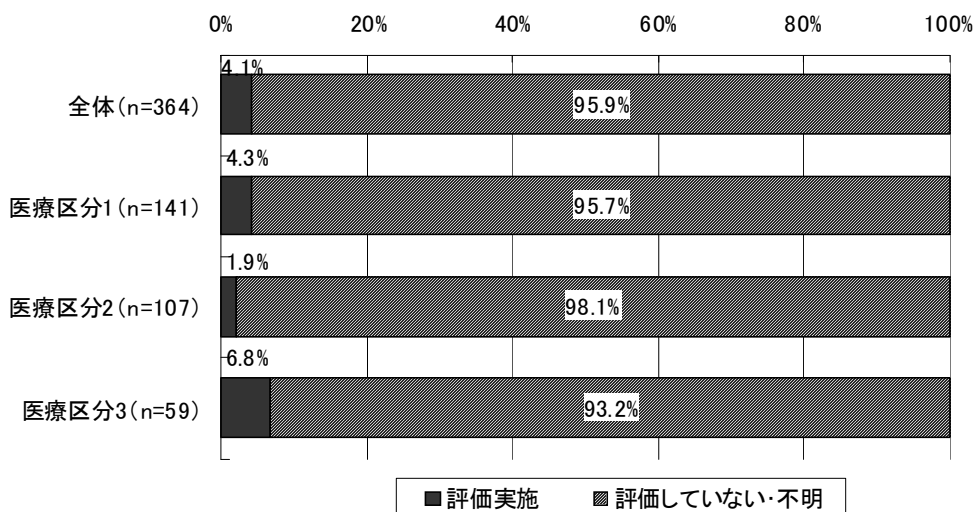
機能的自立度評価表（FIM）点数を年齢階級別にみると、「評価実施」の割合は65～74歳で6.8%、85～89歳では7.8%となっており、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 244 機能的自立度評価表（FIM）点数（年齢階級別）



機能的自立度評価表（FIM）点数を医療区分別にみると、「評価実施」の割合は医療区分1では4.3%、医療区分2では1.9%、医療区分3では6.8%であった。

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。

機能的自立度評価表（FIM）点数をみると、全体では平均 35.7（標準偏差 31.8、中央値 33.0）であった。

また、機能的自立度評価表（FIM）点数を男女別にみると、男性が平均 36.5（標準偏差 32.5、中央値 26.0）、女性が平均 34.0（標準偏差 34.2、中央値 33.0）であった。

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

機能的自立度評価表（FIM）点数を年齢階級別にみると、85～89 歳では平均 43.3（標準偏差 49.3、中央値 29.0）で最も高く、次いで 90 歳以上の平均 43.0（標準偏差 14.1、中央値 43.0）であった。

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

機能的自立度評価表（FIM）点数を医療区分別にみると、医療区分 1 では平均 59.5（標準偏差 35.7、中央値 53.5）、医療区分 2 では平均 28.0（標準偏差 15.6、中央値 28.0）、医療区分 3 では平均 25.3（標準偏差 18.0、中央値 26.0）であった。

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。

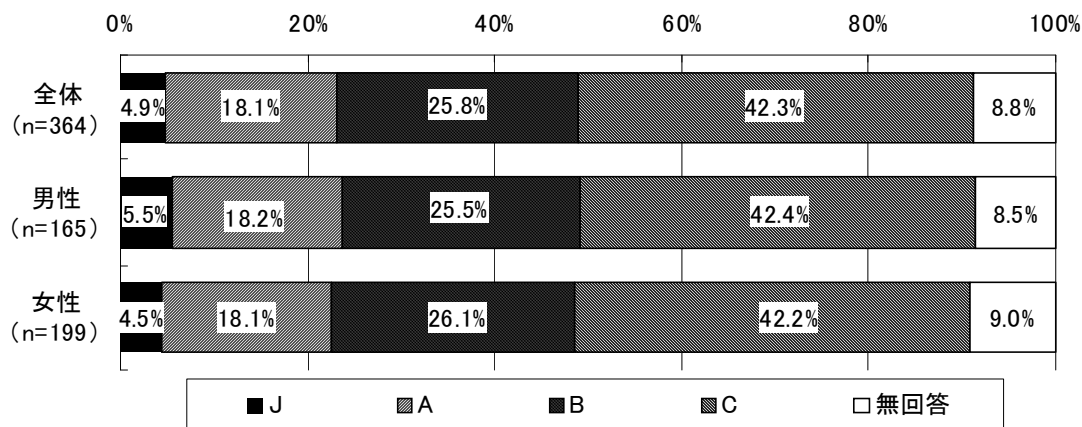


#### ④障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度をみると、全体では「C」(42.3%)が最も多く、次いで「B」(25.8%)、「A」(18.1%)、「J」(4.9%)であった。

また、障害高齢者の日常生活自立度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 249 障害高齢者の日常生活自立度（男女別）

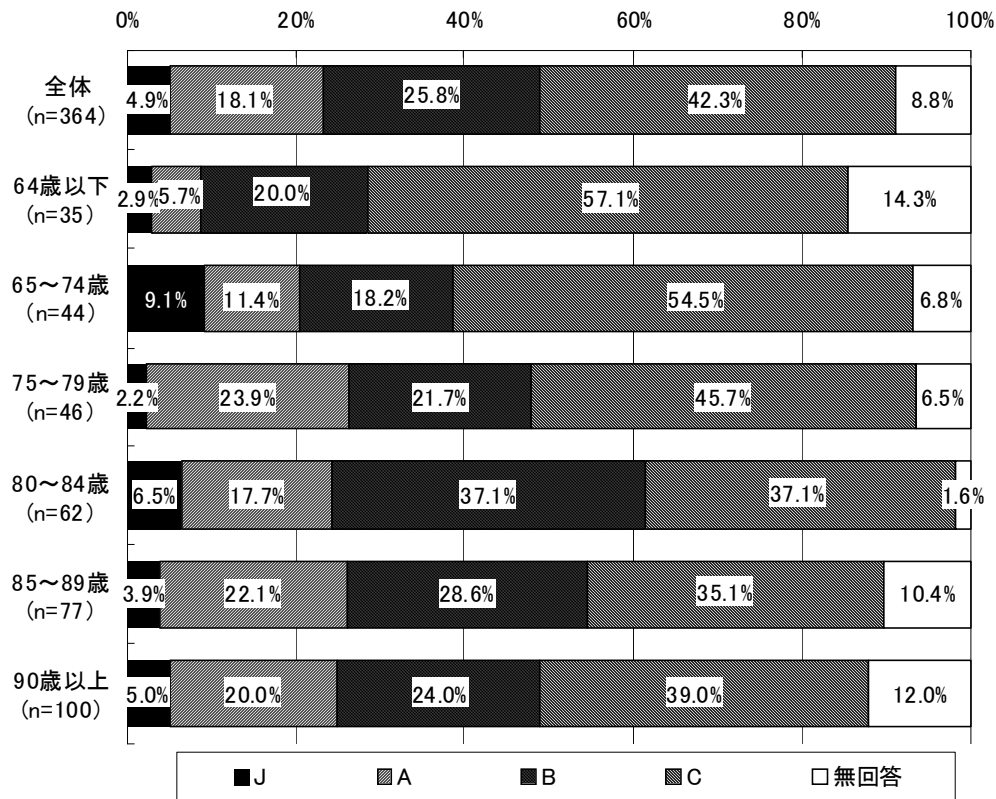


#### 【障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）】

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

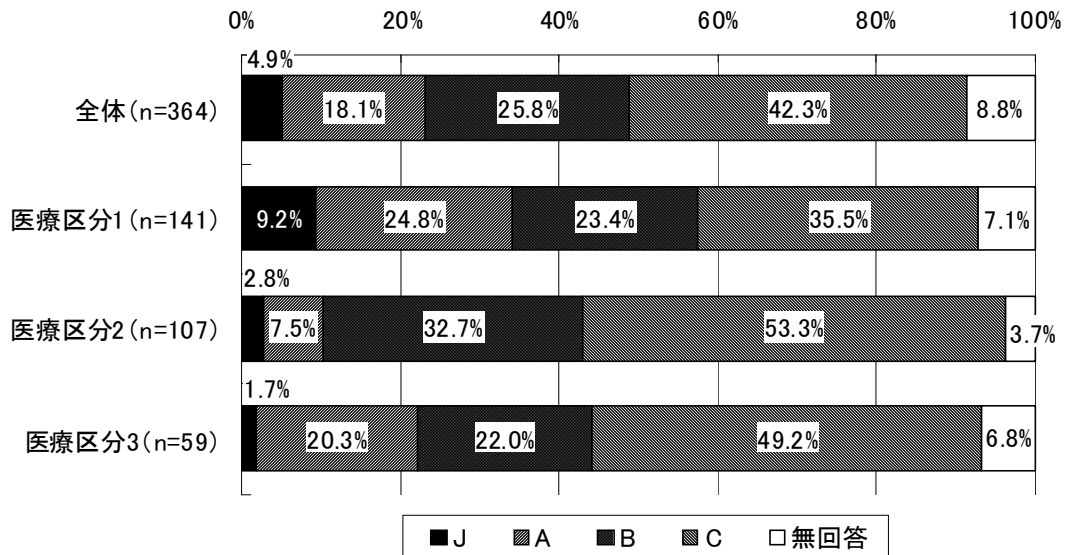
障害高齢者の日常生活自立度を年齢階級別にみると、64歳以下では57.1%、65～74歳では54.5%と「C」が5割を超え、他の年齢階級と比較しても高かった。80～84歳では「B」が37.1%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 250 障害高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



障害高齢者の日常生活自立度を医療区分別にみると、医療区分2と医療区分3では「C」の割合が約半数を占めた。医療区分1では他の医療区分と比較して「A」の割合が高かった。

図表 251 障害高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



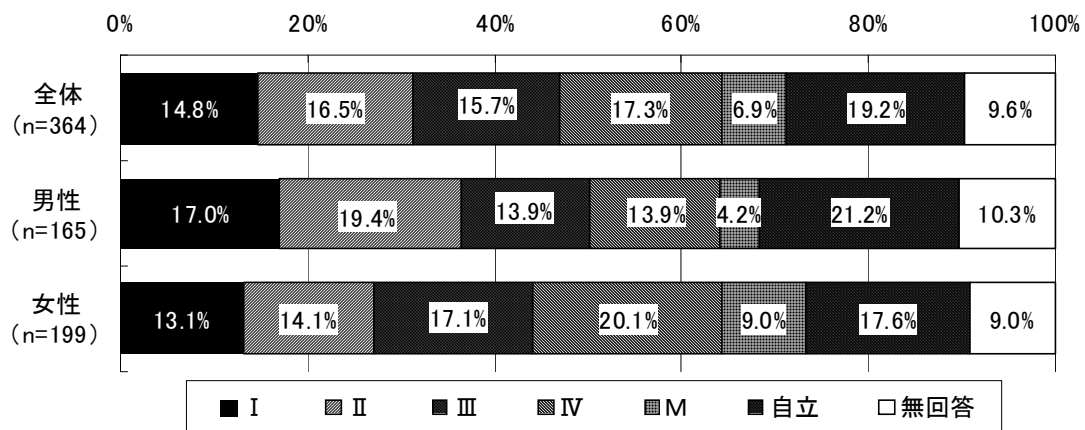
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

### ⑤認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度をみると、全体では「自立」(19.2%)が最も多く、次いで「IV」(17.3%)、「II」(16.5%)、「III」(15.7%)、「I」(14.8%)、「M」(6.9%)であった。

また、認知症高齢者の日常生活自立度を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「I」、「II」、「自立」の割合が高かった。女性は男性と比較して「III」、「IV」、「M」の割合が高かった。

図表 252 認知症高齢者の日常生活自立度（男女別）

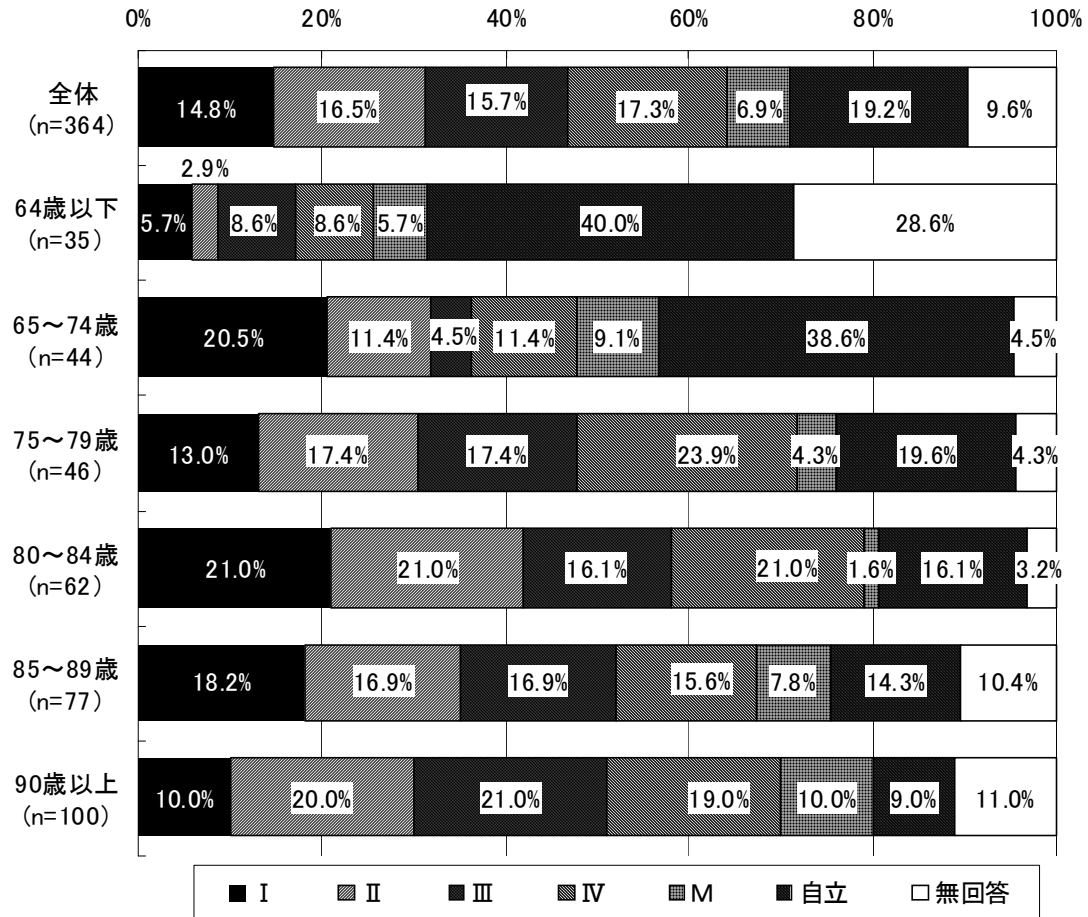


#### 【認知症高齢者の日常生活自立度】

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

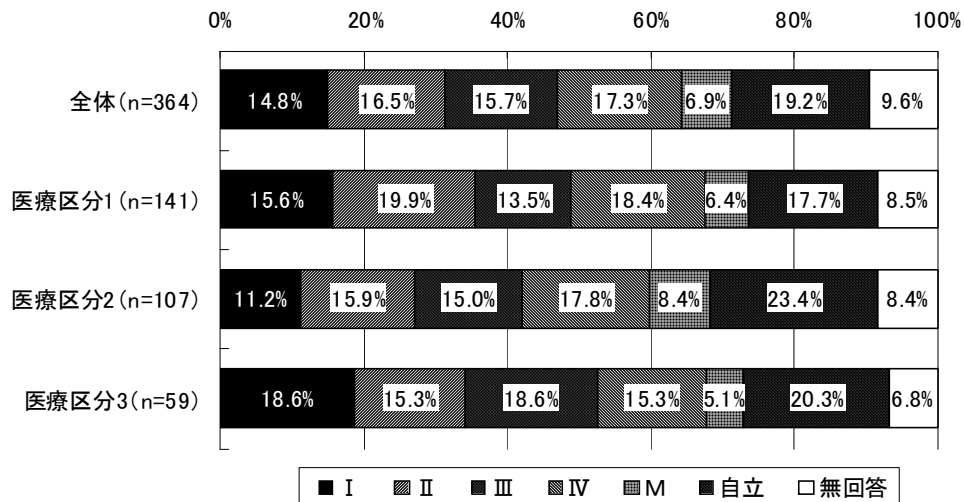
認知症高齢者の日常生活自立度を年齢階級別にみると、年齢が高くなるにつれて「自立」の患者の割合が低くなった。また、65～74歳（9.1%）、85～89歳（7.8%）、90歳以上（10.0%）では「M」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 253 認知症高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



認知症高齢者の日常生活自立度を医療区分別にみると、医療区分1では「II」（19.9%）が最も多く、次いで「自立」（17.7%）であった。医療区分2では「自立」（23.4%）が最も多く、次いで「IV」（17.8%）であった。医療区分3では「自立」（20.3%）が最も多く、次いで「I」、「III」（それぞれ18.6%）であった。

図表 254 認知症高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



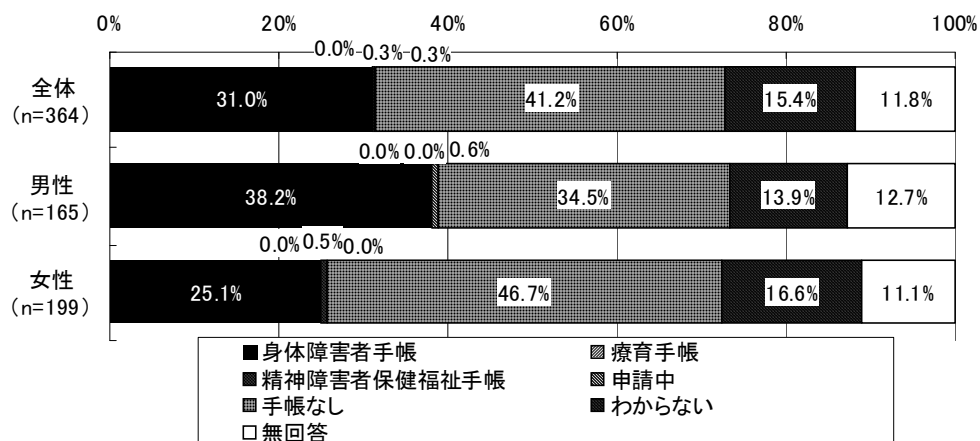
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

### ⑥障害者手帳などの種類

障害者手帳などの種類をみると、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が31.0%であり、「手帳なし」の患者は41.2%であった。

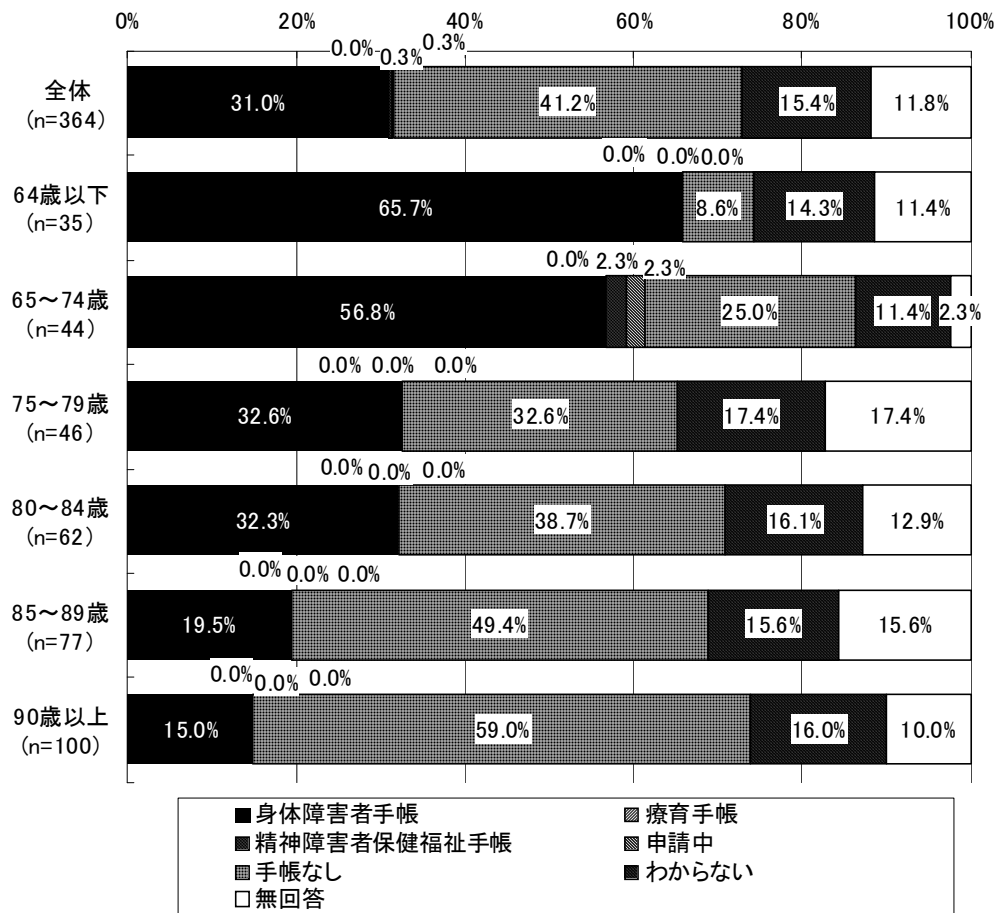
また、障害者手帳などの種類を男女別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者の割合は、男性では38.2%、女性では25.1%となっており、男性は女性と比較して13.1ポイント高かった。

図表 255 障害者手帳などの種類（男女別）



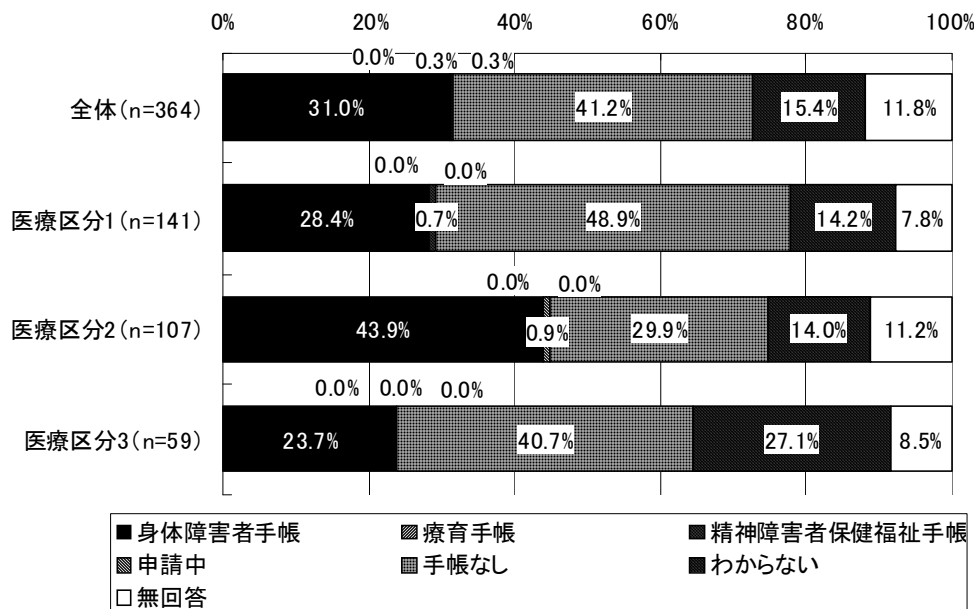
障害者手帳などの種類を年齢階級別にみると、74歳以下の患者では半数以上の患者が「身体障害者手帳」を持っており、年齢階級が高くなるほど持っている患者の割合は低くなった。「手帳なし」の割合は年齢階級が高くなるほど高くなり、90歳以上（59.0%）では約6割を占めた。

図表 256 障害者手帳などの種類（年齢階級別）



障害者手帳などの種類を医療区分別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者の割合は、医療区分2では43.9%と最も高く、次いで、医療区分1では28.4%、医療区分3では23.7%であった。

図表 257 障害者手帳などの種類（医療区分別）



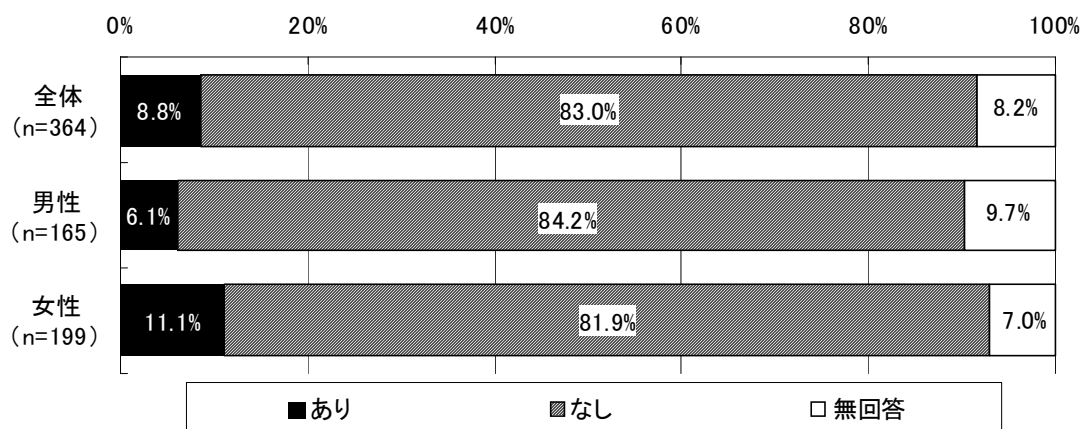
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑦精神疾患の有無

精神疾患の有無をみると、全体では「あり」が8.8%、「なし」が83.0%であった。

また、精神疾患の有無を男女別にみると、男性では「あり」が6.1%、女性では11.1%で女性での割合が高かった。

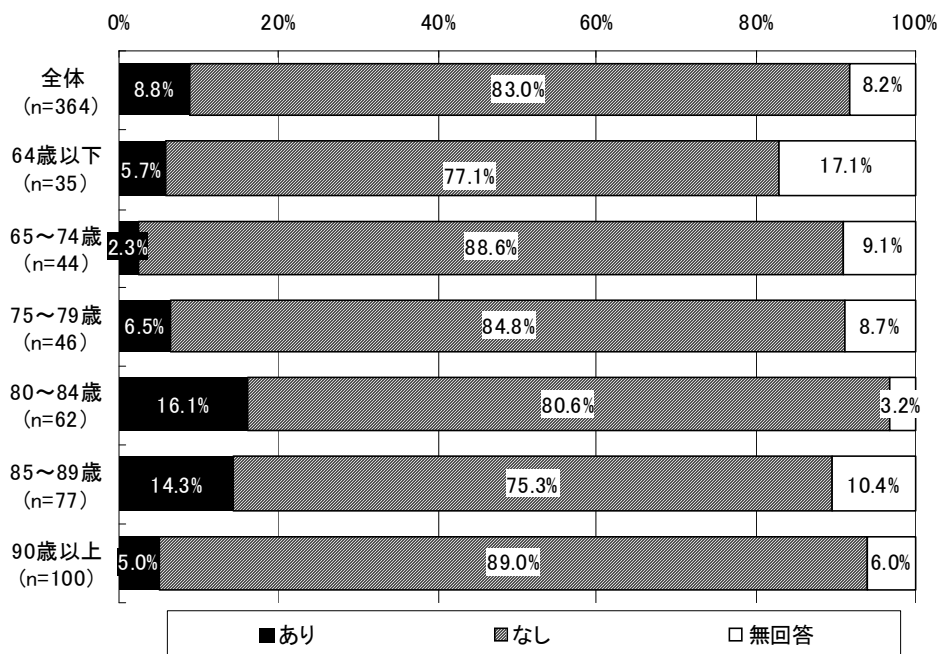
図表 258 精神疾患の有無（男女別）





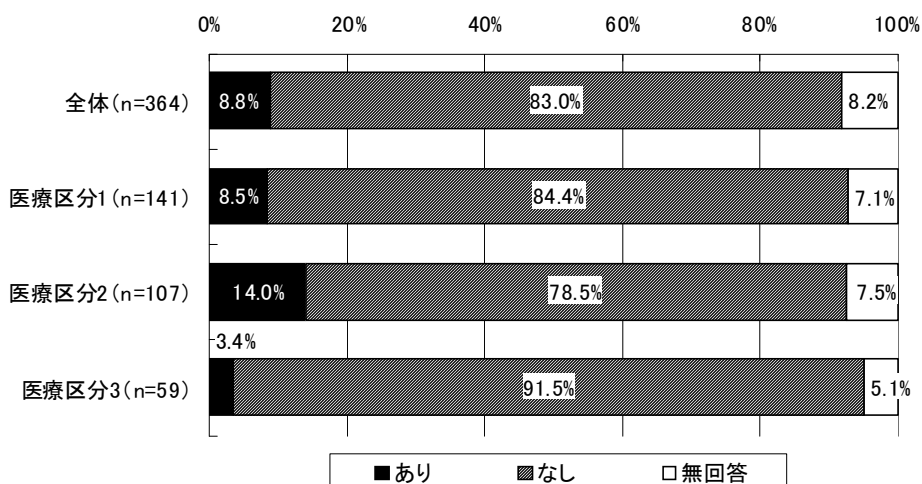
精神疾患の有無を年齢階級別にみると、「あり」の割合は、80～84 歳が 16.1%、85～89 歳が 14.3%となっており、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 259 精神疾患の有無（年齢階級別）



精神疾患の有無を医療区分別にみると、「あり」の割合は、医療区分2が 14.0%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 260 精神疾患の有無（医療区分別）



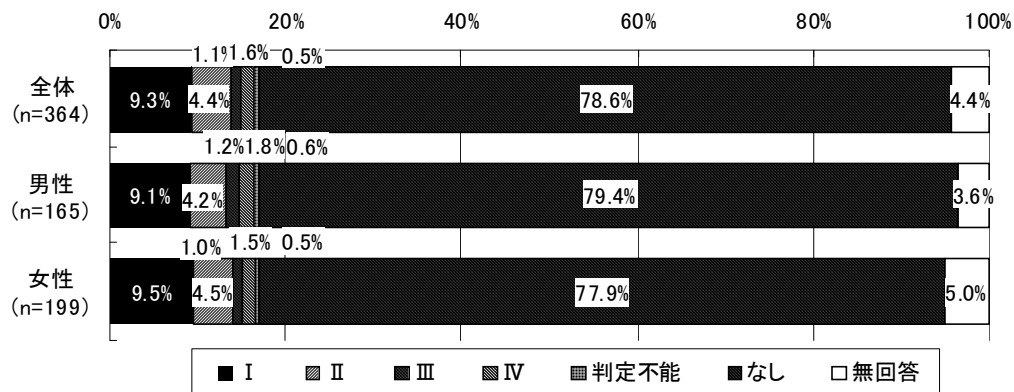
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑧褥瘡の状態（NPUAP）

褥瘡の状態（NPUAP）をみると、全体では「なし」（78.6%）が最も多く、次いで「I」（9.3%）、「II」（4.4%）、「IV」（1.6%）、「III」（1.1%）となった。

また、褥瘡の状態（NPUAP）を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 261 褥瘡の状態（NPUAP）（男女別）

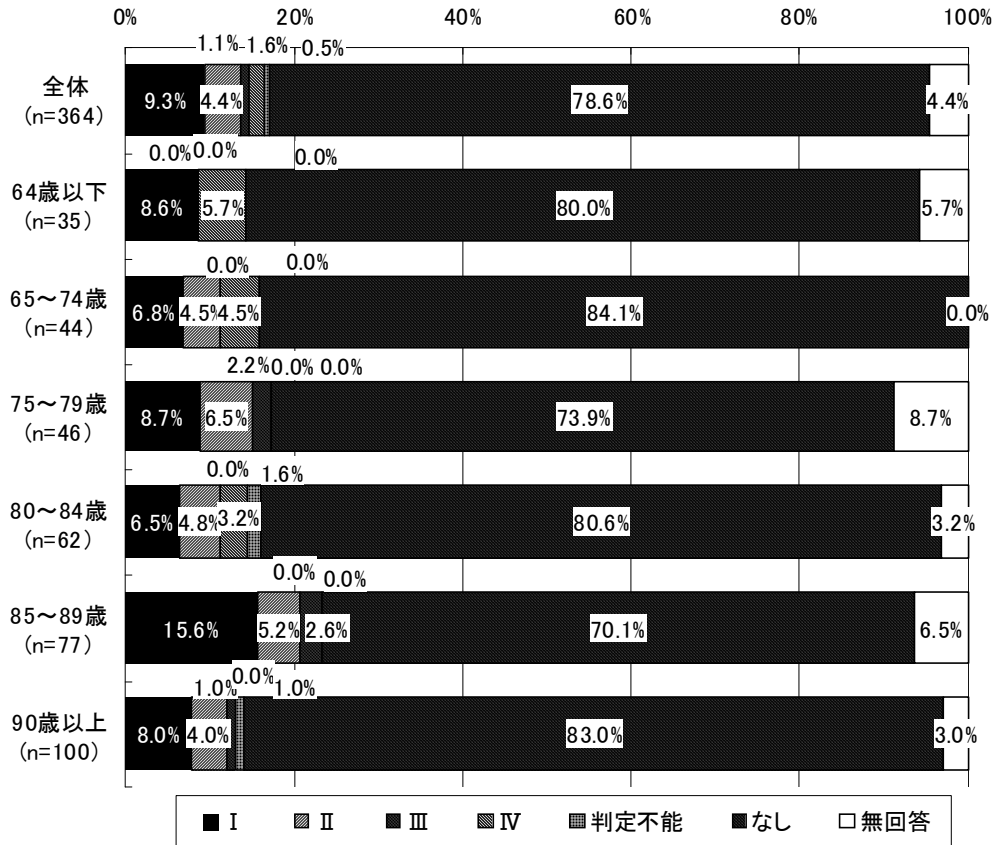


【褥瘡の状態（NPUAP 分類）】

ステージ I	通常骨突出部位に局限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。

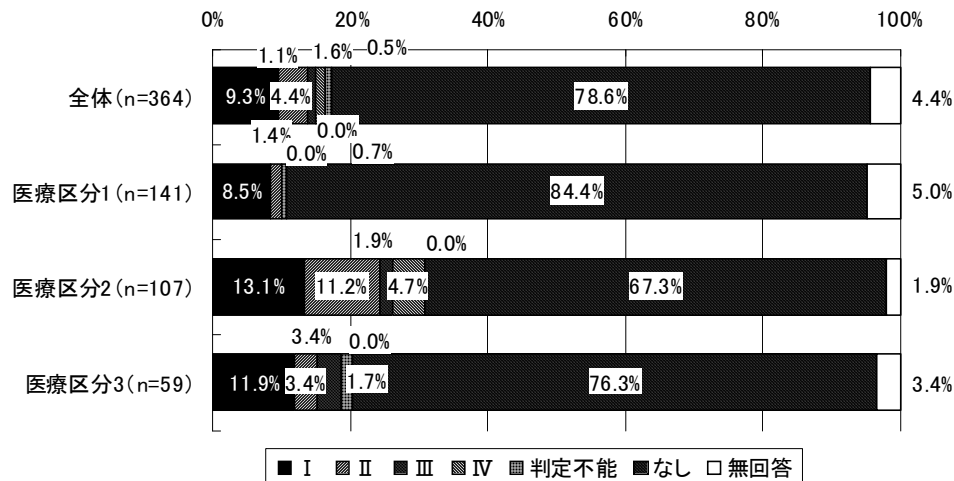
褥瘡の状態 (NPUAP) を年齢階級別にみると、85～89 歳では他の年齢階級と比較して「I」の割合が高かった。また、64 歳以下、65～74 歳、80～84 歳では、他の年齢階級と比較して「IV」の割合が高かった。

図表 262 褥瘡の状態 (NPUAP) (年齢階級別)



褥瘡の状態(NPUAP)を医療区分別にみると、医療区分2では「I」(13.1%)、「II」(11.2%)、「IV」(4.7%)のステージの割合が他の医療区分と比較して高かった。医療区分3ではステージ「III」(3.4%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

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)

褥瘡の状態 (DESIGN) をみると、全体では「d0」(27.5%)が最も多く、次いで「d1」(8.8%)、「d2」(2.7%)であった。

また、褥瘡の状態 (DESIGN) を男女別にみると、男女ともに「d0」(それぞれ27.9%、27.1%)が最も多く、次いで「d1」(それぞれ7.9%、9.5%)、「d2」(それぞれ3.6%、2.0%)であった。

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	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
男性	165	13	6	2	4	0	0	46	94
	100.0	7.9	3.6	1.2	2.4	0.0	0.0	27.9	57.0
女性	199	19	4	3	3	0	0	54	116
	100.0	9.5	2.0	1.5	1.5	0.0	0.0	27.1	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

褥瘡の状態（DESIGN）を年齢階級別にみると、85～89 歳では「d1」（13.0%）、80～84 歳では「d2」（4.8%）、75～79 歳では「D3」（4.3%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

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

褥瘡の状態（DESIGN）を医療区分別にみると、医療区分 2 の「d1」（14.0%）、「d2」（7.5%）、「D3」（1.9%）、「D4」（4.7%）の各状態において他の医療区分と比較して割合が高かった。

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

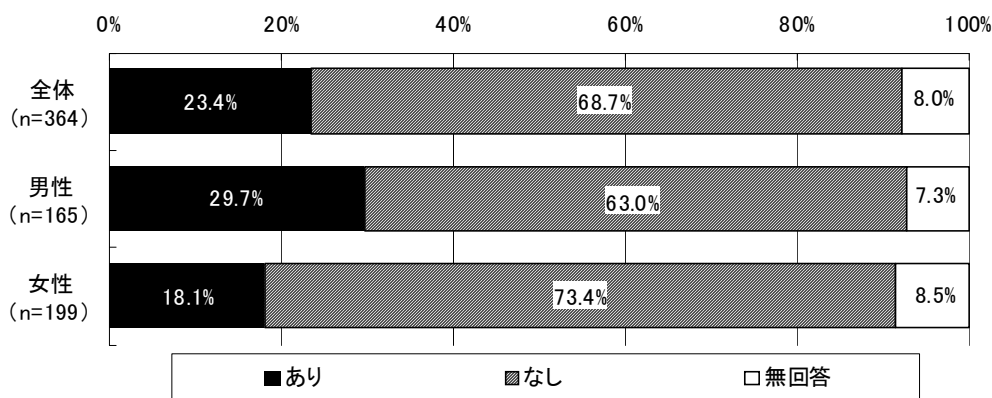
（注）「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑩厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）

厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）をみると、全体では「あり」が 23.4%で、「なし」が 68.7%であった。

また、厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を男女別にみると、男性では「あり」の割合が 29.7%、女性では 18.1%となっており、男性は女性と比較して 11.6 ポイント高かった。

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）

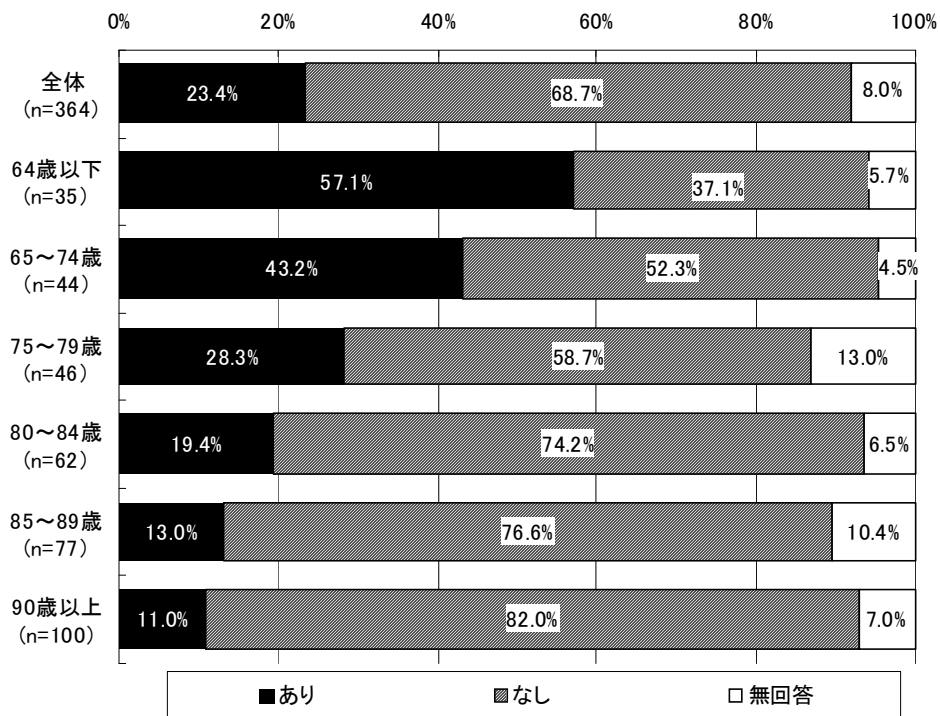


【厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）】

- 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、オリーブ橋小脳萎縮症及びビシャイ・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
- 亜急性硬化性全脳炎
- 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
- ライソゾーム病
- 球脊髄性筋萎縮症
- 後天性免疫不全症候群

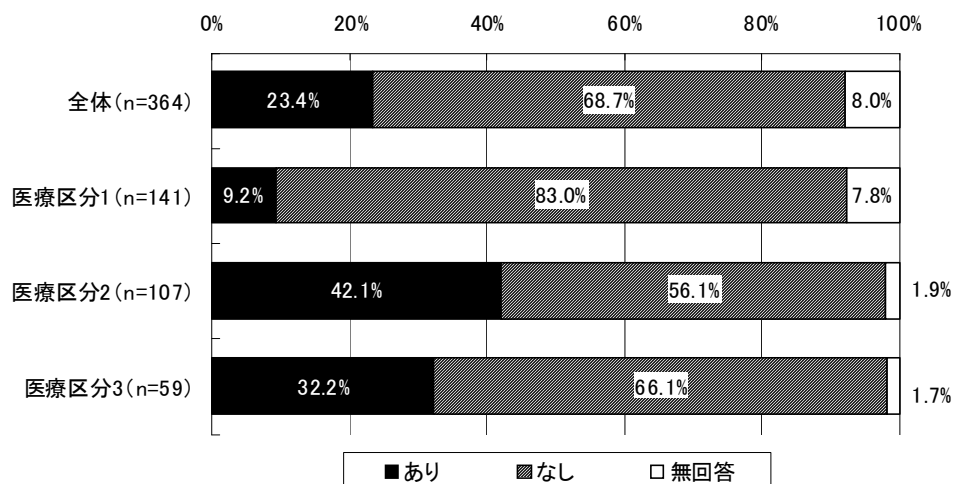
厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、64歳以下（57.1%）で最も高く、年齢階級が高くなるほど「あり」の割合は低くなった。

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）



厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を医療区分別にみると、「あり」という割合は医療区分2（42.1%）で他の医療区分と比較して高く、医療区分1（9.2%）と比較して32.9ポイント高かった。

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）



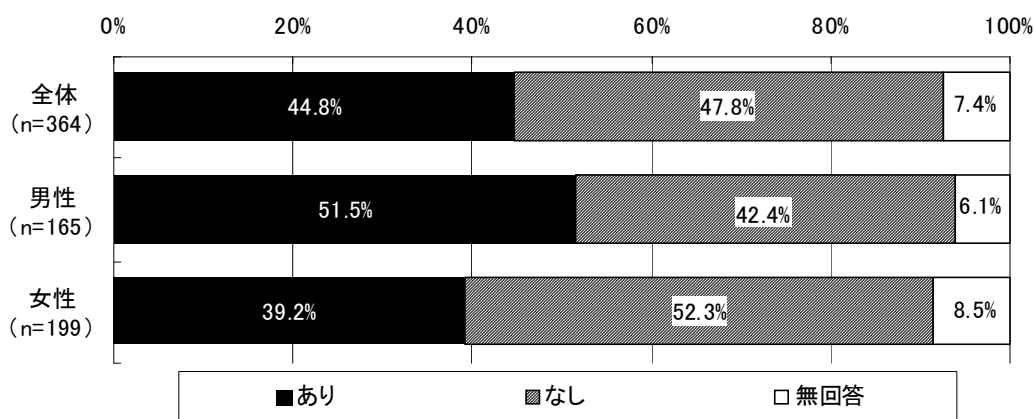
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）

在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）をみると、全体では「あり」が44.8%、「なし」が47.8%であった。

また、在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を男女別にみると、「あり」は男性では51.5%、女性では39.2%となり、男性は女性と比較して「あり」の割合が12.3ポイント高かった。

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）



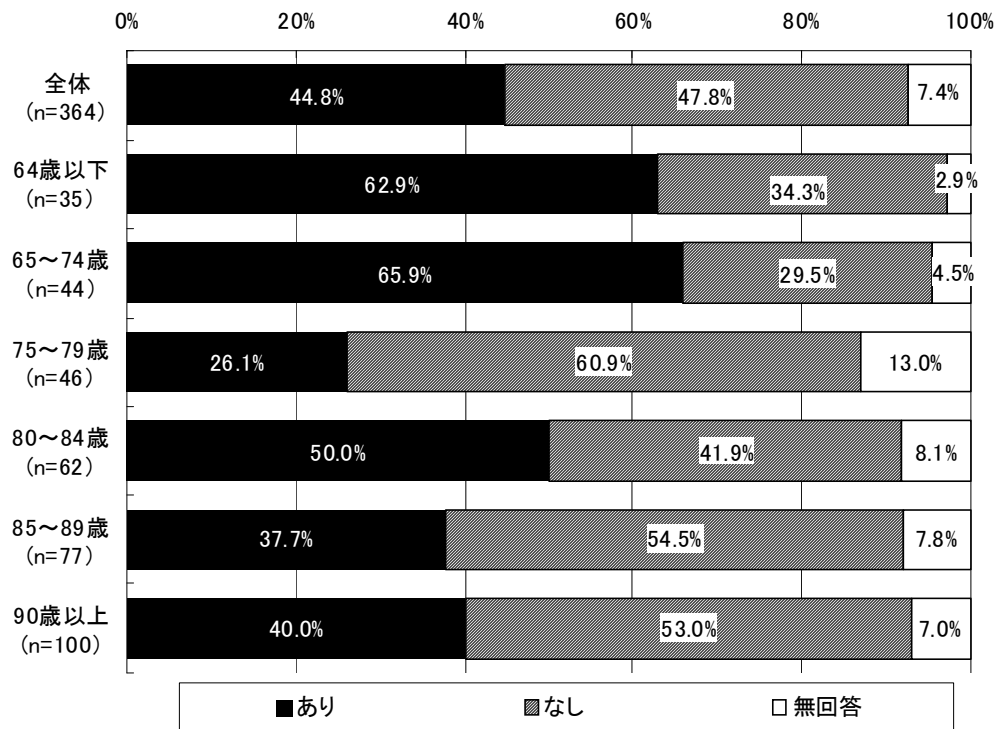
【在宅医療の指導管理料の算定の有無（特掲診療料の施設基準等別表八）】

- 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



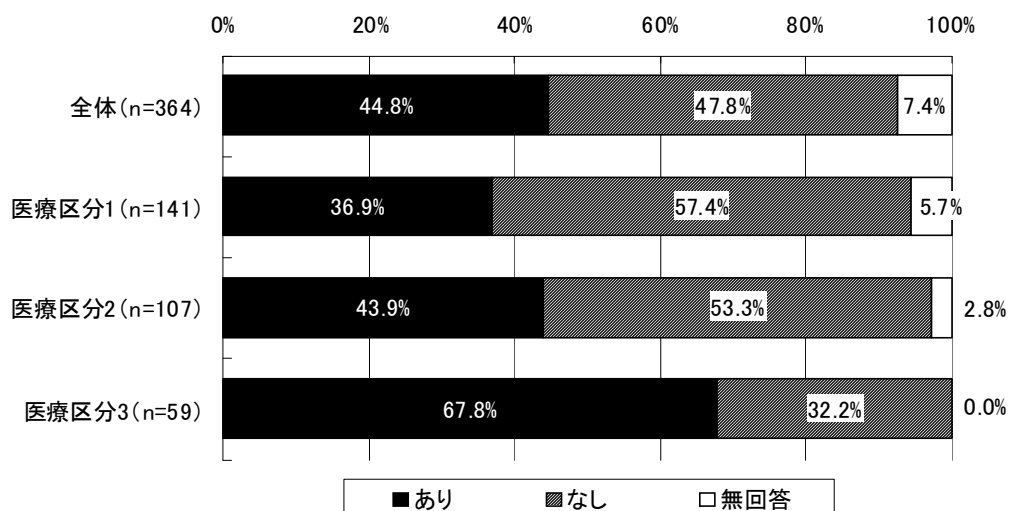
在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、64歳以下、65～74歳では6割を超え、75歳以上と比較すると高かった。

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）



在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を医療区分別にみると、医療区分 3 では「あり」という割合は 67.8% となり、他の医療区分と比較して高かった。

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）



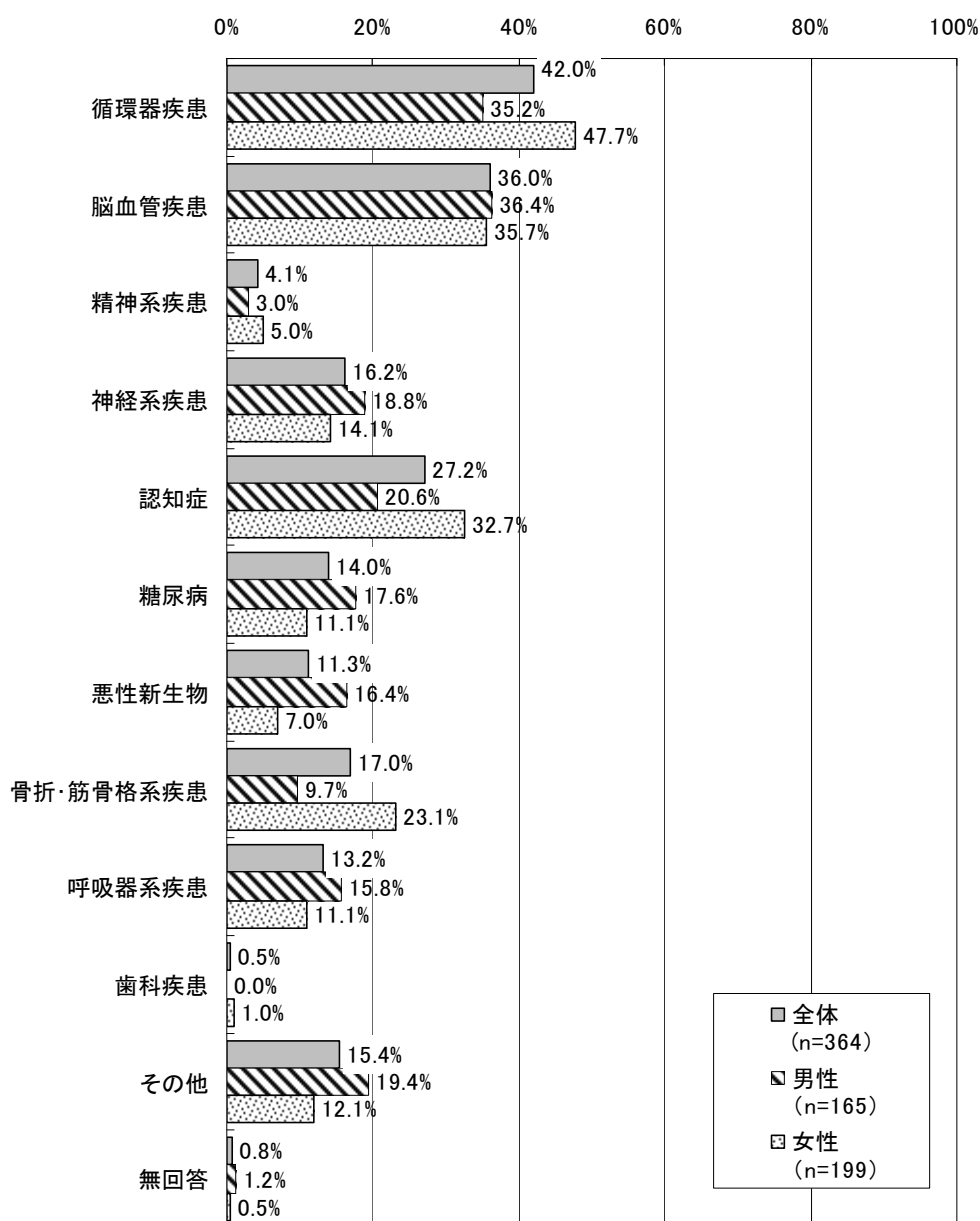
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

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）

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）をみると、全体では「循環器疾患」（42.0％）が最も多く、次いで「脳血管疾患」（36.0％）、「認知症」（27.2％）であった。

また、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）を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「骨折・筋骨格系疾患」が13.4ポイント、「循環器疾患」が12.5ポイント、「認知症」が12.1ポイント高かった。

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）



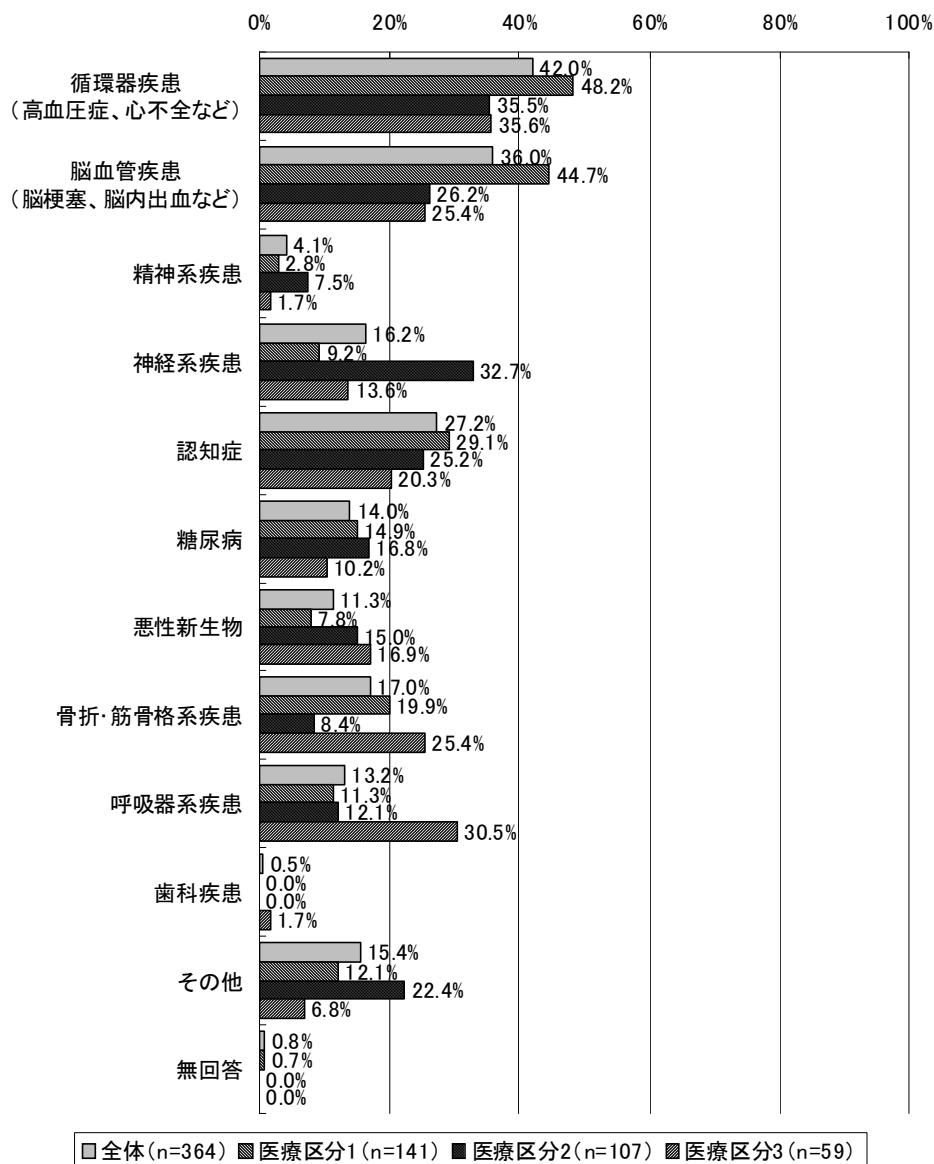
現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）を年齢階級別にみると、64歳以下では「神経系疾患」（34.3%）、65～74歳では「脳血管疾患」（50.0%）、75～79歳では「脳血管疾患」（41.3%）、80～84歳では「循環器疾患」（45.2%）、85～89歳では「循環器疾患」（57.1%）、90歳以上では「循環器疾患」（51.0%）が最も多かった。

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

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）を医療区分別にみると、医療区分1では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（48.2%）が最も多く、次いで「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」（44.7%）、「認知症」（29.1%）となった。医療区分2では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（35.5%）が最も多く、次いで「神経系疾患」（32.7%）、「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」（26.2%）となった。医療区分3では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（35.6%）が最も多く、次いで「呼吸器系疾患」（30.5%）、「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」、「骨折・筋骨格系疾患」（それぞれ 25.4%）となった。

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）



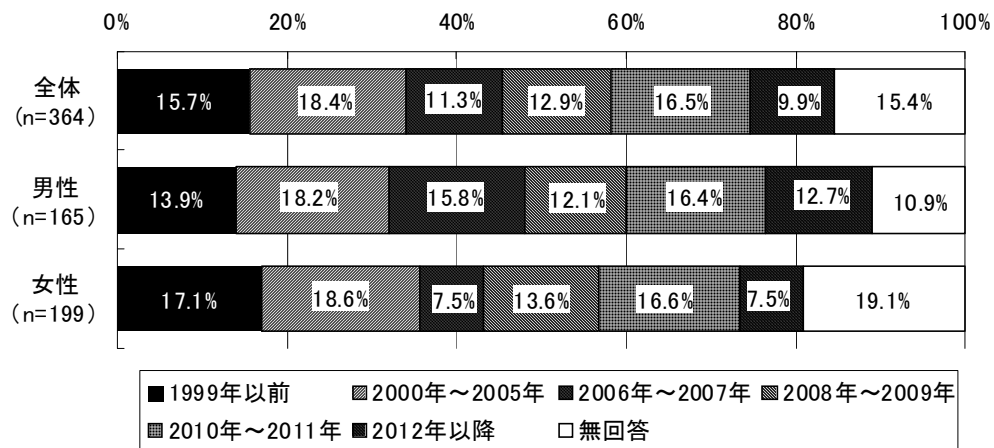
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑬病気が発症した時期

病気が発症した時期をみると、全体では「2000年～2005年」（18.4%）が最も多く、次いで「2010年～2011年」（16.5%）、「1999年以前」（15.7%）であった。

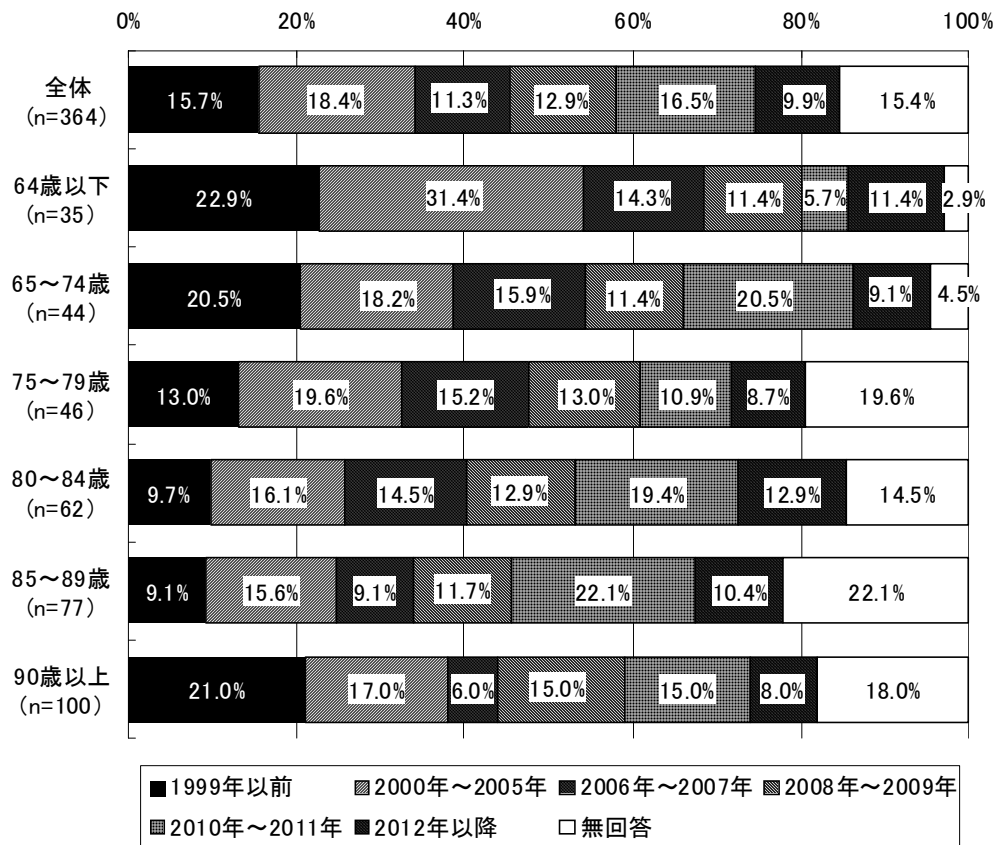
また、病気が発症した時期を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2006年～2007年」が 8.3 ポイント高いが、女性では男性と比較して無回答が多いことにも留意する必要がある。

図表 276 病気が発症した時期（男女別）



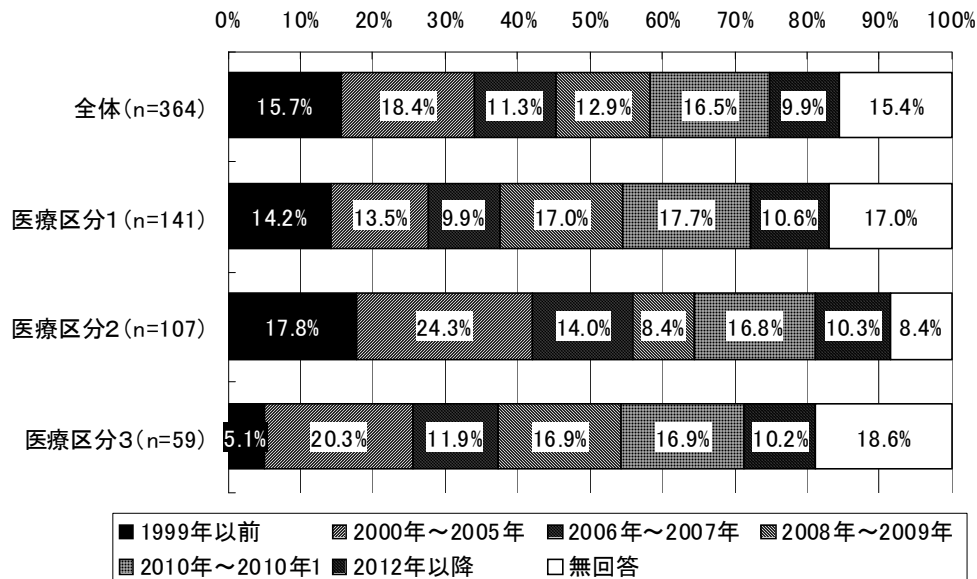
病気が発症した時期を年齢階級別にみると、64歳以下では半数以上が2005年以前に発症しており、特に「2000年～2005年」が31.4%で他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 277 病気が発症した時期（年齢階級別）



病気が発症した時期を医療区分別にみると、医療区分2では半数以上が2007年以前に発症しており、「1999年以前」(17.8%)、「2000年～2005年」(24.3%)、「2006年～2007年」(14.0%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 278 病気が発症した時期（医療区分別）



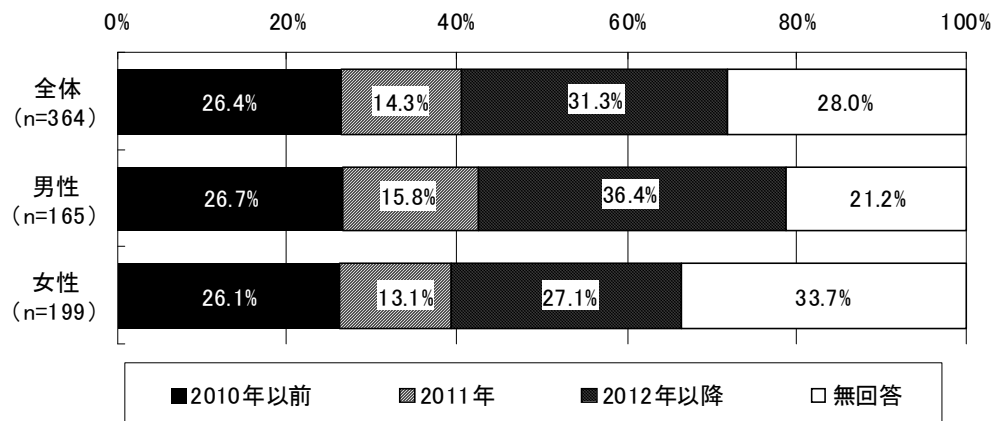
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

#### ⑭直近の入院日

直近の入院日をみると、全体では「2012年以降」(31.3%)が最も多く、次いで「2010年以前」(26.4%)、「2011年」(14.3%)であった。

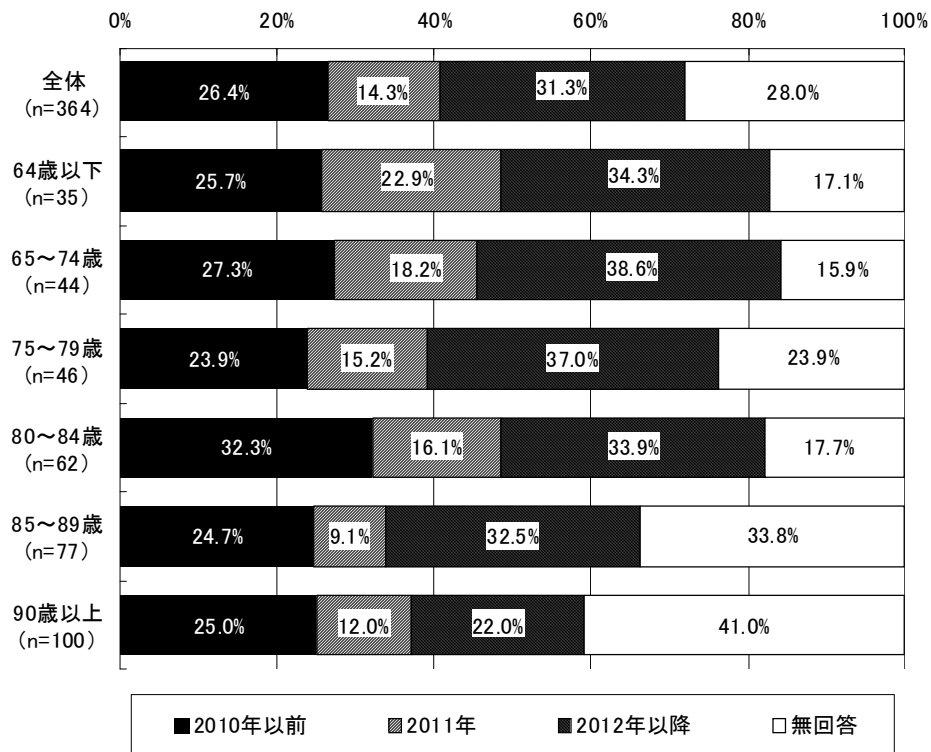
また、直近の入院日を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2012年以降」の割合が9.3ポイント高いが、女性の「無回答」の割合が高い点にも留意する必要がある。

図表 279 直近の入院日（男女別）



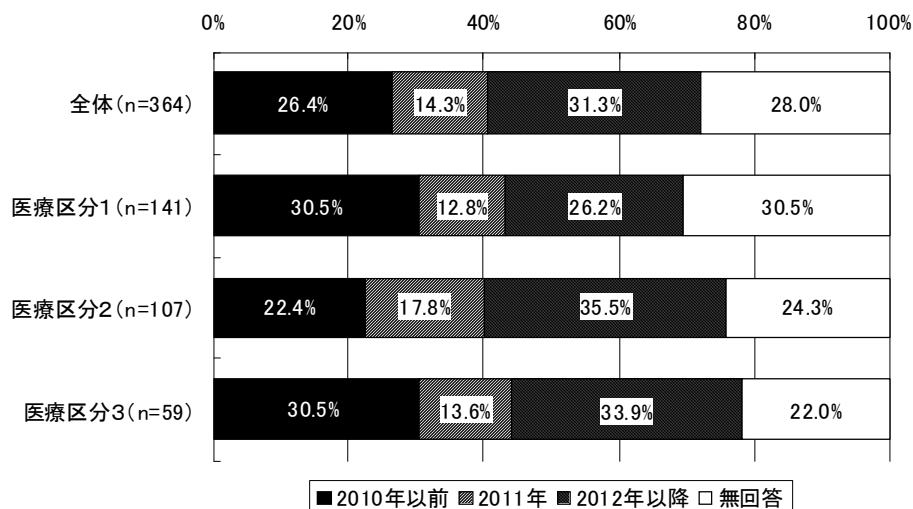
直近の入院日を年齢階級別にみると、80～84歳では「2010年以前」(32.3%)の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 280 直近の入院日（年齢階級別）



直近の入院日を医療区分別にみると、医療区分2の「2012年以降」(35.5%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

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。

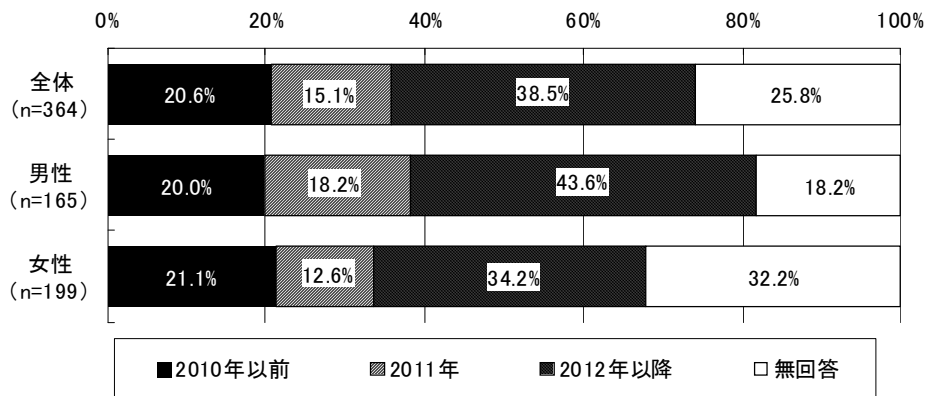


⑮直近の退院日

直近の退院日をみると、全体では「2010年以前」が20.6%、「2011年」が15.1%、「2012年以降」が38.5%であった。

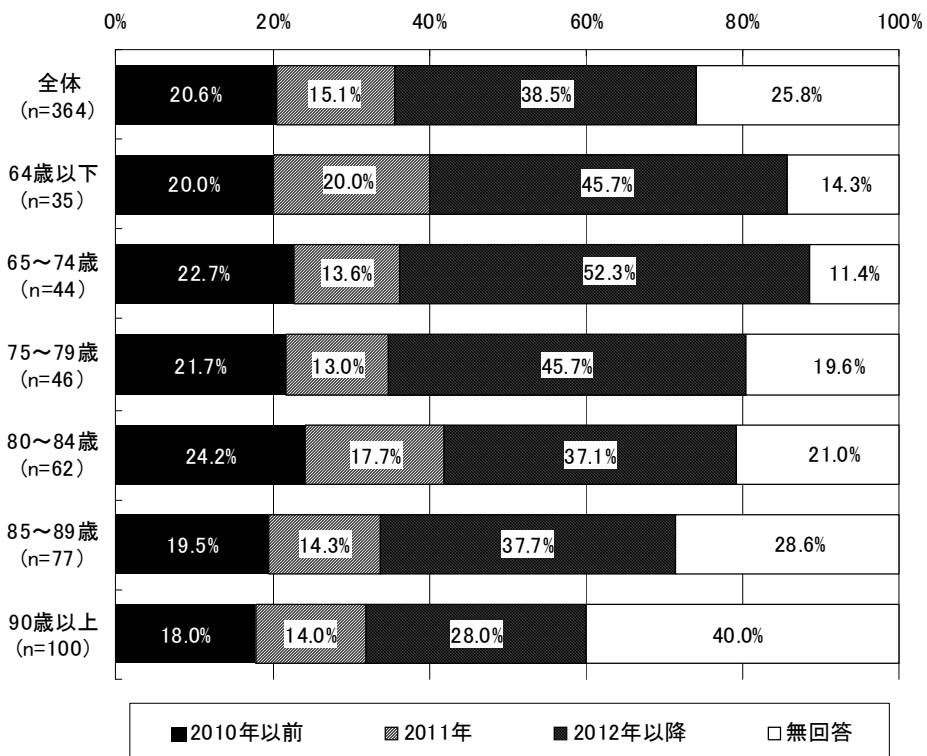
直近の退院日を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2012年以降」の割合が9.4ポイント高いが、女性では男性よりも「無回答」の割合が高い点にも留意する必要がある。

図表 282 直近の退院日（男女別）



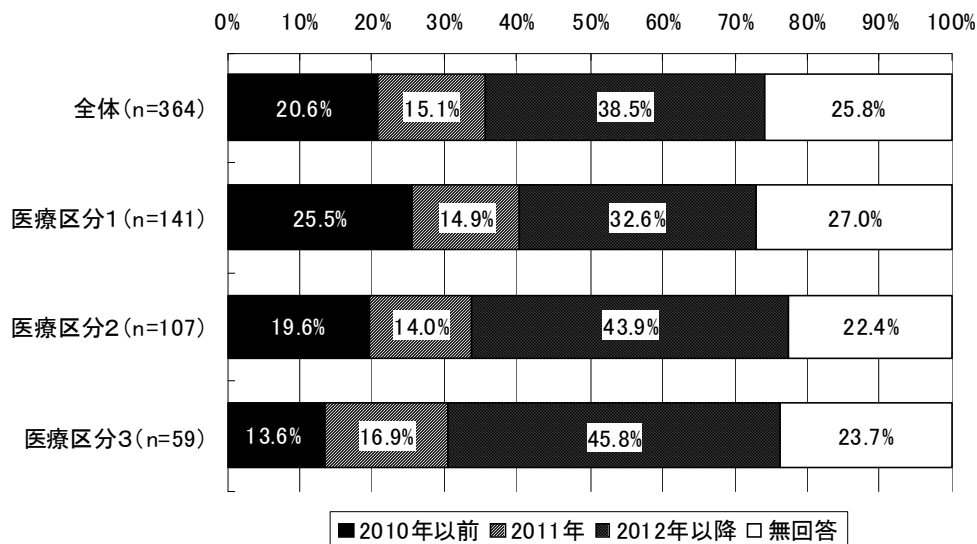
直近の退院日を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「2012年以降」が最も多くなった。特に「65～74歳」（52.3%）では半数を超えた。

図表 283 直近の退院日（年齢階級別）



直近の退院日を医療区分別にみると、全ての医療区分で「2012年以降」が最も多く、医療区分が1から3へ高くなるのに伴いその割合も高くなった。

図表 284 直近の退院日（医療区分別）



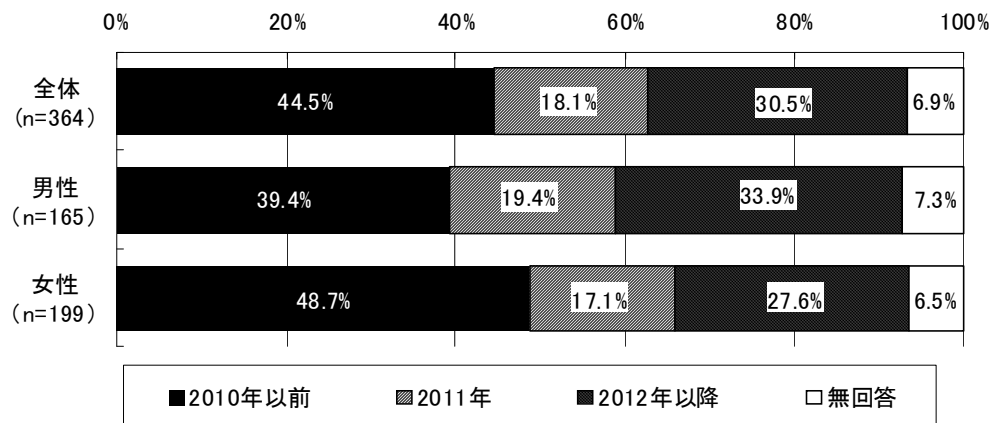
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑩往診を開始した時期

往診を開始した時期をみると、全体では「2010年以前」が44.5%、「2011年」が18.1%、「2012年以降」が30.5%であった。

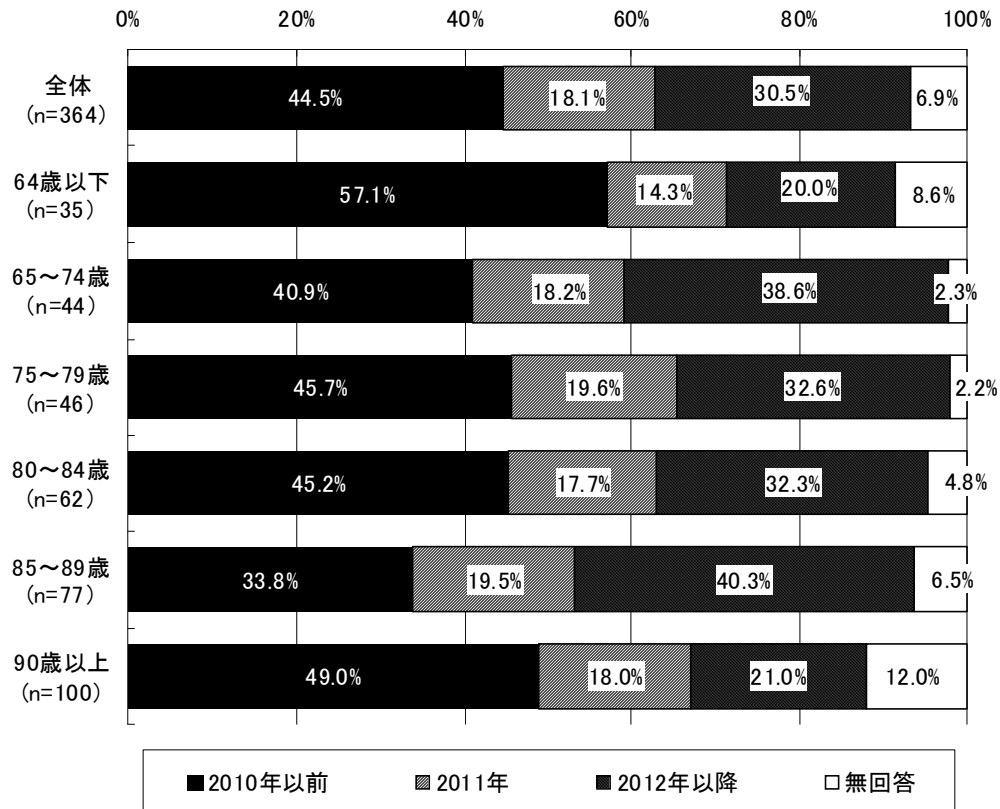
往診を開始した時期を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「2010年以前」の割合が9.3ポイント高かった。

図表 285 往診を開始した時期（男女別）



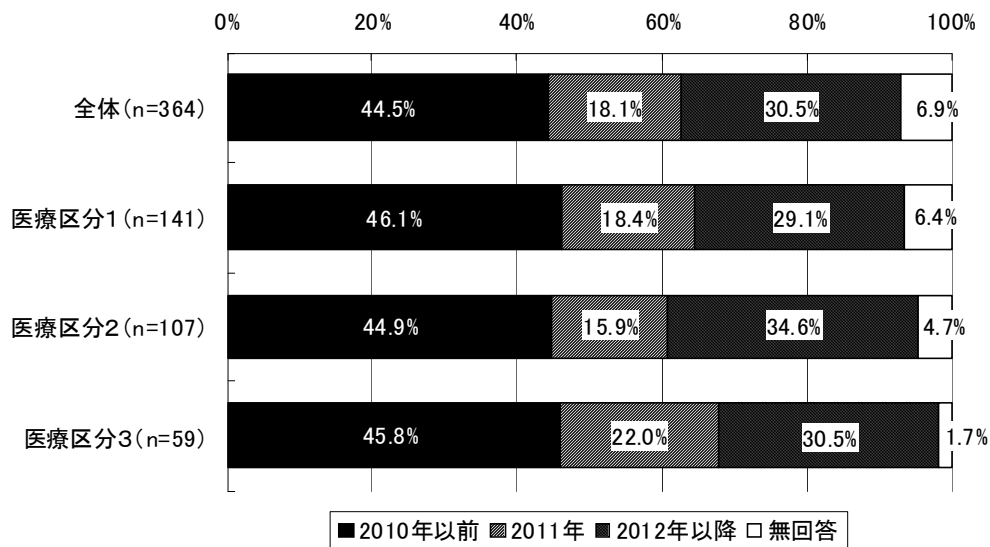
往診を開始した時期を年齢階級別にみると、64歳以下では「2010年以前」が57.1%で他の年齢階級と比較して高かった。85～89歳では「2012年以降」(40.3%)が最も多かったが、その他の年齢階級では「2010年以前」が最も多かった。

図表 286 往診を開始した時期（年齢階級別）



往診を開始した時期を医療区分別にみると、全ての医療区分において「2010 年以前」が最も多かった。

図表 287 往診を開始した時期（医療区分別）



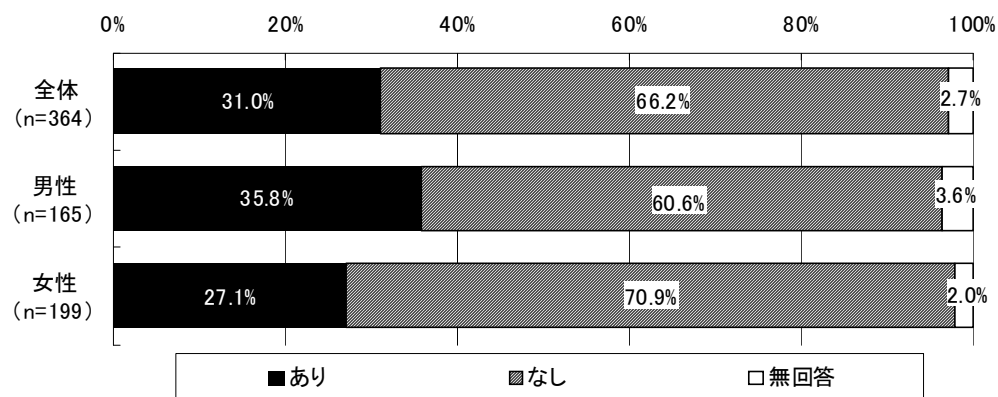
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑰在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無

在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無をみると、全体では「あり」が 31.0%、「なし」が 66.2%であった。

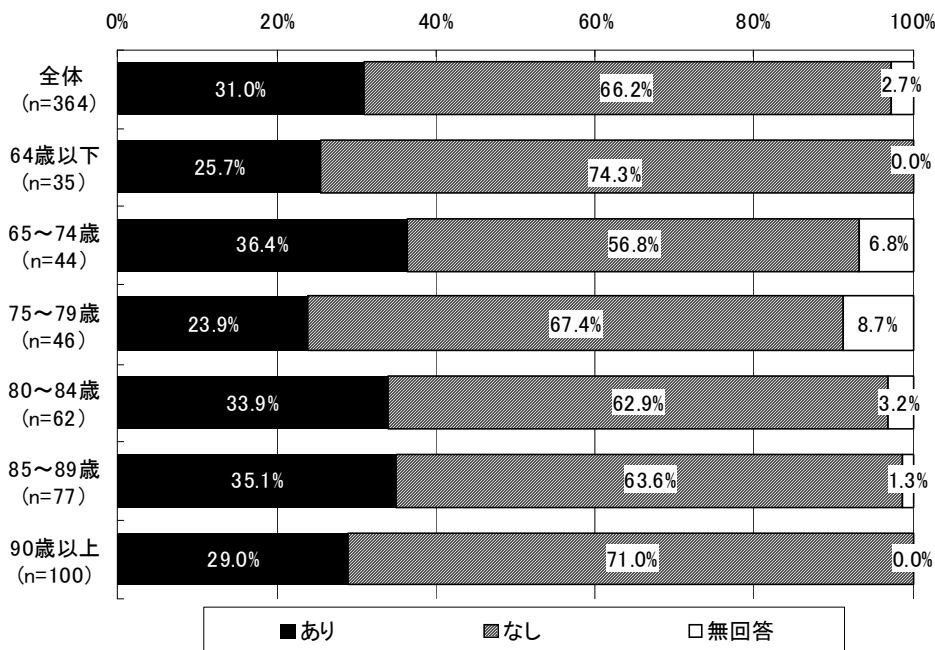
在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あり」の割合が 8.7 ポイント高かった。

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）



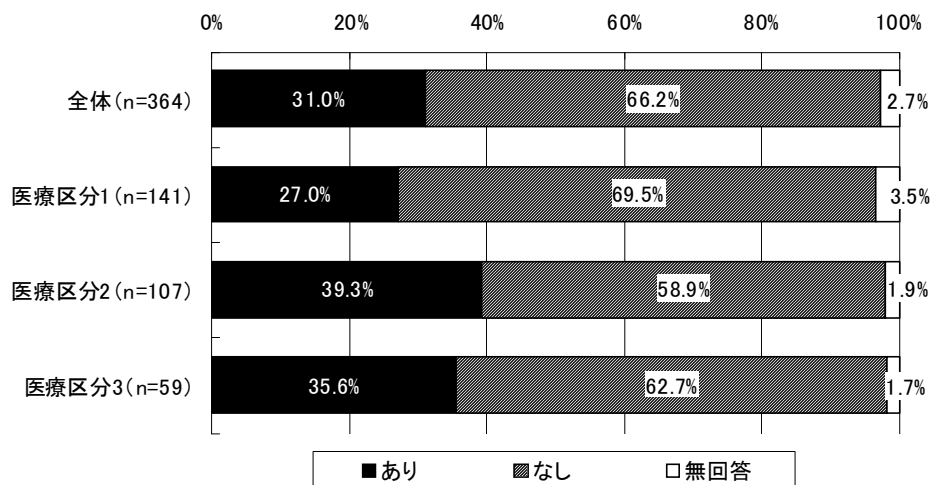
在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、65～74歳で36.4%と最も高く、次いで、85～89歳(35.1%)、80～84歳(33.9%)であった。

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）



在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無に医療区分別にみると、「あり」という割合は医療区分2では39.3%で、他の医療区分と比較して高かった。

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）



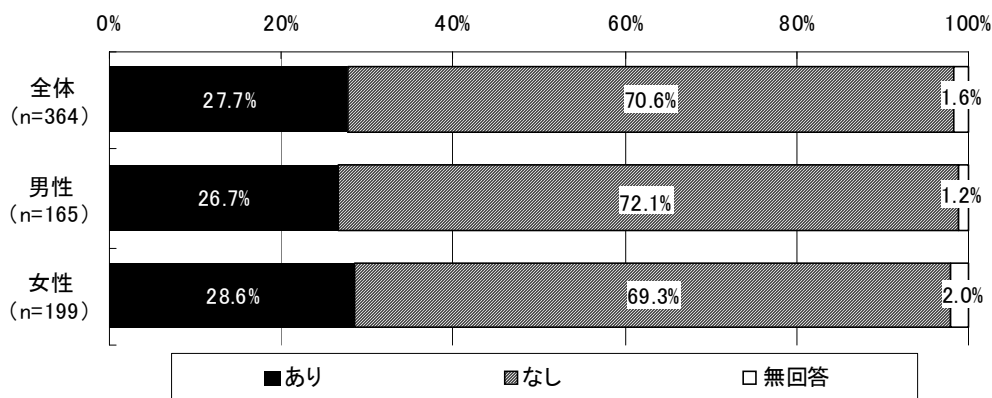
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑱在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無

在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無をみると、全体では「あり」が27.7%、「なし」が70.6%であった。

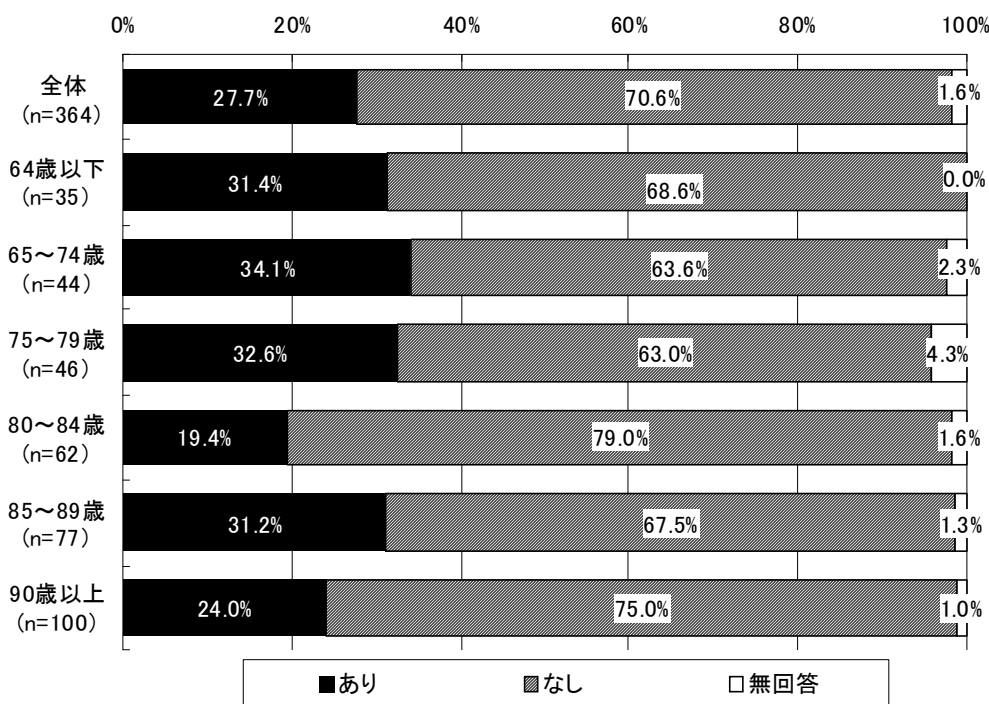
在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

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）



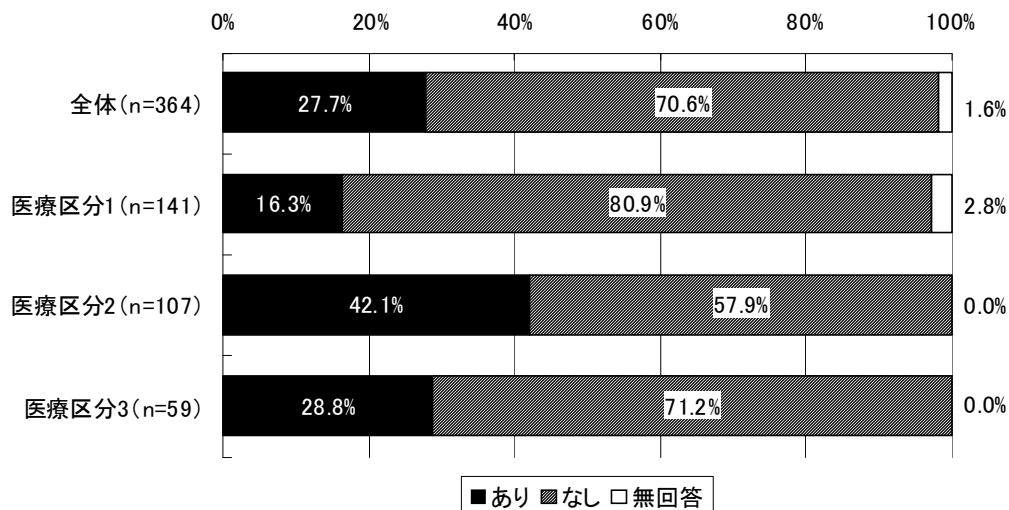
在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、80～84歳、90歳以上を除く他の年齢階級では3割を超えた。

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）



在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を医療区分別にみると、「あり」という割合は、医療区分2では42.1%となり、他の医療区分と比較して高かった。特に、「あり」の割合が最も低い医療区分1とでは25.8ポイント高かった。

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）



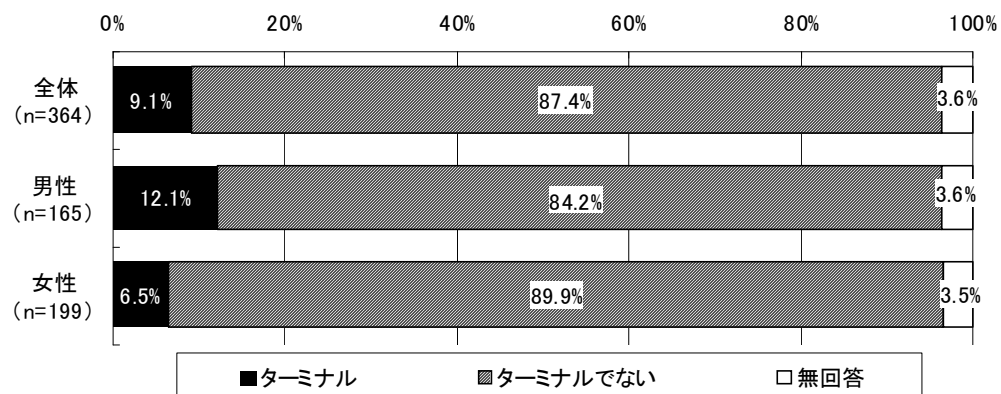
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

### ⑱ターミナルかどうか

ターミナルかどうかをみると、全体では「ターミナル」が9.1%、「ターミナルでない」が87.4%であった。

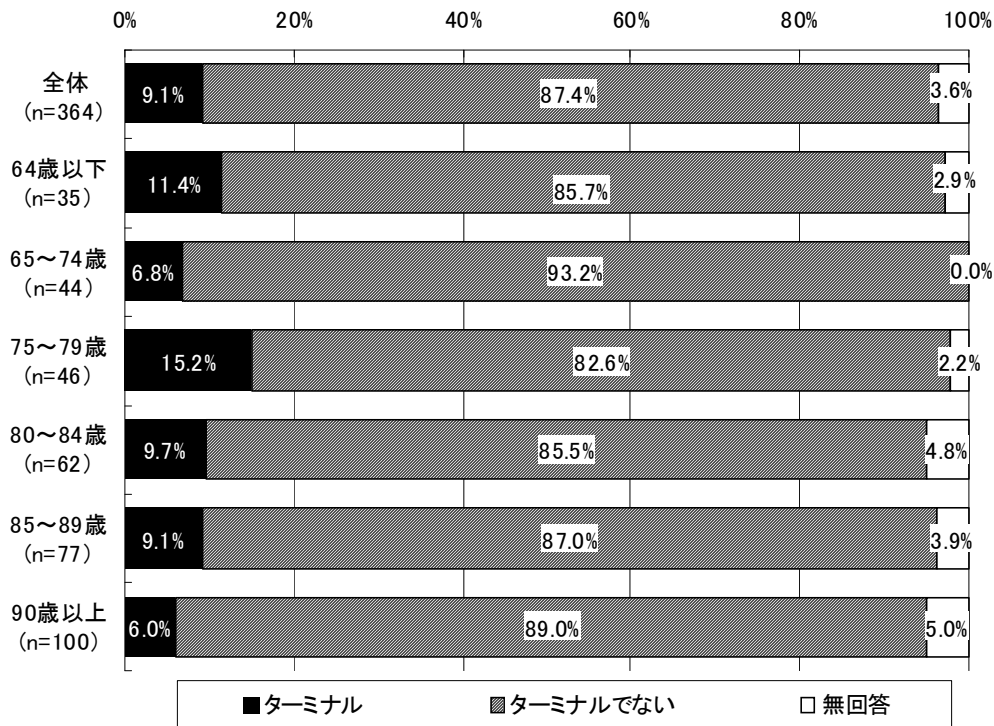
また、ターミナルかどうかを男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「ターミナル」の割合が5.6ポイント高かった。

図表 294 ターミナルかどうか（男女別）



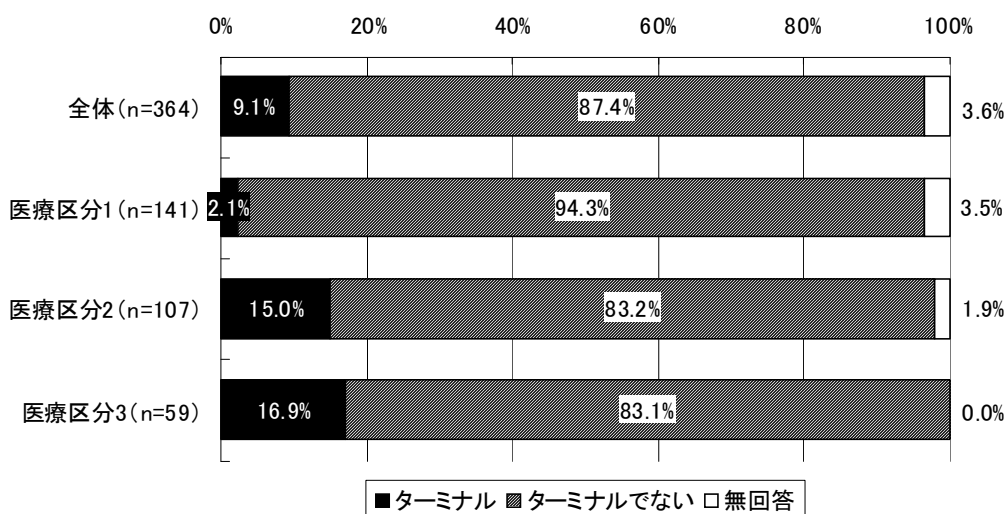
ターミナルかどうかを年齢階級別にみると、「ターミナル」という割合は、75～79 歳が 15.2%、64 歳以下が 11.4%で、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 295 ターミナルかどうか（年齢階級別）



ターミナルかどうかを医療区分別にみると、「ターミナル」の割合は医療区分1では2.1%、医療区分2では15.0%、医療区分3では16.9%であった。

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。



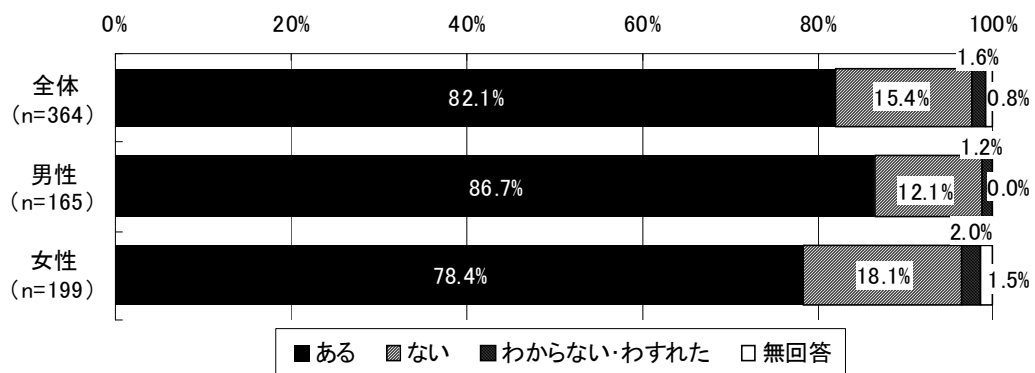
### (3) 入院中の状況等

#### 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

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をみると、全体では「ある」が82.1%、「ない」が15.4%、「わからない・わすれた」が1.6%であった。

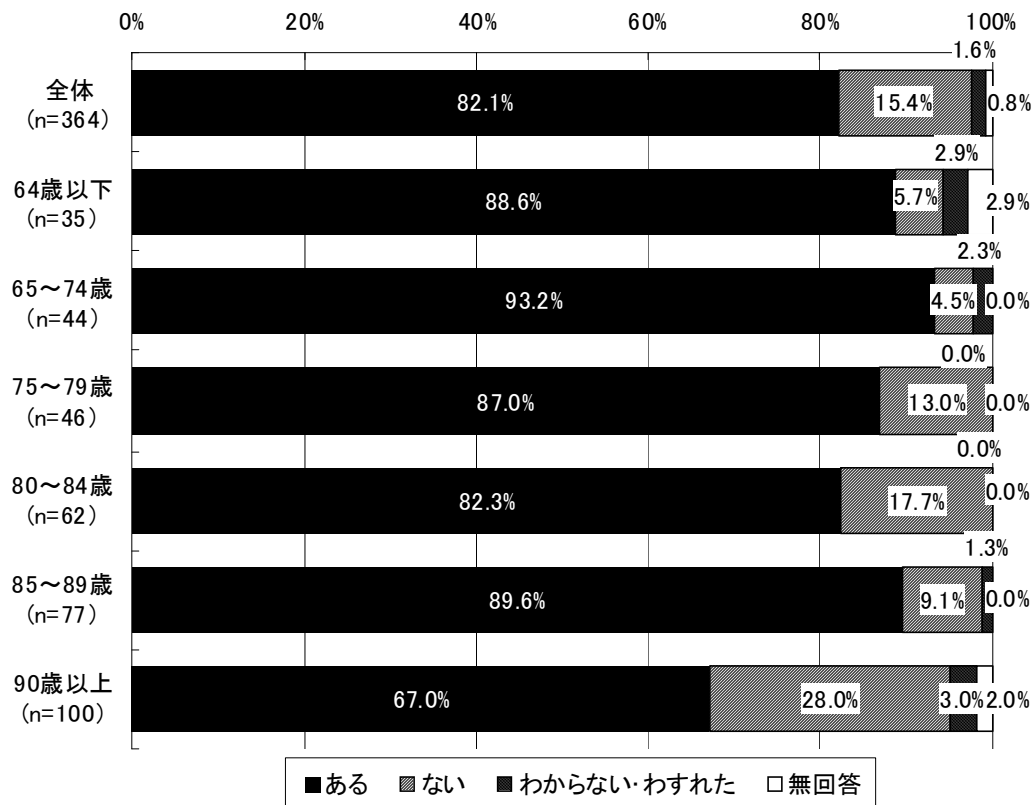
また、在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あり」の割合が8.3ポイント高かった。

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)



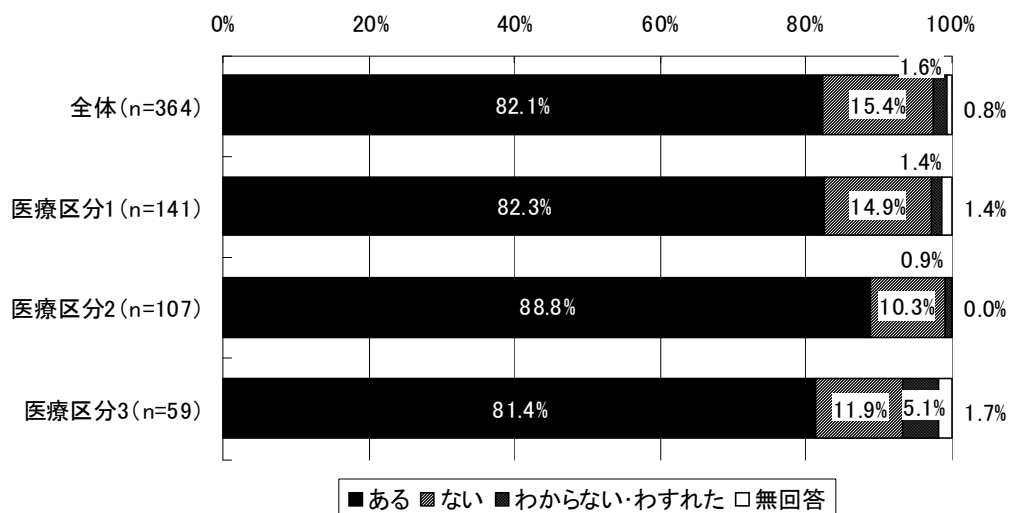
在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無を年齢階級別にみると、「ある」という割合は、65～74歳で93.2%となっており、他の年齢階級と比較して高かった。一方、90歳以上では「ある」という割合は67.0%となっており、他の年齢階級と比較して最も低かった。

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)



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を医療区分別にみると、「ある」という割合は、医療区分1では82.3%、医療区分2では88.8%、医療区分3では81.4%であった。

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。

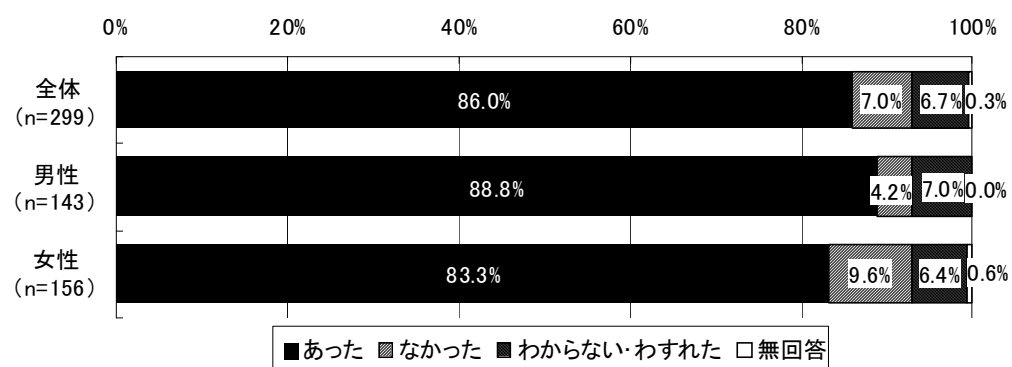
②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無等

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

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をみると、全体では「あった」が86.0%、「なかった」が7.0%であった。

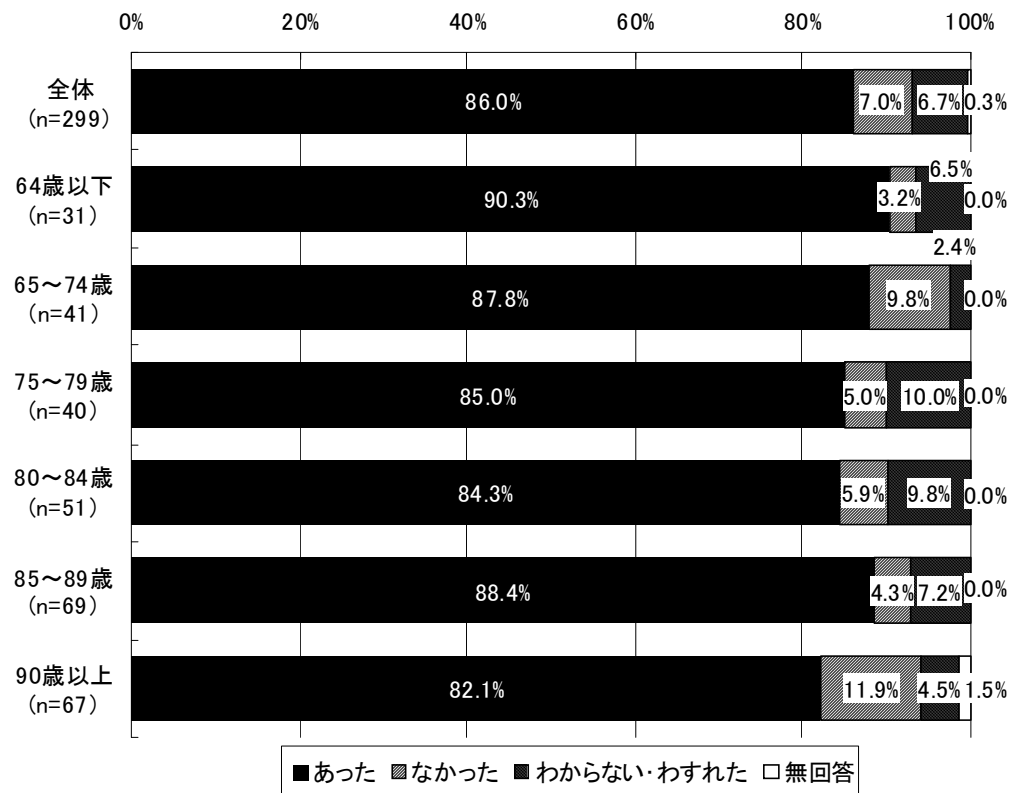
入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が5.5ポイント高かった。

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)



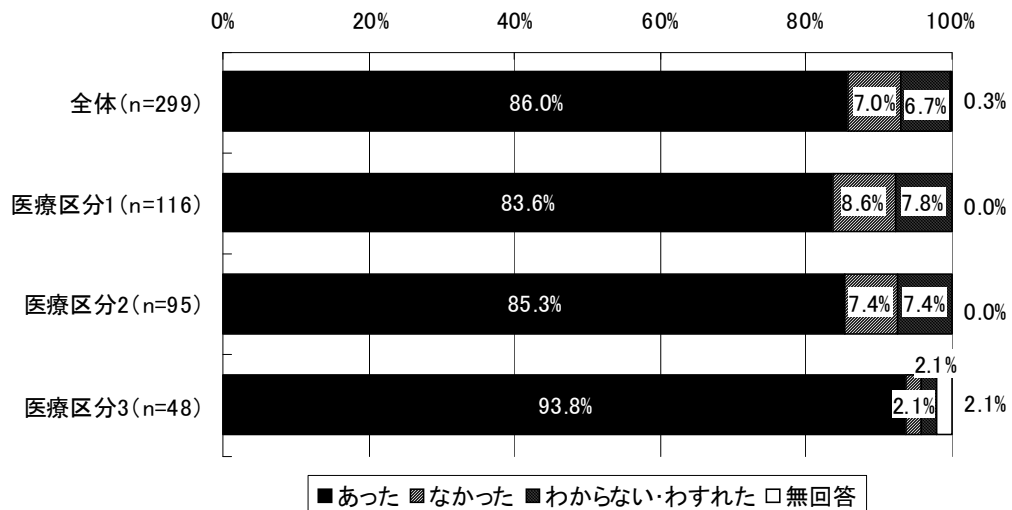
入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無を年齢階級別にみると、65～74歳、90歳以上では他の年齢階級と比較して「なかった」の割合が高かった。

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）



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を医療区分別にみると、「あった」の割合は、医療区分1では83.6%、医療区分2では85.3%、医療区分3では93.8%であった。

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）



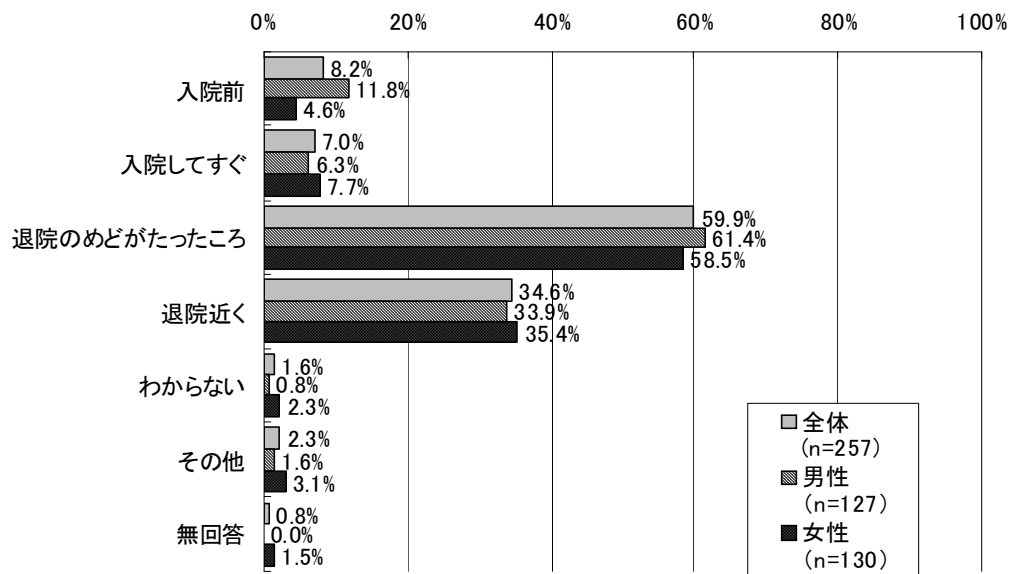
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

## 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

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をみると、全体では「退院のめどがたったころ」(59.9%)が最も多く、次いで「退院近く」(34.6%)、「入院前」(8.2%)、「入院してすぐ」(7.0%)であった。

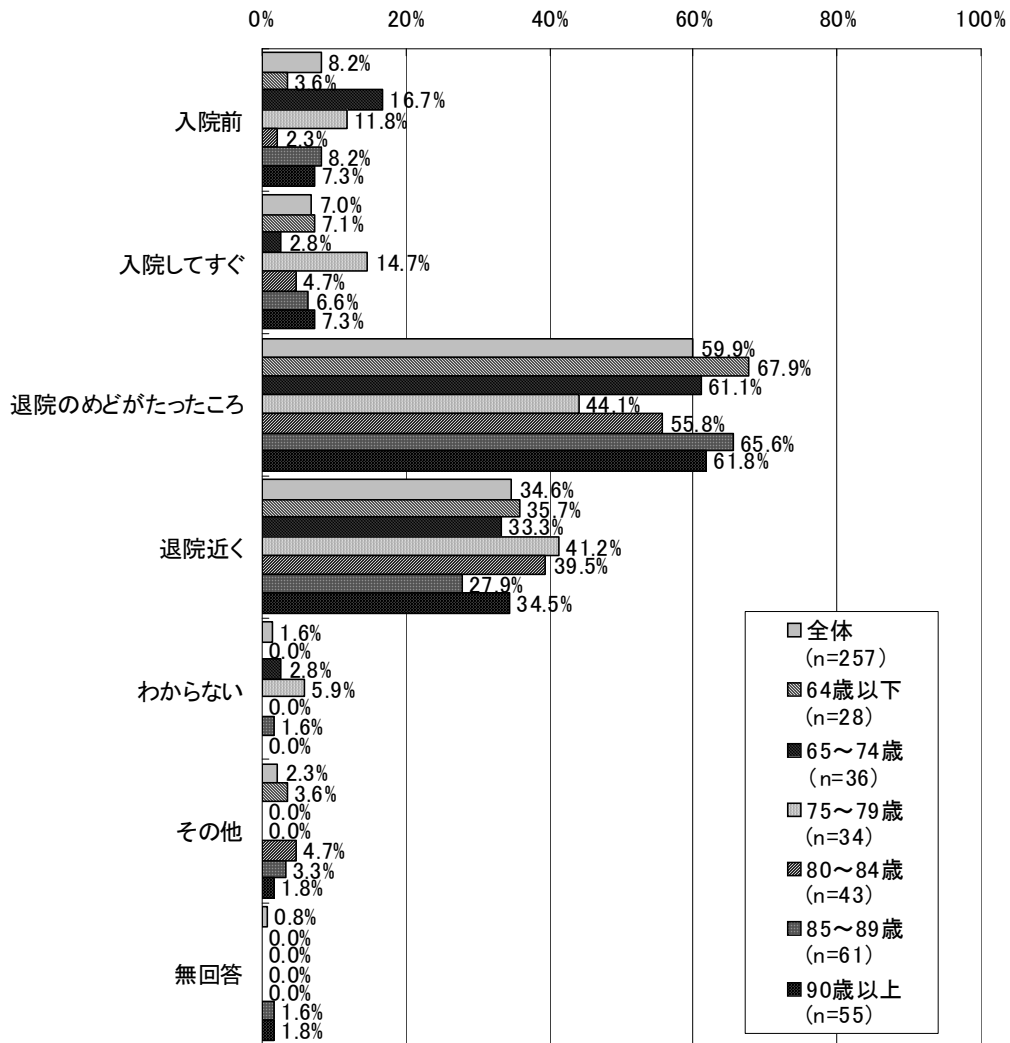
退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「入院前」の割合が7.2ポイント高かった。

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)



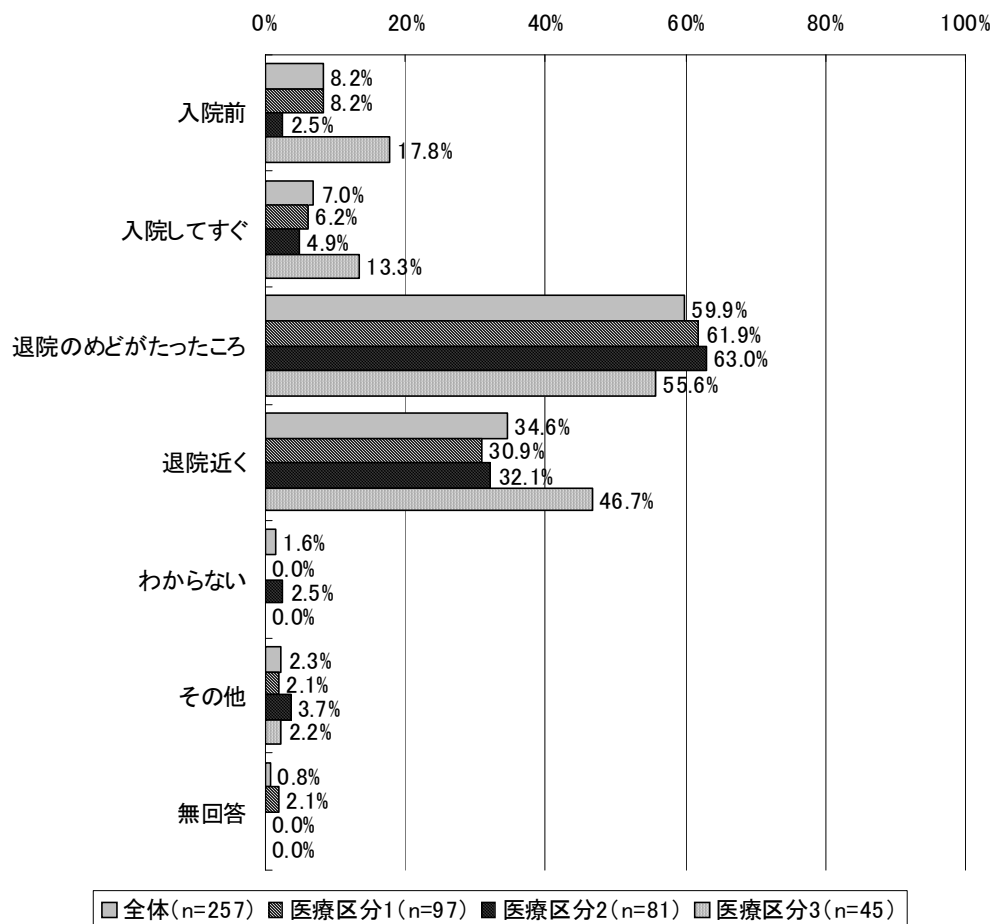
退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「退院のめどがたったころ」と回答した患者の割合が高かった。また、75～79歳では「入院してすぐ」（14.7%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。

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）



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を医療区分別にみると、全ての医療区分で「退院のめどがたったころ」の割合が最も高かった。また、医療区分3では、「入院前」(17.8%)、「入院してすぐ」(13.3%)、「退院近く」(46.7%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

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。

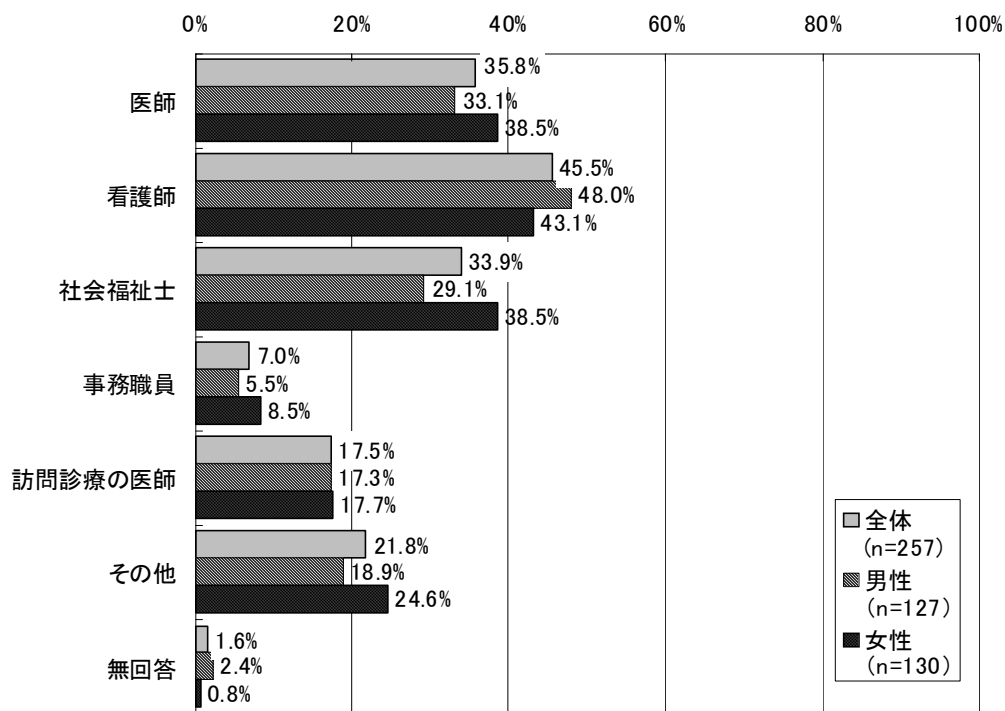


### 3) 退院後の医療や介護サービスについての説明者

退院後の医療や介護サービスなどについての説明者をみると、全体では「看護師」(45.5%)が最も多く、次いで「医師」(35.8%)、「社会福祉士」(33.9%)であった。

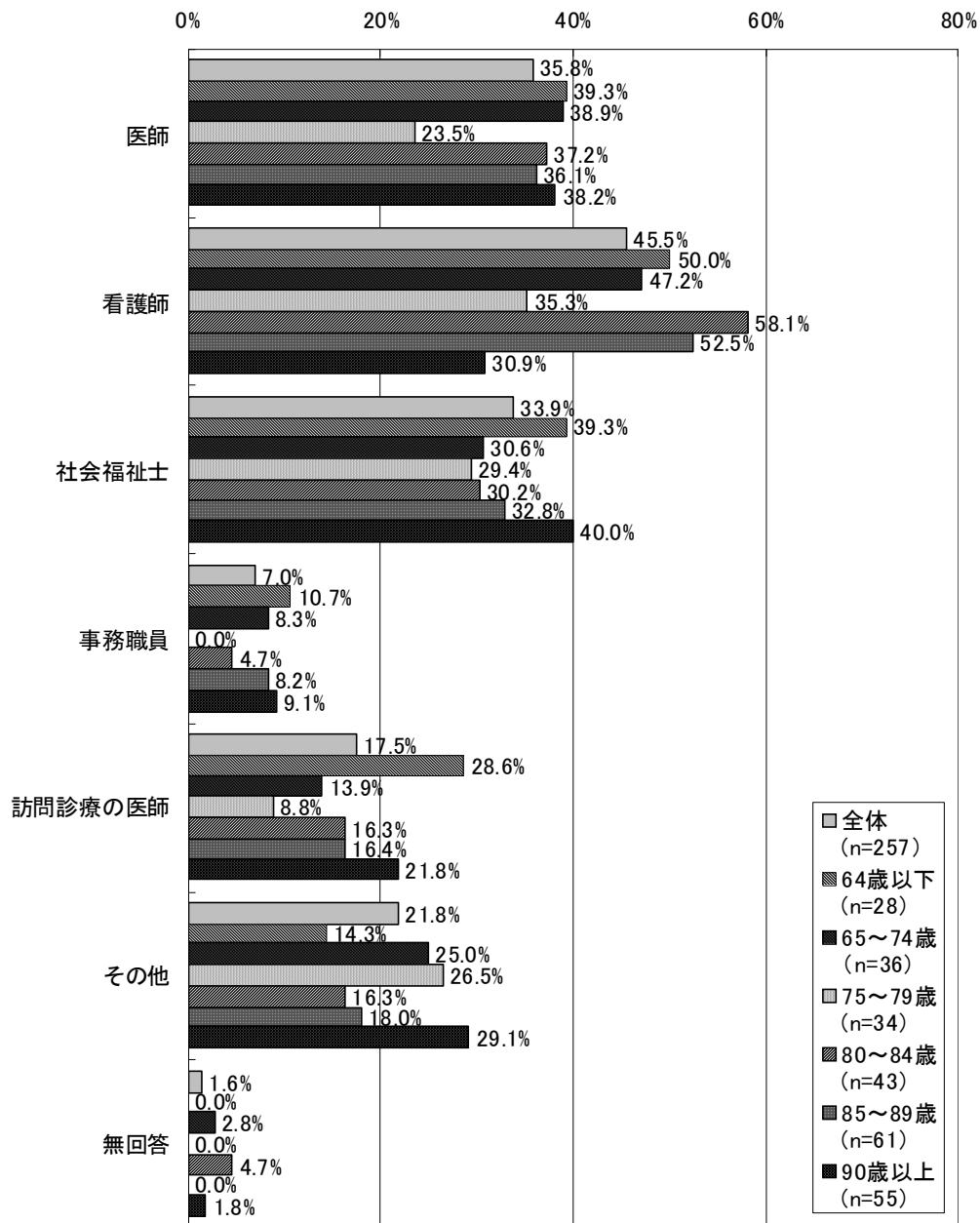
また、退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「社会福祉士」の割合が9.4ポイント低かった。

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)



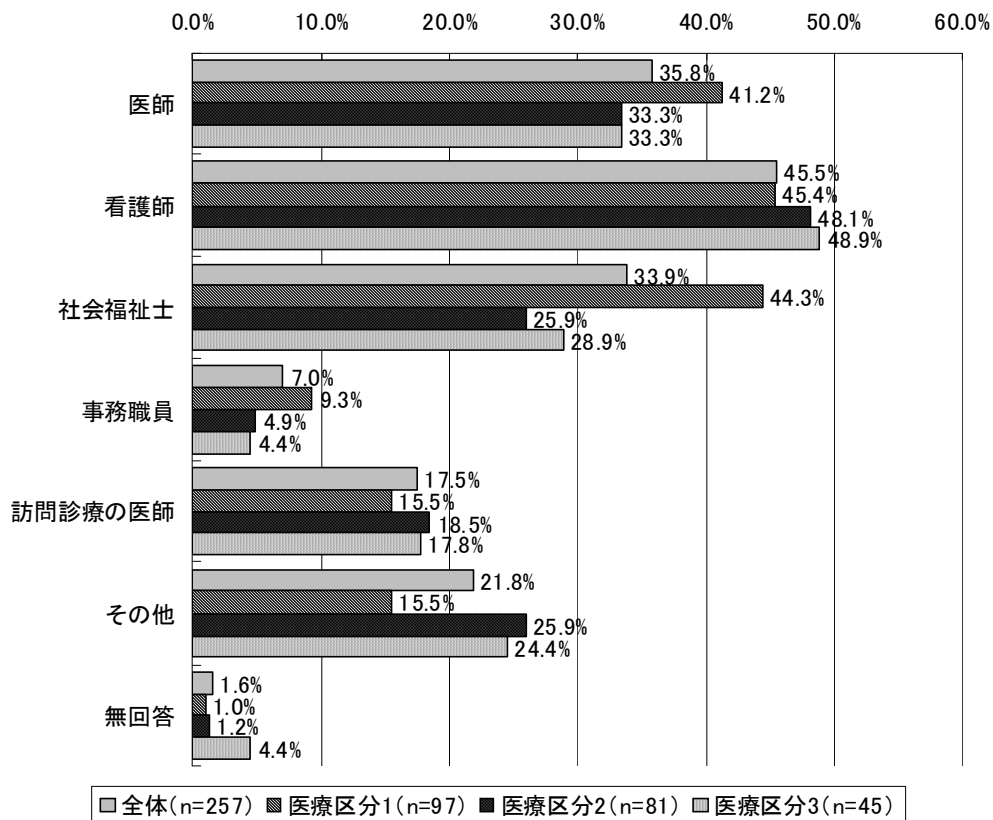
退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「看護師」の割合が最も高かった。

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)



退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を医療区分別にみると、全ての医療区分で「看護師」の割合が最も高かった。また、医療区分1では「社会福祉士」(44.3%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

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)



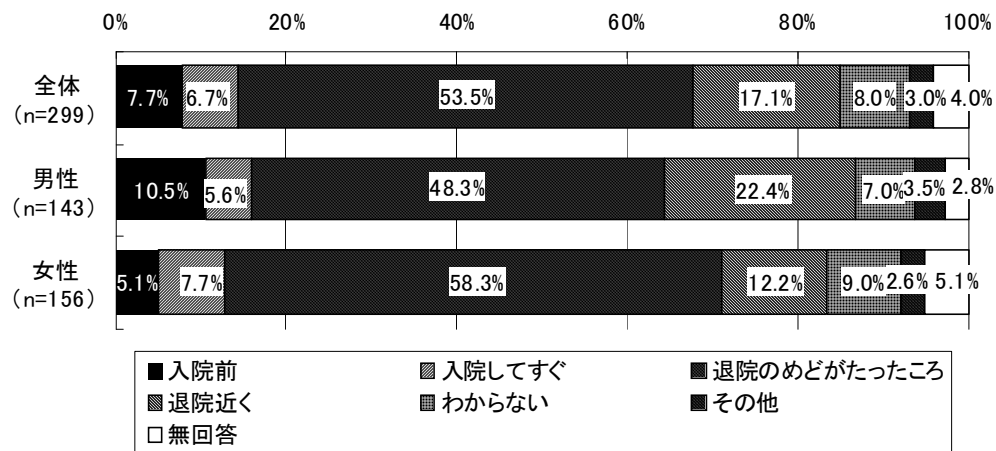
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の34人が含まれる。

#### 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

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をみると、全体では「退院のめどがたったころ」(53.5%)が最も多く、次いで「退院近く」(17.1%)であった。

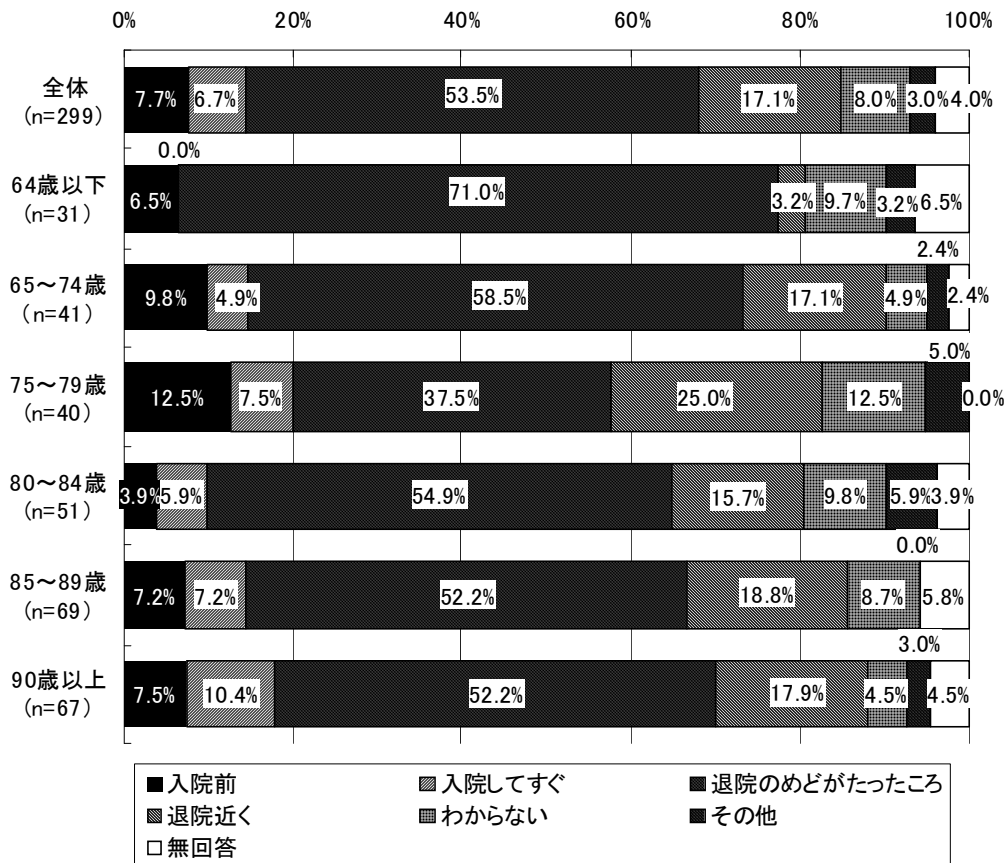
また、退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングを男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「退院近く」の割合が10.2ポイント高かった。一方、女性のほうが男性と比較して「退院のめどがたったころ」が10.0ポイント高かった。

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)



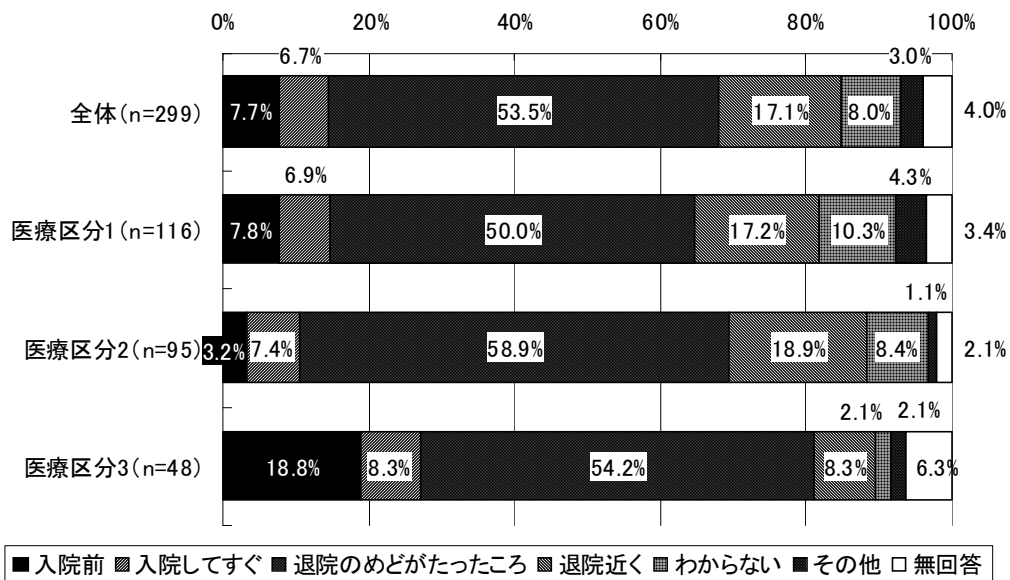
退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングを年齢階級別にみると、全ての年齢階級において「退院のめどがたったころ」が最も多かった。特に64歳以下(71.0%)ではその割合が他の年齢階級と比較して高かった。

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)



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を医療区分別にみると、全ての医療区分において「退院のめどがたったころ」が最も多かった。また、医療区分3では、「入院前」(18.8%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

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)



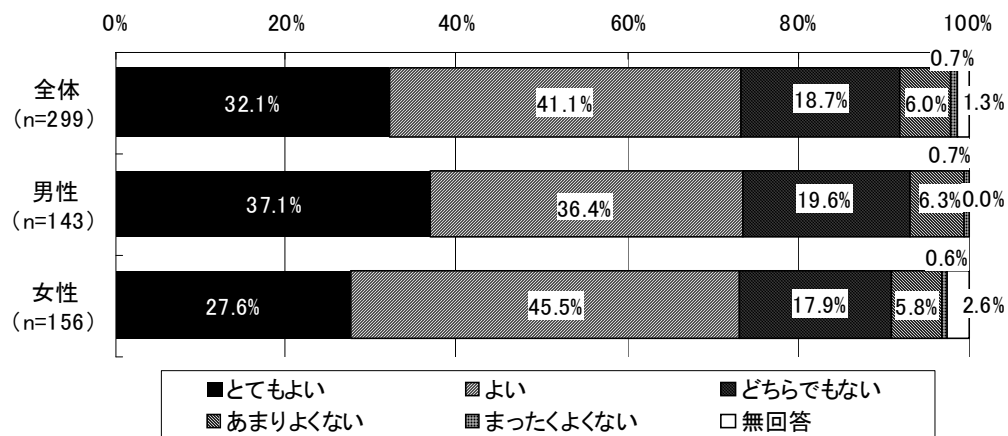
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

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

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をみると、全体では「とてもよい」が 32.1%、「よい」が 41.1%、「どちらでもない」が 18.7%、「あまりよくない」が 6.0%、「まったくよくない」が 0.7%であった。また、「とてもよい」と「よい」を合わせた割合は7割を超えた。

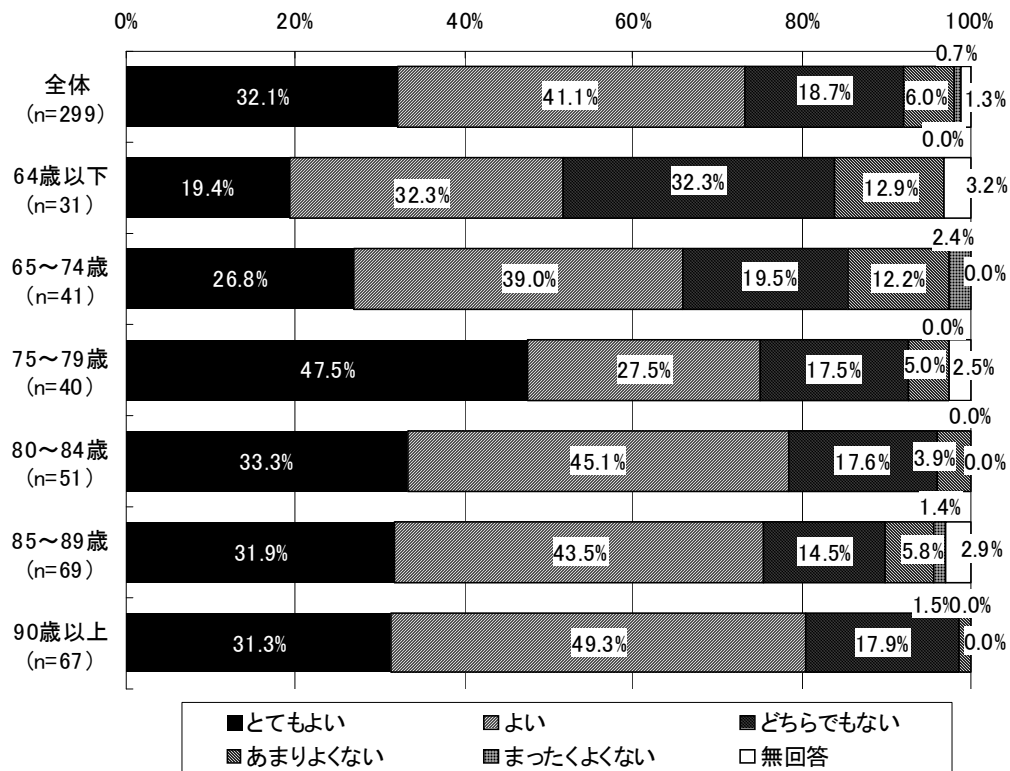
入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「とてもよい」の割合が9.5ポイント高かった。

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）



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を年齢階級別にみると、75～79歳では「とてもよい」（47.5%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

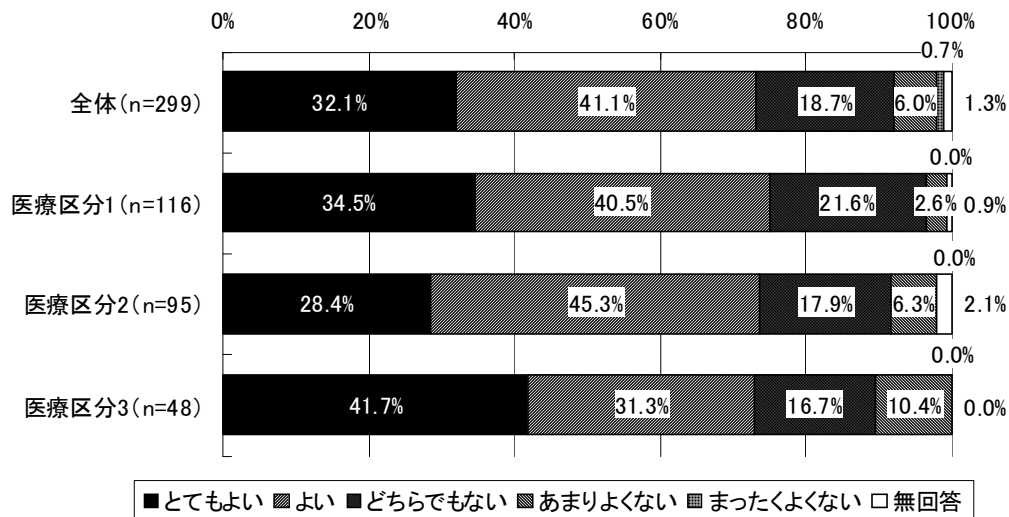
図表 313 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、年齢階級別）





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を医療区分別にみると、医療区分3では「とてもよい」(41.7%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

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。

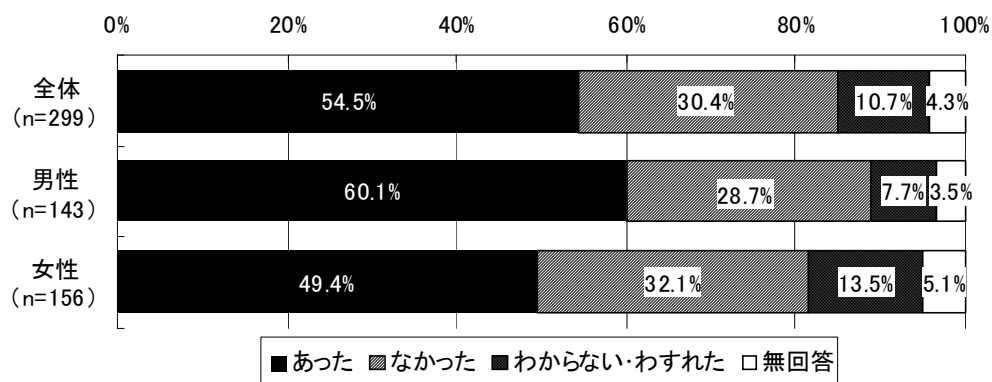
### ③入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無と満足度

#### 1) 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無

入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無をみると、全体では「あった」が54.5%、「なかった」が30.4%、「わからない・わすれた」が10.7%であった。

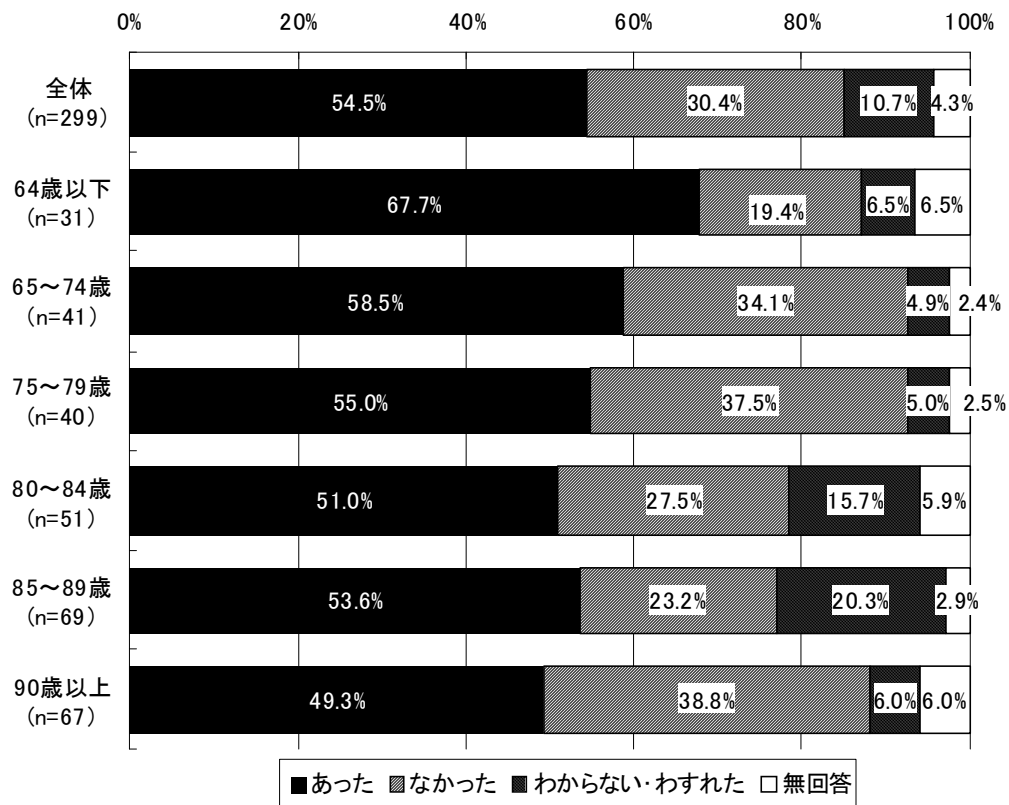
入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が10.7ポイント高かった。

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）



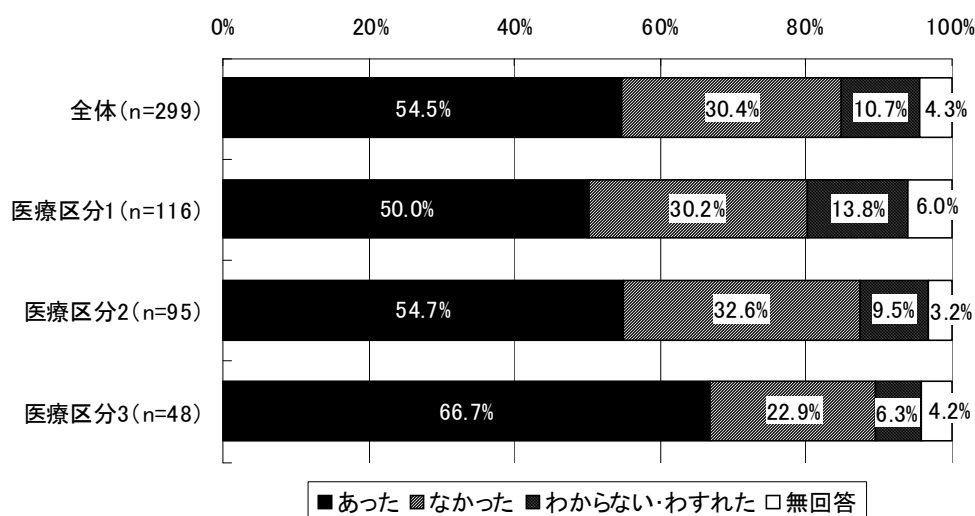
入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を年齢階級別にみると、「あった」の割合は64歳以下（67.7%）で最も高く、他の年齢階級と比較して高かった。

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）



入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を医療区分別にみると、「あった」という割合は、医療区分3では66.7%で他の医療区分と比較して高かった。

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）



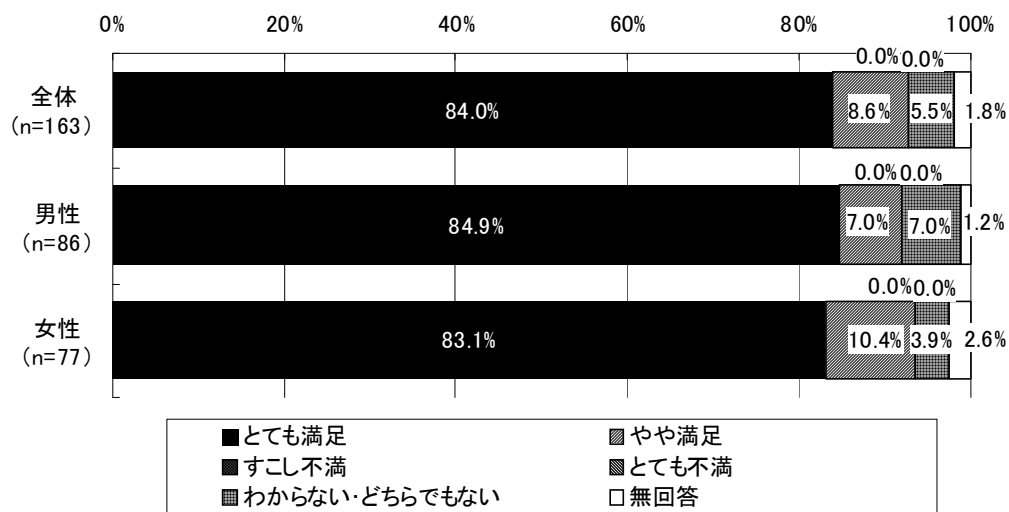
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

## 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

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をみると、全体では「とても満足」(84.0%)が最も多く、これに「やや満足」(8.6%)を合わせると9割を超えた。

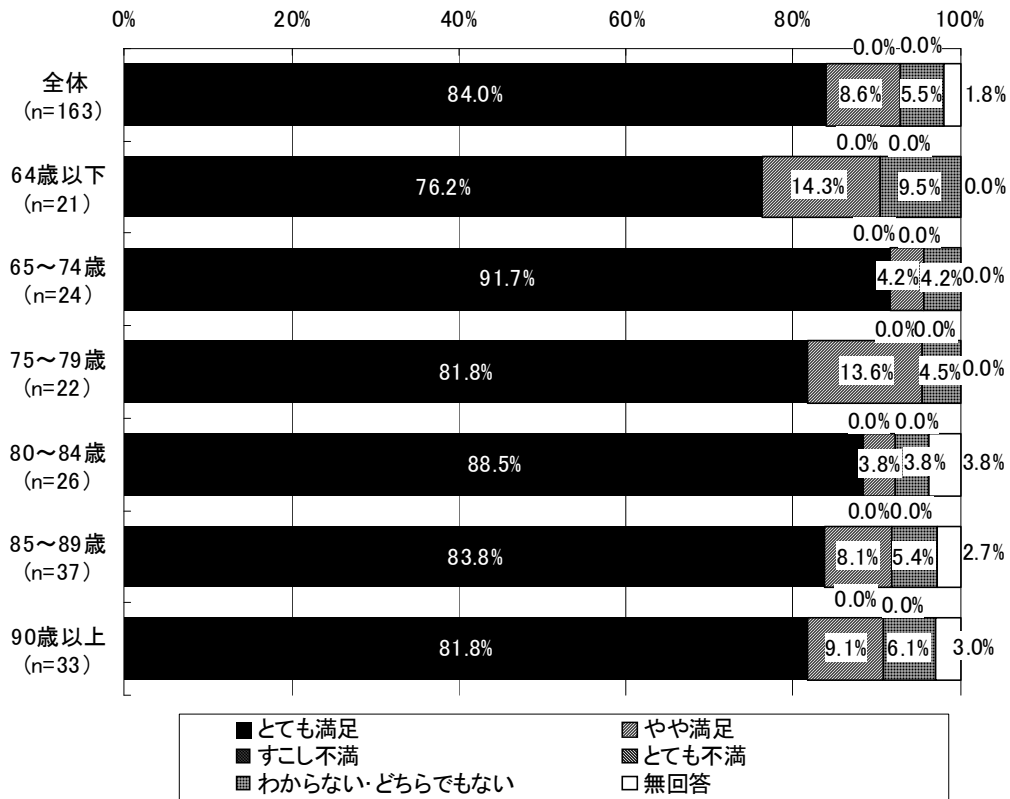
入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

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)



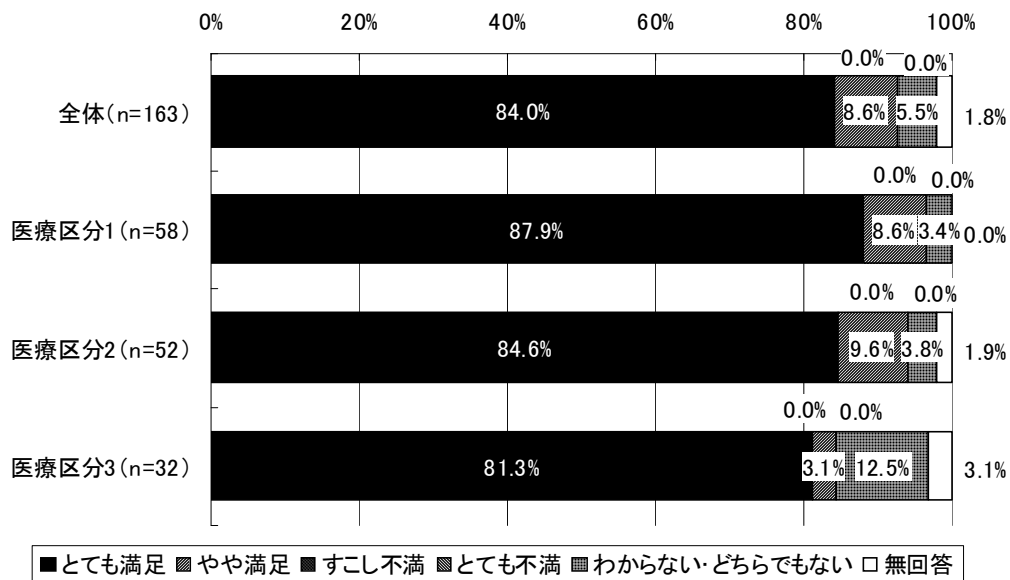
入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度を年齢階級別にみると、65～74歳では「とても満足」が91.7%で他の年齢階級と比較して高かった。

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)



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を医療区分別にみると、「とても満足」の割合は、医療区分1では87.9%、医療区分2では84.6%、医療区分3では81.3%となった。

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。

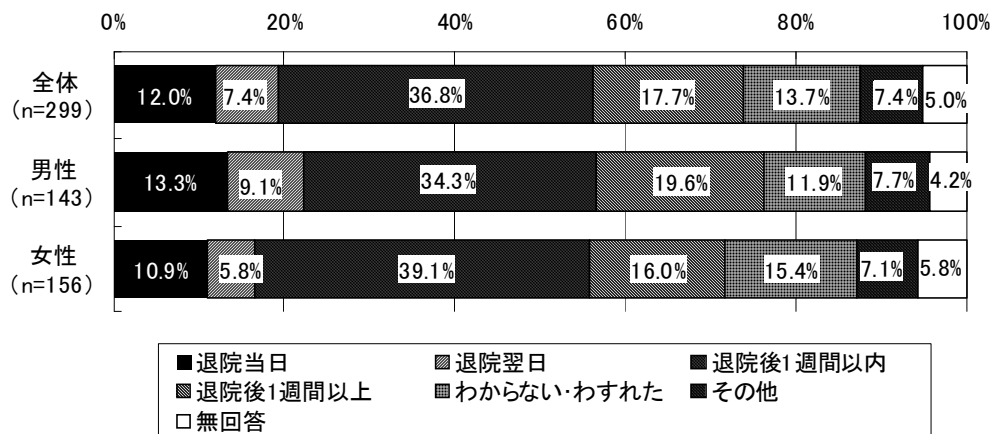
④退院してから医師による初めての訪問診療があった時期と満足度

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

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をみると、「退院後1週間以内」が36.8%で最も多く、次いで「退院後1週間以上」(17.7%)、「退院当日」(12.0%)、「退院翌日」(7.4%)であった。

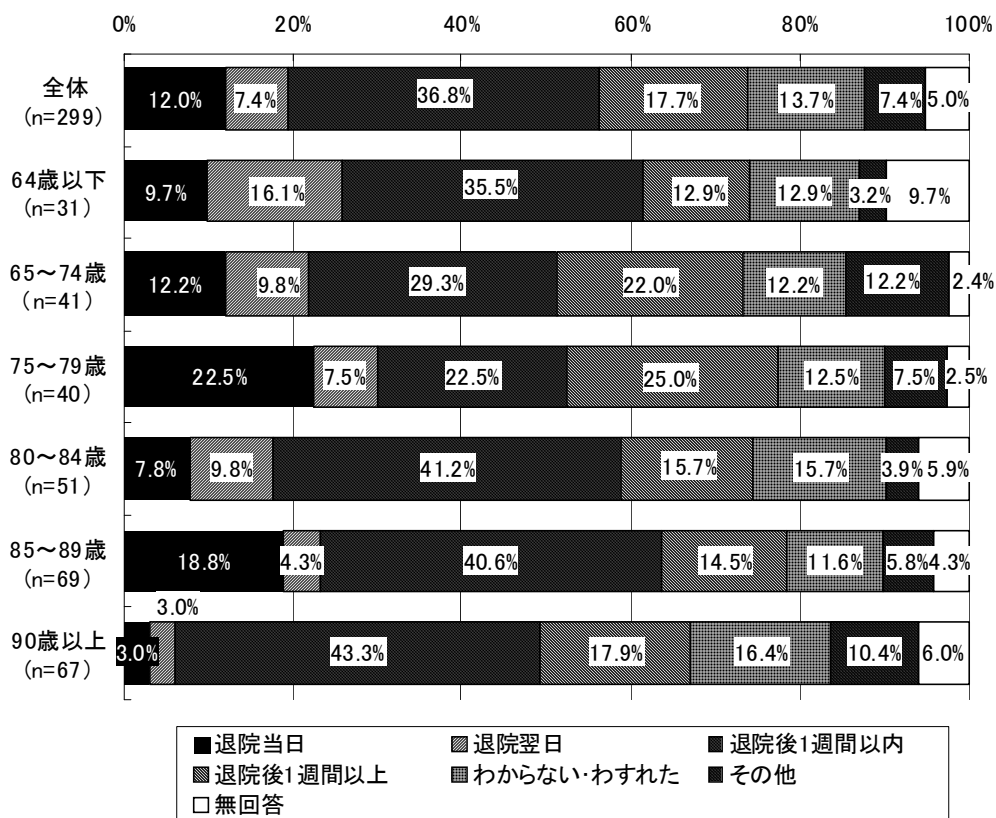
また、退院してから医師による初めての訪問診療があった時期を男女別にみると、「退院後1週間以内」が男性は女性と比較して4.8ポイント低かった。

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)



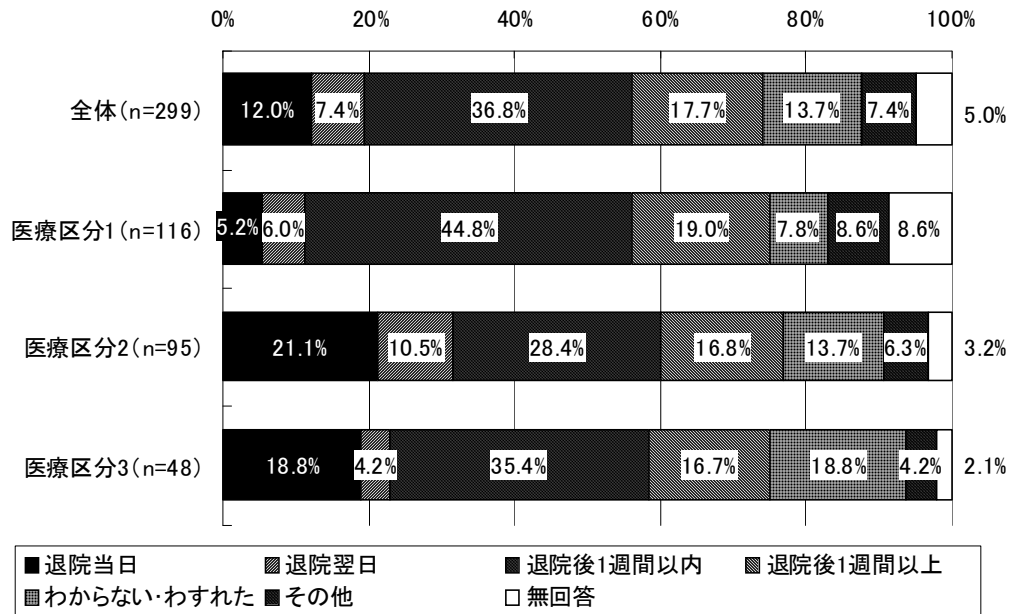
退院してから医師による初めての訪問診療があった時期を年齢階級別にみると、75～79歳では22.5%、85～89歳では18.8%が「退院当日」となっており、他の年齢階級と比較して高かった。

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)



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を医療区分別にみると、医療区分1では「退院後1週間以内」の割合が44.8%で他の医療区分と比較して高かった。一方、医療区分2、医療区分3では「退院当日」が約2割であった。

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。

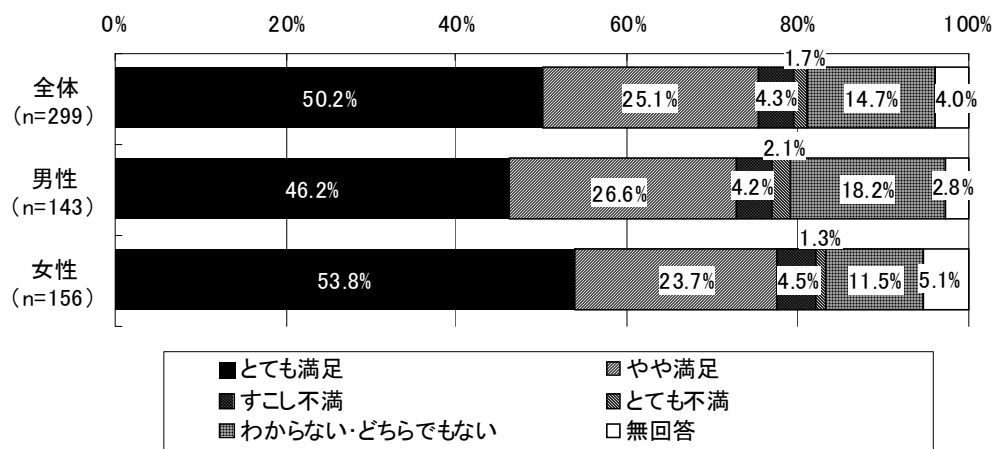


2) 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度

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をみると、「とても満足」が 50.2%、「やや満足」が 25.1%で合わせると 75.3%であった。また、「わからない・どちらでもない」が 14.7%であった。

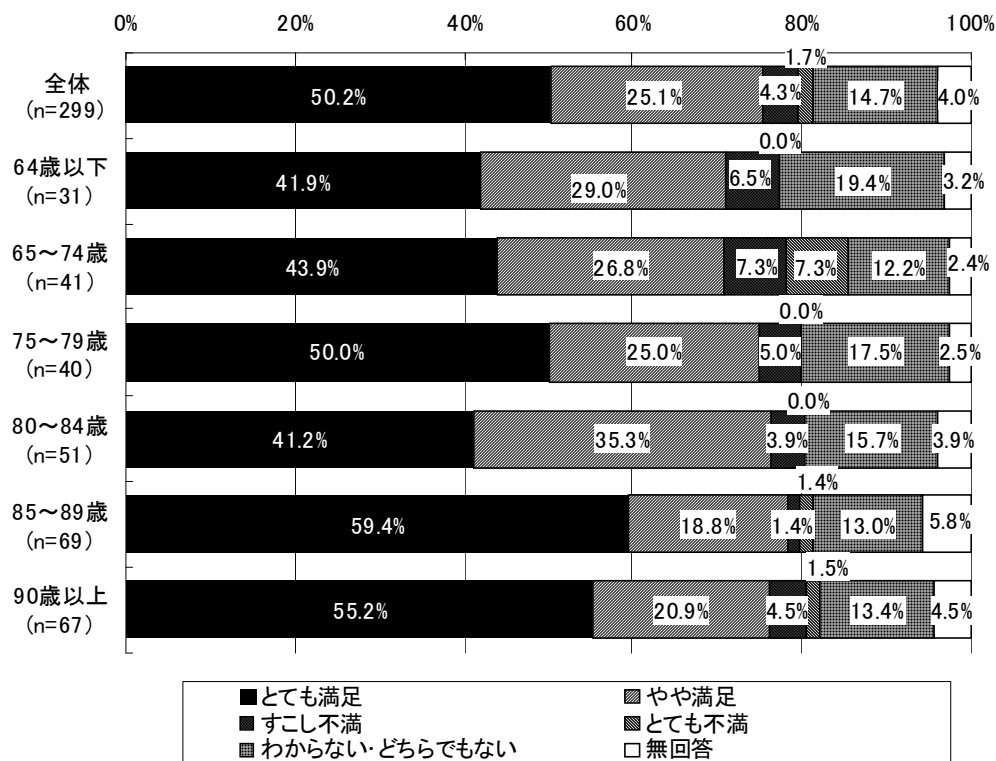
また、退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を男女別にみると、「とても満足」の割合は女性のほうが男性よりも 7.6 ポイント高かった。

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)



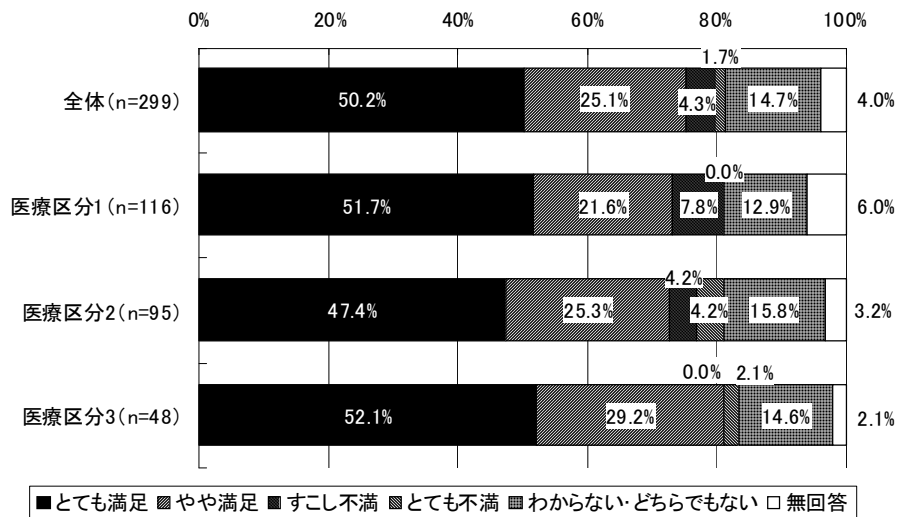
退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を年齢階級別にみると、「とても満足」の割合が85～89歳では59.4%、90歳以上では55.2%と5割を超え、他の年齢階級と比較して高かった。

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)



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を医療区分別にみると、医療区分3では「とても満足」、「やや満足」を合わせた割合は8割を超えた。

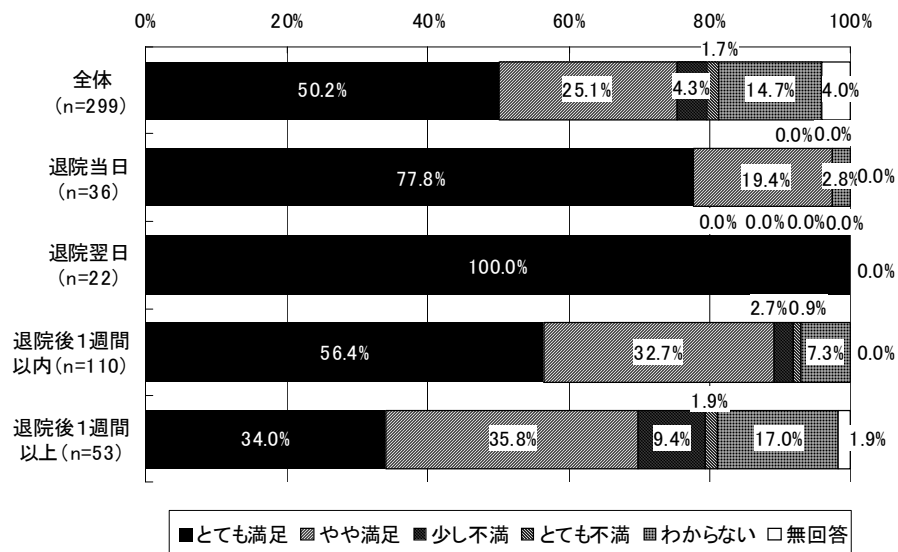
図表 326 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度  
(入院経験のある人、医療区分別)



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

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を医師の初回訪問時期別にみると、「とても満足」の割合は「退院翌日」が100.0%で最も高く、次いで「退院当日」が77.8%であった。

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)



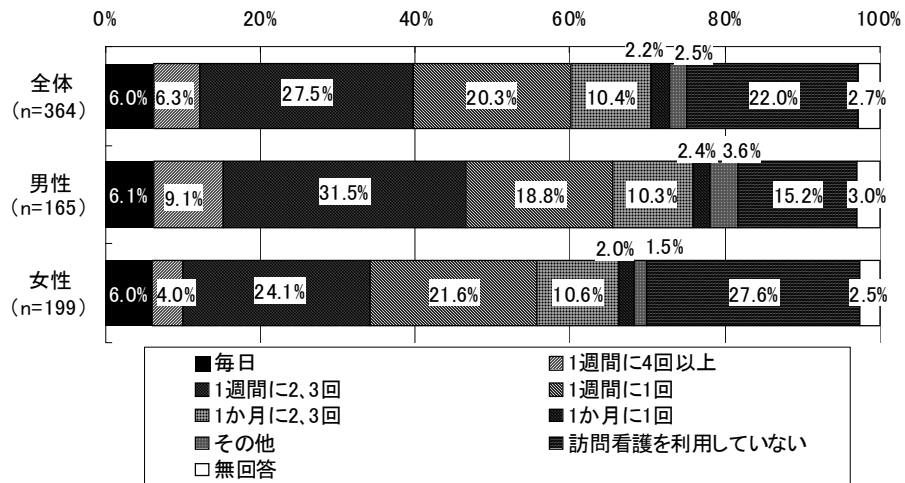
(4) 在宅医療の利用状況等

①訪問看護の利用頻度

訪問看護の利用頻度をみると、全体では「1週間に2、3回」が27.5%で最も多く、次いで、「1週間に1回」が20.3%、「1か月に2、3回」が10.4%であった。「訪問看護を利用していない」という割合は22.0%であった。

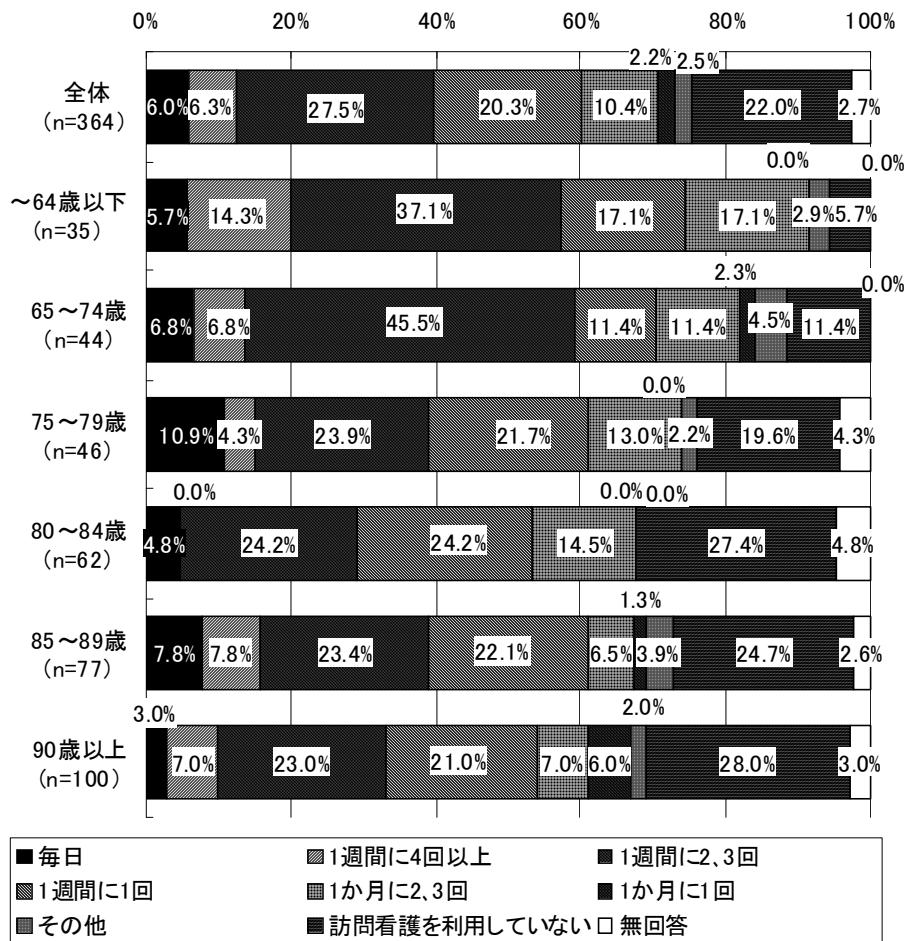
また、訪問看護の利用頻度を男女別にみると、男性では女性と比較して「1週間に4回以上」が5.1ポイント、「1週間に2、3回」が7.4ポイント高かった。一方、女性では男性と比較して「訪問看護を利用していない」が12.4ポイント高かった。

図表 328 訪問看護の利用頻度（男女別）



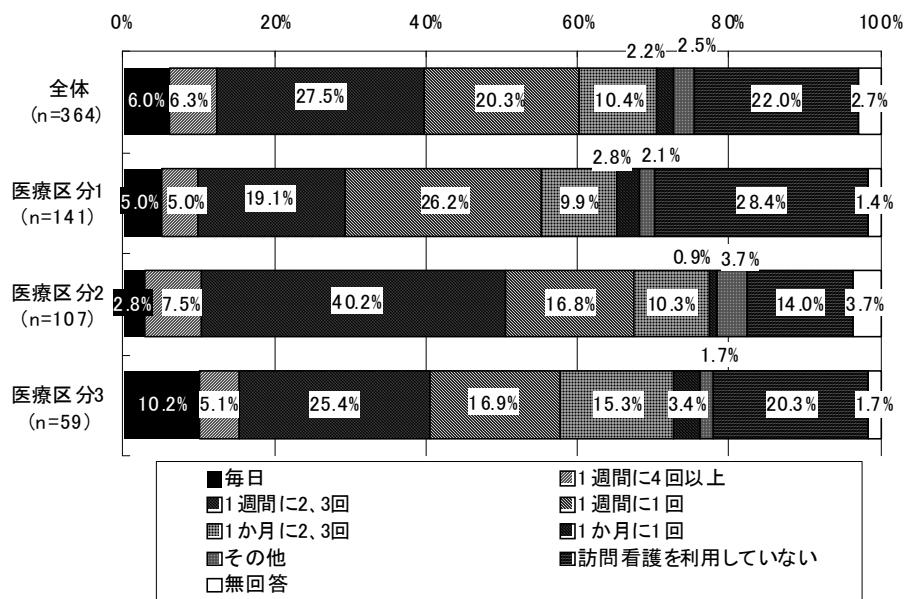
訪問看護の利用頻度を年齢階級別にみると、75～79歳では「毎日」が10.9%で他の年齢階級と比較して高かった。また、「1週間に2、3回」の割合が65～74歳では45.5%、64歳以下では37.1%と他の年齢階級と比較して高かった。79歳以下では年齢階級が低いほど訪問看護を利用している人の割合が高い傾向がみられた。

図表 329 訪問看護の利用頻度（年齢階級別）



訪問看護の利用頻度を医療区分別にみると、医療区分1では、「訪問看護を利用していない」という割合が他の医療区分と比較して高く、訪問看護の利用においても「1週間に1回」の割合が最も高かった。医療区分2では「訪問看護を利用していない」という割合が14.0%で他の医療区分と比較して低く、訪問看護の利用においても「1週間に2、3回」が40.2%と4割を占め、「毎日」、「1週間に4回以上」を合わせると1週間に2、3回以上の利用者が半数近くを占めた。医療区分3では、「毎日」が10.2%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 330 訪問看護の利用頻度（医療区分別）



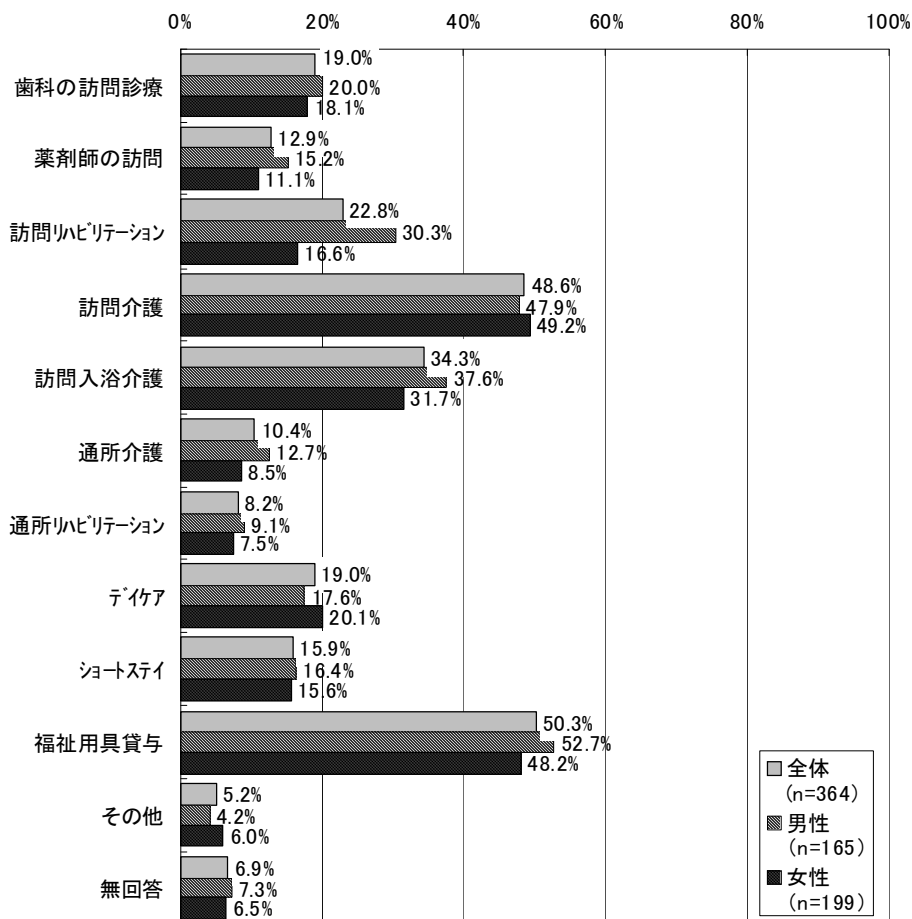
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

## ②利用している医療・介護サービス

利用している医療・介護サービスをみると、全体では「福祉用具貸与」が50.3%で最も多く、次いで「訪問介護」(48.6%)、「訪問入浴介護」(34.3%)、「訪問リハビリテーション」(22.8%)となった。

利用している医療・介護サービスを男女別にみると、男性では「福祉用具貸与」が52.7%で最も多く、次いで「訪問介護」(47.9%)、「訪問入浴介護」(37.6%)であった。女性では「訪問介護」が49.2%で最も多く、次いで「福祉用具貸与」(48.2%)、「訪問入浴介護」(31.7%)であった。「訪問リハビリテーション」については、男性のほうが女性と比較して13.7ポイント高かった。

図表 331 利用している医療・介護サービス（男女別、複数回答）



利用している医療・介護サービスを年齢階級別にみると、最も割合が高かったのは、64歳以下では「福祉用具貸与」(54.3%)、65～74歳では「訪問介護」、「福祉用具貸与」(いずれも56.8%)、75～79歳でも「訪問介護」、「福祉用具貸与」(いずれも56.5%)、80～84歳では「訪問介護」(53.2%)、85～89歳でも「訪問介護」(48.1%)、90歳以上では「福祉用具貸与」(49.0%)であった。また、64歳以下では他の年齢階級と比較して「訪問リハビリテーション」の割合が高かった。65～74歳では他の年齢階級と比較して「歯科の訪問診療」、「薬剤師の訪問」、「訪問介護」、「デイケア」、「福祉用具貸与」の割合が高かった。75～79歳では他の年齢階級と比較して「通所介護」、「通所リハビリテーション」、「ショートステイ」の割合が高かった。一方、90歳以上では、概して、他の年齢階級と比較して割合の低い項目が多かった。

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）

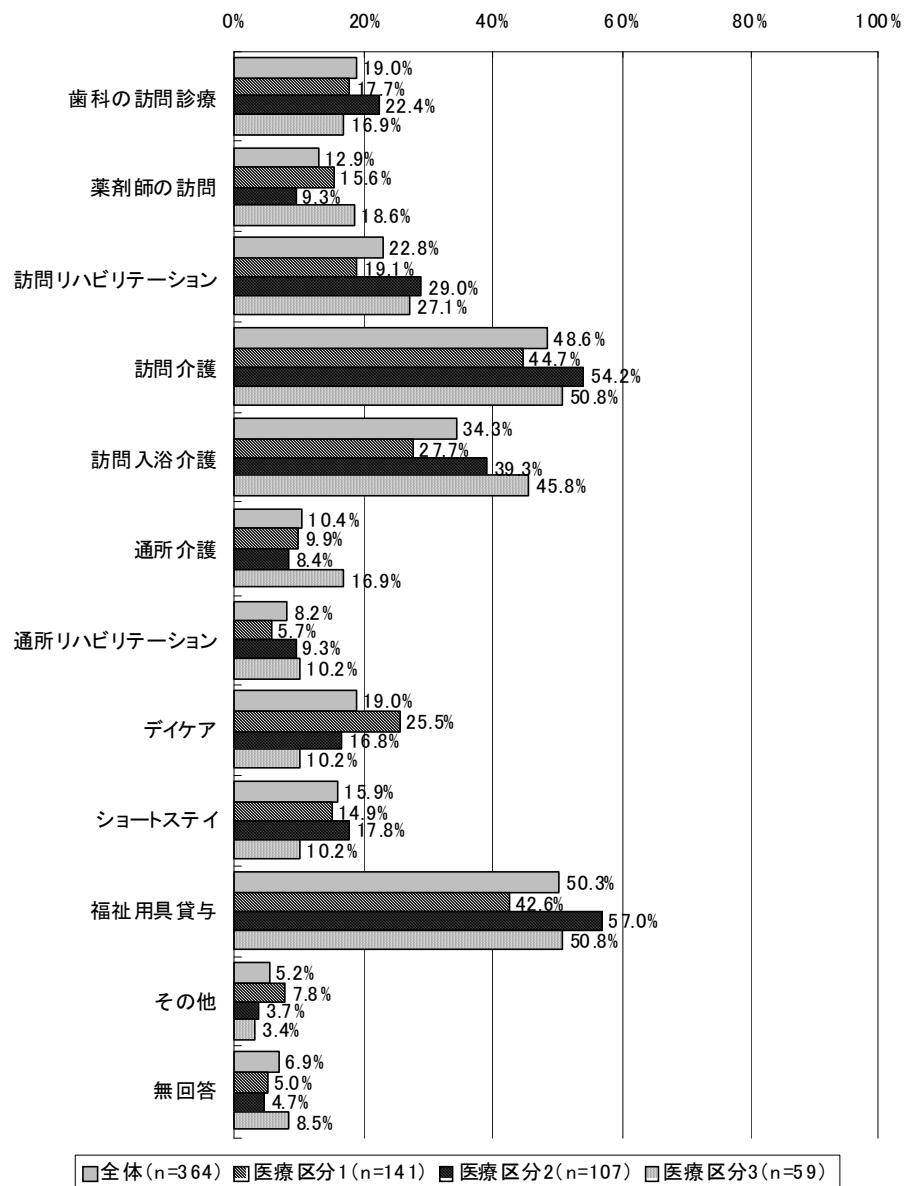
(単位：上段「人」、下段「%」)

	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



利用している医療・介護サービスを医療区分別にみると、医療区分 1 では「訪問介護」が 44.7%で最も高く、次いで「福祉用具貸与」(42.6%)であった。医療区分 2 では「福祉用具貸与」が 57.0%で最も高く、次いで「訪問介護」(54.2%)であった。医療区分 3 では「訪問介護」、「福祉用具貸与」が 50.8%で最も高かった。「訪問入浴介護」については、医療区分 3 のほうが医療区分 1 と比較して 18.1 ポイント高かった。

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）



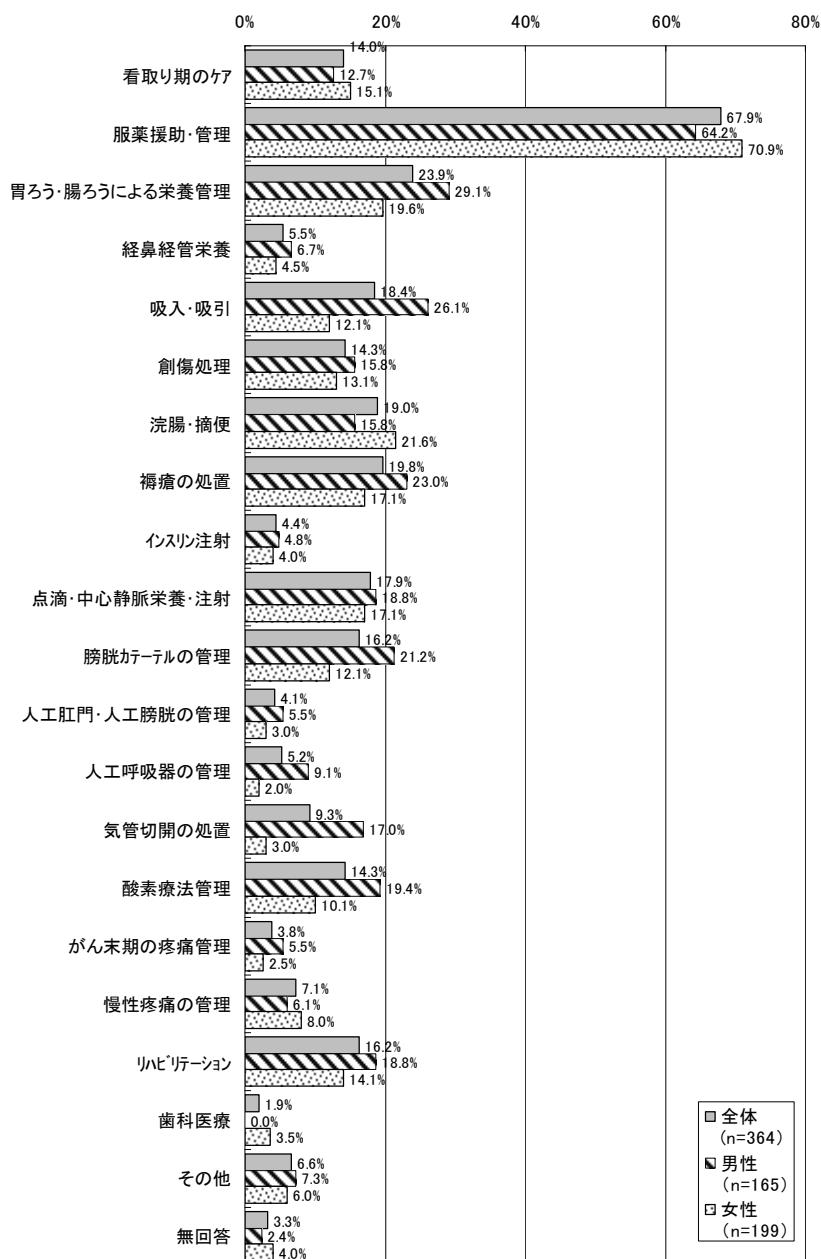
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

### ③受けている医療

受けている医療をみると、全体では「服薬援助・管理」が67.9%で最も高く、次いで「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」(23.9%)、「褥瘡の処置」(19.8%)、「浣腸・摘便」(19.0%)、「吸入・吸引」(18.4%)であった。

また、受けている医療を男女別にみると、男性では女性と比較して「吸入・吸引」、「気管切開の処置」が各14.0ポイント、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」が9.5ポイント、「酸素療法管理」が9.3ポイント、「膀胱カテーテルの管理」が9.1ポイント高かった。一方、女性の割合が男性よりも高かったのは「服薬援助・管理」(6.7ポイント)、「浣腸・摘便」(5.8ポイント)、「看取り期のケア」(2.4ポイント)、「慢性疼痛の管理」(1.9ポイント)のみであった。

図表 334 受けている医療（男女別、複数回答）



受けている医療を年齢階級別にみると、最も割合が高いのは、いずれの年齢階級でも「服薬援助・管理」であった。また、他の年齢階級と比較して、64歳以下では「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」、「創傷処理」、「膀胱カテーテルの管理」、「人工呼吸器の管理」、「気管切開の処置」、「酸素療法管理」が、75～79歳では「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」が、85～89歳では「看取り期のケア」、「服薬援助・管理」、「点滴・中心静脈栄養・注射」の割合がそれぞれ高かった。

図表 335 受けている医療（年齢階級別、複数回答）

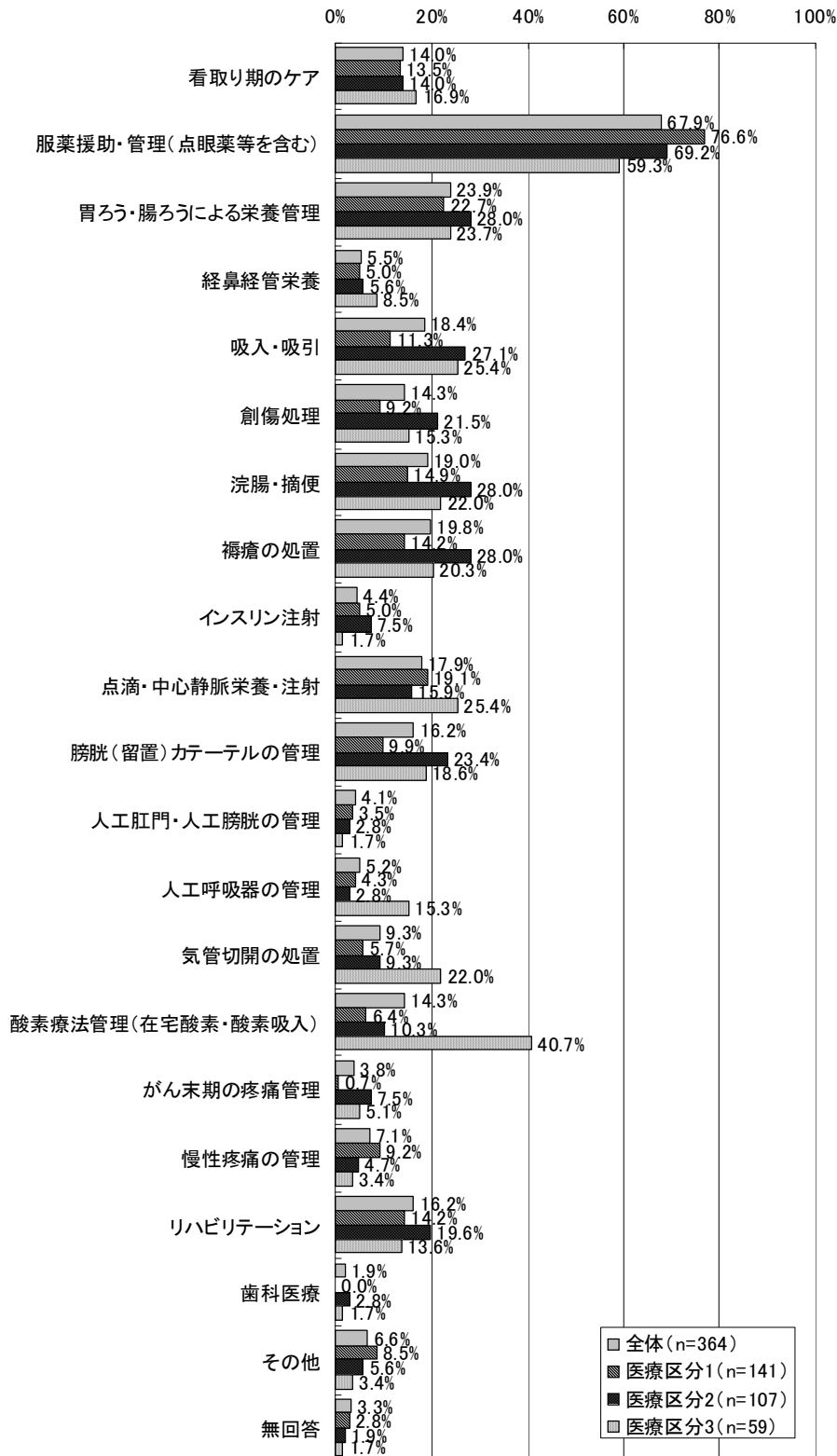
（単位：上段「人」、下段「%」）

	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

受けている医療を医療区分別にみると、最も割合が高いのは、いずれの医療区分でも「服薬援助・管理」であった。また、医療区分 1 が他の医療区分と比較して高かったのは「服薬援助・管理」であった。医療区分 2 が他の医療区分と比較して高かったのは、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」、「吸入・吸引」、「創傷処理」、「浣腸・排便」、「褥瘡の処置」、「インスリン注射」、「膀胱カテーテルの管理」、「がん末期の疼痛管理」、「リハビリテーション」、「歯科医療」であった。医療区分 3 が他の医療区分と比較して高かったのは、「看取り期のケア」、「経鼻経管栄養」、「点滴・中心静脈栄養・注射」、「人工呼吸器の管理」、「気管切開の処置」、「酸素療法管理」であった。医療区分 3 の「酸素療法管理」の割合は他の医療区分と比較して特に高かった。

図表 336 受けている医療（医療区分別、複数回答）



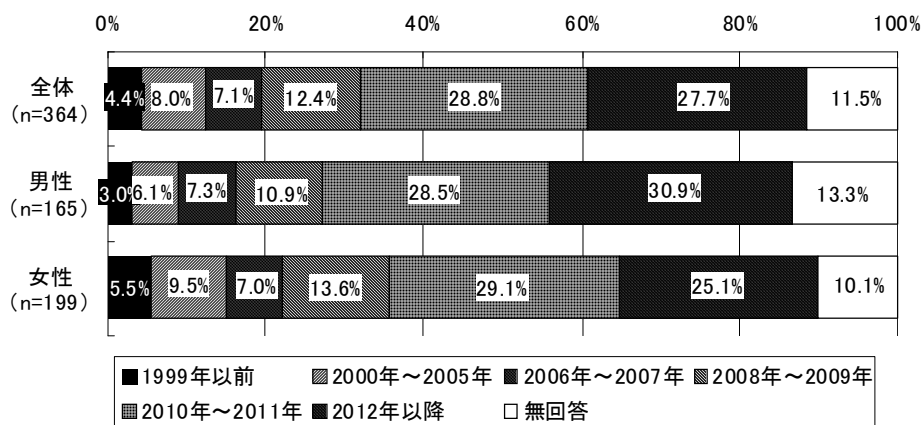
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

#### ④訪問診療（往診）の利用開始時期

訪問診療（往診）の利用開始時期をみると、全体では「2010年～2011年」が28.8%で最も多く、次いで「2012年以降」が27.7%、「2008年～2009年」が12.4%となった。2007年以前が約2割となった。

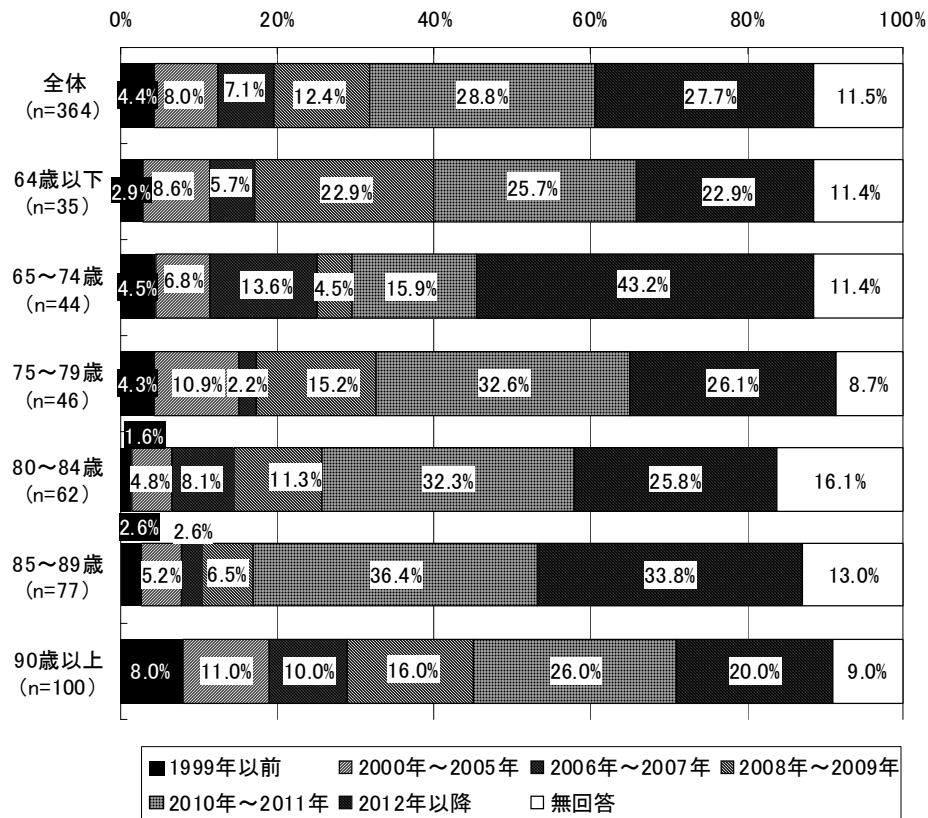
また、訪問診療（往診）の利用開始時期を男女別にみると、男性では女性と比較して「2012年以降」が5.8ポイント高かった。一方、女性では男性と比較して2009年以前の割合が8.3ポイント高かった。

図表 337 訪問診療（往診）の利用開始時期（男女別）



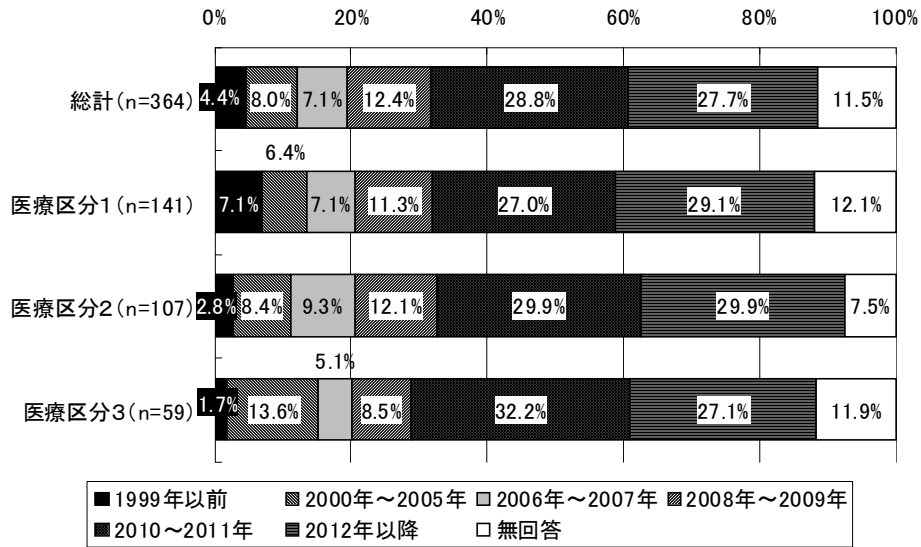
訪問診療（往診）の利用開始時期を年齢階級別にみると、64歳以下と90歳以上では「2012年以降」の割合が他の年齢階級と比較して低く、2009年以前が4割を占め、他の年齢階級と比較して以前からの利用者の割合が高かった。

図表 338 訪問診療（往診）の利用開始時期（年齢階級別）



訪問診療（往診）の利用開始時期を医療区分別にみると、医療区分1では「1999年以前」の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 339 訪問診療（往診）の利用開始時期（医療区分別）



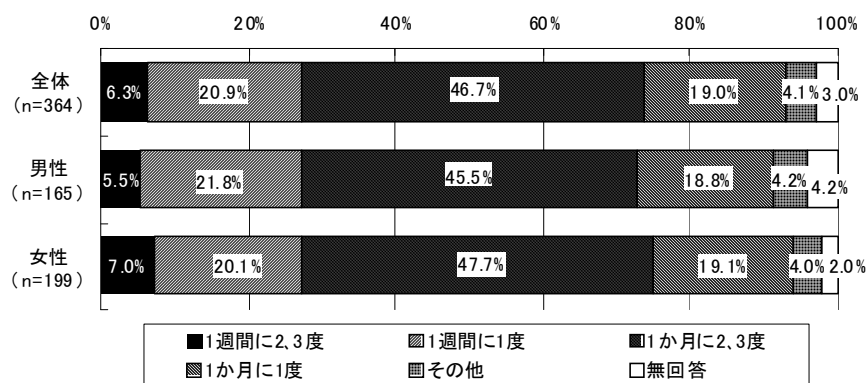
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。



### ⑤医師の訪問頻度

医師の訪問頻度をみると、全体では「1か月に2、3度」が46.7%で最も多く、次いで「1週間に1度」が20.9%、「1か月に1度」が19.0%、「1週間に2、3度」が6.3%となった。また、医師の訪問頻度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

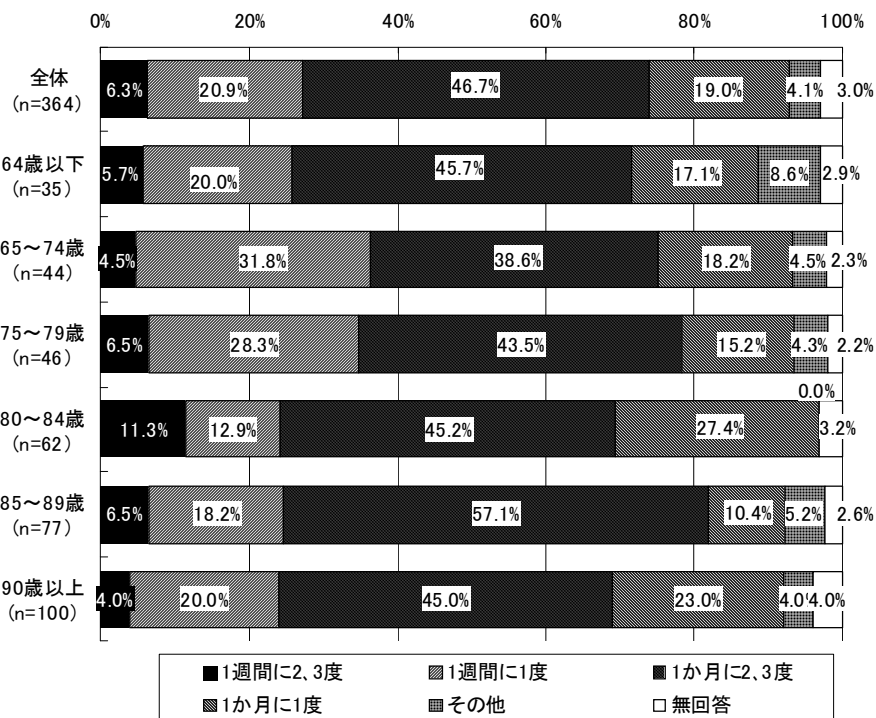
図表 340 医師の訪問頻度（男女別）



(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。

医師の訪問頻度を年齢階級別にみると、80～84歳では「1週間に2、3度」の割合が他の年齢階級と比較して高かったが、一方で「1か月に1度」の割合も他の年齢階級と比較して高かった。65～74歳、75～79歳では他の年齢階級と比較して「1週間に1度」の割合が高かった。

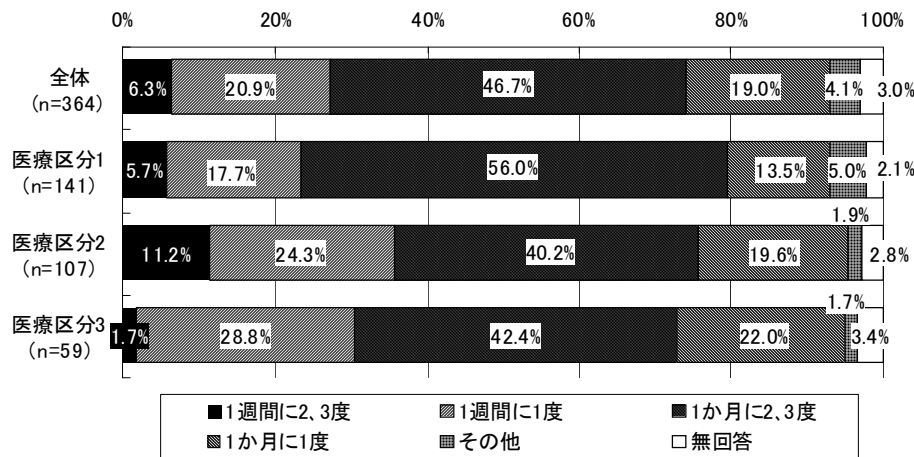
図表 341 医師の訪問頻度（年齢階級別）



(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。

医師の訪問頻度を医療区分別にみると、医療区分1では「1か月に2、3度」が56.0%となり、他の医療区分と比較しても割合が高かった。医療区分2では「1週間に2、3度」が11.2%で他の医療区分と比較して高かった。

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。

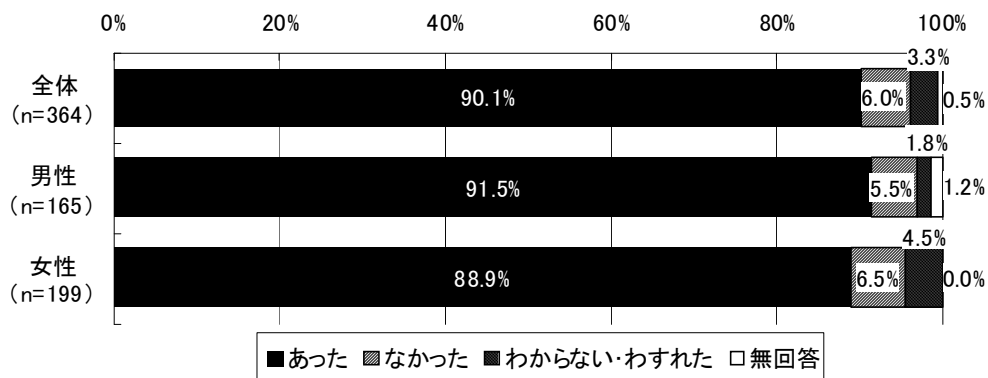
## ⑥夜間や緊急時の連絡等

### 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

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をみると、全体では「あった」が90.1%、「なかった」が6.0%、「わからない・わすれた」が3.3%であった。

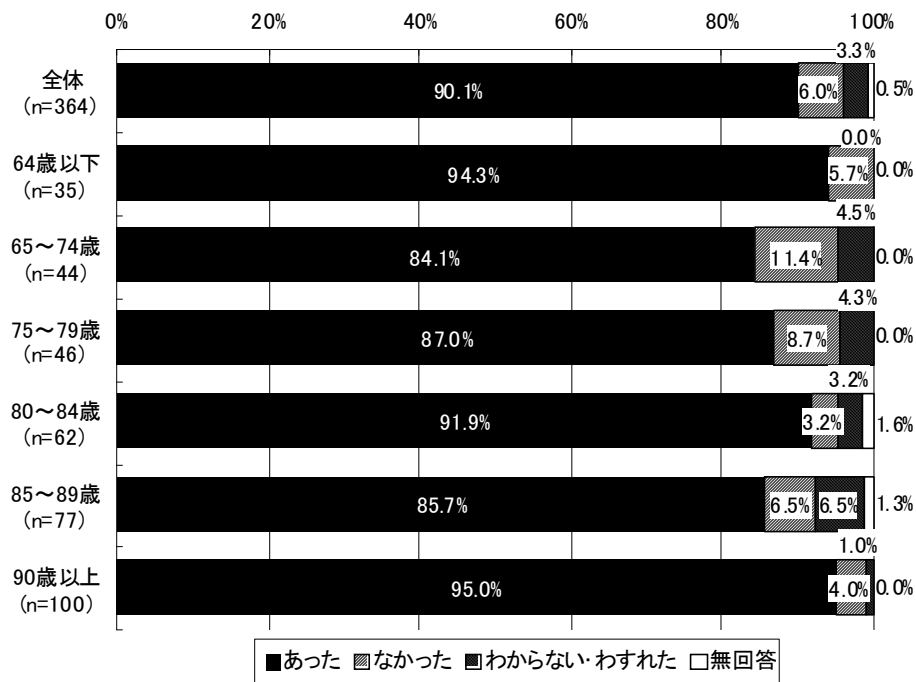
また、夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が2.6ポイント高かった。

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）



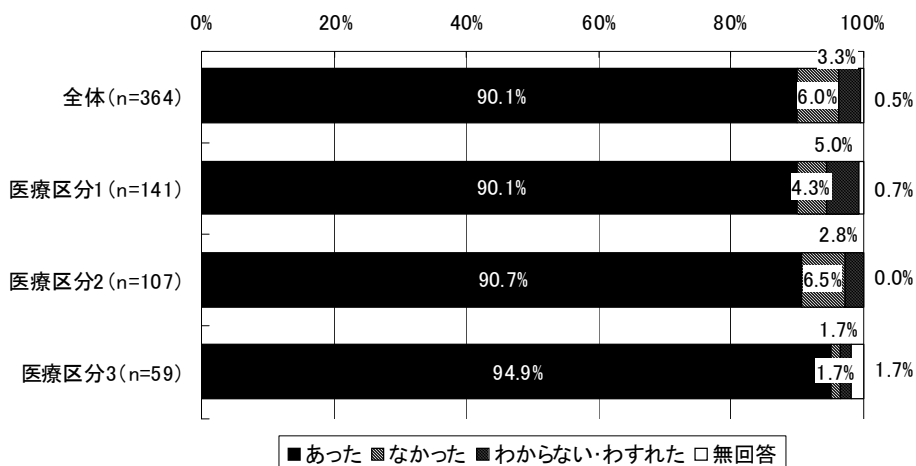
夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無を年齢階級別にみると、「あった」の割合は、90歳以上では95.0%で他の年齢階級と比較して最も高かった。一方、65～74歳では「あった」の割合は84.1%と8割を超えているものの他の年齢階級と比較すると低く、「なかった」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

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）



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を医療区分別にみると、「あった」の割合は、医療区分3で最も高かった。

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。

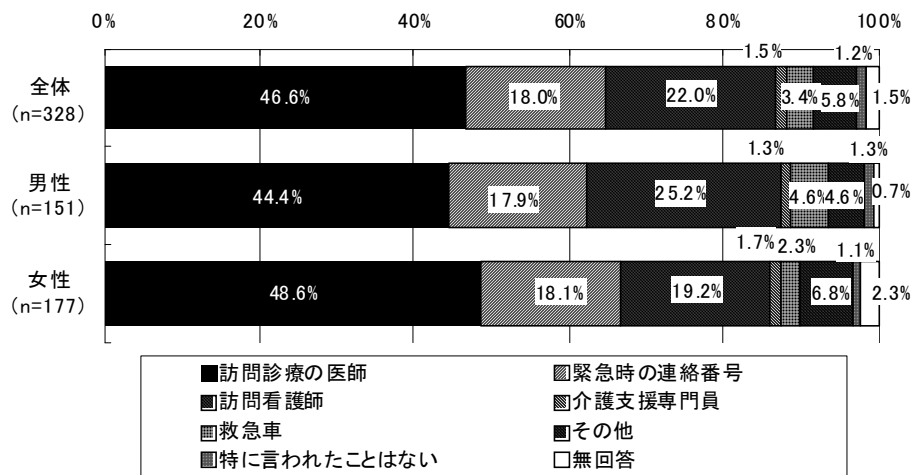
## 2) 夜間や緊急時の連絡先

夜間や緊急時の連絡先をみると、全体では「訪問診療の医師」が 46.6%で最も多く、次いで「訪問看護師」が 22.0%、「緊急時の連絡番号」が 18.0%となった。

また、夜間や緊急時の連絡先を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「訪問診療の医師」の割合が 4.2 ポイント高く、「訪問看護師」の割合が 6.1 ポイント低かった。

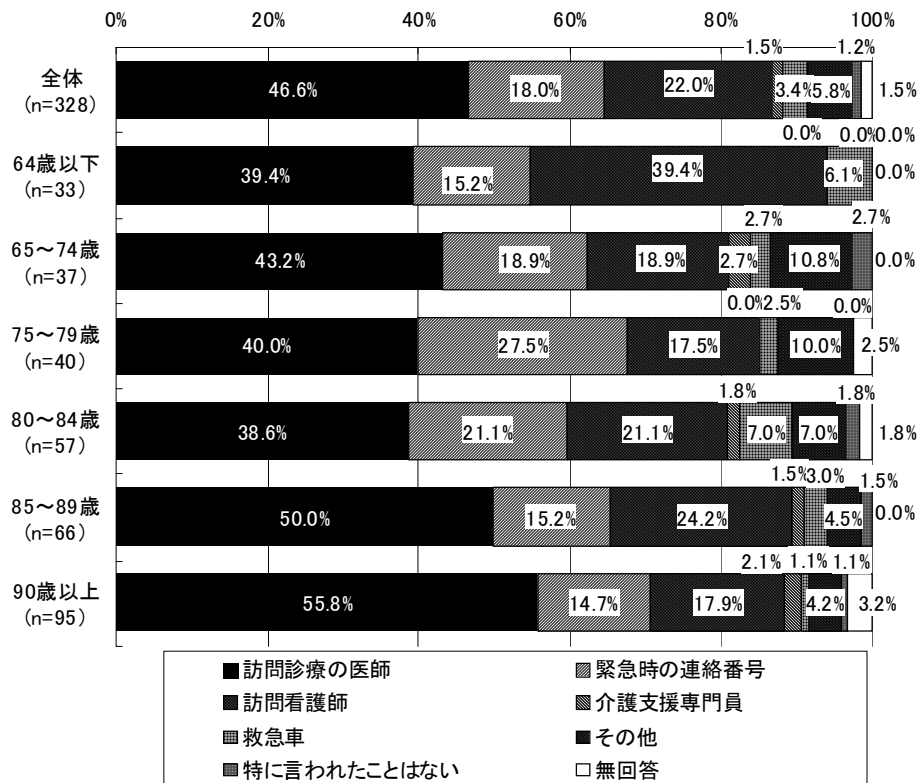
図表 346 夜間や緊急時の連絡先

(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)



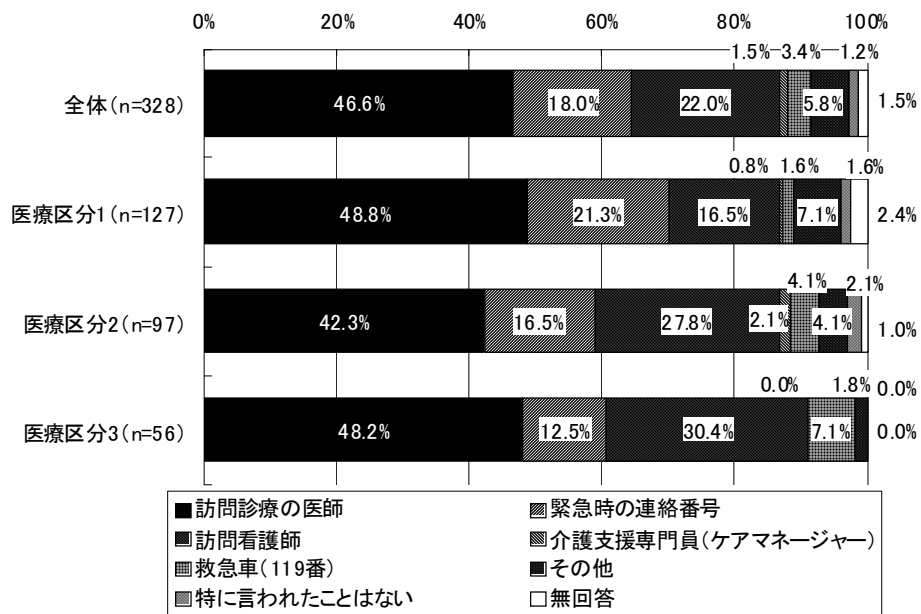
夜間や緊急時の連絡先を年齢階級別にみると、90歳以上では「訪問診療の医師」の割合が55.8%で他の年齢階級と比較しても高かった。一方、64歳以下では「訪問診療の医師」と「訪問看護師」の割合がいずれも39.4%で最も多く、「訪問看護師」の割合は他の年齢階級と比較して高かった。

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)



夜間や緊急時の連絡先を医療区分別にみると、いずれの医療区分でも「訪問診療の医師」の割合が最も高かった。医療区分1では他の医療区分と比較して「緊急時の連絡番号」の割合が高く「訪問看護師」の割合が低かった。

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)



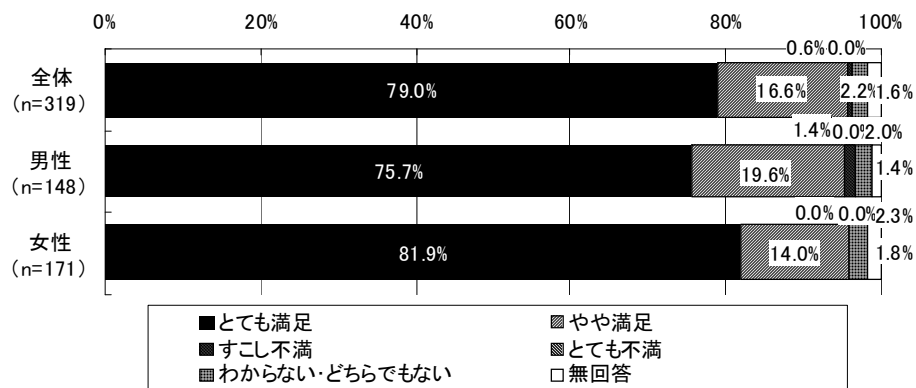
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の48人が含まれる。

### 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

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をみると、全体では「とても満足」が79.0%、「やや満足」が16.6%で合わせると95.6%となった。

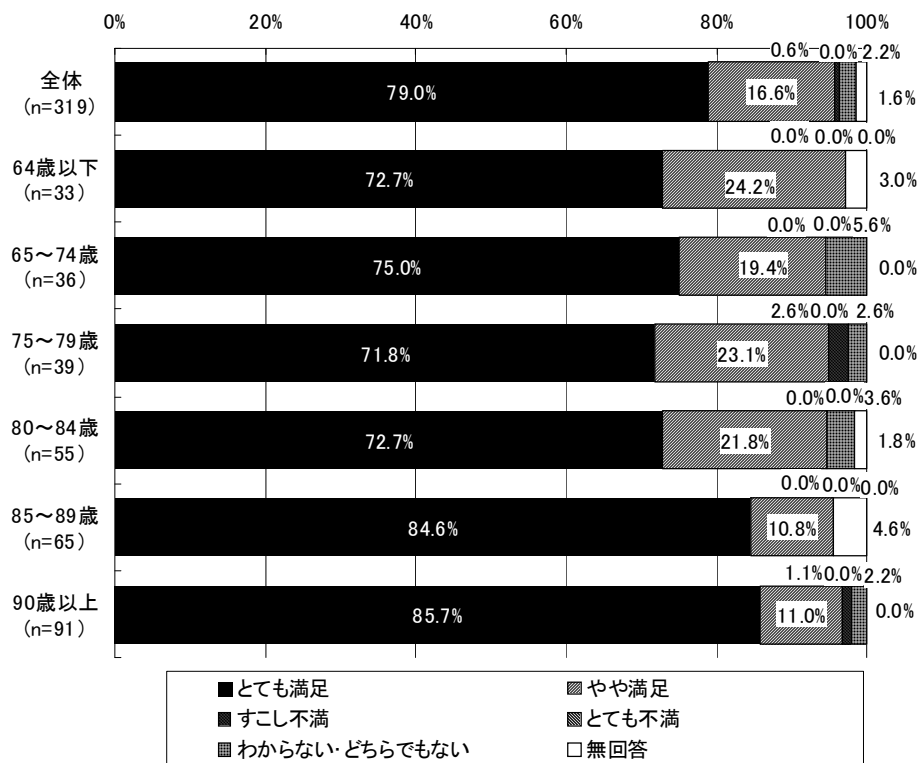
また、夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「とても満足」の割合が6.2ポイント高かった。

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)



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を年齢階級別にみると、85～89歳、90歳以上では「とても満足」の割合が8割を超え、他の年齢階級と比較しても高かった。

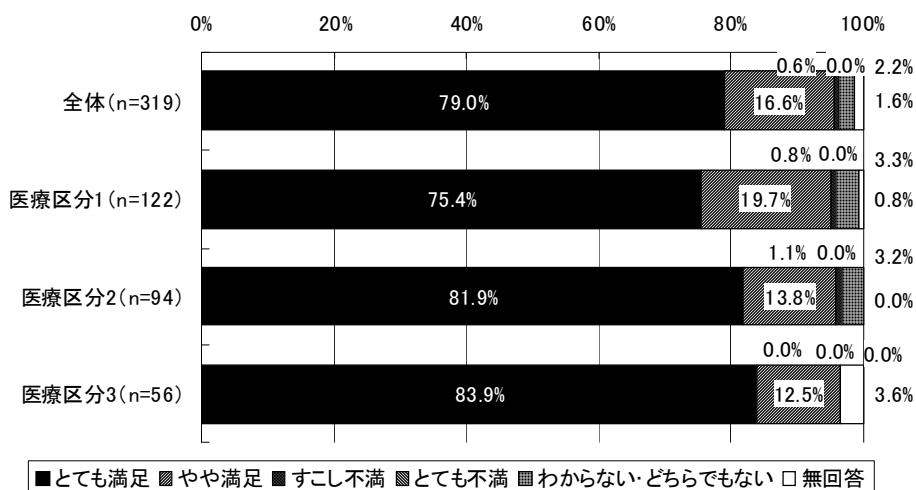
図表 350 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度  
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、年齢階級別)





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を医療区分別にみると、医療区分3では「とても満足」の割合が8割を超え、医療区分1と比較すると8.5ポイント、医療区分2と比較すると2.0ポイント高かった。

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)



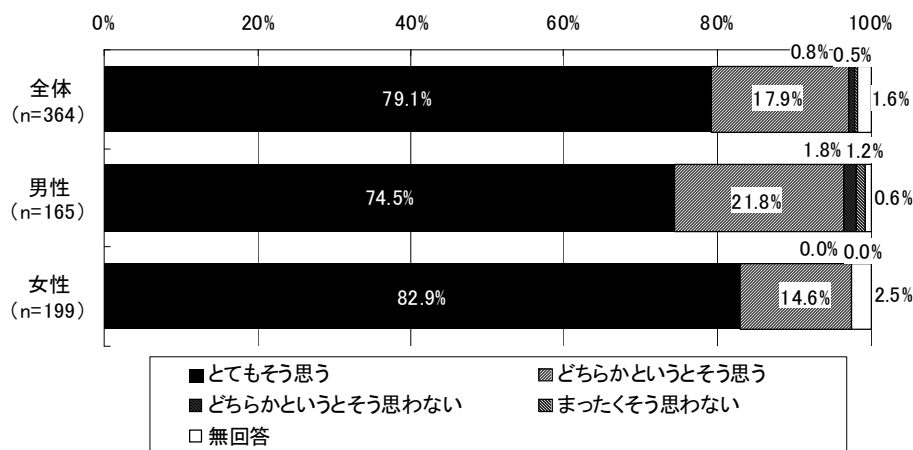
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の47人が含まれる。

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

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を尋ねたところ、全体では「とてもそう思う」が79.1%、「どちらかというと思う」が17.9%で、両者を合わせた割合は97.0%となった。

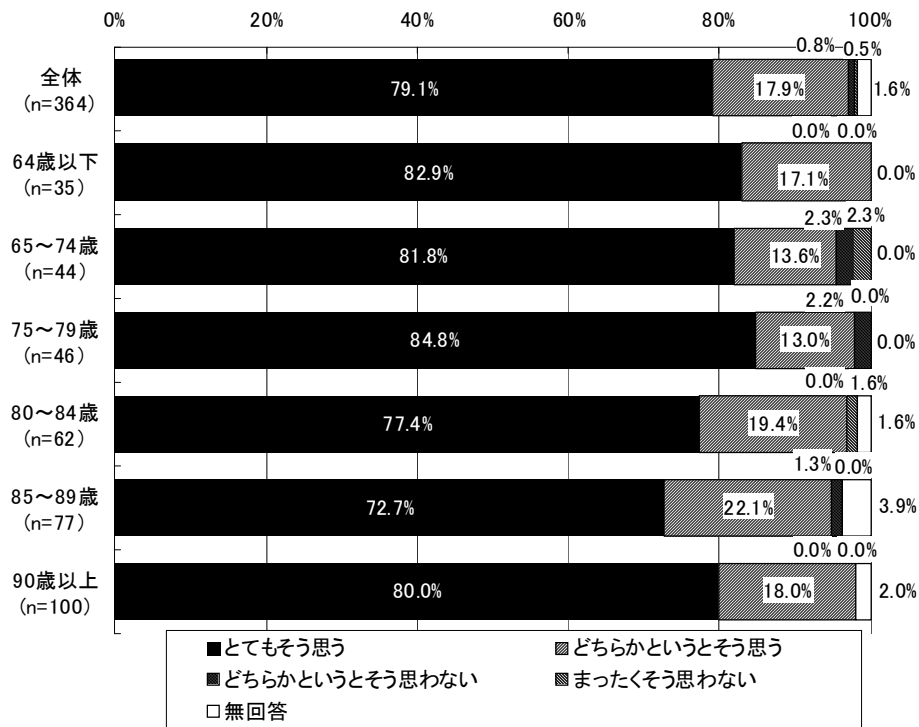
訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかという質問に対する回答を男女別にみると、女性では「とてもそう思う」の割合が男性よりも8.4ポイント高かった。

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）



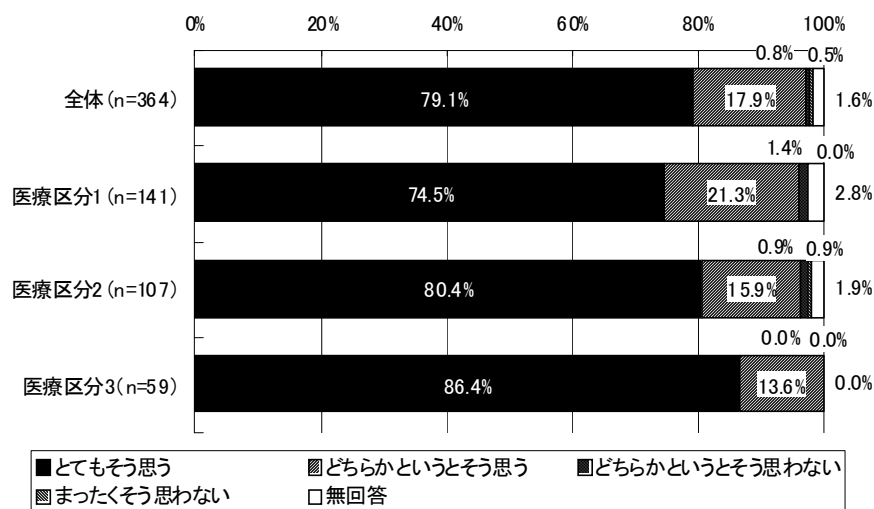
訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかという質問に対する回答を年齢階級別にみると、「とてもそう思う」の割合が最も高かったのは75～79歳（84.8%）であり、次いで90歳以上（80.0%）であった。

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）



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という質問に対する回答を医療区分別にみると、「とてもそう思う」の割合は医療区分1では74.5%、医療区分2では80.4%、医療区分3では86.4%であり、医療区分3は医療区分1と比較して11.9ポイント、医療区分2と比較して6.0ポイント高かった。

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）



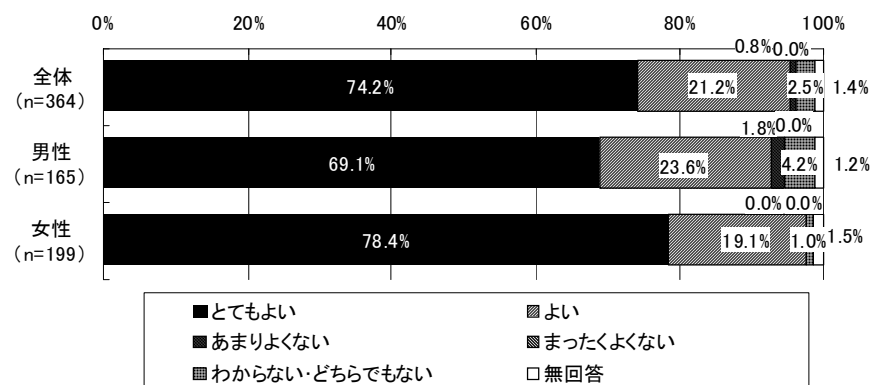
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

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

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をみると、全体では「とてもよい」が74.2%、「よい」が21.2%で両者を合わせると95.4%であった。

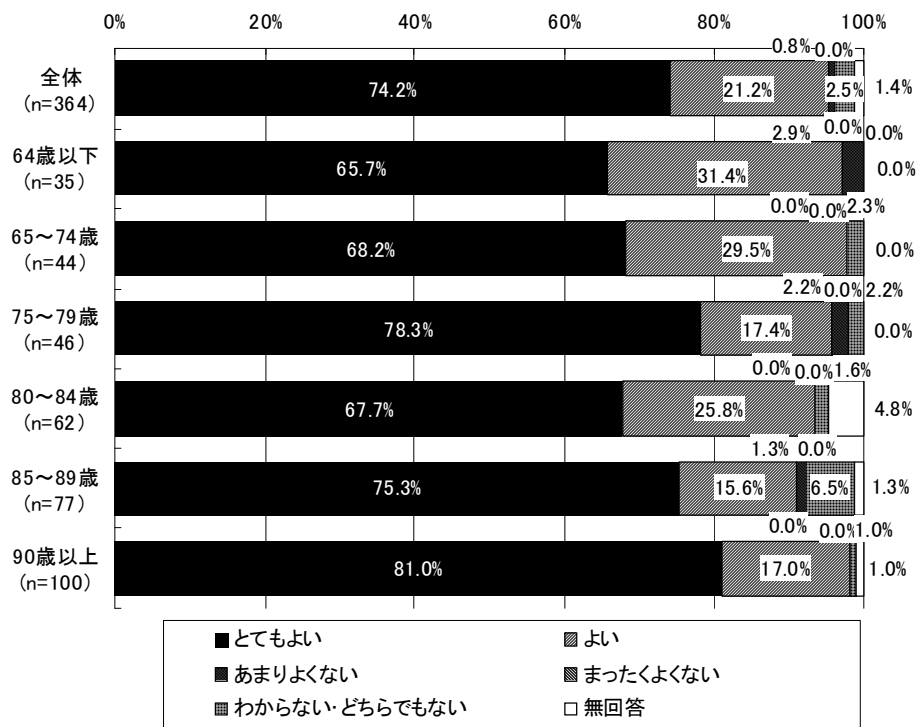
また、医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価を男女別にみると、女性では「とてもよい」の割合が男性と比較して9.3ポイント高かった。

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）



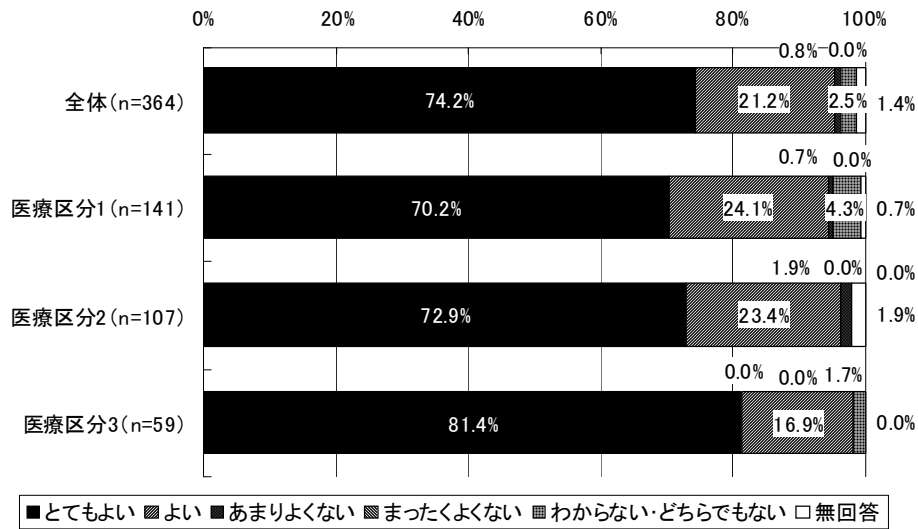
医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価を年齢階級別にみると、「とてもよい」の割合は90歳以上で81.0%と他の年齢階級と比較して高く、64歳以下で65.7%と他の年齢階級と比較して低かった。しかし、「よい」も合わせるとすべての年齢階級でよいという回答は9割を超えた。

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）



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を医療区分別にみると、「とてもよい」の割合は医療区分1では70.2%、医療区分2では72.9%、医療区分3では81.4%であり、医療区分3では医療区分1と比較して11.2ポイント、医療区分2と比較して8.5ポイント高かった。

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。

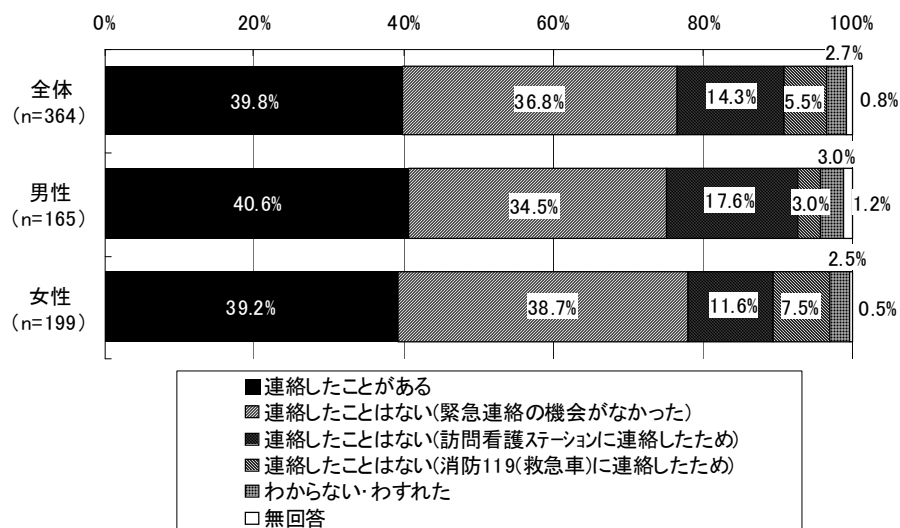
⑨夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無等

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

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をみると、全体では「連絡をしたことがある」が39.8%、「連絡したことはない（緊急連絡の機会がなかった）」が36.8%、「連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）」が14.3%であった。

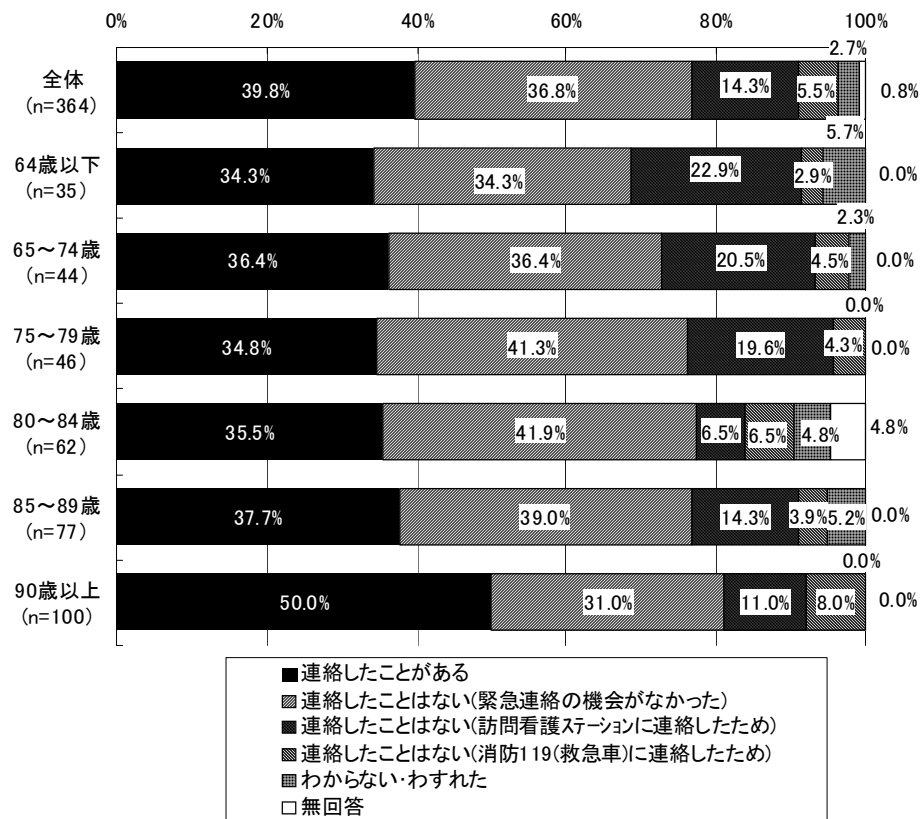
また、夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無を男女別にみると、男性では女性と比較して「連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）」の割合が6.0ポイント高かった。また、女性では男性と比較して「連絡したことはない（消防119（救急車）に連絡したため）」の割合が4.5ポイント高かった。

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）



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を年齢階級別にみると、90歳以上では「連絡したことがある」の割合は50.0%であり、他の年齢階級と比較して高かった。また、90歳以上では「連絡したことはない（消防119（救急車）に連絡したため）」の割合も他の年齢階級と比較して高かった。

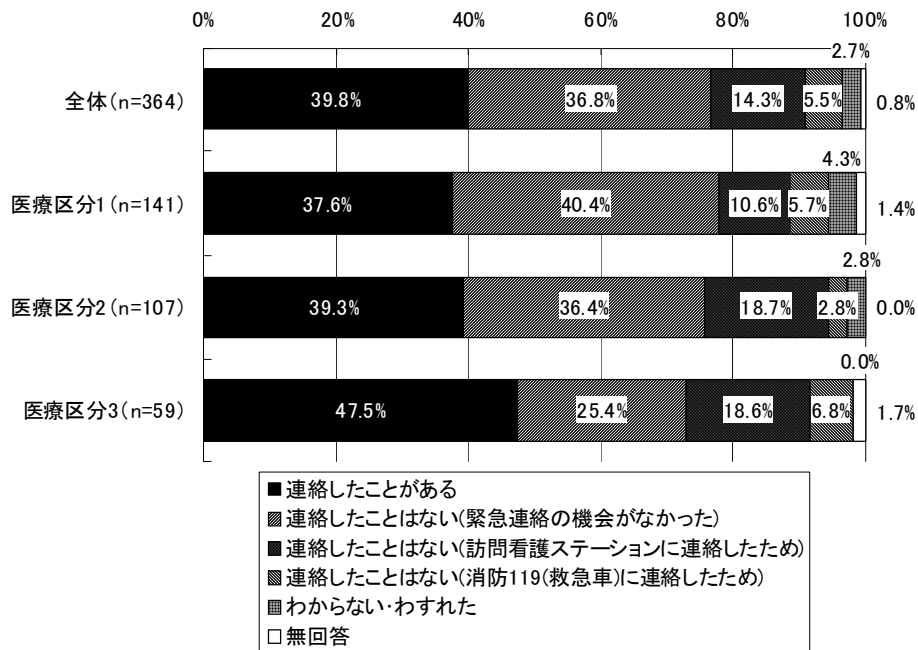
図表 359 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無（年齢階級別）





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を医療区分別にみると、「連絡したことがある」の割合は、医療区分1では37.6%、医療区分2では39.3%、医療区分3では47.5%となり、医療区分3では医療区分1と比較して9.9ポイント、医療区分2と比較して8.2ポイント高かった。

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)



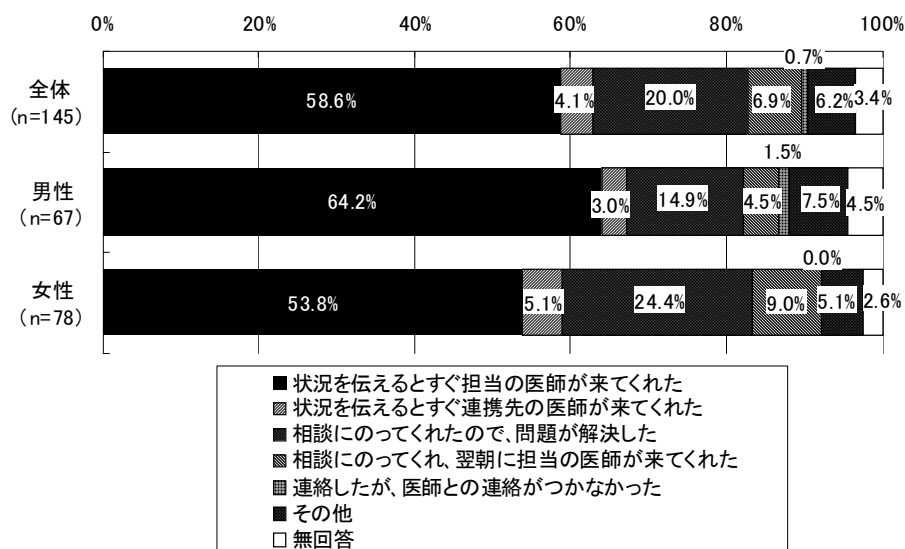
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

## 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

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をみると、全体では、「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」が58.6%で最も多く、次いで「相談にのってくれたので、問題が解決した」が20.0%、「相談にのってくれ、翌朝に担当の医師が来てくれた」が6.9%、「状況を伝えるとすぐ連携先の医師が来てくれた」が4.1%となった。

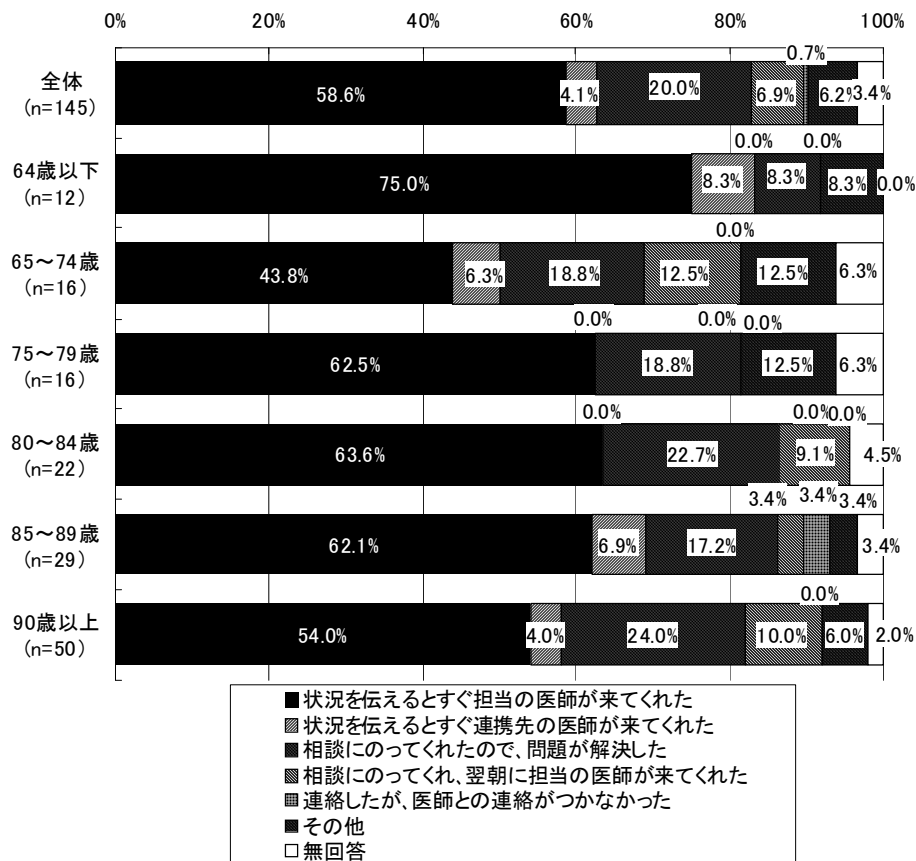
また、夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応を男女別にみると、男性では女性と比較して「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が10.4ポイント高かった。

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）



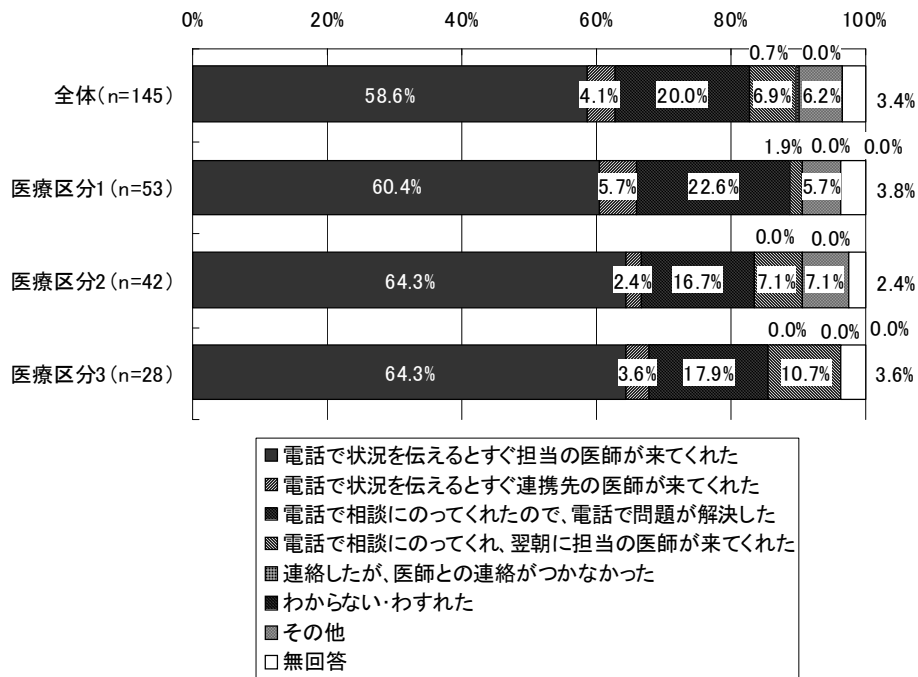
夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応を年齢階級別にみると、いずれの年齢階級でも「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が最も高かったが、特に高かったのは64歳以下（75.0%）で、低かったのは65～74歳（43.8%）であった。

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）



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を医療区分別にみると、いずれの医療区分でも「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が60%以上となり最も高かった。

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）



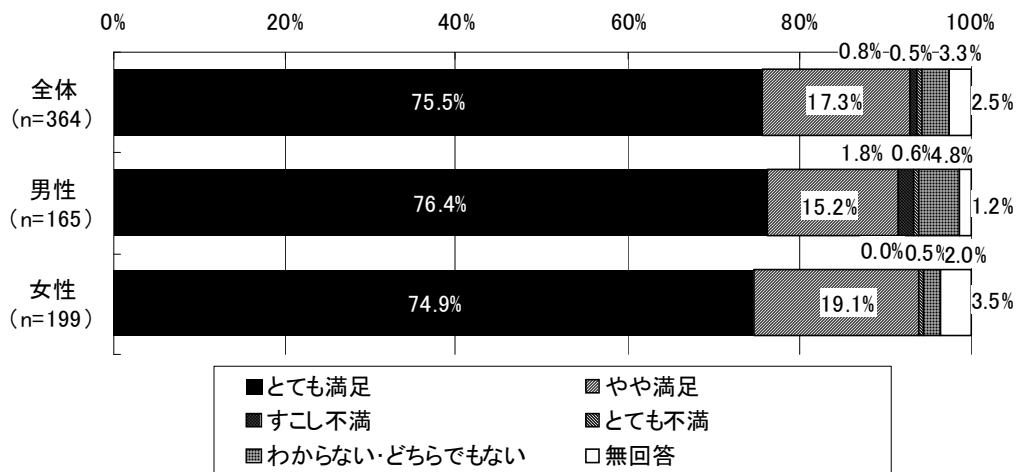
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の22人が含まれる。

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

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をみると、全体では、「とても満足」が75.5%、「やや満足」が17.3%であり、両者を合わせると92.8%となった。

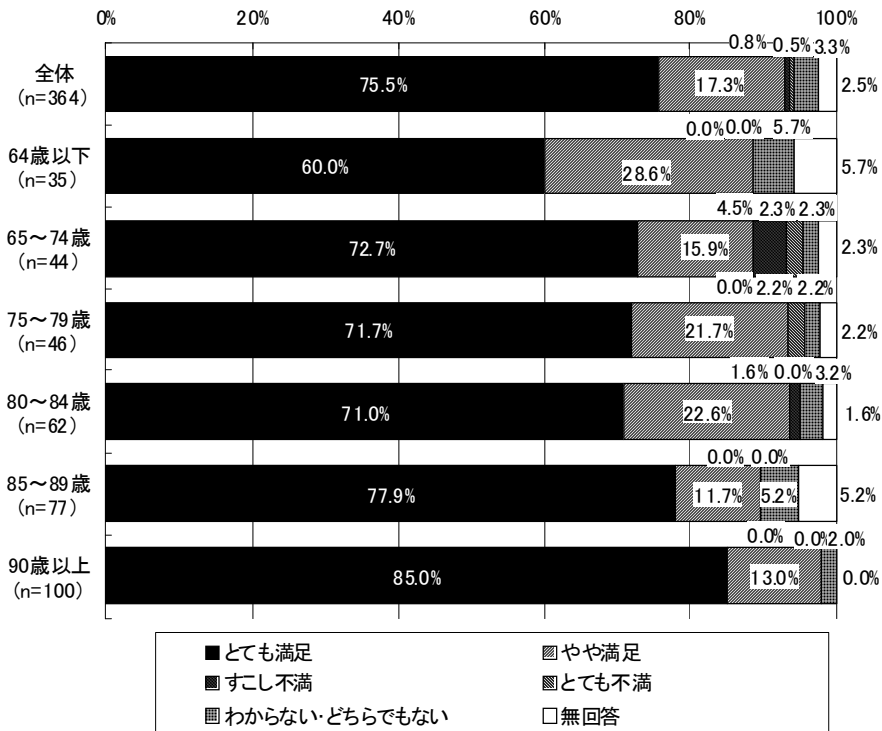
また、訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「とても満足」の割合が1.5ポイント、「やや満足」の割合が3.9ポイント低かった。しかし、いずれとも両者を合わせると9割を超えた。

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）



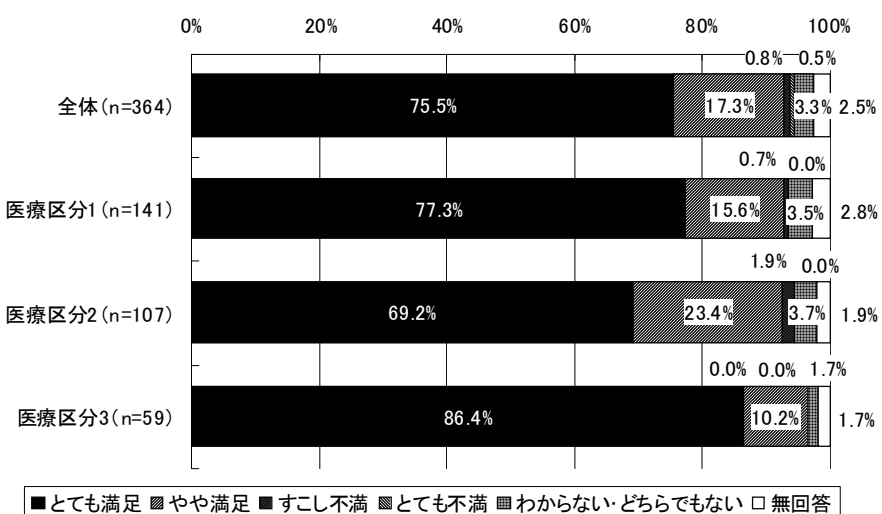
訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度を年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど「とても満足」の割合が高くなる傾向がみられた。

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）



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を医療区分別にみると、「とても満足」の割合は、医療区分1では77.3%、医療区分2では69.2%、医療区分3では86.4%であり、医療区分3では医療区分1と比較して9.1ポイント、医療区分2と比較して17.2ポイント高かった。

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）



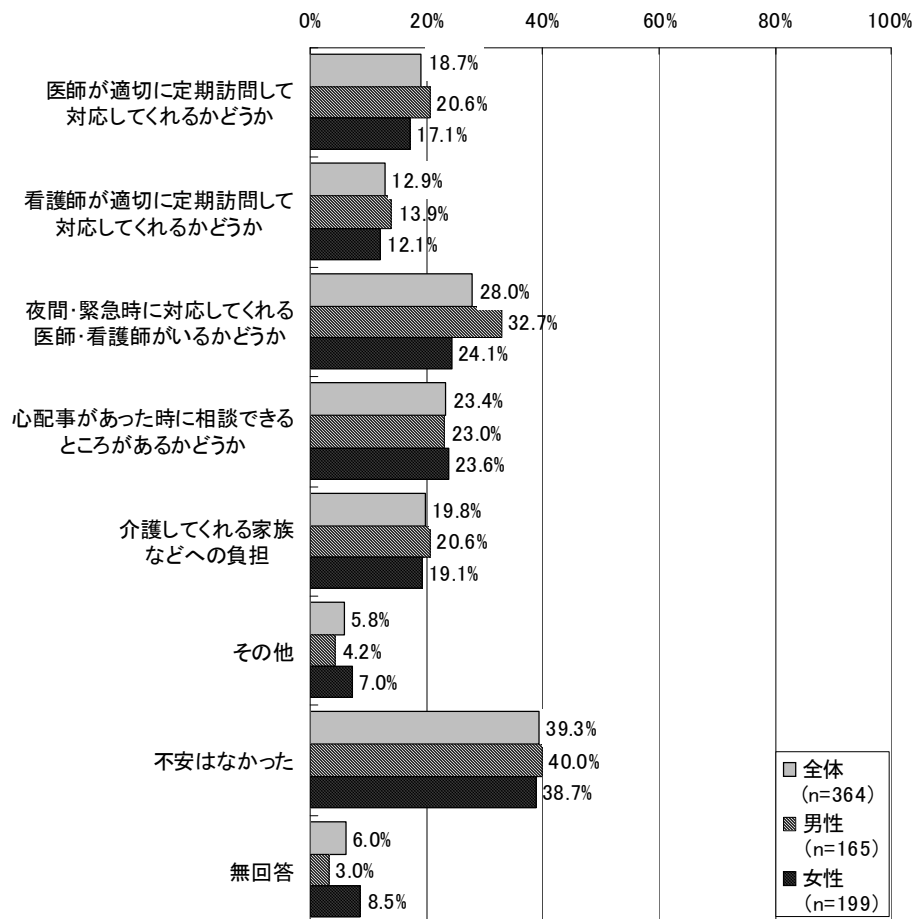
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪病院から在宅へ移行するときに不安だったこと

病院から在宅へ移行するときに不安だったことをみると、全体では、「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が 28.0%で最も高く、次いで「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」(23.4%)、「介護してくれる家族などへの負担」(19.8%)、「医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか」(18.7%)であった。なお、「不安はなかった」という回答割合が 39.3%であった。

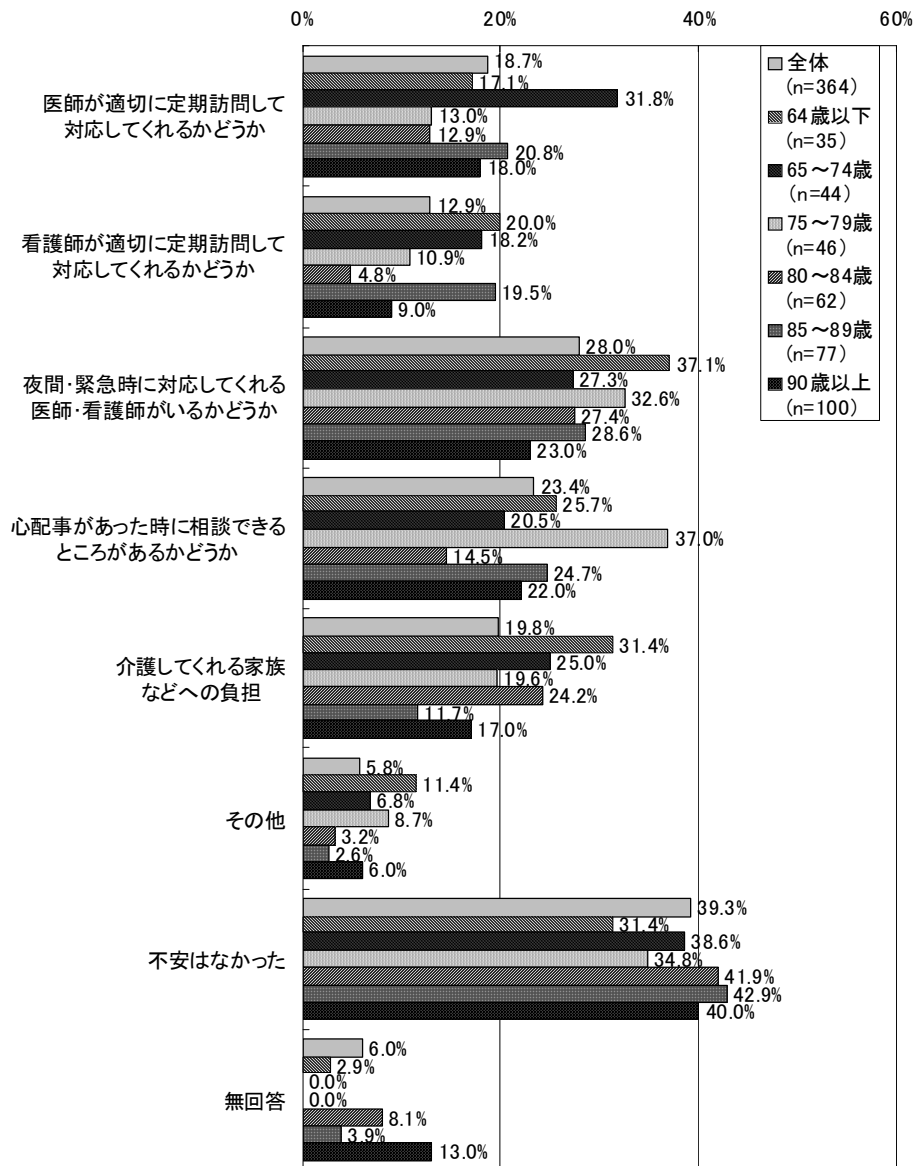
また、病院から在宅へ移行するときに不安だったことを男女別にみると、男性では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」の割合が女性と比較して 8.6 ポイント高かった。

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）



病院から在宅へ移行するときに不安だったことを年齢階級別にみると、64歳以下、80～84歳、85～89歳、90歳以上では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が、65～74歳では「医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか」が、75～79歳では「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」が最も高かった。

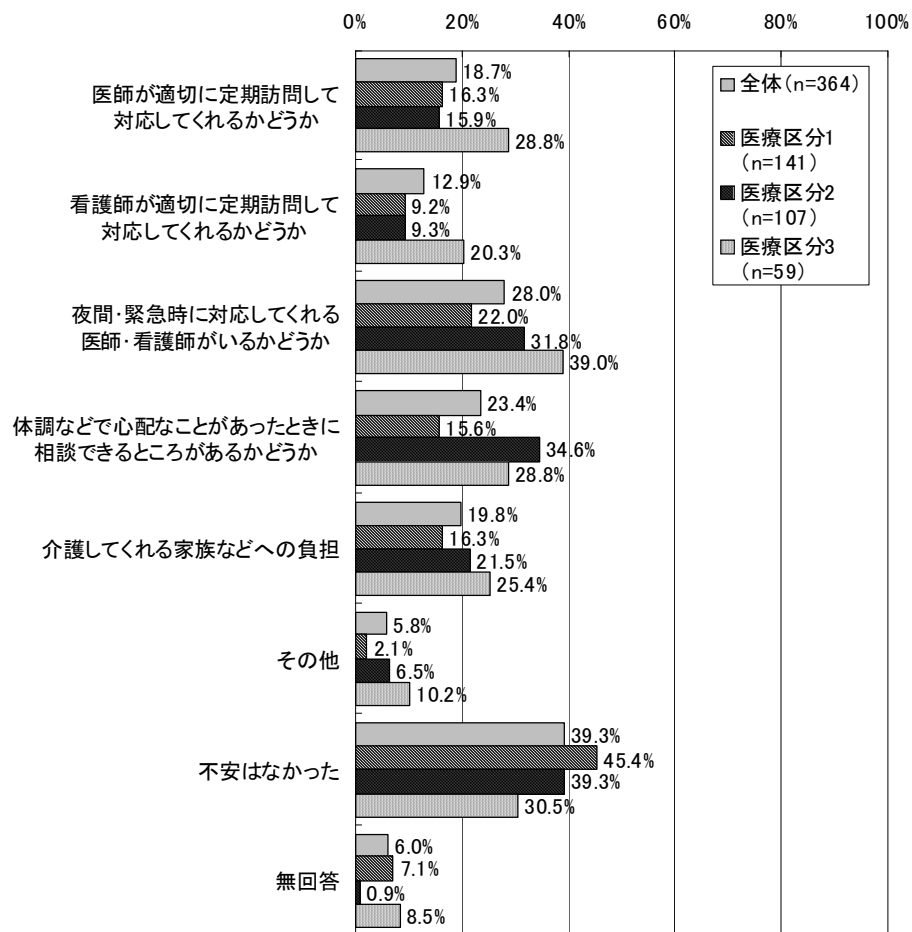
図表 368 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（年齢階級別、複数回答）





病院から在宅へ移行するとき不安だったことを医療区分別にみると、医療区分 1 と医療区分 3 では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が、医療区分 2 では「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」が最も高かった。また、「不安はなかった」の割合は医療区分 1 では 45.4%、医療区分 2 では 39.3%、医療区分 3 では 30.5%となり、医療区分 1 では医療区分 2 と比較して 6.1 ポイント、医療区分 3 と比較して 14.9 ポイント高かった。

図表 369 病院から在宅へ移行するとき不安だったこと（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。



⑤貴法人・関連法人が運営する施設・事業所 ※〇はいくつでも	1. 訪問看護ステーション	2. 居宅介護支援事業所
	3. 介護老人保健施設	4. 介護老人福祉施設
	5. 通所介護事業所	6. サービス付き高齢者向け住宅
	7. 有料老人ホーム	8. 一般診療所
	9. その他（具体的に	10. 他に運営する施設・事業所はない

⑥貴施設の1) 病床数（平成24年9月30日時点）、2) 1日平均入院患者数（平成24年9月1か月間、小数点以下第1位まで）、3) 病床利用率（平成24年9月1か月間、小数点以下第1位まで）を病棟ごとにお書きください。  
※「病院全体」に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をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 病床数	床	床	床	床	床	床
うち「亜急性期入院医療管理料1・2」算定病床数	床					
2) 1日平均入院患者数	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
3) 病床利用率	. %	. %	. %	. %	. %	. %

⑦-1 貴施設における平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点の、入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数（詳細は調査要綱をご覧ください）（小数点以下第1位まで）を病棟ごとにお書きください。  
※「病院全体」には、介護療養病床を除いた病院全体の平均在院日数をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 平成23年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成24年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑦-2 貴施設における平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点の、以下の計算式による平均在院日数（小数点以下第1位まで）をお書きください。  
※「病院全体」には、感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の平均在院日数をお書きください。  
<計算式>（平均在院日数）＝（在院患者延数）÷（1/2×（新規入院患者数＋退院患者数））

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 平成23年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成24年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑧貴施設における平成23年9月及び平成24年9月1か月間に退院した患者について、病棟別に在院期間別の人数をお書きください。

⑧-1 一般病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-2 療養病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-3 精神病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-4 結核病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人





3. 貴施設における退院調整の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設には、退院調整部門はありますか。※○は1つ		1. ある 2. 開設準備中 3. ない				} 問①-3へお進みください。
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①-1 退院調整部門はどこに設置していますか。 ※○は1つ		1. 独立部門として設置 2. 地域連携を担う部署の中に設置 3. 看護部門の中に設置 4. その他（具体的に )				
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①-2 退院調整にあたり、退院調整部門と病棟でそれぞれ行っていることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1) 退院調整部門	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に )				
	2) 病棟	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に )				
【上記①で「2. 開設準備中」「3. ない」を選択した方】 ①-3 退院調整機能を担っている部門は主にどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○		1. 病棟                      2. 医療相談室                      3. 外来 4. 事務部門                      5. その他（具体的に ) ----▶ 質問③へお進みください。				
②貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。平成23年9月と平成24年9月の常勤換算人数を専従、専任別にお書きください。		平成23年9月		平成24年9月		
		専従	専任	専従	専任	
	1) 医師	( )人	( )人	( )人	( )人	
	2) 保健師・助産師・看護師	( )人	( )人	( )人	( )人	
	3) 准看護師	( )人	( )人	( )人	( )人	
	4) 社会福祉士	( )人	( )人	( )人	( )人	
	5) 事務職員	( )人	( )人	( )人	( )人	
	6) その他( )	( )人	( )人	( )人	( )人	
合計	( )人	( )人	( )人	( )人		
③施設基準の「届出状況」と、届出がある場合、「届出時期」、「算定回数（平成23年9月と平成24年9月の各1か月間）」についてお答えください。						
施設基準等	届出状況	届出時期	算定回数			
			平成23年9月	平成24年9月		
1) 総合評価加算	1. あり → 2. なし	平成( )年( )月	( )回	( )回		
2) 地域連携診療計画退院時指導料	1. あり → 2. なし	平成( )年( )月	( )回	( )回		
3) 介護支援連携指導料			( )回	( )回		
4) 退院時共同指導料2			( )回	( )回		
5) 上記4)のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300点）			( )回	( )回		

6) 上記 4) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合(2,000 点)		( ) 回	( ) 回
7) 上記 6) のうち、ケアマネジャーと連携した回数		( ) 回	( ) 回
8) 退院調整加算 1	1. あり → 平成 24 年 ( ) 月 2. なし		( ) 回
9) 上記 8) のうち地域連携計画加算を算定した回数			( ) 回
10) 退院調整加算 2	1. あり → 平成 24 年 ( ) 月 2. なし		( ) 回
11) 上記 10) のうち地域連携計画加算を算定した回数			( ) 回
12) 退院前訪問指導料		( ) 回	( ) 回
④平成 24 年度の診療報酬の改定前後において、一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っていますか。※○は 1 つ			
1. 改定前から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている		} 問④-1 へお進みください。	
2. 改定後から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている			
3. 一定の手順を踏んでいないが、退院困難者の抽出を行っている			→問⑤へお進みください。
4. 退院困難者の抽出を行っていない			→問⑥へお進みください。
④-1 退院困難者の評価や抽出は、いつ・どこで・誰が行っていますか。			
④-1-1【いつ】 ※○は 1 つ	1. 入院前 3. 入院 2 日目～3 日目 5. 入院 6 日目～7 日目	2. 入院初日 4. 入院 4 日目～5 日目 6. 入院 8 日目以降 →入院 ( ) 日目	
④-1-2【どこで】 ※○は 1 つ	1. 外来 3. 退院調整部門 5. その他 (具体的に )	2. 病棟と退院調整部門等の共同 4. 病棟	
④-1-3【誰が】 ※あてはまる番号すべてに○	1. 医師 5. 薬剤師 9. 社会福祉士 12. その他 (具体的に )	2. 歯科医師 6. 理学療法士 10. 管理栄養士・栄養士	3. 看護師 7. 言語聴覚士 11. 事務職員 4. 准看護師 8. 作業療法士
⑤平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者の抽出人数をお答えください。			
1) 平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数		( ) 人	
2) 上記 1) のうち、抽出を行った退院困難な要因を有する患者数		( ) 人	
上記 2) のうち、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		( ) 人	
3) 上記 1) のうち、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数 ・・・【症例 A】		( ) 人	
4) 上記 1) のうち、緊急入院の患者数		( ) 人	
5) 上記 1) のうち、介護保険が未申請の患者数		( ) 人	
6) 上記 1) のうち、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		( ) 人	
7) 上記 1) のうち排泄に介護を要する患者数		( ) 人	
8) 上記 1) のうち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		( ) 人	
9) 上記 1) のうち退院後に医療処置 (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】		( ) 人	
10) 上記 1) のうち入退院を繰り返している患者数・・・【症例 C】		( ) 人	
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		( ) 人	

6ページの【症例A】、【症例B】、【症例C】に該当する患者についての

**患者調査（このアンケートの10ページ以降）**につきましても、重要な調査ですので、  
後程、ご協力をお願いいたします。 →問⑥へお進みください。

⑥平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に貴施設から退院した患者についてその人数をお答えください。		
	平成23年9月	平成24年9月
1) 退院患者数	( )人	( )人
2) 上記1)のうち、退院調整をした患者数（加算算定の有無は問わず）	( )人	( )人
3) 上記2)のうち、退院調整加算を算定した患者数	( )人	( )人
4) 上記1)のうち、他医療機関へ転院した患者数	( )人	( )人
5) 上記1)のうち、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	( )人	( )人
6) 上記1)のうち、自院に外来通院となった患者数	( )人	( )人
7) 上記1)のうち、他院に外来通院となった患者数	( )人	( )人
8) 上記1)のうち、退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数	( )人	( )人
9) 上記1)のうち、在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数	( )人	( )人
10) 上記9)のうち、自院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護（併設の訪問看護ステーションも含む））を受けている患者数	( )人	( )人
11) 上記9)のうち、他院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護）を受けている患者数	( )人	( )人
12) 上記11)のうち、退院時共同指導料を算定した患者数	( )人	( )人
13) 上記1)のうち、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	( )人	( )人
14) 上記1)のうち、死亡退院患者数	( )人	( )人

⑦貴施設では、退院調整の取組により、以下のような効果がありましたか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。	大い にあて はまる	あて はまる	い ど ち ら と も い え な い	あ ま り あ て は ま ら な い	い 全 く あ て は ま ら な い
	1) 今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ	5	4	3	2
2) 入院から退院までの患者の理解が深まった	5	4	3	2	1
3) 患者がスムーズに地域へ移行できるようになった	5	4	3	2	1
4) 在宅復帰率が高まった	5	4	3	2	1
5) 平均在院日数が短くなった	5	4	3	2	1
6) 部門・多職種間の調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
7) その他（具体的に )	5	4	3	2	1

⑧退院調整を効果的に行うために工夫していることや課題がございましたら、ご自由にお書きください。



4. 貴施設における医療機関等との連携状況等についてお伺いします。

①貴施設で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所の数（平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点）、定期的なカンファレンスの回数（平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間）についてお答えください。

	連携している施設・事業所数		定期的なカンファレンスの 月間開催数	
	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) 病院・診療所	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
2) 上記1)のうち、在宅療養支援病院・診療所（機能強化型も含む）	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
3) 上記1)のうち、貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所	( ) 箇所	( ) 箇所		
4) 他の医療機関	( ) 箇所	( ) 箇所		
5) 訪問看護ステーション	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
6) 歯科保険医療機関	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
7) 保険薬局	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
8) 介護老人保健施設	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
9) 介護老人福祉施設	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
10) その他の施設	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回
11) 居宅介護支援事業所	( ) 箇所	( ) 箇所	( ) 回	( ) 回

②平成24年9月30日時点で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所について、その連携内容はどのようなものですか。あてはまる連携内容の番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

	緊急入院時の 病床確保	退院後の受入や サービス提供等	定期的なカンファ レンス	夜間や緊急時 等の対応	連携して いない
1) 病院・診療所	1	2	3	4	5
2) 訪問看護ステーション		2	3	4	5
3) 歯科保険医療機関		2	3	4	5
4) 保険薬局		2	3	4	5
5) 介護老人保健施設		2	3	4	5
6) 介護老人福祉施設		2	3	4	5
7) その他の施設		2	3	4	5
8) 居宅介護支援事業所		2	3	4	5

③下記診療報酬項目の「算定回数（平成24年8月と9月の各1か月間）」についてお答えください。

診療報酬項目	算定回数	
	平成24年8月	平成24年9月
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・在宅療養支援病院間での受入の場合（2500点）	( ) 回	( ) 回
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）	( ) 回	( ) 回
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）	( ) 回	( ) 回
4) リンパ浮腫指導管理料	( ) 回	( ) 回
5) がん患者カウンセリング料	( ) 回	( ) 回



患者調査

【症例A】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、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

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢（入院時）	( ) 歳
③主たる傷病名	1. 悪性腫瘍 2. 認知症 3. 急性呼吸器感染症 4. その他	④同居家族の有無	1. あり 2. なし
⑤入院前の所在	1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム 5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関 7. サービス付き高齢者向け住宅 8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた 2. 受けていない 3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成( )年( )月( )日		
⑧予定入院期間	( )日間		
⑨貴施設における退院日	平成( )年( )月( )日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり 2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成( )年( )月( )日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成( )年( )月( )日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり 2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前 2. 入院当初 3. 入院中 4. 退院直前 5. その他（具体的に ) 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設 8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に )		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成( )年( )月( )日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	( )回 1回あたりの平均所要時間：( )分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師 2. 歯科医師 3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師 5. 社会福祉士 6. 事務職員 7. その他（具体的に ) 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医 2. 前記1以外の医師 3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師 5. 准看護師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士 12. 社会福祉士 13. 事務職員 14. その他（具体的に ) 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設 8. その他（具体的に )		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟 2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟 5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関 7. 自宅 8. 介護老人保健施設 9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に )		

【症例B】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、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

①性別	1. 男性      2. 女性	②年齢（入院時）	（      ）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患      2. 脳血管疾患      3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病      5. がん      6. その他		
④同居家族の有無	1. あり      2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅      2. 介護老人保健施設      3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム      5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関      7. サービス付き高齢者向け住宅      8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた      2. 受けていない      3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑧予定入院期間	（      ）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり      2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成（      ）年（      ）月（      ）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり      2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前      2. 入院当初      3. 入院中 4. 退院直前      5. その他（具体的に      ） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所      2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関      4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所      6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設      8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に      ）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（      ）回      1回あたりの平均所要時間：（      ）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師      2. 歯科医師      3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師      5. 社会福祉士      6. 事務職員 7. その他（具体的に      ） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医      2. 前記1以外の医師      3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師      5. 准看護師      6. 薬剤師 7. 理学療法士      8. 作業療法士      9. 言語聴覚士      10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士      12. 社会福祉士      13. 事務職員 14. その他（具体的に      ） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関      2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関      4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所      6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設      8. その他（具体的に      ）		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟      2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟      5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関      7. 自宅 8. 介護老人保健施設      9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に      ）		

【症例C】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、入退院を繰り返している患者

①性別	1. 男性      2. 女性	②年齢（入院時）	（      ）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患      2. 脳血管疾患      3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病      5. がん      6. その他		
④同居家族の有無	1. あり      2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅      2. 介護老人保健施設      3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム      5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関      7. サービス付き高齢者向け住宅      8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた      2. 受けていない      3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑧予定入院期間	（      ）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり      2. なし	⑪（手術があった場合） 手術日	平成（      ）年（      ）月（      ）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり      2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前      2. 入院当初      3. 入院中 4. 退院直前      5. その他（具体的に      ） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所      2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関      4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所      6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設      8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に      ）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（      ）年（      ）月（      ）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（      ）回      1回あたりの平均所要時間：（      ）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師      2. 歯科医師      3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師      5. 社会福祉士      6. 事務職員 7. その他（具体的に      ） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医      2. 前記1以外の医師      3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師      5. 准看護師      6. 薬剤師 7. 理学療法士      8. 作業療法士      9. 言語聴覚士      10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士      12. 社会福祉士      13. 事務職員 14. その他（具体的に      ） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関      2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関      4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所      6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設      8. その他（具体的に      ）		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟      2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟      5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関      7. 自宅 8. 介護老人保健施設      9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に      ）		



<p>⑦貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分はどのようになっていますか。 ※次の 1.~7.の中から○を1つだけつけ たうえで、次の質問にお進みください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）→質問⑧へ</li> <li>2. 機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）→質問⑦-3へ</li> <li>3. 上記以外の在宅療養支援診療所→質問⑦-1へ</li> <li>4. 機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）→質問⑧へ</li> <li>5. 機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）→質問⑦-3へ</li> <li>6. 上記以外の在宅療養支援病院→質問⑦-1へ</li> <li>7. 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない→質問⑦-1へ</li> </ol>
--	---

⑦-1【上記⑦で「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場合】その理由をお答えください。※○はいくつでも

1. 在宅医療を担当する常勤の医師を3名以上配置することができない（連携医療機関の分も含めて）
2. 過去1年間の緊急の往診実績が5件未満である（連携医療機関の分も含めて）
3. 過去1年間の看取り実績が2件未満である（連携医療機関の分も含めて）
4. 適切な連携医療機関を確保できない
5. 連携型の要件である「患者からの緊急時の連絡先の一元化」ができていない
6. 連携型の要件である「患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する」ことができていない
7. 連携型の要件である「連携医療機関数が10未満である」が満たせない
8. 連携型の要件である「病院が連携に入る場合は200床未満である」が満たせない
9. 自院の許可病床数が200床以上である
10. 半径4キロメートル以内に診療所が存在する
11. 単独で24時間連絡を受ける体制を構築することが困難
12. 単独で24時間往診体制を確保することが困難
13. 24時間訪問看護の提供体制を確保することが困難
14. 在宅療養患者のための緊急時の入院病床を常に確保することが困難
15. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑦-2【上記⑦で「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場合】今後、届出を行う予定がありますか。※○は1つだけ

1. 届出をする予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃  
→届出の内容： ※○は1つだけ
 

1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）
  2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
  3. 在宅療養支援病院・診療所
2. 条件を整えば届出をしたい
3. 届出をする予定はない  
-----▶質問⑧へお進みください。

⑦-3【上記⑦で「機能強化型（連携型）」の届出をしている場合】在宅支援連携体制についてお伺いします。

1) 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数	連携診療所数（病床あり）	（ ）施設
	連携診療所数（病床なし）	（ ）施設
	連携病院数	（ ）施設
	合計	（ ）施設

2) 在宅医療を担当する常勤の医師数（自施設＋連携施設）	( ) 人
⑧在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の場合、機能強化型の届出時期もお答えください。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出のない施設の方は、2.へお進みください。	
1) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出時期	平成( )年( )月
2) 【機能強化型の場合】機能強化型の届出時期	平成24年( )月

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設では、外来診療を行っていますか。※〇は1つだけ	1. 行っている →問①-1へお進みください 2. 行っていない →問②へお進みください									
①-1 外来診療は予約制ですか。※〇は1つだけ	1) 初診	1. 予約制                    2. 予約制ではない								
	2) 再診	1. 予約制                    2. 予約制ではない								
①-2 平成23年と平成24年の各4月～9月における各月の外来延べ患者数（初診＋再診延べ患者数）										
	4月	5月	6月	7月	8月	9月				
平成23年	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人				
平成24年	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人				
②貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに〇は1つだけ										
1. 訪問診療を中心に行っている 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている 5. 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制） 8. その他（具体的に )										
③全職員数（常勤換算*） ※小数点以下第1位まで	医師	歯科医師	保健師 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	リハビリ職	その他医療職 職員	社会福祉士	事務職員他	計
うち在宅医療の実施のため、患家に訪問をする職員数										
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間） ■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）										
④上記③のうち、以下の職員数をお書きください。										
1) 在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）							( ) 人			
2) 介護支援専門員（ケアマネージャー）専従者数（常勤換算）							( ) 人			
⑤貴施設では、在宅の患者に対して緊急時に連絡をとれる電話番号をどのように通知していますか。※〇は1つだけ										
1. 自院と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している 2. 曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している 3. その他（具体的に )										



⑥上記⑤の緊急時の連絡は、ルールとして主にどなたが電話を受けることになっていますか。  
※〇は1つだけ、「看護職員」には准看護師が含まれます。

1. 自院の医師	2. 連携先の医師	3. 自院の看護職員
4. 連携先の看護職員	5. 自院と連携先の輪番制	6. その他 ( )

⑦貴施設では、診療時間内と診療時間外において在宅の患者の緊急時の往診を行っていますか。※それぞれ〇は1つだけ

1) 診療時間内	1. 行っている	2. 行っていない	2) 診療時間外	1. 行っている	2. 行っていない
----------	----------	-----------	----------	----------	-----------

⑧24時間往診が可能な体制をどのように構築していますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで体制構築している

2. 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

3. 自院と連携医療機関の輪番制で対応している

4. その他 (具体的に )

【上記⑧で選択肢2を回答した場合】

⑧-1 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はどのくらいですか。※最も近いものに〇は1つだけ

1. 週に1、2回程度	2. 2週間に1回程度	3. 1か月に1回程度	4. 3か月に1回程度
5. 半年に1回程度	6. 1年に1回程度	7. その他 ( )	

⑨24時間訪問看護の体制をどのように構築していますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで対応している

2. 連携している保険医療機関（訪問看護部門）で対応している

3. 連携している自法人の訪問看護ステーションで対応している

4. 連携している他法人の訪問看護ステーションで対応している

5. その他 (具体的に )

⑩緊急時に入院できる病床の確保体制はどのようになっていますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで確保している

2. 自院及び連携している保険医療機関で確保している

3. 連携している保険医療機関のみで確保している

4. その他 (具体的に )

⑪緊急時の対応のために工夫していることや課題等がございましたら、お書きください。

3. 貴施設の在宅医療の実施状況についてお伺いします。

①貴施設で在宅医療を提供している患者について、場所別に施設数と患者数についてお答えください（平成24年9月1か月間）。

自宅	居住系施設（特別養護老人ホームや有料老人ホーム等）	
【患者数】	【施設数】	【患者数】
( ) 人	( ) 施設	( ) 人

②貴施設では、サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者に在宅医療を提供していますか。※○は1つだけ			
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 併設と併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している</li> <li>2. 併設しているサービス付き高齢者向け住宅のみに在宅医療を提供している</li> <li>3. 併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している</li> <li>4. サービス付き高齢者向け住宅にはサービス提供していない</li> </ul>			
②-1 貴施設が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はどこですか。※○はいくつでも			
1. 自法人		2. 他の医療法人	
4. 株式会社		5. 有限会社	
7. わからない		8. その他（具体的に	
3. 社会福祉法人		6. 特定非営利活動法人	
③在宅医療提供日（1日あたり）において、貴施設の医師1人あたり何件程度提供場所に行きますか。		（ ）件程度	
④在宅医療提供日（1日あたり）において、貴施設の医師1人あたりの提供場所までの移動時間、診療時間、カルテ等の記載時間の合計はおおよそ何分ですか。また、それはその日の全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか（時間ベース）。			
1) 提供場所までの移動時間		（ ）分	（ ）%程度
2) 診療時間		（ ）分	（ ）%程度
3) カルテ等の記載時間		（ ）分	（ ）%程度
⑤貴施設が主治医として在宅医療を提供している患者の人数についてお伺いします。平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）についてお答えください。			
		平成23年9月	平成24年9月
⑤-1 年齢別の患者数	1) 3歳未満	人	人
	2) 3歳以上6歳未満	人	人
	3) 6歳以上15歳未満	人	人
	4) 15歳以上40歳未満	人	人
	5) 40歳以上65歳未満	人	人
	6) 65歳以上75歳未満	人	人
	7) 75歳以上	人	人
⑤-2 貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の1)～3)の主たる疾病別の患者数 ※1人の患者に複数の疾病がある場合は、最も重篤な疾病名を当該患者の疾病名とお考えください。	1) 悪性新生物	人	人
	2) 認知症	人	人
	3) 特定疾患（難病）	人	人
⑤-3 貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の1)～8)の状態別の患者数 ※1人の患者に複数の状態が該当する場合は、それぞれに人数を入れてください。このため、合計は在宅提供患者数よりも多くなります。	1) 喀痰吸引	人	人
	2) 胃ろう	人	人
	3) 経鼻経管栄養	人	人
	4) 中心静脈栄養	人	人
	5) 気管切開又は気管内挿管	人	人
	6) 褥瘡処置	人	人
	7) その他の創傷処置	人	人
	8) 人工呼吸器	人	人

⑥ 貴施設における平成 23 年 9 月と平成 24 年の 9 月の各 1 か月間に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数をお答えください。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数	算定回数	患者数	算定回数
1) 往診料	人	回	人	回
2) 上記 1) の緊急加算	人	回	人	回
3) 上記 1) の夜間加算	人	回	人	回
4) 上記 1) の深夜加算	人	回	人	回
5) 在宅患者訪問診療料 (同一建物以外)	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料 (同一建物：特定施設)	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料 (同一建物：特定施設以外)			人	回
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	人	回	人	回
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算			人	回
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	人	回	人	回
9) 在宅時医学総管理料	人	回	人	回
上記 9) 重症者加算算定回数		回		回
上記 9) 在宅移行早期加算算定回数		回		回
10) 特定施設入居時等医学総管理料	人	回	人	回
上記 10) 重症者加算算定回数		回		回
上記 10) 在宅移行早期加算算定回数		回		回
11) 在宅患者緊急入院診療加算	人	回	人	回
12) 在宅がん医療総合診療料 ※平成 23 年は「在宅末期医療総合診療料」	人	回	人	回
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	人	回	人	回
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	人	回	人	回
15) 在宅療養指導料 (170 点)	人	回	人	回
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	人	回	人	回

⑦ 平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、緊急時に貴施設が以下の対応を行った実績についてお答えください。

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1) 緊急時に往診した回数	( ) 回	( ) 回
2) 上記 1) のうち、緊急入院が必要と判断した回数	( ) 回	( ) 回
3) 上記 1) のうち、看取りを行った回数	( ) 回	( ) 回
4) 上記 1) のうち、貴施設医師が副主治医として緊急往診した回数 (連携施設が主治医)	( ) 回	( ) 回

⑧特別養護老人ホーム等の自宅以外の場所への在宅医療提供の対応で課題等がございましたらご自由にお書きください。

4. 他の医療機関等との連携についてお伺いします。

①貴施設における連携施設・事業所数と連携内容についてお答えください。ここでの「連携」とは、特に断りのない限り、在宅療養支援病院・診療所の届出の内容に限定せず、自主的なものも含めてお答えください。

	①-1 連携をしている 施設・事業所数	①-2 連携の内容 ※あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
		情報 の共有 (患者の診療 ファレンス 定期的なカン ファレンス)	夜間・休日・ 緊急時等の対 応	緊急入院 病床 の確保
1) 診療所・病院	か所	1	2	3
2) 届出上の在宅療養支援病院	か所	1	2	3
3) 届出上の在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
4) 届出上の機能強化型在宅療養支援病院	か所	1	2	3
5) 届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
6) 訪問看護ステーション	か所	1	2	
7) 届出上の訪問看護ステーション	か所	1	2	
8) 歯科保険医療機関	か所	1	2	
9) 保険薬局	か所	1	2	
10) 居宅介護支援事業所	か所	1	2	
11) 地域包括支援センター	か所	1	2	
12) その他 ( )	か所	1	2	

【上記①-2で選択肢「1」を回答した場合】

②貴施設が行っている定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の平均回数をお答えください。※平成24年9月1か月間 ( ) 回

③上記②のカンファレンスの1回あたりの平均時間をお答えください。 ( ) 分

④上記②のカンファレンスの出席者は誰ですか（貴施設と連携施設を合わせて）。※○はいくつでも

1. 医師                      2. 歯科医師                      3. 看護師                      4. 准看護師                      5. 薬剤師

6. リハビリ職員              7. 社会福祉士                      8. 管理栄養士・栄養士

9. 介護支援専門員（ケアマネージャー）                      10. 事務職員

11. その他（具体的に )

⑤患者が連携医療機関へ緊急入院した時、貴施設は連携医療機関や患者とどのような関わり方をしますか。  
※最も多いものに○は1つだけ

1. 主治医が入院先の医療機関へ出向き、引き続き診療を行う
2. 主治医が定期的に患者の容態等の情報共有をするためにカンファレンスに参加する
3. 患者の容態等の情報共有をするために医師同士で電話やメールでやり取りをする
4. 患者の容態等の情報共有をするために看護師や社会福祉士同士が連絡を取り合う
5. 医師又は看護師や社会福祉士等が退院時のカンファレンスのみに参加する
6. 入院先の医療機関に任せる
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑥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ことはありますか。  
※○は1つだけ

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. なかった →問⑦へ</li> <li>2. 1回あった</li> <li>3. 複数回あった</li> </ol>		<p>⑥-1  どういった対応をとりましたか。 ※○はいくつでも</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自院職員が連絡をし、連携医療機関とは別の入院先を確保した</li> <li>2. 救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した</li> <li>3. 在宅での診察を継続し、入院予約をして病床が空くのを待った</li> <li>4. その他（具体的に _____）</li> </ol>
---	--	---

⑦連携の充足感についてお伺いします。  
※「十分である」を「5」、「不足している」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	十分である	おおよそ十分である	どちらともいえない	やや不足している	不足している
1) 医療機関の連携数	5	4	3	2	1
2) 医療機関の連携内容	5	4	3	2	1
3) 居宅介護支援事業所との連携数	5	4	3	2	1
4) 居宅介護支援事業所との連携内容	5	4	3	2	1

⑦-1 「不足している」と感じる理由をお答えください。

⑧在宅がん医療総合診療料のように貴施設が一括して算定し、訪問看護ステーション等に点数配分する必要がある場合、どのように行っていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. あらかじめ、自院と訪問看護ステーションとで相談して点数配分を決めている
2. 都度、自院と訪問看護ステーションで訪問回数等に応じて相談して決めている
3. 自院が決めた基準の点数配分をしている
4. 訪問看護ステーションが決めた基準の点数配分をしている
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）



⑬-1 平成24年4月～9月の半年間における患者数の実績についてお答えください。

1) 貴施設が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貴施設が継続して関与していた患者数	2) 1)のうち、他の医療機関から退院した患者数	3) 2)のうち、貴施設で再び在宅医療を提供した患者数
( )人	( )人	( )人

⑭他の医療機関等との連携による効果についてお伺いします。  
 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 患者の在宅医療への移行がスムーズになった	5	4	3	2	1
2) 在宅医療を提供できる患者数が増えた	5	4	3	2	1
3) 在宅医療で対応できる疾患が増えた	5	4	3	2	1
4) 24時間体制の負担が軽減された	5	4	3	2	1
5) 緊急時の対応がより可能となった	5	4	3	2	1
6) その他 ( )	5	4	3	2	1

⑮他の医療機関との連携における課題がございましたら、ご自由にお書きください。

5. 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付についてお伺いします。

①平成23年9月と平成24年9月の各1か月間における「特別訪問看護指示書」を交付した人数を患者の状態別、医療保険と介護保険別についてお答えください。

	平成23年9月		平成24年9月	
	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
1) 特別訪問看護指示書を交付した人数	( )人	( )人	( )人	( )人
2) 上記1)のうち、「急性増悪」	( )人	( )人	( )人	( )人
3) 上記1)のうち、「非がんの終末期」	( )人	( )人	( )人	( )人
4) 上記1)のうち、「退院直後」	( )人	( )人	( )人	( )人
5) 上記1)のうち「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」	( )人	( )人	( )人	( )人

②平成24年9月1か月間に下記指示料を算定した患者数についてお答えください。

1) 介護職員等喀痰吸引等指示料	( )人
2) 精神科訪問看護指示料	( )人
3) 訪問看護指示料	( )人
4) 上記3)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	( )人





7. 在宅医療に関する今後の課題等がございましたら、お書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

患者ID

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)  
**在宅医療に関するアンケート調査 調査票**

※この調査票は、在宅で静養されている方に、在宅医療の状況やお考えについておうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

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

- |                     |
|---------------------|
| 1. 患者ご本人もしくは家族の方の代筆 |
| 2. 本人以外のご家族 (具体的に ) |
| 3. その他 (具体的に )      |

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性      2. 女性	② 年齢	(      ) 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる      2. いない		
④ お住まいの状況 ※○は1つだけ	1. 一戸建て 2. 集合住宅 (マンション・アパート等) 3. サービス付き高齢者向け住宅 4. 有料老人ホーム 5. 介護老人福祉施設 6. その他 (具体的に )		
⑤ 要介護度 ※○は1つだけ	1. なし (非該当・未申請) 4. 要介護1 7. 要介護4	2. 要支援1 5. 要介護2 8. 要介護5	3. 要支援2 6. 要介護3 9. 申請中
⑥ 訪問看護の利用頻度 ※○は1つだけ	0. 訪問看護を利用していない 1. 毎日      2. 1週間に4回以上 3. 1週間に2、3回      4. 1週間に1回 5. 1か月に2、3回      6. 1か月に1回 7. 決まっていない      8. わからない・わすれた 9. その他 (具体的に )		
⑦ 利用している医療・介護サービス (平成 24 年 9 月) ※○はいくつでも	1. 歯科の訪問診療      2. 薬剤師の訪問 3. 訪問リハビリテーション      4. 訪問介護 5. 訪問入浴介護      6. 通所介護 7. 通所リハビリテーション      8. デイケア 9. ショートステイ      10. 福祉用具貸与 11. その他 (具体的に )		

2. 病院から退院するときのことについておうかがいします。

① 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ことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある	2. ない→3ページ3. ①へ	3. わからない・わすれた→3ページ3. ①へ
-------	-----------------	-------------------------

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説明を受けましたか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑤へ	3. わからない・わすれた→質問⑤へ
-------	-------------	--------------------

③退院後の医療や介護サービスなどについての説明はいつ受けましたか。 ※〇はいくつでも

1. 入院前	2. 入院してすぐ	3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く	5. わからない	6. その他（具体的に )

④ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は誰からされましたか。 ※〇はいくつでも

1. 医師	2. 看護師	3. 社会福祉士	4. 事務職員
5. 訪問診療の医師	6. その他（具体的に )		

⑤ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は、どのタイミングでお聞きになりたいですか。 ※〇は1つだけ

1. 入院前	2. 入院してすぐ	3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く	5. わからない	6. その他（具体的に )

⑥ 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスなどについて説明があることをどのように思いますか。 ※〇は1つだけ

1. とてもよい	2. よい	3. どちらでもない
4. あまりよくない	5. まったくよくない	

⑦ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介はありましたか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑨へ	3. わからない・わすれた→質問⑨へ
-------	-------------	--------------------

⑧ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介があったことに満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	5. わからない・どちらでもない
3. すこし不満	4. とても不満	

⑨ 退院してから医師が初めて訪問診療をしてくれたのはいつですか。 ※〇は1つだけ

1. 退院当日	2. 退院翌日	3. 退院後1週間以内
4. 退院後1週間以上	5. わからない・わすれた	
6. その他（具体的に )		

⑩ 退院から訪問診療を開始するまでの期間について満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	5. わからない・どちらでもない
3. すこし不満	4. とても不満	

3. **【すべての方におうかがいします】** 医師の訪問診療についておうかがいします。

① 訪問診療（往診）の利用を始めた時期はいつですか。

平成（        ）年        （        ）月頃から
-------------------------------------

② 医師はどのくらいの頻度で自宅に来てくれますか。 ※〇は1つだけ

1. 1週間に2、3度	2. 1週間に1度	3. 1か月に2、3度
4. 1か月に1度	5. 2～3か月に1度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に	）

③ 夜間や緊急時の連絡方法について医師から知らされていますか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑥へ	3. わからない・わすれた→質問⑥へ
-------	-------------	--------------------

④ 夜間や緊急時に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように医師から言われていますか。 ※〇は1つだけ

1. 訪問診療の医師	2. 緊急時の連絡番号	3. 訪問看護師
4. 介護支援専門員（ケアマネージャー）		5. 救急車（119番）
6. その他（具体的に		）
7. 特に言われたことはない→質問⑥へ		

⑤ 夜間や緊急時の連絡先を医師から知らされていることについてどう思いますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない・どちらでもない

⑥ （すべての方）いつも訪問してくれる医師が、他の病院や診療所などと連携して、夜間や緊急時にも対応できるように体制をととのえていることは、在宅医療を受ける上で安心感を高めると思えますか。 ※〇は1つだけ

1. とてもそう思う	2. どちらかというそう思う
3. どちらかというそう思わない	4. まったくそう思わない

⑥-1 その理由をお書きください。

--

⑦ 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をどう思いますか。

※〇は1つだけ

1. とてもよい	2. よい	
3. あまりよくない	4. まったくよくない	5. わからない・どちらでもない

⑧ あなたは、夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅にきてくれる訪問診療の医師に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 連絡したことがある
- 2. 連絡したことはない（緊急連絡の機会がなかった）
- 3. 連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）
- 4. 連絡したことはない（消防 119（救急車）に連絡したため）
- 5. わからない・わすれた→質問⑨へ

▶⑧-1 訪問医師はどのような対応をしてくれましたか。 ※〇は1つだけ

- 1. 電話で状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた
- 2. 電話で状況を伝えるとすぐ連携先の医師が来てくれた
- 3. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した
- 4. 電話で相談にのってくれ、翌朝に担当の医師が来てくれた
- 5. 連絡したが、医師との連絡がつかなかった
- 6. わからない・わすれた
- 7. その他（具体的に )

⑨ 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についてどのように思いますか。 ※〇は1つだけ

- 1. とても満足
- 2. やや満足
- 3. すこし不満
- 4. とても不満
- 5. わからない・どちらでもない

4. 在宅医療への要望についておうかがいします。

① 病院から在宅へ移行するときに不安だったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

- 0. 不安はなかった
- 1. 医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか
- 2. 看護師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか
- 3. 夜間や緊急時に対応してくれる医師や看護師がいるかどうか
- 4. 体調などで心配なことがあったときに相談できるところがあるかどうか
- 5. 介護してくれる家族などへの負担
- 6. その他（具体的に )

② 在宅医療についてのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。



12) 訪問看護を開始した時期	西暦（        ）年（        ）月頃
13) 在宅医療提供中に肺炎になった経験	1. あり                      2. なし
14) 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験	1. あり                      2. なし
15) (15歳未満の方) NICUの入院経験の有無	1. 入院していた        2. 入院していない
16) (15歳未満の方) 超重症児・準超重症児スコア	1. 超重症児                      2. 準超重症児                      3. その他
17) 機能的自立度評価表（FIM）点数	1. 評価実施→（        ）点 2. 評価していない・不明
18) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	1. J    2. A    3. B    4. C
19) 認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立                      1. I                      2. II 3. III                      4. IV                      5. M
20) 精神疾患の有無	1. あり                      2. なし
21) 障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳（        ）級 2. 療育手帳（        ）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（        ）級 4. 申請中                      5. 手帳なし                      6. わからない
22) 褥瘡の状態（NPUAP分類） ※○は1つ	0. なし                      1. I                      2. II 3. III                      4. IV                      5. 判定不能
23) 褥瘡の状態（DESIGN）：深さ ※○は1つ	0. d0                      1. d1                      2. d2 3. D3                      4. D4                      5. D5 6. U
24) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）	1. あり                      2. なし
25) 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）	1. あり                      2. なし
26) ターミナルかどうか（医師が余命6か月以内と判断）	1. ターミナル 2. ターミナルでない

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 24 年度調査）  
訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査  
報告書（案）について

(右下頁)

・ 報告書（案）	2 頁
・ 訪問看護ステーション票	2 2 6 頁
・ 保険医療機関票	2 3 8 頁
・ 精神科訪問看護票	2 4 6 頁
・ 利用者票	2 5 0 頁
・ 利用者票（施設・事業所記入分）	2 5 4 頁



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）

訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての

影響調査 報告書（案）

## 目 次

1. 目的 .....	1
2. 調査対象 .....	1
3. 調査方法 .....	2
4. 結果概要 .....	6
(1) 回収の状況 .....	6
(2) 訪問看護ステーション調査、保険医療機関調査、精神科訪問看護（病院）調査の概要 ..	7
① 事業所の概要（訪問看護ステーション調査） .....	8
② 事業所の利用者数及び訪問回数 .....	42
③ 平成 24 年 4 月～9 月のターミナルケア療養費算定利用者について .....	74
④ 入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護 .....	78
⑤ 夜間や緊急時の対応 .....	90
⑥ 専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問 .....	95
⑦ 精神科訪問看護 .....	108
⑧ 医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況 .....	134
⑨ 事業所の収支 .....	142
⑩ 訪問看護を続けていく上での課題等（自由記述形式） .....	149
(3) 利用者調査の概要 .....	153
① 利用者の属性・病状等（施設・事業所記入分） .....	154
② 利用者の状況（利用者記入分） .....	187
③ 訪問看護の利用状況 .....	193

## 1. 目的

平成24年度診療報酬改定においては、在宅で医療ニーズの高い患者が増加していること等から、訪問看護について、対象拡大等の要件の緩和、早朝、夜間、深夜の訪問に対する評価、看護補助者との同行訪問に係る評価、専門性の高い看護師による同一日の訪問看護の評価、精神科訪問看護に対する評価体系の見直し等を行い、さらなる訪問看護の充実を図ることを目的とした各種の評価を行った。

本調査は、これらを踏まえ、訪問看護の実施状況や、介護保険との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等について把握し、当該診療報酬の改定の効果・影響を検証することを目的として実施した。

## 2. 調査対象

本調査では、「訪問看護ステーション調査」「保険医療機関調査」「精神科訪問看護（病院）調査」「利用者調査」の4つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- ①訪問看護ステーション調査：全国の訪問看護ステーションから無作為抽出した 1,500 事業所及び日本精神科看護技術協会の会員で精神科訪問看護を実施している 182 事業所の合計 1,682 事業所を対象とした。
  - ②保険医療機関調査：全国の訪問看護を実施している保険医療機関から無作為抽出した 700 施設。
  - ③精神科訪問看護（病院）調査：精神科訪問看護・指導料を算定しており、かつ精神病棟入院基本料を算定している全国の病院から無作為抽出した 300 施設。
  - ④利用者調査：
    - 1) 訪問看護ステーション及び保険医療機関の利用者
      - ・上記、「①訪問看護ステーション調査」及び「②保険医療機関調査」の対象施設・事業所の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人を対象とした。
      - ・1施設・事業所につき4名を本調査の対象とした。4名の内訳は、「15歳未満」の利用者、「精神疾患」のある利用者、「11月1か月間に13日以上訪問」した利用者、「末期のがん」の利用者から1名ずつとした（該当者がいない場合は、その他も合わせて4名までとした）。客体数は9,528人（4名×2,382施設=9,528名）となった。
    - 2) 精神科訪問看護（病院）の利用者
      - ・上記、「③精神科訪問看護（病院）調査」の対象施設の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人を対象とした。
      - ・1施設につき2名を本調査の対象とした。2名の内訳は、「退院後3か月未満」の利用者1名、「退院後3か月以上」の利用者1名とした。客体数は600人（2×300=600人）となった。
- ※上記 1) と 2) の合計で、10,128 人を配付対象とした。

### 3. 調査方法

- ・「訪問看護ステーション調査」「保険医療機関調査」「精神科訪問看護（病院）調査」は、自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・「利用者調査」については、訪問看護の利用状況や意識等を利用者自身に対して尋ねる「利用者調査（利用者記入分）」と、病状や受けている訪問看護の内容等を訪問看護を提供している施設・事業所に対して尋ねる「利用者調査（施設・事業所記入分）」の2種類の調査票を配布した。
- ・「利用者調査（利用者記入分）」と「利用者調査（施設・事業所記入分）」には、共通のIDを付与し、「利用者調査（利用者記入分）」を配付した利用者に対して、同一IDの「利用者調査（施設・事業所記入分）」に施設・事業所が回答するように依頼した。
- ・「利用者票（利用者記入分）」の回収は、各利用者から、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。
- ・調査実施時期は平成24年11月20日～平成25年1月21日。

#### 4. 調査項目

区分	主な調査項目
(1) 訪問看護ステーション調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業所概要               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、併設施設・事業所、訪問看護開始時期、サテライトの有無、24時間対応体制等</li> <li>・ 職員数（看護師、リハビリ職、精神保健福祉士、看護補助者 等）</li> <li>・ 職員の異動、専門看護師等の有無、管理者の勤続年数等</li> </ul> </li> <li>○利用者数、訪問回数               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者数、訪問回数</li> <li>・ 状態・状況別利用者数（厚生労働省の定める疾病、サービス付き高齢者向け住宅、新規利用、年齢別、超重症児等、要介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、褥瘡、長時間の利用、頻回、特別管理加算、たんの吸引、特別訪問看護指示書、ターミナル）</li> </ul> </li> <li>○入院中・退院直後の訪問看護の実施状況               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中の外泊日の訪問看護</li> <li>・ 退院後訪問看護の利用者（30日以内の再入院、特別訪問看護指示書、1週間に4日以上訪問 等）</li> </ul> </li> <li>○夜間や緊急時の対応               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早朝、夜間、深夜の計画的な訪問看護</li> <li>・ 緊急訪問の実施回数、緊急訪問の指示を受けた医療機関 等</li> </ul> </li> <li>○専門性の高い看護師や複数名の看護職員等による訪問               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門性の高い看護師の訪問（緩和ケア、褥瘡）の実績、効果、訪問しない理由 等</li> <li>・ 複数名訪問看護の実績、目的、効果</li> </ul> </li> <li>○精神科訪問看護               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 届出の状況、精神科訪問看護の開始時期、要件、職員の職種</li> <li>・ 疾患別・年齢別・手帳の級別利用者数、通院状況、家族への訪問</li> <li>・ 算定している基本療養費の種類、長時間加算の状況、複数名の職員による訪問の状況、夜間・早朝訪問看護加算の算定状況、精神科緊急訪問看護加算の状況、特別訪問看護指示書の交付状況、頻回訪問</li> </ul> </li> <li>○医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 複数の訪問看護ステーションからの訪問看護の実施状況、理由 等</li> <li>・ 医療機関との協力関係、情報伝達手段、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者の有無 等</li> <li>・ 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連絡 等</li> </ul> </li> <li>○収支</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経営管理の実施、収支の報酬改定前との比較・その理由 等</li> </ul>
(2) 保険医療機関調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、施設種別、病床数、併設施設・事業所 等</li> </ul> </li> <li>○訪問看護の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護開始時期</li> <li>・ 職員数（看護師、看護補助者 等）、職員の異動、専門の研修を受けた職員</li> <li>・ 利用者数、訪問回数</li> <li>・ 状態・状況別利用者数（厚生労働省の定める疾病、サービス付き高齢者向け住宅、新規利用、年齢別、超重症児等、要介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、褥瘡、長時間の利用、頻回、在宅移行管理加算、たんの吸引、ターミナル）</li> </ul> </li> <li>○入院中・退院直後の訪問看護の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中の外泊日の訪問看護</li> <li>・ 退院後訪問看護の利用者（30 日以内の再入院、特別訪問看護指示書、1 週間に 4 日以上訪問 等）</li> </ul> </li> <li>○夜間や緊急時の対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早朝、夜間、深夜の計画的な訪問看護</li> <li>・ 緊急訪問の実施回数、緊急訪問の指示を受けた医療機関 等</li> </ul> </li> <li>○専門性の高い看護師や複数名の看護職員等による訪問 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門性の高い看護師の訪問（緩和ケア、褥瘡）の実績、効果、訪問しない理由 等</li> <li>・ 複数名訪問看護の実績、目的、効果</li> </ul> </li> <li>○居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連絡 等</li> </ul> </li> </ul>
(3) 精神科訪問看護（病院）調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、施設種別、病床数、併設施設・事業所 等</li> </ul> </li> <li>○訪問看護の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科訪問看護開始時期</li> <li>・ 職員数（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、看護補助者 等）</li> <li>・ 職員の異動、管理者の勤続年数等</li> </ul> </li> <li>○精神科訪問看護以外の訪問看護の利用者数、訪問回数 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者数、訪問回数</li> <li>・ サービス付き高齢者向け住宅</li> </ul> </li> <li>○精神科訪問看護 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規の利用者数</li> <li>・ 疾患別・年齢別・手帳の級別利用者数、通院状況、家族への訪問</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 算定している基本療養費の種類、長時間加算の状況、複数名の職員による訪問の状況、夜間・早朝訪問看護加算の算定状況、精神科緊急訪問看護加算の状況、特別訪問看護指示書の交付状況、頻回訪問</li> </ul> <p>○入院中・退院直後の訪問看護の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中の外泊日の訪問看護</li> <li>・ 退院後訪問看護の利用者（再入院、1週間に4日以上訪問 等）</li> </ul>
(4) 利用者調査	<p>○利用者記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年齢・性別、同居家族、住まいの状況</li> <li>・ 要介護度、利用している医療、介護サービス、訪問診療の頻度</li> <li>・ 訪問看護の開始時期、利用事業所数、事業所の見つけ方</li> <li>・ 外泊時の状況、退院後の利用状況・評価、訪問看護の利用頻度・評価、訪問人数、対応の評価、早朝・夜間・深夜の訪問看護</li> <li>・ 急変時の対応指示、訪問看護の緊急時の連絡・対応</li> <li>・ 訪問看護への要望在宅医療の評価</li> </ul> <p>○施設記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年齢・性別、在宅移行前の入院・入所場所、NICU への入院有無</li> <li>・ 超重症児・準超重症児スコア、要介護度、認知症・障害の状況</li> <li>・ 病名、状態、褥瘡の状態</li> <li>・ ケアの内容、訪問看護開始時期、訪問看護の種別・加算の状況、訪問日数、特別訪問看護指示書の交付の有無</li> </ul>

## 5. 結果概要

### (1) 回収の状況

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訪問看護ステーション調査					
事業所数	1,682	723	43.0%	702	41.7%
②保険医療機関調査					
施設数	700	230	32.9%	105	15.0%
③精神科訪問看護(病院)調査					
施設数	300	92	30.7%	87	29.0%
④利用者調査					
利用者調査(施設・事業所記入分)	10,128 (①、②に 各 4 通、 ③に各 2 通同封し て送付)	2,053	20.3%		
利用者調査(利用者記入分)		1,989	19.6%		
うち、両調査が回収でき、対象が一致したもの				1,467	14.5%

※保険医療機関調査及び精神科訪問看護(病院)調査では、訪問看護の実施状況について質問を設けており、医療保険の訪問看護を実施していない、という回答だった場合は、有効回収数に含めていない。



## (2) 訪問看護ステーション調査、保険医療機関調査、精神科訪問看護（病院）調査の概要

### 【調査対象等】

#### <訪問看護ステーション調査>

調査対象：全国の訪問看護ステーションから無作為抽出した 1,500 事業所及び日本精神科看護技術協会の会員で精神科訪問看護を実施している 182 事業所の合計 1,682 事業所を対象とした。

回答数：702 事業所

回答者：訪問看護ステーションの開設者・管理者

#### <保険医療機関調査>

調査対象：全国の訪問看護を実施している保険医療機関から無作為抽出した 700 施設を対象とした。

回答数：105 施設

回答者：訪問看護部門の責任者

#### <精神科訪問看護（病院）調査>

調査対象：精神科訪問看護・指導料の届出があり、かつ精神病棟入院基本料を算定している全国の病院から無作為抽出した 300 施設を対象とした。

回答数：87 施設

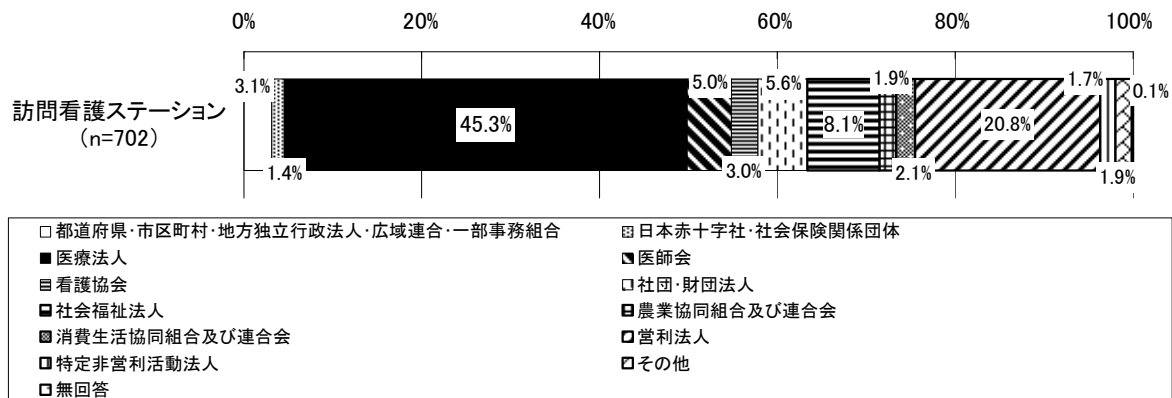
回答者：精神科訪問看護部門の責任者

## ① 事業所・施設の概要

### 1) 開設者

「訪問看護ステーション調査」において有効回答が得られた 702 事業所の開設者をみると、「医療法人」(45.3%) が最も多く、次いで「営利法人」(20.8%)、「社会福祉法人」(8.1%) であった。

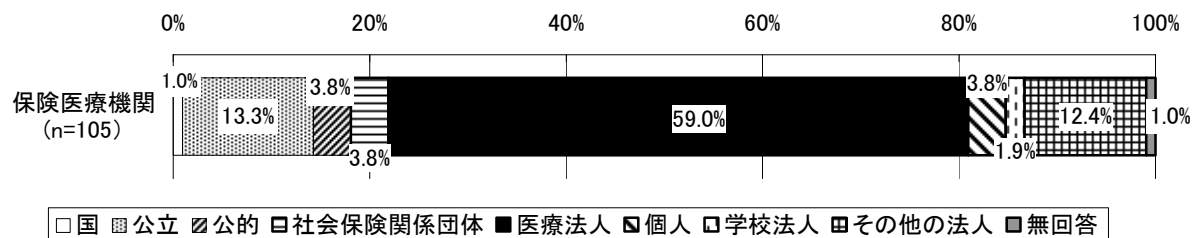
図表 2 開設者【訪問看護ステーション】



※「その他」の内容としては、「社会医療法人」(4件)、「医療生活協同組合」(2件)が挙げられた。

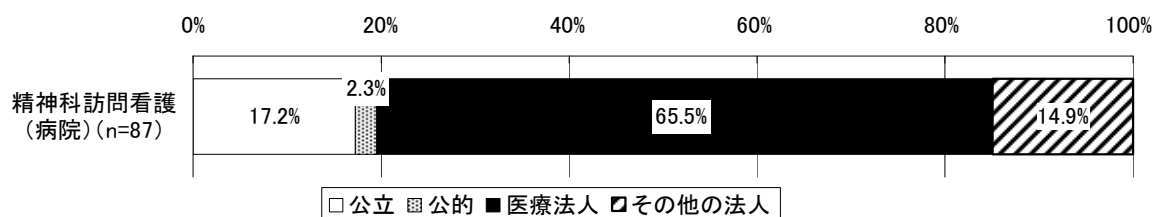
「保険医療機関調査」において有効回答が得られた 105 施設の開設者をみると、「医療法人」(59.0%) が最も多く、次いで「公立」(13.3%)、「その他の法人」(12.4%) であった。

図表 3 開設者【保険医療機関】



「精神科訪問看護(病院)調査」において有効回答が得られた 87 施設の開設者をみると、「医療法人」(65.5%) が最も多く、次いで「公立」(17.2%)、「その他の法人」(14.9%) であった。

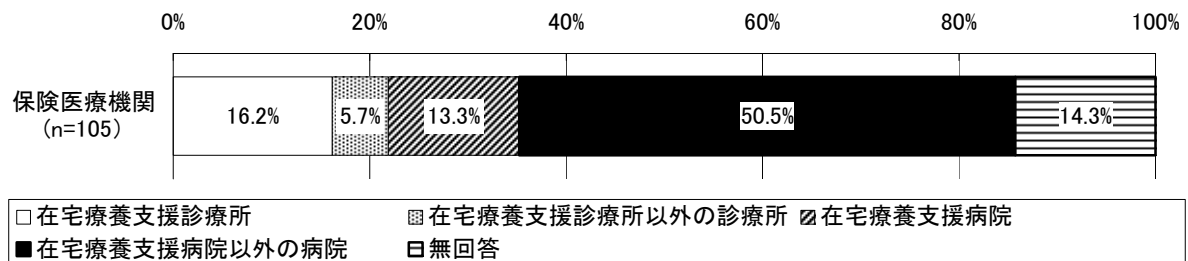
図表 4 開設者【精神科訪問看護(病院)】



## 2) 施設種別

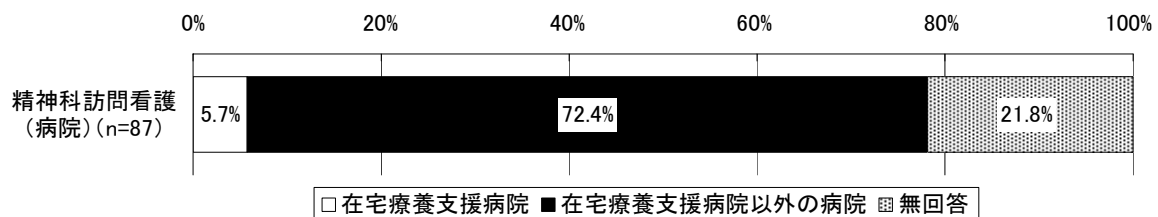
「保険医療機関」の施設種別は、「在宅療養支援病院以外の病院」が50.5%で最も多く、次いで「在宅療養支援診療所」(16.2%)、「在宅療養支援病院」(13.3%)であった、

図表 5 施設種別【保険医療機関】



「精神科訪問看護（病院）」の施設種別は、「在宅療養支援病院以外の病院」が72.4%を占めた。

図表 6 施設種別【精神科訪問看護（病院）】

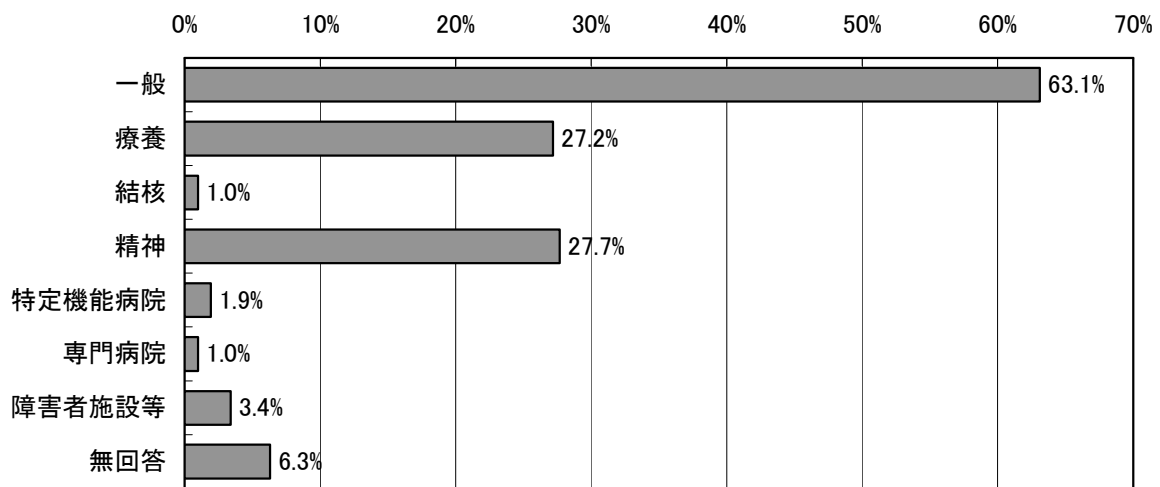


a (病院について) 入院基本料

「訪問看護ステーション」で、同一敷地内に併設病院を有する 206 事業所について、併設病院の入院基本料は、「一般」が 63.1%で最も多く、次いで「精神」(27.7%)、「療養」(27.2%)であった。

組み合わせでみると、「一般のみ」が 40.8%で最も多く、次いで「精神のみ」(21.4%)、「一般と療養」(18.9%)であった。

図表 7 <同一敷地内に併設病院がある場合>併設病院の入院基本料  
【訪問看護ステーション】(複数回答)(n=206)



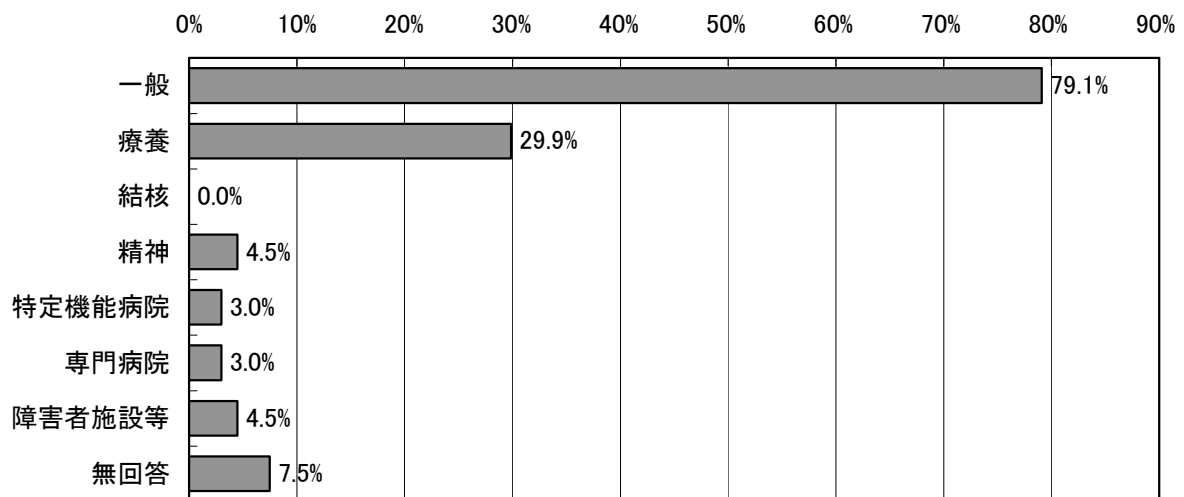
図表 8 <同一敷地内に併設病院がある場合>併設病院の入院基本料(「一般」「療養」「精神」)  
の組み合わせ【訪問看護ステーション】

組み合わせ	事業所数	割合
一般のみ	84	40.8%
療養のみ	8	3.9%
精神のみ	44	21.4%
一般と療養と精神	3	1.5%
一般と療養	39	18.9%
一般と精神	4	1.9%
療養と精神	6	2.9%
一般、療養、精神なし	5	2.4%
無回答	18	8.7%
全体	206	100.0%

「保険医療機関」のうち「病院」である 67 施設について、入院基本料をみると、「一般」が 79.1% で最も多く、次いで「療養」(29.9%) であった。

組み合わせでみると、「一般のみ」が 53.7% で最も多く、次いで「一般と療養」(23.9%) であった。

図表 9 <病院の場合>入院基本料【保険医療機関】(複数回答)(n=67)

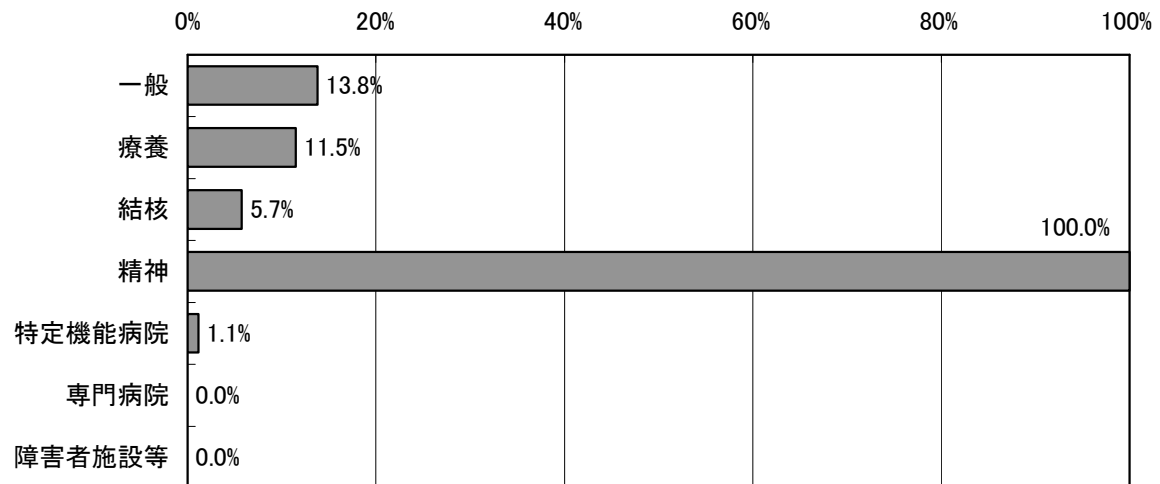


図表 10 (病院の場合) 入院基本料(「一般」「療養」「精神」)の組み合わせ【保険医療機関】

	病院数	割合
一般のみ	36	53.7%
療養のみ	3	4.5%
精神のみ	1	1.5%
一般と療養と精神	0	0.0%
一般と療養	16	23.9%
一般と精神	1	1.5%
療養と精神	1	1.5%
一般、療養、精神なし	4	6.0%
無回答	5	7.5%
全体	67	100.0%

「精神科訪問看護（病院）」の入院基本料は、「精神」は本調査の対象条件であり、全ての施設で該当した。他は、「一般」が13.8%、「療養」が11.5%であった。

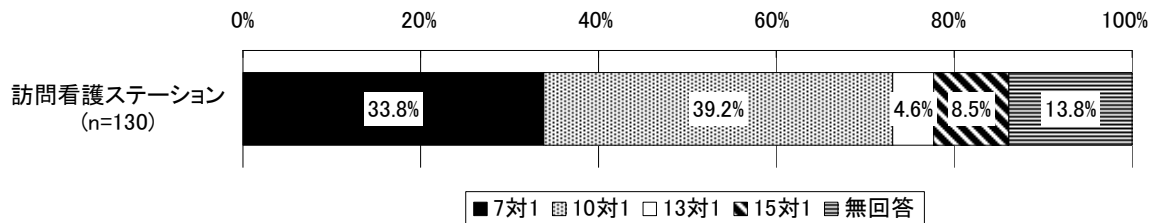
図表 11 入院基本料【精神科訪問看護（病院）】（複数回答）（n=87）



b (一般病棟について) 看護区分

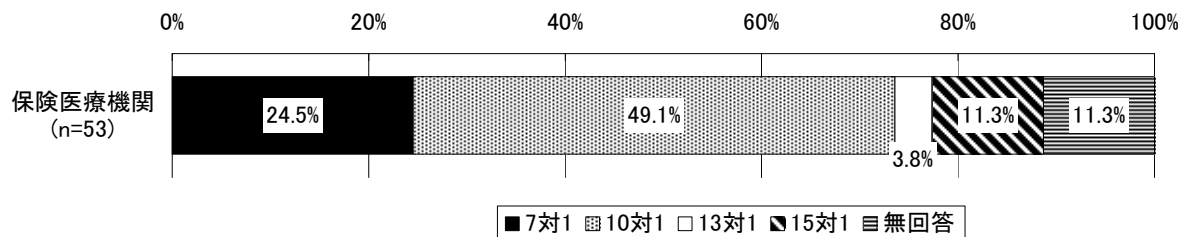
「訪問看護ステーション」のうち併設病院に一般病棟がある 130 事業所について、当該病院の一般病棟の看護区分をみたところ、「10 対 1」が 39.2%で最も多く、次いで「7 対 1」(33.8%)、「15 対 1」(8.5%)であった。

図表 12 <併設病院に一般病棟がある場合>一般病棟の看護区分【訪問看護ステーション】



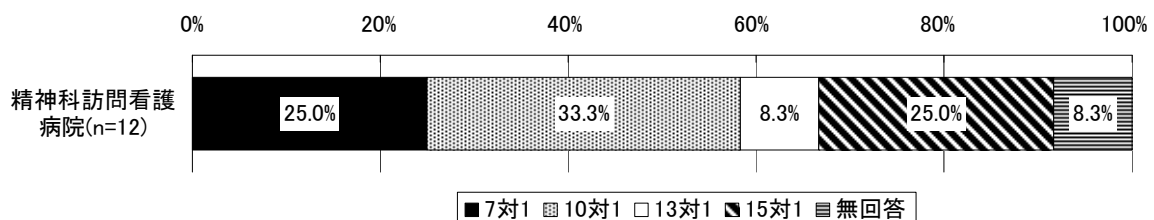
「保険医療機関」のうち一般病棟を有する 53 施設について、一般病棟の看護区分をみたところ、「10 対 1」が 49.1%で最も多く、次いで「7 対 1」(24.5%)、「15 対 1」(11.3%)であった。

図表 13 <病院で、一般病棟がある場合>一般病棟の看護区分【保険医療機関】



「精神科訪問看護 (病院)」のうち一般病棟を有する 12 施設について、一般病棟の看護区分をみたところ、「10 対 1」が 33.3%で最も多く、次いで「7 対 1」、「15 対 1」(それぞれ 25.0%)であった。

図表 14 <一般病棟がある場合>一般病棟の看護区分【精神科訪問看護 (病院)】

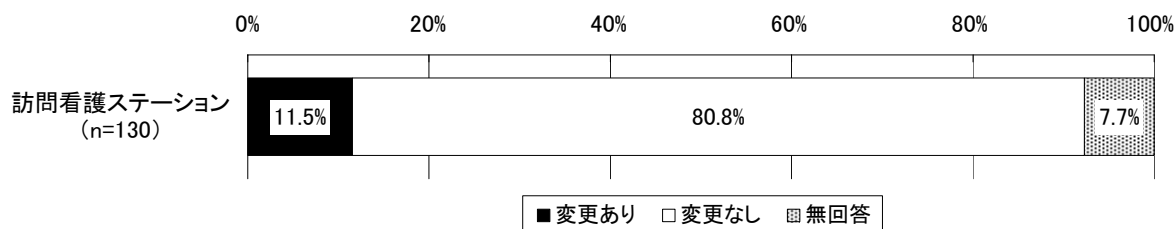


c (一般病棟がある場合) 一般病棟の看護区分の変更

「訪問看護ステーション」のうち一般病棟を有する併設病院があった 130 事業所について、併設病院の一般病棟の看護区分の変更の有無をみると、「変更なし」が 80.8%を占め、「変更あり」は 11.5% (15 件) だった。

変更があった場合の看護区分についてみると、看護区分が下がった病院が 7 件、上がった病院が 6 件であった。

図表 15 <併設病院に一般病棟がある場合>一般病棟の看護区分の変更の有無  
【訪問看護ステーション】



図表 16 過去 1 年以内の看護区分の変更があった場合：変更後の看護区分別、  
変更前の看護区分【訪問看護ステーション】

		合計	変更前の看護区分			
			7 対 1	10 対 1	13 対 1	15 対 1
全体		15 100.0%	4 26.7%	6 40.0%	5 33.3%	0 0.0%
一般病棟の看護区分(現在)	7 対 1	3 100.0%	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	10 対 1	7 100.0%	4 57.1%	0 0.0%	3 42.9%	0 0.0%
	13 対 1	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	15 対 1	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
	無回答	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%

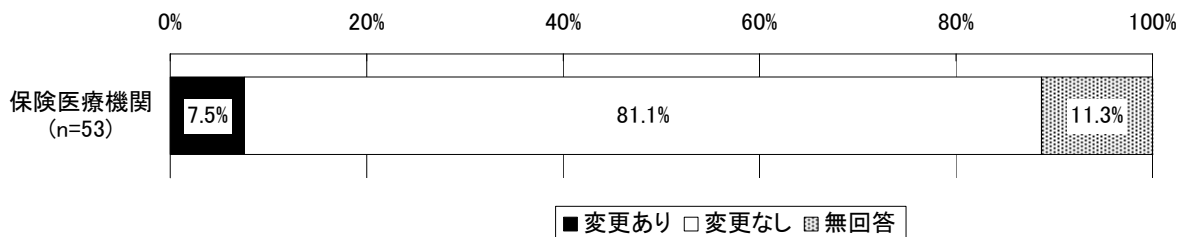
↑：看護区分が上がった病院。 ↓：看護区分が下がった病院



「保険医療機関」のうち一般病棟を有する病院 53 施設について、一般病棟の看護区分の変更の有無についてみると、「変更なし」が 81.1%、「変更あり」が 7.5%（4 件）だった。

変更があった場合の看護区分についてみると、看護区分が下がった病院が 1 件、上がった病院が 2 件であった。

図表 17 <一般病棟を有する病院の場合>一般病棟の看護区分の変更の有無【保険医療機関】



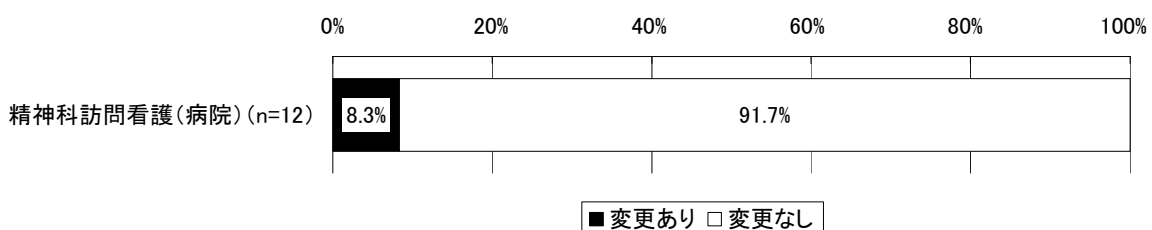
図表 18 <看護区分の変更があった場合のみ>一般病棟の看護区分別 変更前看護区分【保険医療機関】

	合計	変更前看護区分					
		7 対 1	10 対 1	13 対 1	15 対 1	無回答	
全体	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 16.7%	
一般病棟の看護区分(現在)	7 対 1	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	10 対 1	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
	13 対 1	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
	15 対 1	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0

↑：看護区分が上がった病院。 ↓：看護区分が下がった病院

「精神科訪問看護（病院）」のうち一般病棟を有する 12 施設では、看護区分の「変更あり」は 8.3%（1 件）であった。

図表 19 <一般病棟がある場合>一般病棟の看護区分の変更の有無【精神科訪問看護（病院）】



※「変更あり」は 1 か所で、変更前は 10 対 1 で、現在は 7 対 1 に看護区分を上げていた。

### 3) 病床数

「保険医療機関」における1施設あたりの病床数は平均162.2（標準偏差179.0、中央値111.0）床であった。

図表 20 1施設あたり 病床数【保険医療機関】(n=93)

単位：床

	平均値	標準偏差	中央値
全病床	162.2	179.0	111.0
一般病床	117.5	165.9	52.0
療養病床	26.5	37.4	6.0
精神病床	11.3	50.4	0.0

「精神科訪問看護（病院）」における1施設あたりの病床数は平均273.3（標準偏差144.3、中央値225.5）床であった。

図表 21 1施設あたり 病床数【精神科訪問看護（病院）】(n=84)

単位：床

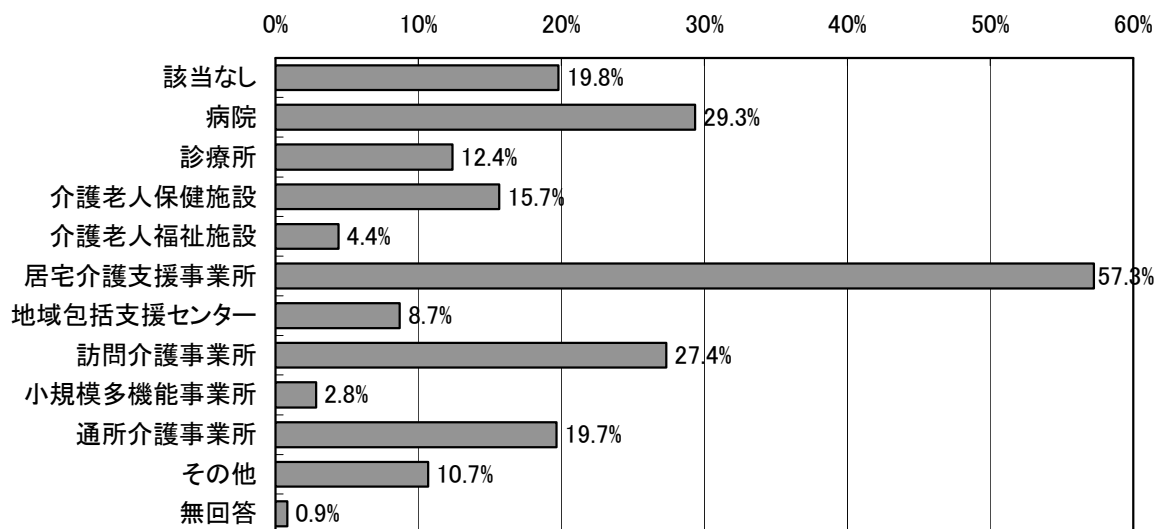
	平均値	標準偏差	中央値
全病床	273.3	144.3	225.5
一般病床	33.7	107.3	0.0
療養病床	16.5	51.2	0.0
精神病床	224.8	118.8	198.0

※病床数の設問について有効な回答の記載があった調査票は84件であった。

#### 4) 同一敷地内の併設施設・事業所の有無

回答事業所・施設の同一敷地内に併設されている施設・事業所の有無についてみると、「訪問看護ステーション」では「居宅介護支援事業所」(57.3%)が最も多く、次いで「病院」(29.3%)、「訪問介護事業所」(27.4%)であった。

図表 22 同一敷地内の併設施設・事業所の有無【訪問看護ステーション】(複数回答)(n=702)



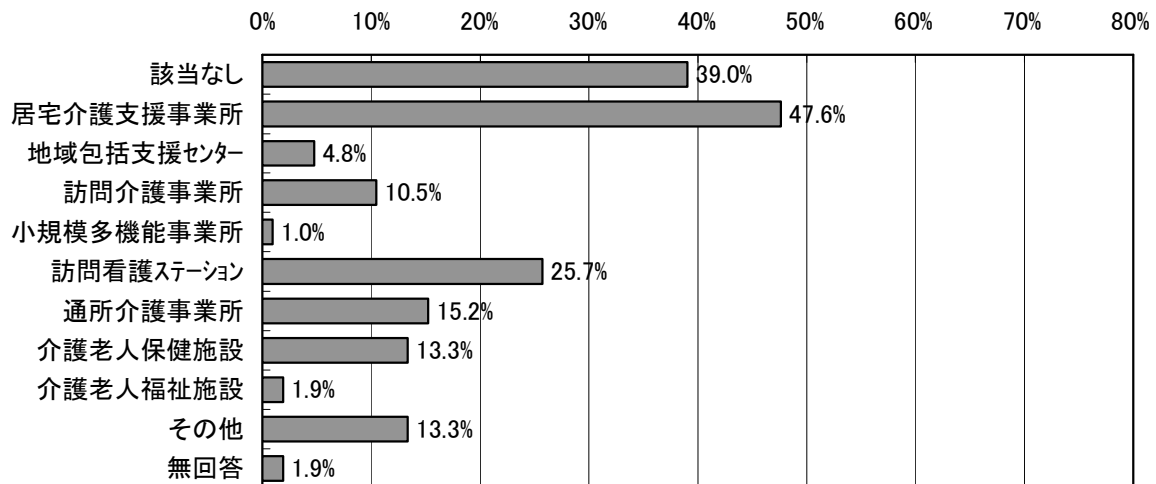
訪問看護ステーションの開設者別に、居宅介護支援事業所の併設状況を見ると、「医師会」では併設率が74.3%で最も高く、次いで「社会福祉法人」(71.9%)であった。

図表 23 開設者別 居宅介護事業所の併設状況

	開設者別 回答件数	居宅介護支援事 業所併設有り	併設率
全体	702	402	57.3%
都道府県・市区町村・地方独立行政法 人・広域連合・一部事務組合	22	10	45.5%
日本赤十字社・社会保険関係団体	10	2	20.0%
医療法人	318	195	61.3%
医師会	35	26	74.3%
看護協会	21	12	57.1%
社団・財団法人	39	24	61.5%
社会福祉法人	57	41	71.9%
農業協同組合及び連合会	13	8	61.5%
消費生活協同組合及び連合会	15	9	60.0%
営利法人	146	59	40.4%
特定非営利活動法人	12	4	33.3%

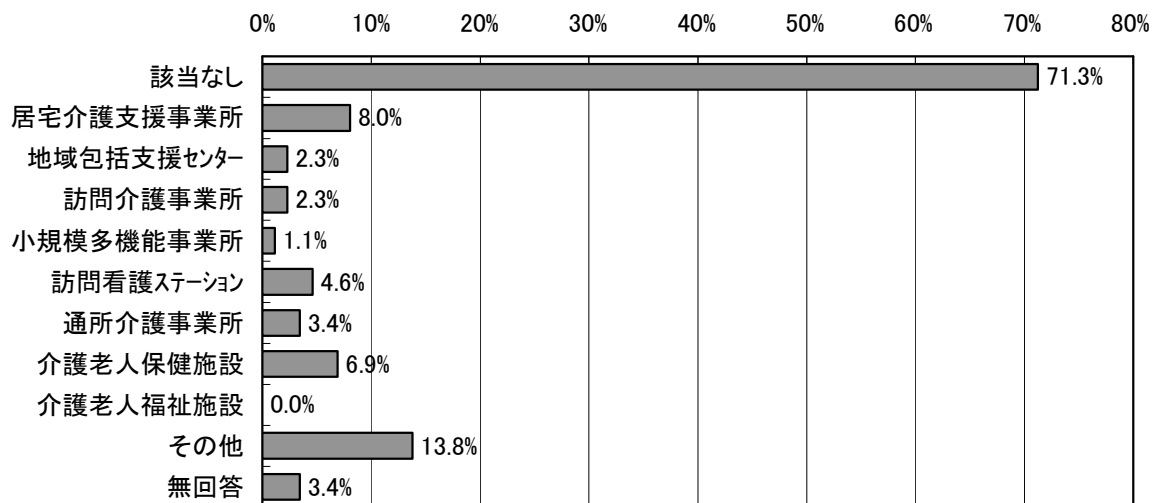
「保険医療機関」では、同一敷地内の併設施設・事業所として「居宅介護支援事業所」(47.6%)が最も多く、次いで、「訪問看護ステーション」(25.7%)であった。

図表 24 同一敷地内の併設施設・事業所【保険医療機関】(複数回答)(n=105)



「精神科訪問看護(病院)」では、「該当なし」が71.3%を占め、併設施設・事業所は少なかった。最も多いのは「居宅介護支援事業所」で8.0%であった。

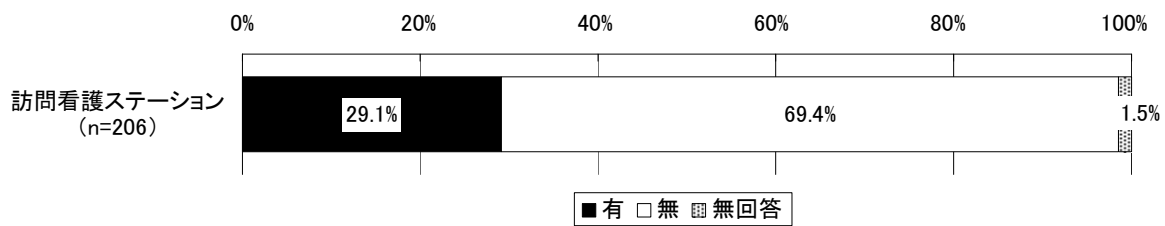
図表 25 同一敷地内の併設施設・事業所【精神科訪問看護(病院)】(複数回答)(n=87)



5) 同一敷地内の併設病院から訪問看護ステーションへの看護職員の異動（平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月）

同一敷地内に併設病院を有する「訪問看護ステーション」206 事業所において、併設病院から訪問看護ステーションへの看護職員の異動の有無を尋ねたところ、「有」が 29.1%、「無」が 69.4%であった。

図表 26 同一敷地内の併設病院から訪問看護ステーションへの看護職員の異動の有無（平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月）【訪問看護ステーション】

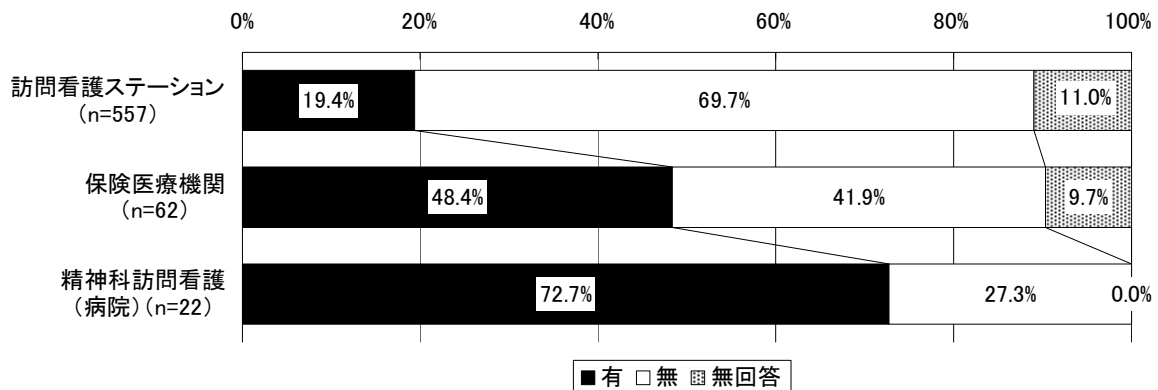


6) 同一敷地内の併設施設・事業所間での人事異動（同一敷地内に併設施設・事業所がある場合）  
同一敷地内に併設する施設・事業所間での人事異動について、「訪問看護ステーション」では「有」が 19.4%、「無」が 69.7%であった。

「保険医療機関」では、「有」が 48.4%、「無」が 41.9%であった。

「精神科訪問看護（病院）」では、「有」が 72.7%、「無」が 27.3%であった。

図表 27 同一敷地内の併設施設・事業所間での人事異動の有無



※訪問看護ステーションの回答数（n=557）は、同一敷地内に併設施設・事業所を有していた 557 件にたずねたためである。他も同様。

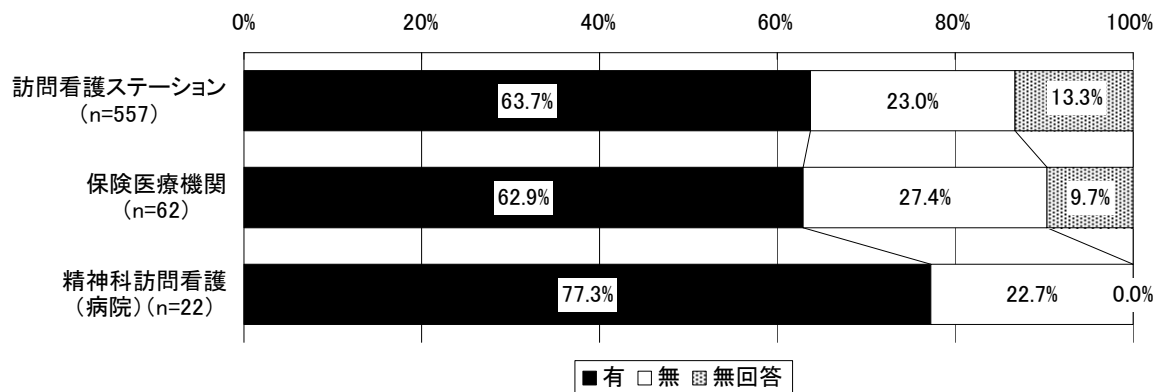
7) 研修共同開催（同一敷地内に併設施設・事業所がある場合）

同一敷地内に併設する施設・事業所との研修共同開催の有無についてみると、「訪問看護ステーション」では、「有」が63.7%、「無」が23.0%であった。

「保険医療機関」では、「有」が62.9%、「無」が27.4%であった。

「精神科訪問看護（病院）」では、「有」が77.3%、「無」が22.7%であった。

図表 28 研修共同開催の有無（同一敷地内に併設施設・事業所がある場合）

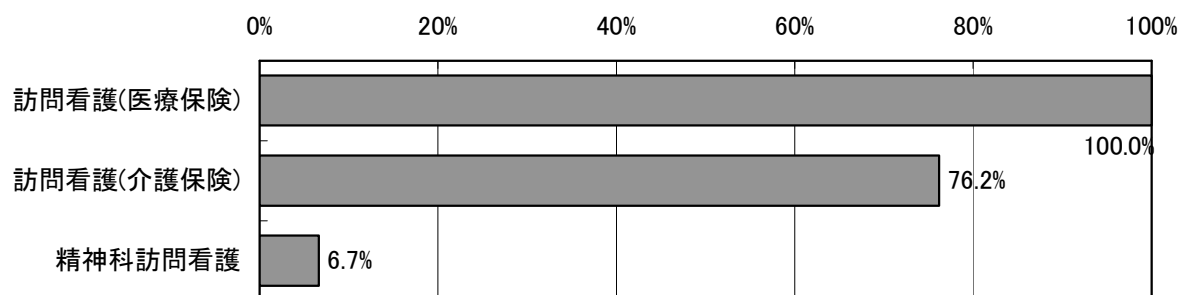


## 8) 訪問看護の実施状況

訪問看護の実施状況についてみると、「保険医療機関」では、「訪問看護（医療保険）」の実施が本調査の対象条件であるため、すべての施設に該当した。

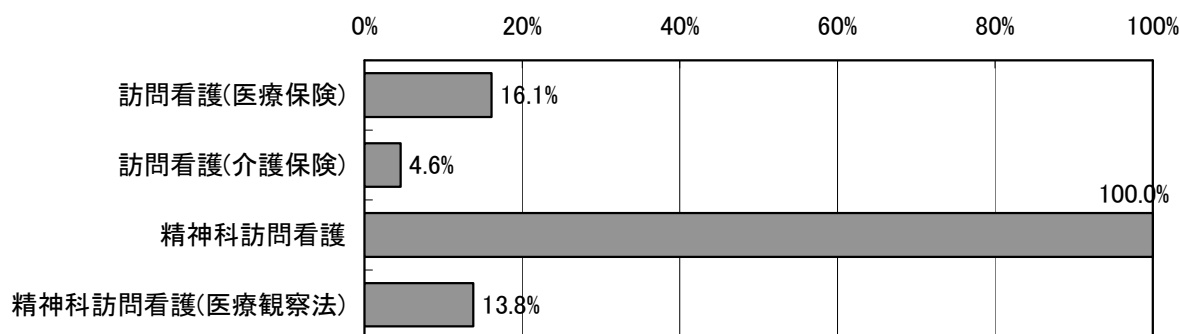
「訪問看護（介護保険）」を実施している施設は 76.2%、「精神科訪問看護」を実施している施設は 6.7%であった。

図表 29 訪問看護の実施状況【保険医療機関】（複数回答）（n=105）



「精神科訪問看護（病院）」では、「精神科訪問看護」の実施が本調査の対象条件であるため、すべての施設に該当した。「訪問看護（医療保険）」を実施している施設は 16.1%、「精神科訪問看護（医療観察法）」を実施している施設は 13.8%であった。

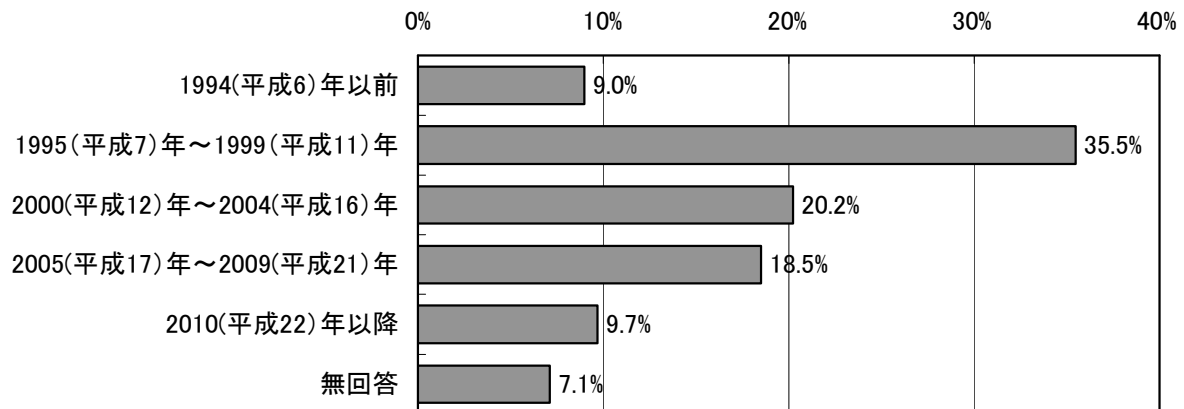
図表 30 訪問看護の実施状況【精神科訪問看護（病院）】（複数回答）（n=87）



### 9) 訪問看護開始時期

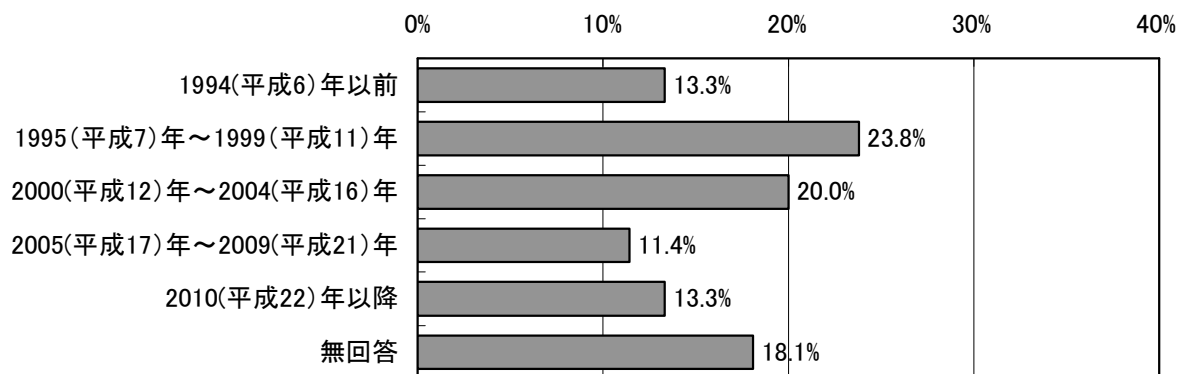
訪問看護を開始した時期についてみると、「訪問看護ステーション」では「1995～1999年」(35.5%)が最も多く、次いで「2000～2004年」(20.2%)、「2005～2009年」(18.5%)であった。

図表 31 訪問看護開始時期【訪問看護ステーション】(n=702)



「保険医療機関」では「1995～1999年」(23.8%)が最も多く、次いで「2000～2004年」(20.0%)、「1994年以前」、「2010年以降」(いずれも13.3%)であった。

図表 32 訪問看護開始時期【保険医療機関】(n=105)

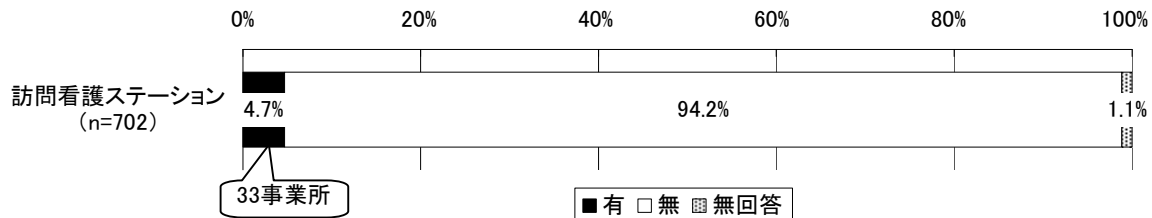




## 10) サテライトの有無

「訪問看護ステーション」におけるサテライトの有無をみると、「有」が4.7%、「無」が94.2%であった。

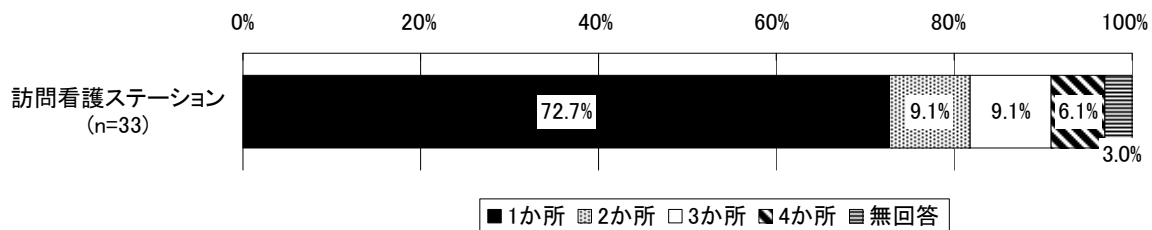
図表 33 サテライトの有無【訪問看護ステーション】



### a サテライトの設置数

サテライトがあると回答した 33 事業所について、サテライトの設置数をみると、「1 か所」(72.7%) が最も多く、次いで「2 か所」、「3 か所」(いずれも 9.1%) であった。

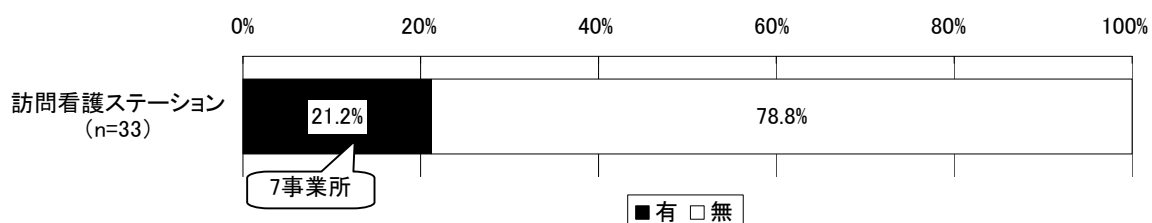
図表 34 サテライトの設置数【訪問看護ステーション】



### b 平成 24 年 4 月～9 月の開設の有無

サテライトがあると回答した 33 事業所について、平成 24 年 4 月～9 月のサテライト開設の有無をみると、「有」が 21.2%、「無」が 78.8%であった。

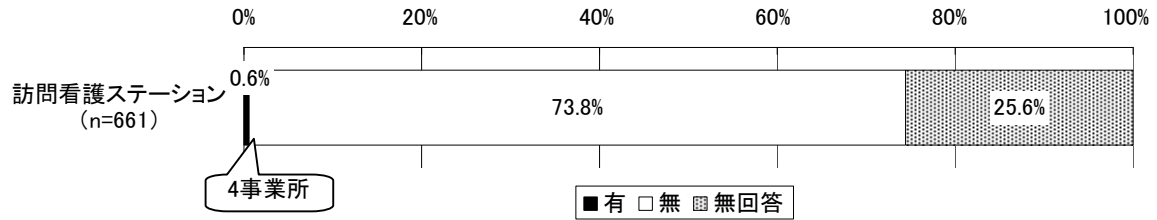
図表 35 平成 24 年 4 月～9 月のサテライトの開設の有無【訪問看護ステーション】



### c 平成 24 年度中のサテライトの設置予定

サテライトがないと回答した 661 事業所について、平成 24 年度中のサテライト設置予定をみると、「無」が 73.8%、「有」は 0.6%であった。

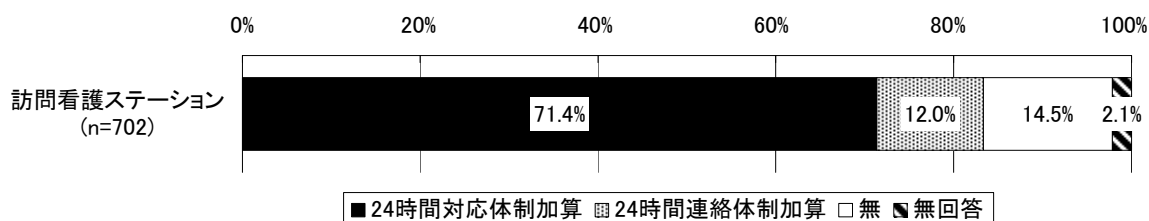
図表 36 平成 24 年度中のサテライトの設置予定【訪問看護ステーション】



11) 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出状況等

「訪問看護ステーション」における「24 時間対応体制加算」及び「24 時間連絡体制加算」の届出の有無についてみると、「24 時間対応体制加算」が 71.4%、「24 時間連絡体制加算」が 12.0%、「(いずれも) 無」が 14.5%であった。

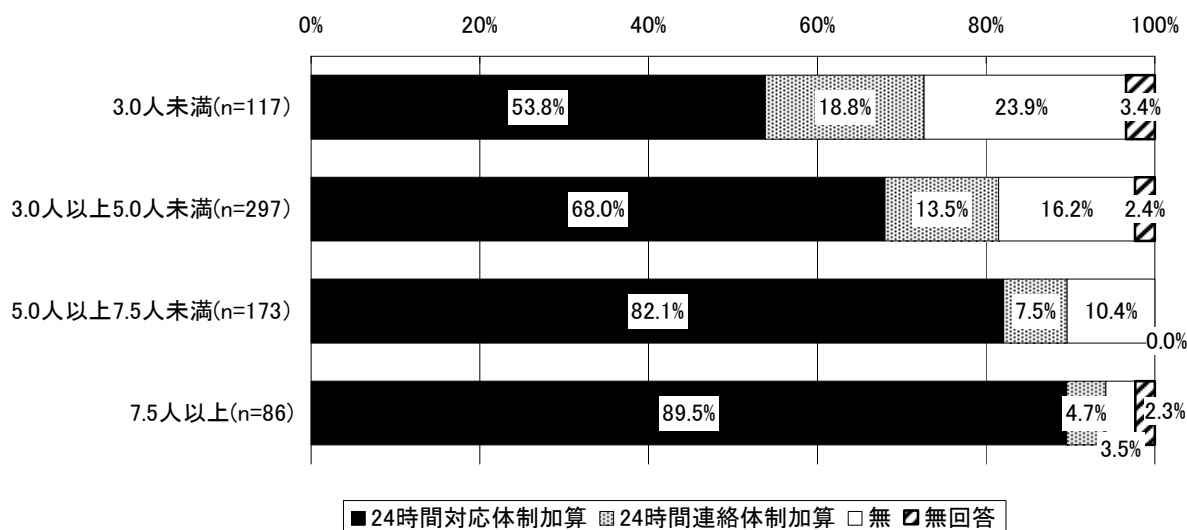
図表 37 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無【訪問看護ステーション】



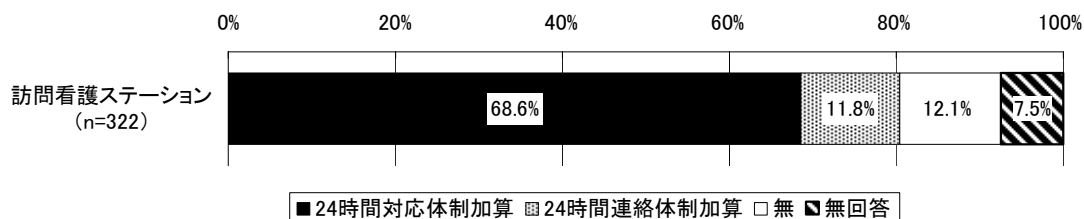
看護職員数別にみると、1 事業所の看護職員数が多くなるほど「24 時間対応体制加算」の割合が高くなった。

図表 38 看護職員（常勤換算）（平成 24 年 9 月末）数別

24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無【訪問看護ステーション】



参考 (平成 23 年度調査) 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無【訪問看護ステーション】



**【24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数】**

ここでは、24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算の届出の有無別に、緊急訪問回数をみた。回数は 1 事業所あたり、平成 24 年 9 月 1 か月分である。

**a 早朝**

「早朝」の緊急訪問の回数について、「24 時間対応体制加算」の届出事業所では平均 0.3 回であった。「24 時間連絡体制加算」の届出事業所及び「(いずれも) 無」という事業所では、いずれも平均 0.0 回であった。

**図表 39 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数（早朝）**  
**【訪問看護ステーション】**

単位：回

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
全体	568	0.2	0.8	0.0
24 時間対応体制加算	427	0.3	0.9	0.0
24 時間連絡体制加算	61	0.0	0.2	0.0
(いずれも) 無	70	0.0	0.1	0.0

**b 日中平日**

「日中平日」の緊急訪問の回数は、「24 時間対応体制加算」の届出事業所では平均 2.2 回であった。「24 時間連絡体制加算」の届出事業所では平均 1.0 回、「(いずれも) 無」という事業所では平均 0.2 回であった。

**図表 40 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数（日中平日）**  
**【訪問看護ステーション】**

単位：回

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
全体	568	1.8	6.4	0.0
24 時間対応体制加算	427	2.2	7.3	0.0
24 時間連絡体制加算	61	1.0	2.1	0.0
(いずれも) 無	70	0.2	0.7	0.0

**c 日中休日**

「日中休日」の緊急訪問の回数は、「24 時間対応体制加算」の届出事業所では平均 1.1 回であった。「24 時間連絡体制加算」の届出事業所では平均 0.2 回、「(いずれも) 無」という事業所では、平均 0.0 回であった。

図表 41 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数（日中休日）  
【訪問看護ステーション】

単位：回

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
全体	568	0.9	2.8	0.0
24 時間対応体制加算	427	1.1	3.2	0.0
24 時間連絡体制加算	61	0.2	0.7	0.0
(いずれも)無	70	0.0	0.3	0.0

#### d 夜間

「夜間」の緊急訪問の回数は、「24 時間対応体制加算」の届出事業所では平均 0.8 回であった。「24 時間連絡体制加算」の届出事業所及び「(いずれも)無」という事業所では、いずれも平均 0.1 回であった。

図表 42 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数（夜間）  
【訪問看護ステーション】

単位：回

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
全体	568	0.6	1.5	0.0
24 時間対応体制加算	427	0.8	1.6	0.0
24 時間連絡体制加算	61	0.1	0.5	0.0
(いずれも)無	70	0.1	0.3	0.0

#### e 深夜

「深夜」の緊急訪問の回数は、「24 時間対応体制加算」の届出事業所では平均 0.4 回であった。「24 時間連絡体制加算」の届出事業所は平均 0.1 回、「(いずれも)無」という事業所では平均 0.0 回であった。

図表 43 24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出の有無別 緊急訪問回数（深夜）  
【訪問看護ステーション】

単位：回

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
全体	568	0.3	0.8	0.0
24 時間対応体制加算	427	0.4	0.9	0.0
24 時間連絡体制加算	61	0.1	0.4	0.0
(いずれも)無	70	0.0	-	0.0

## 12) 訪問看護ステーションの職員数（常勤換算）

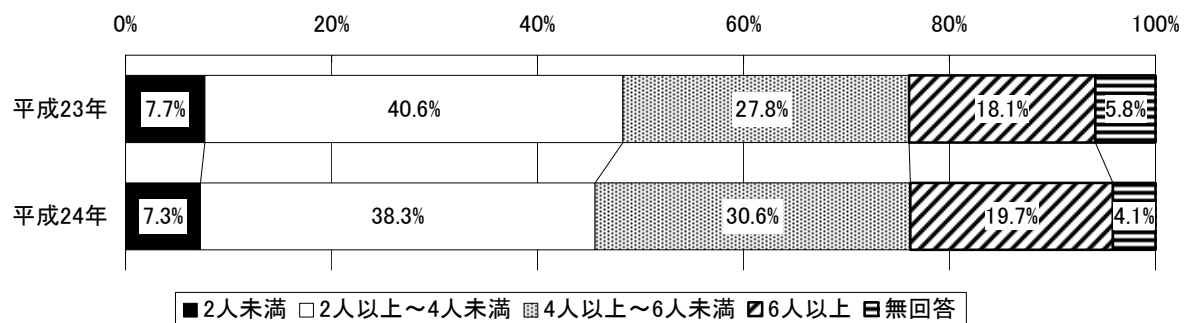
平成23年9月末と平成24年9月末の「訪問看護ステーション」の職員数（常勤換算）についてみると、「保健師・助産師・看護師」はそれぞれ平均4.3人と平均4.4人であった。「リハビリ職」はそれぞれ平均0.7人と平均0.9人であった。全職員の合計人数は、それぞれ平均5.9人と平均6.2人で、わずかではあるが、平成24年のほうが平成23年に比べて多かった。

図表 44 職員数（常勤換算）【訪問看護ステーション】（人）

	平成23年9月末(n=661)			➡	平成24年9月末(n=673)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
保健師・助産師・看護師	4.3	2.4	3.8		4.4	2.4	4.0
准看護師	0.4	0.9	0.0		0.4	0.8	0.0
【再掲】看護職員（保健師・助産師・看護師+准看護師）	4.7	2.4	4.0		4.8	2.4	4.1
リハビリ職	0.7	1.6	0.0		0.9	1.8	0.0
精神保健福祉士	0.0	0.1	0.0		0.0	0.1	0.0
その他の職員	0.4	0.7	0.2		0.5	0.8	0.3
（うち）看護補助者・介護職員	0.0	0.4	0.0		0.0	0.4	0.0
（うち）事務職員	0.4	0.5	0.0		0.4	0.5	0.1
合計	5.9	3.4	5.0		6.2	3.6	5.3

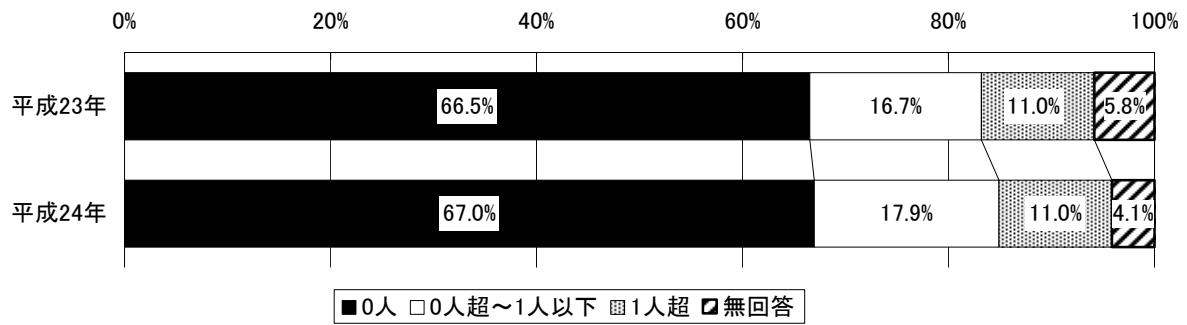
平成24年の保健師・助産師・看護師数は、「6人以上」の事業所が19.7%であり、平成23年と比較すると1.6ポイント増加した。

図表 45 保健師・助産師・看護師（常勤換算）【訪問看護ステーション】 n=702



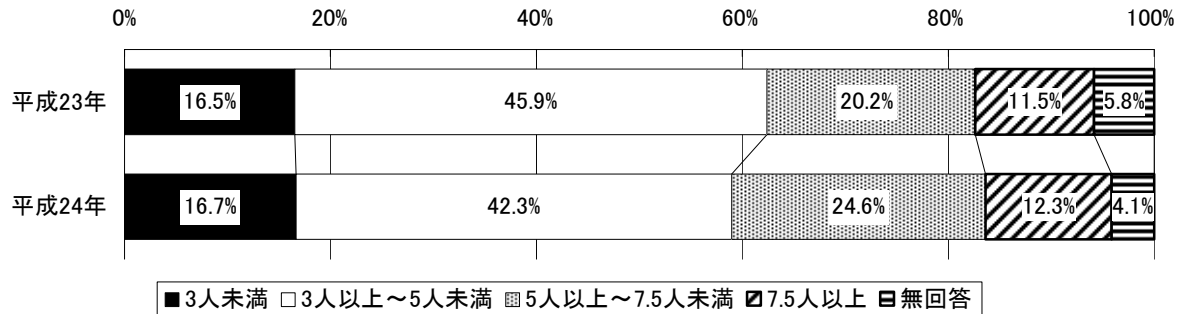
平成24年の准看護師数は、「0人(なし)」が67.0%であった。「0人超1人以下」が17.9%、「1人超」が11.0%であった。

図表 46 准看護師(常勤換算)【訪問看護ステーション】 n=702



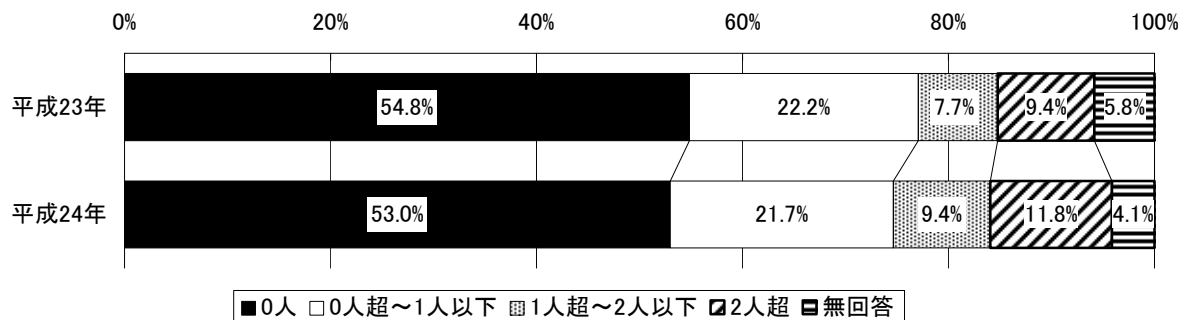
平成24年の看護職員数は、「7.5人以上」が12.3%、「5.0人以上7.5人未満」が24.6%で合わせると36.9%であった。平成23年では31.7%であり、比較的、看護職員の規模が大きい訪問看護ステーションの割合が高くなった。

図表 47 看護職員(保健師・助産師・看護師+准看護師)(常勤換算)【訪問看護ステーション】 n=702



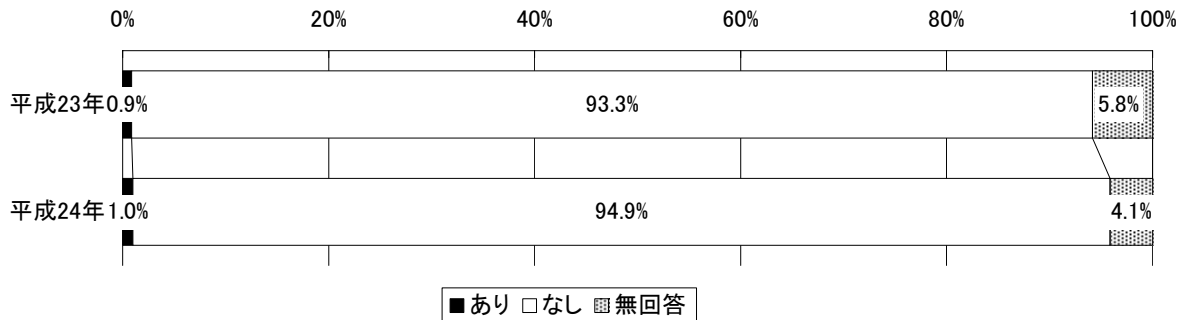
平成24年のリハビリ職の人数は、「0人(なし)」が53.0%で約半数であった。「2人超」が11.8%であった。

図表 48 リハビリ職(常勤換算)【訪問看護ステーション】 n=702



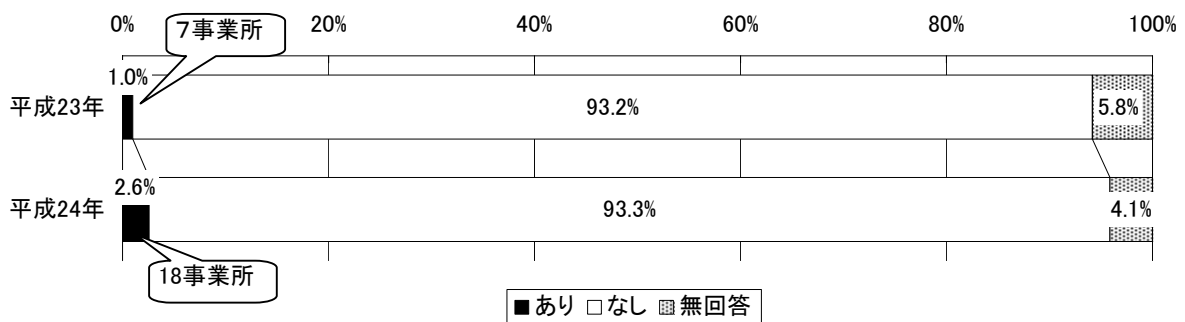
平成 24 年の精神保健福祉士は、「あり」が 1.0%、「なし」が 94.9%であった。

図表 49 精神保健福祉士【訪問看護ステーション】 n=702



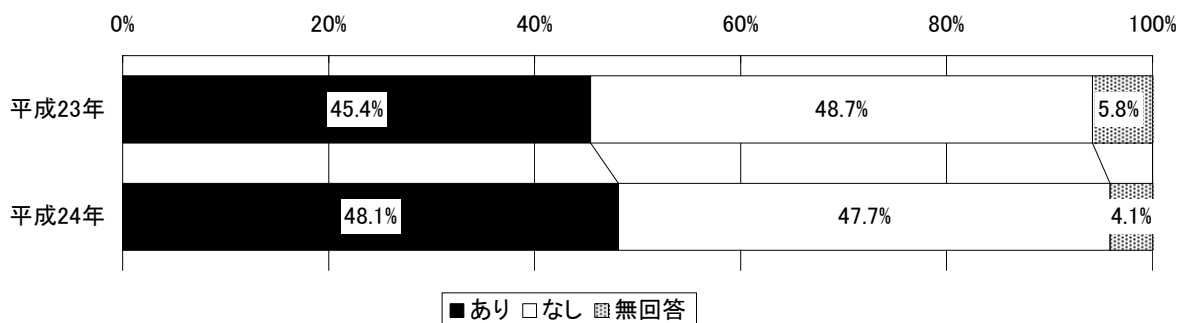
平成 24 年の看護補助者・介護職員は、「あり」が 2.6%（18 事業所）、「なし」が 93.3%であった。平成 23 年は「あり」が 1.0%（7 事業所）で、わずかではあるが、平成 24 年は平成 23 年に比べて増えた。

図表 50 看護補助者・介護職員の有無【訪問看護ステーション】 n=702



平成 24 年の事務職員は、「あり」が 48.1%で、約半数であった。

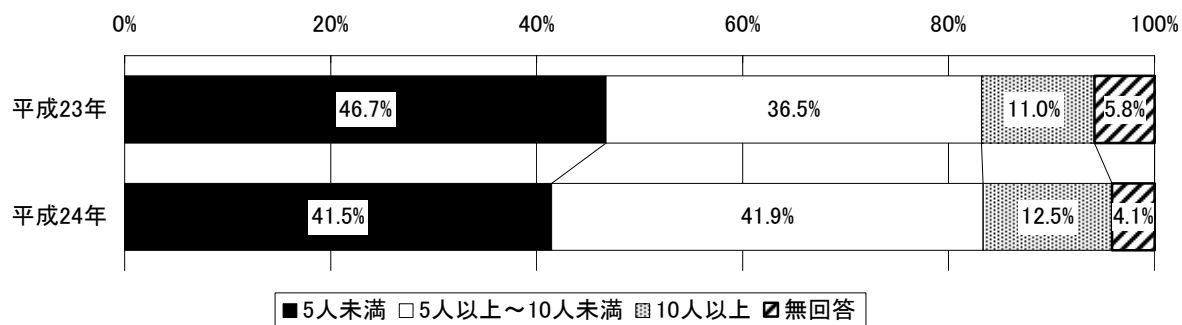
図表 51 事務職員【訪問看護ステーション】 n=702





平成 24 年の合計職員数は、「5 人未満」が 41.5%、「5 人以上 10 人未満」が 41.9%、「10 人以上」が 12.5%であった。5 人未満の事業所の割合が減少し、5 人以上の事業所の割合が増加した。

図表 52 合計職員数【訪問看護ステーション】 n=702



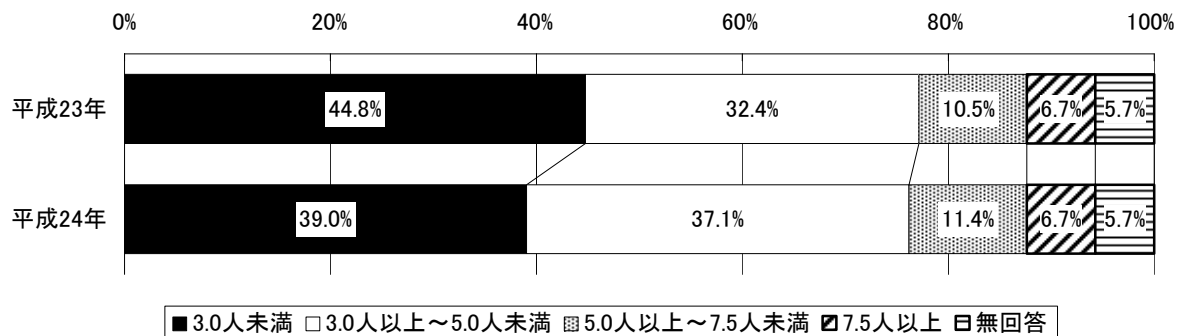
13) 訪問看護に携わる職員数（常勤換算）

「保険医療機関」における平成 23 年 9 月末と平成 24 年 9 月末の訪問看護に携わる職員数（常勤換算）についてみると、「保健師・助産師・看護師」はそれぞれ平均 2.7 人と平均 2.9 人であった。

図表 53 職員数（常勤換算）【保険医療機関】（人） n=99

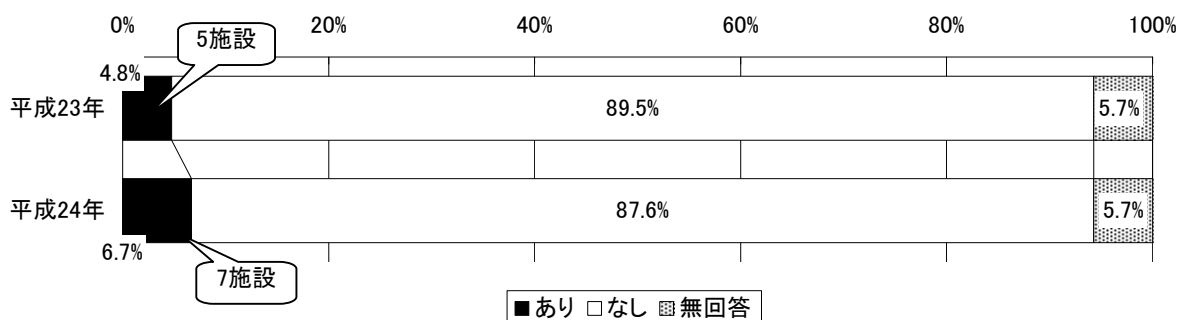
	平成 23 年 9 月末			→	平成 24 年 9 月末		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
保健師・助産師・看護師	2.7	2.4	2.0		2.9	2.4	2.6
うち、緩和ケアまたは褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師	0.1	0.5	0.0		0.1	0.5	0.0
准看護師	0.6	1.3	0.0		0.6	1.3	0.0
【再掲】看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	3.3	2.5	3.0		3.5	2.5	3.0
看護補助者	0.1	0.3	0.0		0.1	0.3	0.0
その他	0.2	0.6	0.0		0.2	0.6	0.0

図表 54 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）【保険医療機関】 n=105



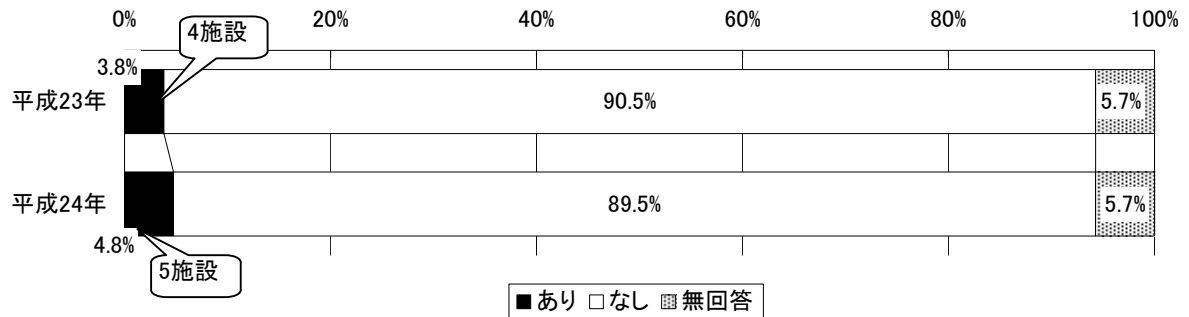
緩和ケアまたは褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師がいる施設は、平成 23 年は 5 施設、平成 24 年は 7 施設であった。

図表 55 緩和ケアまたは褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師の有無【保険医療機関】 n=105



看護補助者の有無をみると、平成23年は「あり」が4施設、平成24年は5施設であった。

図表 56 看護補助者の有無【保険医療機関】 n=105



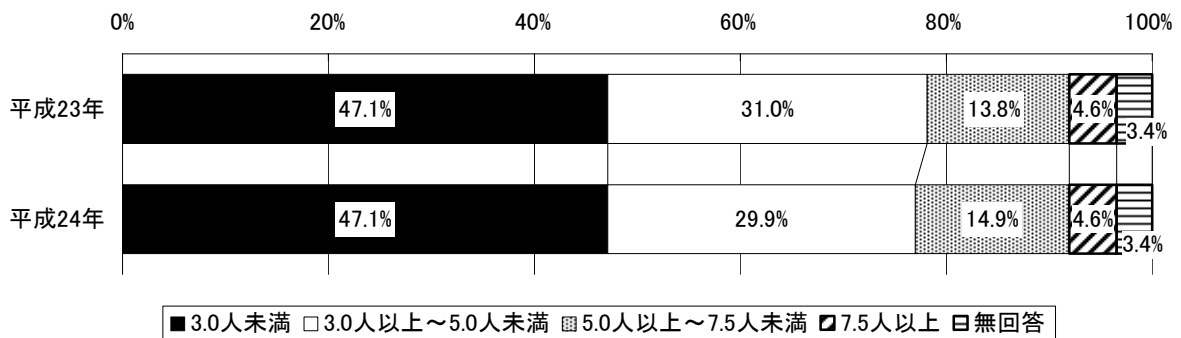
14) 精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算）

平成 23 年 9 月末と平成 24 年 9 月末の「精神科訪問看護（病院）」に携わる職員の数についてみると、「准看護師」はそれぞれ平均 0.6 人と平均 0.5 人であった。

図表 57 職員数（常勤換算）【精神科訪問看護（病院）】（人） n=84

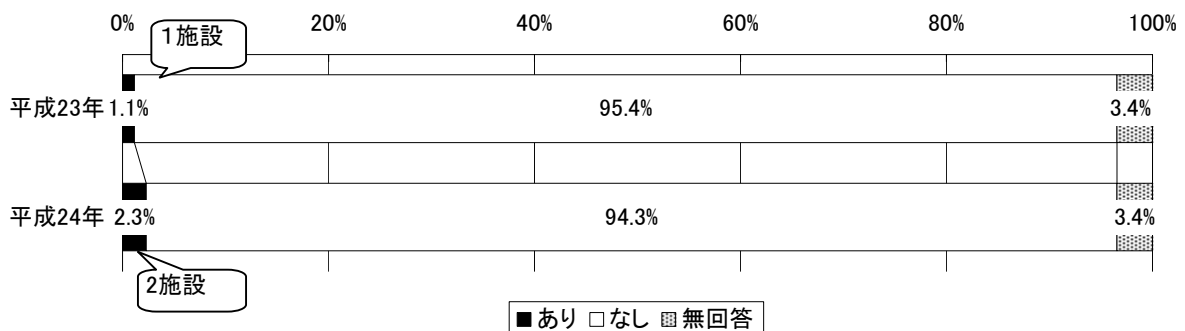
	平成 23 年 9 月			→	平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
保健師・看護師	3.3	5.7	2.0		3.3	5.7	2.6
准看護師	0.6	2.5	0.0		0.5	2.4	0.0
【再掲】看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	3.8	8.2	3.0		3.7	8.0	3.0
作業療法士	0.5	1.3	0.0		0.5	1.4	0.0
精神保健福祉士	1.7	2.0	1.0		1.6	1.9	1.0
看護補助者	0.2	1.5	0.0		0.2	1.4	0.0

図表 58 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）【精神科訪問看護（病院）】 n=87



看護補助者の有無をみると、平成 23 年では「あり」が 1 施設、平成 24 年では 2 施設であった。

図表 59 看護補助者の有無【精神科訪問看護（病院）】 n=87

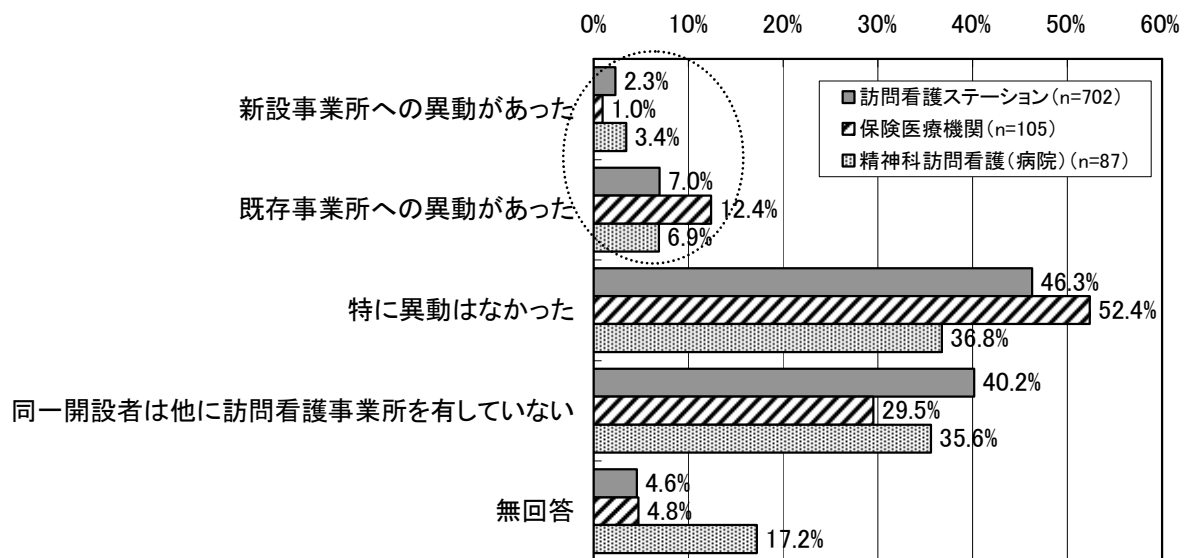


### 15) 同一開設者の訪問看護事業所（新設・既存）への職員の異動

同一開設者の訪問看護事業所への職員の異動について、「新設事業所への異動があった」は、「訪問看護ステーション」では 2.3%、「保険医療機関」では 1.0%、「精神科訪問看護（病院）」では 3.4%であった。

また、「既存事業所への異動があった」は、「訪問看護ステーション」では 7.0%、「保険医療機関」では 12.4%、「精神科訪問看護（病院）」では 6.9%であった。

図表 60 同一開設者の訪問看護事業所（新設・既存）への職員の異動



16) 平成 23 年 9 月末の従事者のうち、平成 24 年 9 月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師

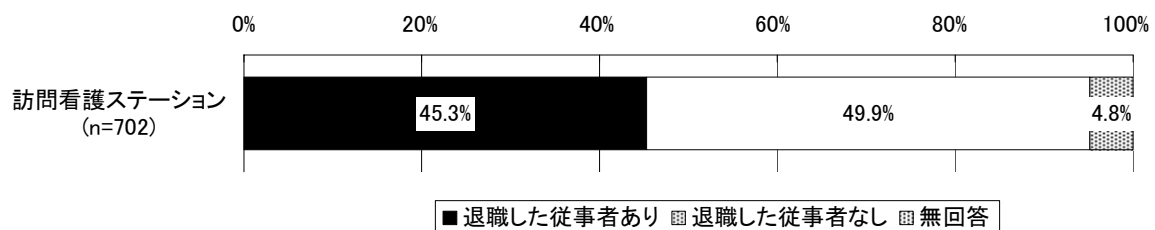
「訪問看護ステーション」において平成 23 年 9 月末の従事者のうち、平成 24 年 9 月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師の数は、1 事業所あたり平均 0.8 人であった。

「退職した従事者あり」という事業所は 45.3%、「退職した従事者なし」という事業所は 49.9% であった。

図表 61 平成 23 年 9 月末の従事者のうち、平成 24 年 9 月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師【訪問看護ステーション】(人) n=668

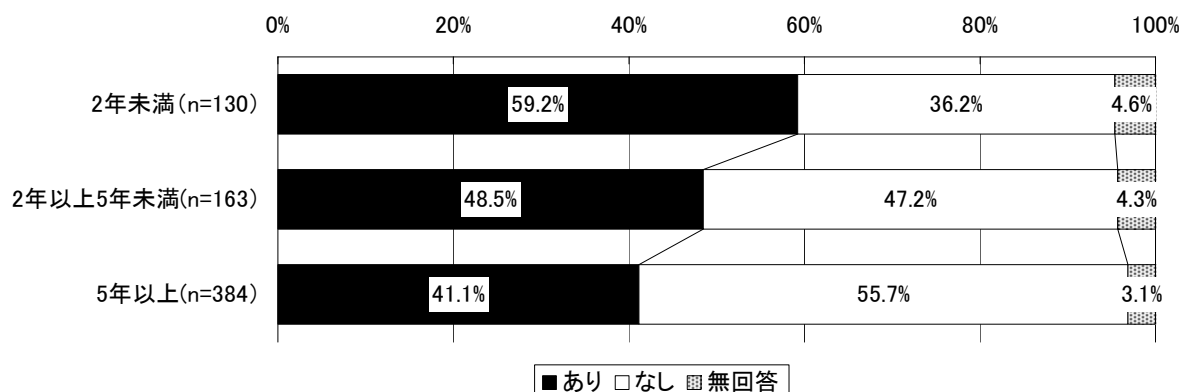
	平均値	標準偏差	中央値
平成 23 年 9 月末の従事者のうち、平成 24 年 9 月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師数	0.8	1.7	0.0

図表 62 平成 23 年 9 月末の従事者のうち、平成 24 年 9 月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師の有無【訪問看護ステーション】



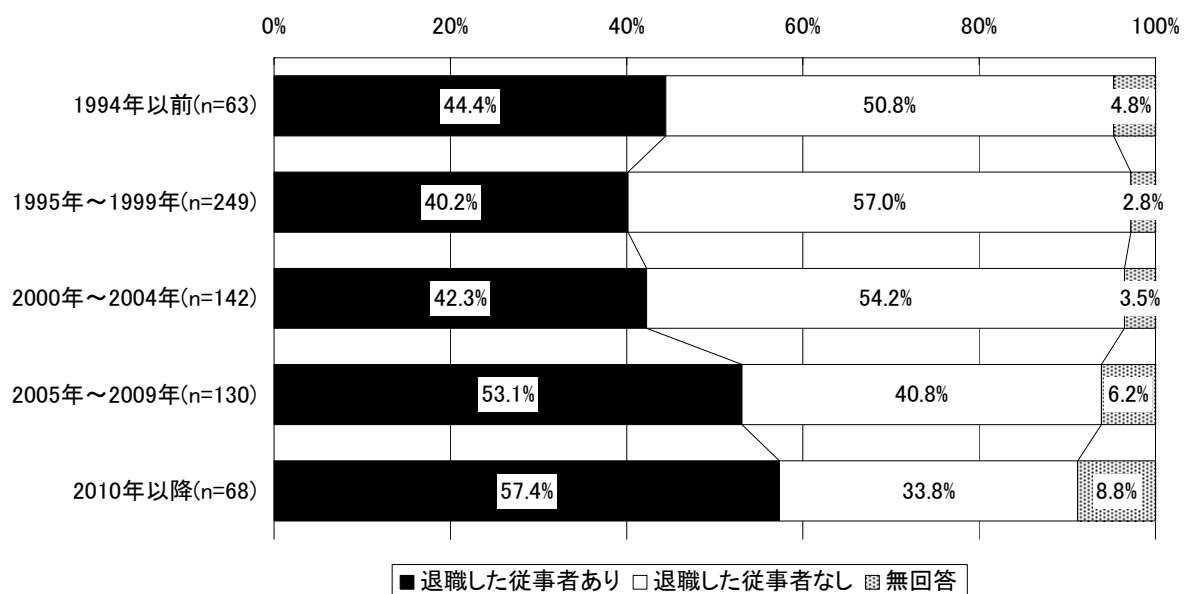
管理者の勤続年数別にみると、管理者の勤続年数が長くなるのに伴い、退職者がいる事業所の割合が減る傾向がみられた。

図表 63 管理者の勤続年数別 看護職員の退職の有無【訪問看護ステーション】



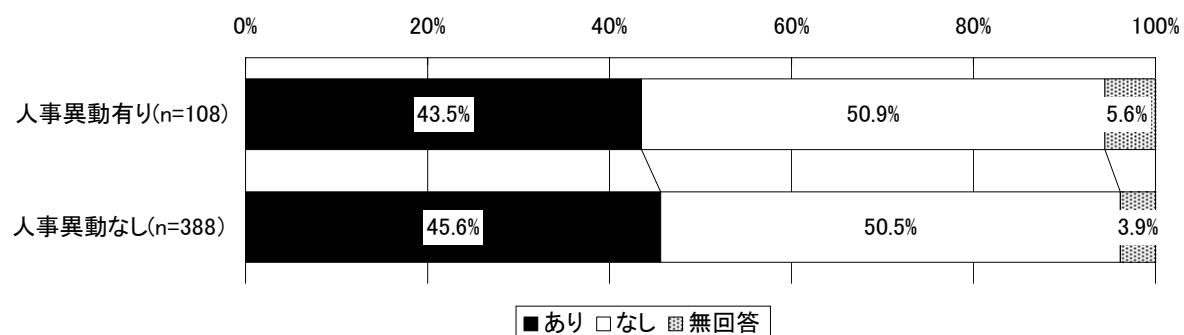
「訪問看護ステーション」における訪問看護の開始時期別に看護職員の退職の有無をみると、「2010年以降」に訪問看護を開始した事業所では、「退職した従事者あり」の割合が57.4%と最も高かった。次いで「2005年～2009年」(53.1%)、「1994年以前」(44.4%)、「2000～2004年」(42.3%)、「1995年～1999年」(40.2%)という順であった。

図表 64 (ステーションの) 訪問看護の開始時期別 看護職員の退職の有無  
【訪問看護ステーション】



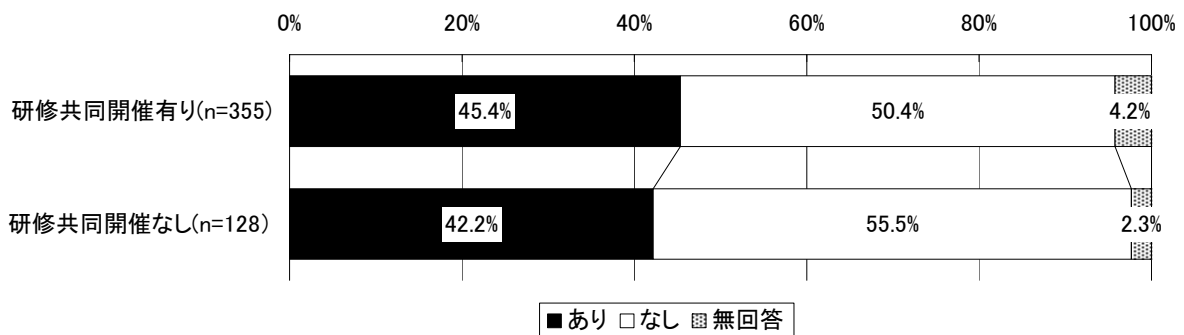
併設施設・事業所との人事異動の有無別に看護職員の退職の有無をみると、退職者「あり」という回答割合は「人事異動有り」という事業所では43.5%であり、「人事異動なし」という事業所では45.6%であった。

図表 65 併設施設・事業所との人事異動の有無別 看護職員の退職の有無  
【訪問看護ステーション】



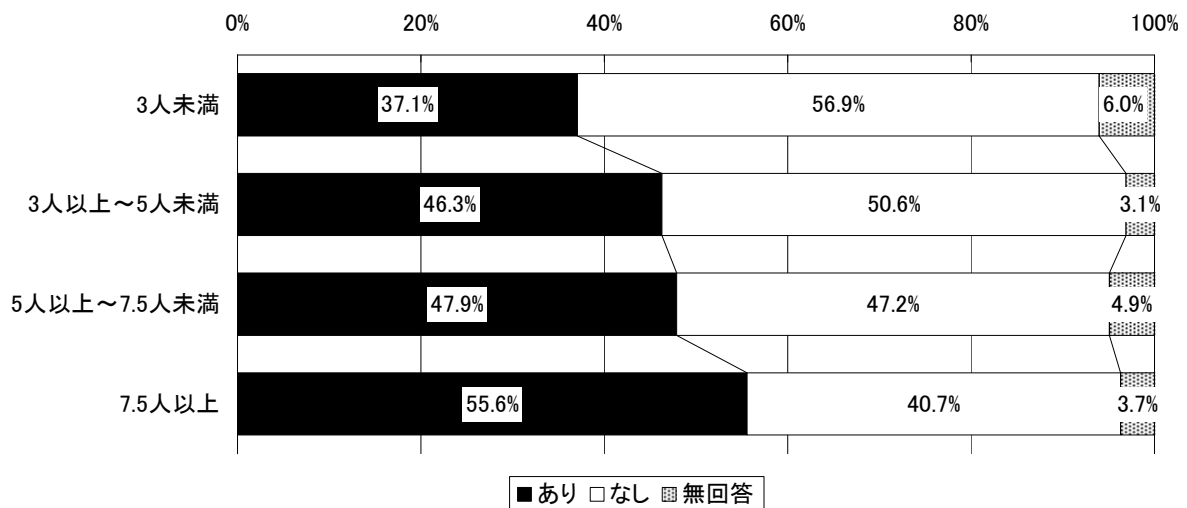
併設施設・事業所との研修共同開催の有無別に看護職員の退職の有無をみると、退職者「あり」という回答割合は「研修共同開催有り」の事業所では45.4%、「研修共同開催なし」の事業所では42.2%であった。

図表 66 併設施設・事業所との研修共同開催の有無別 看護職員の退職の有無  
【訪問看護ステーション】



平成23年9月末時点の看護職員数（常勤換算）別に看護職員の退職の有無をみると、職員数が多いほど退職者「あり」と回答した事業所の割合が高い傾向がみられた。

図表 67 平成23年9月末時点の看護職員数（常勤換算）別 看護職員の退職の有無  
【訪問看護ステーション】





看護職員（常勤換算）数に対する退職した職員数（実人数）の比率をみると、訪問看護ステーションの開始時期が「2010年」と比較的新しい事業所では、0.37と比率が比較的高かった。次いで、「2005年～2009年」が0.31であった。管理者の勤続年数が「3年未満」と比較的に短い事業所では0.29と比較的高かった。

図表 68 看護職員（常勤換算）数に対する退職した職員数（実人数）の比率

【訪問看護ステーション】

		件数	常勤看護職員数 (平成23年9月末) (人)(a)	退職した職員数 (実人数) (人)(b)	退職した職員数(実人数)(b)/看護職員(常勤換算)数(a)
全体		634	3,002.0	516.7	0.17
管理者の勤続年数	3年未満	116	495.2	144.0	0.29
	3年以上～6年未満	150	732.4	155.9	0.21
	6年以上	353	1,705.2	208.8	0.12
訪問看護の開始時期	1994年以前	58	327.9	33.0	0.10
	1995年～1999年	231	1,189.2	134.9	0.11
	2000年～2004年	132	601.5	86.8	0.14
	2005年～2009年	115	499.8	157.0	0.31
	2010年以降	56	190.4	70.0	0.37
施設・事業所間での人事異動の有無	有	98	487.0	69.8	0.14
	無	355	1,718.1	300.0	0.17
研修共同開催の有無	有	324	1,581.7	264.8	0.17
	無	120	583.8	90.0	0.15
看護職員(常勤換算)数(平成23年9月末)	3.0人未満	109	287.4	62.0	0.22
	3.0人以上～5.0人未満	312	1,164.4	230.7	0.20
	5.0人以上～7.5人未満	135	790.7	95.0	0.12
	7.5人以上	78	759.5	129.0	0.17

### 17) 専門看護師

専門看護師がいる「訪問看護ステーション」はなかった。

### 18) 認定看護師

認定看護師がいる事業所は 29 事業所、認定看護師の人数は 33 人であった。

分野別にみると、「訪問看護」(24 事業所、25 人) が最も多く、次いで緩和ケア (2 事業所、2 人) であった。

図表 69 認定看護師がいる事業所数【訪問看護ステーション】

	事業所数	人数
認定看護師	29 事業所 (全回答事業所 702 事業所のうち 4.1%)	33 人
分野別		
訪問看護	24 事業所	25 人
緩和ケア	2 事業所	2 人
がん性疼痛看護	1 事業所	1 人
摂食・嚥下障害看護	1 事業所	1 人
糖尿病看護	1 事業所	1 人
皮膚・排泄ケア	1 事業所	1 人
認知症看護	1 事業所	1 人

※分野不明が 1 名あった。

### 19) 訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出

「訪問看護ステーション」において、訪問看護療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出をしている事業所は合計で 9 事業所であった。そのうち緩和ケアが 6 事業所、褥瘡ケアが 3 事業所であった。

図表 70 訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出事業所数【訪問看護ステーション】

	事業所数
合計	9 事業所(全体の 1.3%)
分野別	
緩和ケア	6 事業所(全体の 0.85%)
褥瘡ケア	3 事業所(全体の 0.42%)

## 20) 管理者の勤続年数

「訪問看護ステーション」の管理者の勤続年数は平均 7.4 年であった。

図表 71 管理者の勤続年数【訪問看護ステーション】 n=677

単位：年

	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーションの管理者の勤続年数	7.4	4.9	7.0

「精神科訪問看護部門」の管理者の勤続年数は平均 13.1 年であった。

図表 72 管理者の勤続年数【精神科訪問看護】 n=78

単位：年

	平均値	標準偏差	中央値
精神科訪問看護部門の管理者の勤続年数	13.1	9.8	10.0

## ② 事業所の利用者数及び訪問回数

### 1) 訪問看護の利用者数と訪問回数

「訪問看護ステーション」の1事業所あたりの訪問看護利用者数の平均値をみると、平成24年9月は72.4人で、平成23年9月(67.6人)より多かった。

1事業所あたりの訪問回数の平均値をみると、平成24年9月は399.8回で、平成23年9月(378.8回)より多かった。

「保険医療機関」では、1施設あたりの訪問看護利用者数の平均値は、平成23年9月は32.6人、平成24年9月は34.0人であった。

1施設あたりの訪問回数の平均値は、平成23年9月は160.9回、平成24年9月は170.5回であった。

「精神科訪問看護(病院)」では、1施設あたり訪問看護利用者数の平均値は、平成23年9月は27.1人、平成24年9月は28.4人であった。

1施設あたりの訪問回数の平均値は、平成23年9月は82.2回、平成24年9月は83.4回であった。

1施設・事業所あたりの訪問看護の利用者数及び訪問回数をみると、「訪問看護ステーション」が最も多かった。

「訪問看護ステーション」における、看護職員(常勤換算)1人あたりの利用者数は、平成23年は14.6人、平成24年は15.3人で、平成24年のほうが多かった。また、看護・リハビリ職員(常勤換算)1人あたりの利用者数は、平成23年は12.4人、平成24年は12.7人であった。

図表 73 1事業所あたり 訪問看護利用者数【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成23年9月				平成24年9月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
1事業所あたり利用者数	677	67.6	49.1	56.0	688	72.4	52.0	59.0
(うち)医療保険の利用者数	677	22.9	31.6	13.0	688	25.2	33.5	15.0
(うち)医療保険と介護保険の両方を使った利用者数					621	0.8	2.0	0.0

図表 74 1事業所あたり 訪問回数【訪問看護ステーション】

単位：回

	平成23年9月				平成24年9月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
1事業所あたり訪問回数	662	378.8	313.5	313.0	675	399.8	306.2	318.0
(うち)医療保険の訪問回数	662	139.4	160.3	97.5	674	145.4	145.4	105.0

図表 75 1施設あたり 訪問看護利用者数 【保険医療機関】

単位：人

	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施設あたり利用者数	97	32.6	41.4	21.0	101	34.0	44.5	19.0
(うち)医療保険の利用者数	94	9.7	13.2	5.0	100	10.5	16.7	5.5
(うち)医療保険と介護保険の 両方を使った利用者数					89	0.5	1.2	0.0

図表 76 1施設あたり 訪問回数 【保険医療機関】

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施設あたり訪問回数	95	160.9	196.1	95.0	95	170.5	204.7	104.0
(うち)医療保険の訪問回数	95	53.7	70.1	23.0	98	56.6	68.4	29.0

図表 77 1施設あたり訪問看護利用者数 【精神科訪問看護（病院）】

単位：人

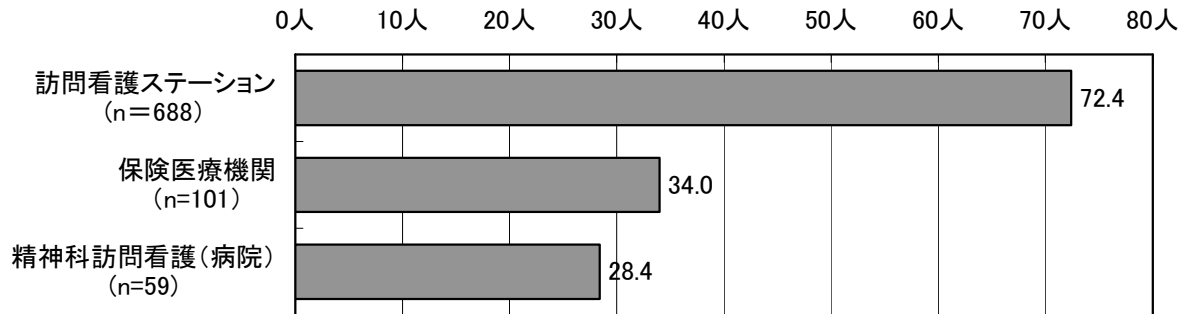
	平成 23 年 9 月				平成 24 年 9 月			
	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値
1施設あたり利用者数	59	27.1	36.6	10.0	59	28.4	38.7	10.0
(うち)医療保険の利用者数	61	30.5	45.6	10.0	61	32.8	51.1	10.0
(うち)医療保険と介護保険の 両方を使った利用者数					50	0.4	1.9	0.0

図表 78 1施設あたり訪問回数 【精神科訪問看護（病院）】

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施設あたり訪問回数	54	82.2	119.7	26.5	54	83.4	125.4	22.5
(うち)医療保険の訪問回数	55	78.7	111.0	26.0	55	80.1	116.6	18.0

図表 79 1施設・事業所あたり平均訪問看護利用者数 (平成24年9月)

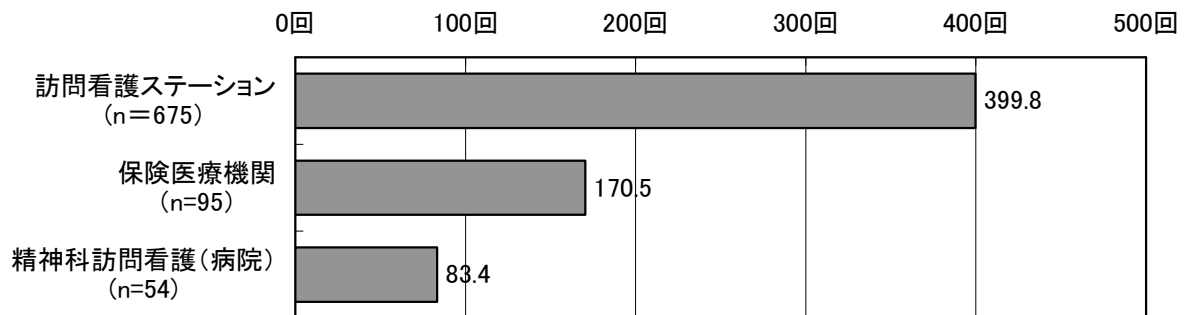


図表 80 職員1人あたりの利用者数(1事業所あたり)【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
看護職員1人あたりの利用者数(平成23年)	642	14.6	9.0	12.5
看護職員1人あたりの利用者数(平成24年)	661	15.3	9.7	13.1
看護・リハビリ職員1人あたりの利用者数(平成23年)	642	12.4	6.0	11.4
看護・リハビリ職員1人あたりの利用者数(平成24年)	661	12.7	5.8	11.7

図表 81 1施設・事業所あたり平均訪問回数 (平成24年9月)



## 2) 特掲診療料の施設基準等別表 7 に該当する人数

「訪問看護ステーション」における 1 事業所あたりの特掲診療料施設基準等別表 7 に該当する人数は、平均 7.9 人であった。このうち、要介護認定者数は平均 6.1 人であった。

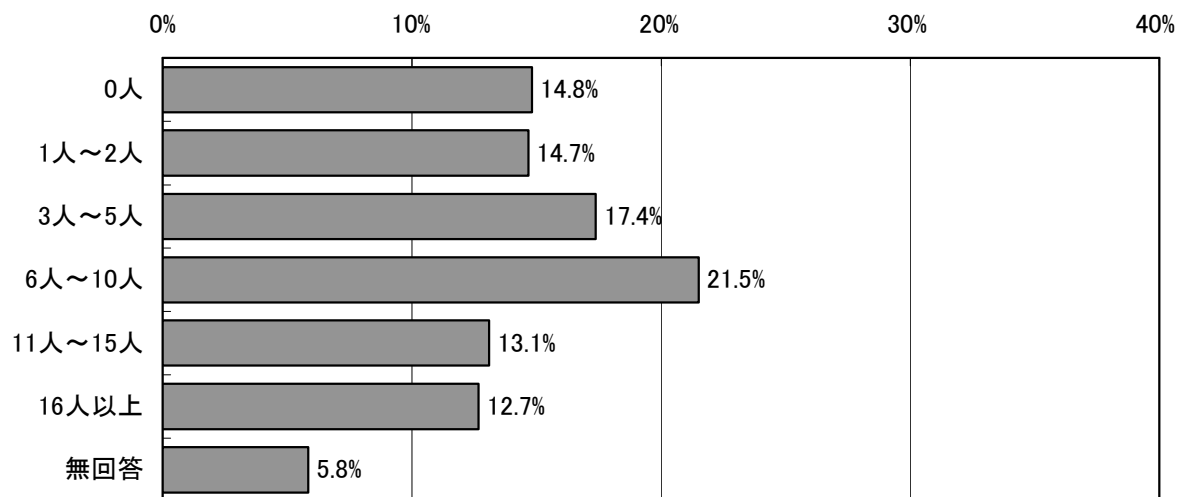
特掲診療料の施設基準別表 7 に該当する人数の分布をみると、「6～10 人」が 21.5%であった。次いで「3～5 人」(17.4%)、「0 人」(14.8%) であった。

図表 82 1 事業所あたり 特掲診療料の施設基準等別表 7 に該当する人数  
【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
特掲診療料施設基準等別表 7 に該当する人数	661	7.9	8.7	6.0
うち、要介護認定者数	637	6.1	6.6	4.0

図表 83 特掲診療料の施設基準等別表 7 に該当する人数別分布【訪問看護ステーション】 n=702



「保険医療機関」における 1 施設あたりの特掲診療料施設基準等別表 7 に該当する人数は、平均 4.3 人であった。このうち、要介護認定者数は平均 3.1 人であった。

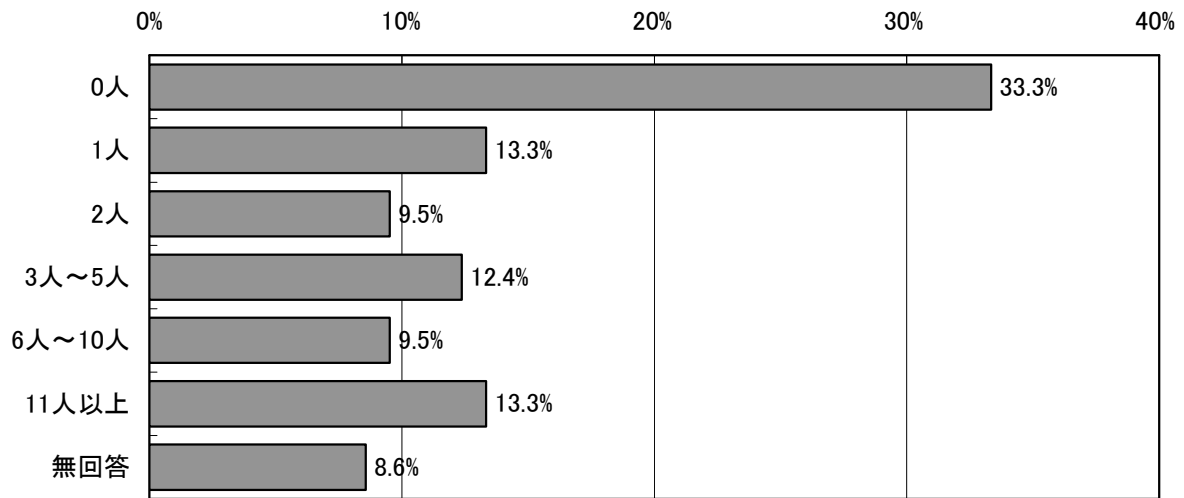
特掲診療料の施設基準別表 7 に該当する人数の分布をみると、「0 人」が 33.3%を占めた。「1 人」、「11 人以上」がともに 13.3%であった。

図表 84 1 施設あたり 特掲診療料の施設基準等別表 7 に該当する人数【保険医療機関】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
特掲診療料施設基準等別表 7 に該当する人数	96	4.3	6.8	1.0
うち、要介護認定者数	94	3.1	5.4	1.0

図表 85 特掲診療料の施設基準等別表7に該当する人数別分布【保険医療機関】 n=105



【特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣の定める疾病等）】

- 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
- 副腎白質ジストロフィー
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態
- 多発性硬化症
- 脊髄小脳変性症
- 重症筋無力症
- ハンチントン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- 脊髄性筋萎縮症
- ライソゾーム病
- 球脊髄性筋萎縮症
- 後天性免疫不全症候群



### 3) サービス付き高齢者向け住宅の利用者数

「訪問看護ステーション」における1事業所あたりのサービス付き高齢者向け住宅の利用者数は、医療保険利用者は平均0.3人、介護保険利用者は平均1.2人であった。

サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無をみると、医療保険利用者では「あり」の事業所が10.8%、「なし」が84.0%であった。介護保険利用者では「あり」が18.9%、「なし」が75.6%であった。

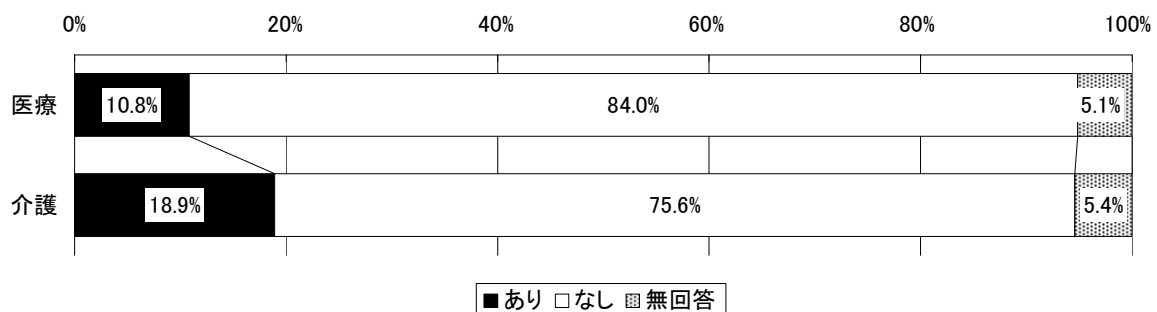
#### 【訪問看護ステーション】

図表 86 1事業所あたり サービス付き高齢者向け住宅の利用者数【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険利用者	666	0.3	1.3	0.0
介護保険利用者	664	1.2	5.9	0.0

図表 87 サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無【訪問看護ステーション】 n=702



「保険医療機関」における1施設あたりのサービス付き高齢者向け住宅の利用者数は、医療保険利用者は平均0.3人、介護保険利用者は平均0.9人であった。サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無をみると、医療保険利用者では「あり」の事業所が5.7%、「なし」が89.5%であった。介護保険利用者では「あり」が14.3%、「なし」が81.9%であった。

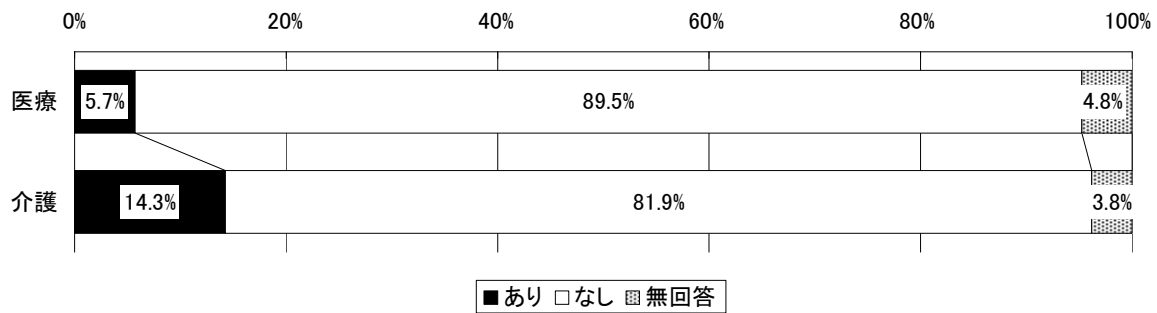
#### 【保険医療機関】

図表 88 1施設あたり サービス付き高齢者向け住宅の利用者数【保険医療機関】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険利用者	100	0.3	1.7	0.0
介護保険利用者	101	0.9	3.8	0.0

図表 89 サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無【保険医療機関】 n=105



「精神科訪問看護（病院）」における1施設あたりのサービス付き高齢者向け住宅の利用者数は、医療保険利用者は平均0.2人、介護保険利用者は平均0.0人であった。サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無をみると、医療保険利用者では「あり」が3.4%、「なし」が64.4%であった。介護保険利用者では「あり」が1.1%、「なし」が65.5%であった。

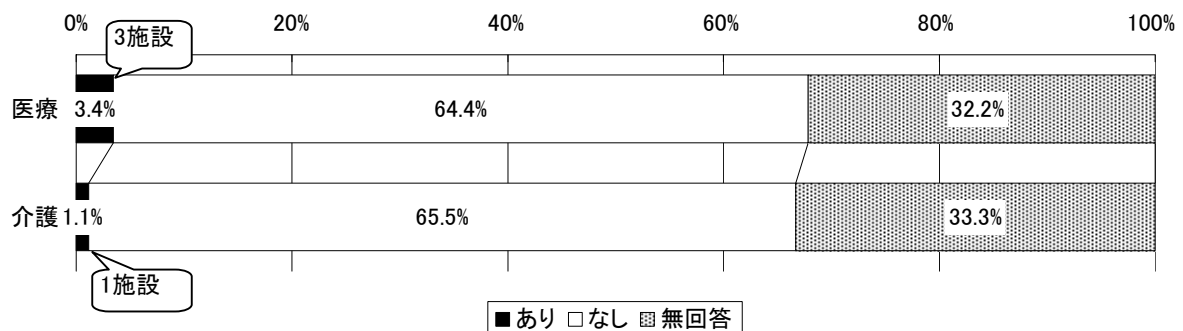
【精神科訪問看護（病院）】

図表 90 1施設あたり サービス付き高齢者向け住宅の利用者数【精神科訪問看護（病院）】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医療保険利用者(人)	59	0.2	0.9	0.0
介護保険利用者(人)	58	0.0	0.1	0.0

図表 91 サービス付き高齢者向け住宅の利用者の有無【精神科訪問看護（病院）】 n=87



#### 4) 新規利用者数

平成 24 年 7～9 月の医療保険利用者のうち新規利用者数をみると、「訪問看護ステーション」では、1 事業所あたり平均 4.6 人であった。このうち、医療機関退院後の利用者数は平均 2.5 人、さらに入院中の医療機関で訪問看護ステーションの職員がカンファレンスに参加した利用者数は平均 1.5 人であった。

図表 92 1 事業所あたり新規利用者数（平成 24 年 7 月～9 月）【訪問看護ステーション】 n=683

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
H24.7～9 の医療保険利用者のうち、新規利用者数	4.6	5.9	3.0
（うち）医療機関退院後の利用者数	2.5	3.6	1.0
（うち）入院中の医療機関でのカンファレンスに参加	1.5	2.6	1.0

「保険医療機関」では、平成 24 年 9 月の新規利用者数は平均 1.1 人であった。

図表 93 1 施設あたり 新規利用者数（平成 24 年 9 月）【保険医療機関】 n=99

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
新規利用者数(平成 24 年 9 月)	1.1	1.9	0.0

「精神科訪問看護（病院）」では、平成 24 年 9 月の新規利用者数は平均 2.0 人であった。

図表 94 1 施設あたり 新規利用者数（平成 24 年 9 月）【精神科訪問看護（病院）】 n=83

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
新規利用者数(平成 24 年 9 月)	2.0	2.5	1.0

5) 年齢別利用者数

【訪問看護ステーション】

「訪問看護ステーション」における1事業所あたりの年齢別利用者数をみると、平成24年9月では、「40歳以上65歳未満」が平均10.3人と比較的多かった。また、「75歳以上」が5.5人、「65歳以上75歳未満」が4.2人であった。

平成23年9月と比較すると、「1歳以上3歳未満」「6歳以上15歳未満」では平成23年9月と平成24年9月で利用者数が変わらなかったが、他の年齢階層では平成24年9月のほうが多かった。

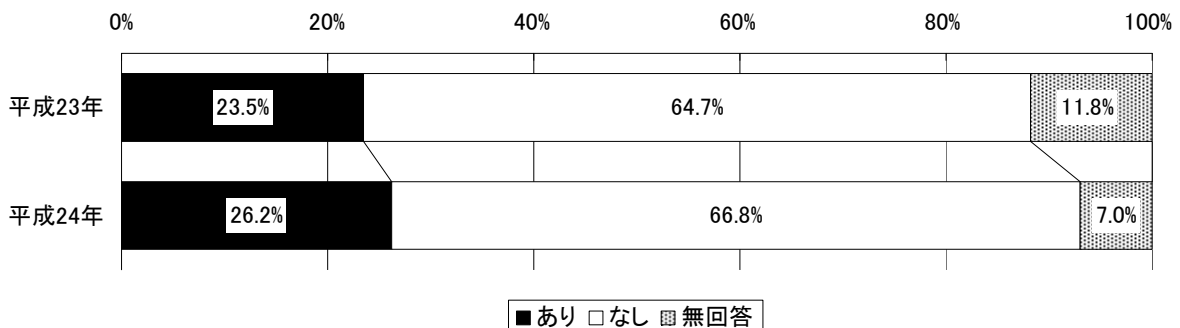
図表 95 1事業所あたり 年齢別利用者数【訪問看護ステーション】

単位:人

	平成23年9月				→	平成24年9月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
1歳未満	619	0.0	0.3	0.0		653	0.1	0.3	0.0
1歳以上3歳未満	619	0.2	0.7	0.0		653	0.2	1.0	0.0
3歳以上6歳未満	619	0.2	1.1	0.0		653	0.3	1.2	0.0
6歳以上15歳未満	619	0.4	1.5	0.0		653	0.4	1.5	0.0
15歳以上40歳未満	619	3.0	7.6	1.0		653	3.1	7.1	1.0
40歳以上65歳未満	619	9.3	19.5	3.0		653	10.3	21.0	3.0
うち介護保険の訪問看護も利用						524	0.1	0.4	0.0
65歳以上75歳未満	619	3.9	5.3	3.0		653	4.2	5.5	3.0
うち介護保険の訪問看護も利用						524	0.1	0.8	0.0
75歳以上	619	5.1	4.9	4.0		653	5.5	5.2	4.0
うち介護保険の訪問看護も利用						524	0.4	1.7	0.0

「15歳未満」の利用者の有無をみると、平成24年9月では「あり」が26.2%で、平成23年9月と比べて増えていた。

図表 96 15歳未満の利用者の有無【訪問看護ステーション】 n=702



【保険医療機関】

「保険医療機関」における1施設あたりの年齢別利用者数をみると、平成24年9月では「75歳以上」が4.7人で比較的多かった。

平成23年9月と比較すると、「1歳未満」、「6歳以上15歳未満」で平成23年9月と平成24年9月で利用者数が変わらなかった。「3歳以上6歳未満」、「15歳以上40歳未満」、「75歳以上」では平成24年9月のほうが少なかった。他の年齢階層（「1歳以上3歳未満」、「40歳以上65歳未満」、「65歳以上75歳未満」）では平成24年9月のほうが多かった。

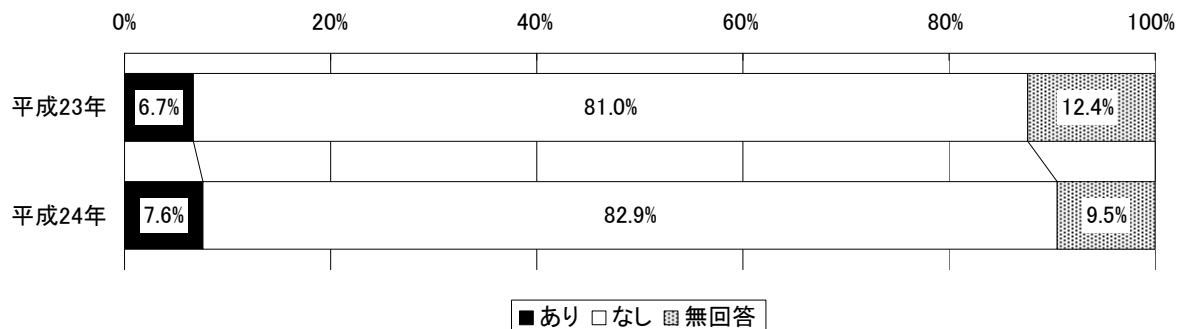
図表 97 1施設あたり 年齢別利用者数【保険医療機関】

単位：人

	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歳未満	92	0.0	0.0	0.0		95	0.0	0.1	0.0
1歳以上3歳未満	92	0.0	0.1	0.0		95	0.1	0.4	0.0
3歳以上6歳未満	92	0.1	0.3	0.0		95	0.0	0.2	0.0
6歳以上15歳未満	92	0.1	0.3	0.0		95	0.1	0.3	0.0
15歳以上40歳未満	92	0.8	1.7	0.0		95	0.7	1.7	0.0
40歳以上65歳未満	92	2.3	4.4	1.0		95	2.7	5.7	1.0
うち介護保険の訪問看護も利用						74	0.0	0.0	0.0
65歳以上75歳未満	92	1.7	3.7	1.0		95	1.9	4.2	1.0
うち介護保険の訪問看護も利用						74	0.1	0.3	0.0
75歳以上	92	4.9	9.7	2.0		95	4.7	9.2	2.0
うち介護保険の訪問看護も利用						74	0.2	0.6	0.0

「15歳未満」の利用者の有無をみると、平成24年9月では「あり」が7.6%で、平成23年9月と比べて増えていた。

図表 98 15歳未満の利用者の有無【保険医療機関】 n=105



## 6) 超重症児・準超重症児

超重症児・準超重症児についてみると、「訪問看護ステーション」では1事業所あたり平均（平成24年9月）で、「超重症児」が0.39人、「準超重症児」が0.30人であり、平成23年9月と比べて増えていた。

該当者が1人以上いる事業所に限定して平均値をみると、「超重症児」が2.1人、「準超重症児」が2.2人であった。

図表 99 1事業所あたり 超重症児・準超重症児利用者数【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成23年9月(n=528)			→	平成24年9月(n=535)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
超重症児	0.26	0.81	0.0		0.39	1.27	0.0
準超重症児	0.23	0.96	0.0		0.30	1.12	0.0
その他	0.28	2.34	0.0		0.30	1.66	0.0

図表 100 1事業所あたり 超重症児・準超重症児利用者数（0人を除く）【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成23年9月				→	平成24年9月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
超重症児	85	1.6	1.4	1.0		100	2.1	2.3	1.0
準超重症児	56	2.2	2.1	1.0		71	2.2	2.3	1.0
その他	53	2.8	6.9	1.0		61	2.6	4.3	1.0

「保険医療機関」では、1施設あたり平均（平成24年9月）で、「超重症児」が0.16人、「準超重症児」が0.05人であり、平成23年9月と比べ増えていた。

該当者が1人以上いる施設に限定して平均値をみると、「超重症児」が2.2人、「準超重症児」が1.0人であった。

図表 101 1施設あたり 超重症児・準超重症児利用者数【保険医療機関】 n=81

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
超重症児	0.09	0.42	0.0		0.16	0.70	0.0
準超重症児	0.02	0.16	0.0		0.05	0.22	0.0
その他	0.00	0.00	0.0		0.01	0.11	0.0

図表 102 1施設あたり 超重症児・準超重症児利用者数（0人を除く）【保険医療機関】

単位：人

	平成 23 年 9 月				→	平成 24 年 9 月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
超重症児	4	1.8	1.0	1.5		6	2.2	1.6	1.5
準超重症児	2	1.0	0.0	1.0		4	1.0	0.0	1.0
その他	0	-	-	-		1	1.0	-	1.0

### 7) 要介護度別利用者数

事業所・施設ごとの要介護度別利用者数の比率（平成 24 年 9 月）をみると、「訪問看護ステーション」においては、医療保険利用者では「介護保険対象外」が 28.2%で最も高かった。「要介護 1・2・3」が 25.5%、「要介護 5」が 23.3%であった。平成 23 年 9 月と比べて、「介護保険対象外」が 1.1 ポイント増えていた。

介護保険利用者（平成 24 年 9 月）では、「要介護 1・2・3」が 51.7%と半数を占め、「要介護 5」は 21.4%であった。

図表 103 1 事業所あたり 要介護度別利用者数【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成 23 年 9 月【医療】(n=602)			平成 24 年 9 月【医療】(n=634)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
要支援 1・2	0.4	1.2	0.0	0.4	0.9	0.0
要介護 1・2・3	3.0	7.1	2.0	2.8	3.3	2.0
要介護 4	1.4	2.3	1.0	1.3	1.9	1.0
要介護 5	2.5	3.2	1.5	2.6	3.0	2.0
介護保険対象外	5.6	15.4	1.0	6.6	17.4	1.0
申請中・自立・未申請	2.3	13.2	0.0	2.5	14.6	0.0

	平成 24 年 9 月【介護】(n=654)		
	平均値	標準偏差	中央値
要支援 1・2	4.5	5.7	3.0
要介護 1・2・3	23.4	21.8	19.0
要介護 4	7.8	7.6	6.0
要介護 5	10.0	9.9	8.0
申請中	0.3	2.6	0.0

「保険医療機関」においては、医療保険利用者（平成 24 年 9 月）では、「介護保険対象外」28.5%、「要介護 5」が 22.3%であった。

介護保険利用者では、「要介護 1・2・3」が 43.4%、「要介護 5」が 28.8%であった。



図表 104 各事業所ごとの要介護度別利用者数の比率【訪問看護ステーション】

単位：％

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
平成 23 年 9 月【医療】				
要支援 1・2	563	3.9	10.4	0.0
要介護 1・2・3	563	25.7	25.3	20.0
要介護 4	563	11.4	15.0	6.7
要介護 5	563	23.1	23.2	20.0
介護保険対象外	563	27.1	32.6	15.8
申請中・自立・未申請	563	8.7	19.9	0.0
平成 24 年 9 月【医療】				
要支援 1・2	603	3.3	8.9	0.0
要介護 1・2・3	603	25.5	24.2	22.2
要介護 4	603	11.3	15.0	6.7
要介護 5	603	23.3	23.0	19.0
介護保険対象外	603	28.2	32.4	18.2
申請中・自立・未申請	603	8.3	19.3	0.0
平成 24 年 9 月【介護】				
要支援 1・2	639	10.5	10.6	7.9
要介護 1・2・3	639	51.7	16.6	51.6
要介護 4	639	15.8	8.5	15.9
要介護 5	639	21.4	14.3	20.0
申請中	639	0.6	4.2	0.0

図表 105 1施設あたり 要介護度別利用者数【保険医療機関】

単位：人

	平成 23 年 9 月【医療】(n=84)			平成 24 年 9 月【医療】(n=92)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
要支援 1・2	0.4	1.2	0.0	0.4	1.0	0.0
要介護 1・2・3	1.1	1.9	0.0	1.4	2.5	1.0
要介護 4	0.6	1.2	0.0	0.8	1.4	0.0
要介護 5	1.4	2.2	0.0	1.8	3.1	1.0
介護保険対象外	2.6	6.7	0.0	2.9	7.3	1.0
申請中・自立・未申請	0.9	1.8	0.0	0.9	1.7	0.0

	平成 24 年 9 月【介護】(n=90)		
	平均値	標準偏差	中央値
要支援 1・2	2.2	3.5	1.0
要介護 1・2・3	11.6	14.9	7.0
要介護 4	5.0	7.8	2.0
要介護 5	6.9	11.9	3.0
申請中	0.2	0.8	0.0

図表 106 各施設ごとの要介護度別利用者数の比率【保険医療機関】

単位：％

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
平成 23 年 9 月【医療】				
要支援 1・2	73	4.8	14.9	0.0
要介護 1・2・3	73	18.0	27.3	0.0
要介護 4	73	8.9	16.7	0.0
要介護 5	73	23.8	30.5	4.2
介護保険対象外	73	26.9	36.4	4.2
申請中・自立・未申請	73	17.6	29.9	0.0
平成 24 年 9 月【医療】				
要支援 1・2	87	5.9	19.2	0.0
要介護 1・2・3	87	19.0	26.7	9.5
要介護 4	87	9.9	17.2	0.0
要介護 5	87	22.3	29.5	7.7
介護保険対象外	87	28.5	37.1	9.5
申請中・自立・未申請	87	14.4	25.6	0.0
平成 24 年 9 月【介護】				
要支援 1・2	77	11.1	18.0	5.9
要介護 1・2・3	77	43.4	22.6	45.1
要介護 4	77	16.3	12.0	19.0
要介護 5	77	28.8	24.3	25.0
申請中	77	0.5	2.5	0.0

## 8) 利用者の日常生活自立度

事業所・施設ごとに利用者の日常生活自立度の比率をみると、「訪問看護ステーション」の医療保険利用者では「C（寝たきり）」が 35.1%であった。また、介護保険利用者では、「A（室内自立）」が 33.6%であった。

図表 107 1事業所あたり 利用者の日常生活自立度【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
J(自立)	586	4.6	14.4	1.0
A(室内自立)	586	3.0	3.6	2.0
B(床上自立)	586	2.9	3.9	2.0
C(寝たきり)	586	4.1	4.7	3.0
平成 24 年 9 月【介護】				
J(自立)	566	6.7	7.7	5.0
A(室内自立)	566	14.0	14.0	10.5
B(床上自立)	566	10.0	9.9	7.0
C(寝たきり)	566	9.7	10.3	7.0

図表 108 各事業所ごとの利用者の日常生活自立度の比率【訪問看護ステーション】

単位：%

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
J(自立)	557	19.1	26.5	10.0
A(室内自立)	557	23.5	20.9	20.0
B(床上自立)	557	22.3	21.0	19.4
C(寝たきり)	557	35.1	26.7	33.3
平成 24 年 9 月【介護】				
J(自立)	550	19.4	20.8	14.3
A(室内自立)	550	33.6	18.5	33.3
B(床上自立)	550	23.1	14.3	22.8
C(寝たきり)	550	23.8	17.5	21.4

「保険医療機関」の医療保険利用者では「C（寝たきり）」が41.9%を占めた。介護保険利用者では「C（寝たきり）」が32.5%であった。

図表 109 1施設あたり 利用者の日常生活自立度【保険医療機関】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
J(自立)	93	1.0	1.7	0.0
A(室内自立)	93	1.4	2.1	1.0
B(床上自立)	93	1.7	2.9	1.0
C(寝たきり)	93	2.8	3.6	1.0
平成 24 年 9 月【介護】				
J(自立)	89	2.9	4.6	1.0
A(室内自立)	89	6.3	8.0	3.0
B(床上自立)	89	4.6	6.7	2.0
C(寝たきり)	89	6.9	11.6	3.0

図表 110 各施設ごとの利用者の日常生活自立度の比率【保険医療機関】

単位：%

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
J(自立)	89	15.7	27.9	0.0
A(室内自立)	89	22.7	29.2	10.0
B(床上自立)	89	19.6	25.3	13.3
C(寝たきり)	89	41.9	35.8	38.9
平成 24 年 9 月【介護】				
J(自立)	80	14.6	18.9	9.4
A(室内自立)	80	30.7	23.0	32.7
B(床上自立)	80	22.2	19.5	20.0
C(寝たきり)	80	32.5	26.9	26.3

### 9) 利用者の認知症高齢者の日常生活自立度

1 事業所・施設あたりの認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数をみると、「訪問看護ステーション」の医療保険利用者では、「M」が 0.5 人、「IV」が 0.9 人であった。また、介護保険利用者では、「M」が 1.5 人、「IV」が 4.1 人であった。

図表 111 1 事業所あたり 利用者の認知症高齢者の日常生活自立度【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
Ⅱ	536	1.8	4.6	1.0
Ⅲ	536	1.1	1.8	0.0
Ⅳ	536	0.9	2.1	0.0
M	536	0.5	1.5	0.0
平成 24 年 9 月【介護】				
Ⅱ	535	9.5	9.1	7.0
Ⅲ	535	6.6	7.7	5.0
Ⅳ	535	4.1	5.4	2.0
M	535	1.5	3.0	0.0

「保険医療機関」の医療保険利用者では、「M」が 0.2 人、「IV」が 0.4 人であった。また、介護保険利用者では、「M」が 0.5 人、「IV」が 2.1 人であった。

図表 112 1 施設あたり 利用者の認知症高齢者の日常生活自立度【保険医療機関】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
平成 24 年 9 月【医療】				
Ⅱ	78	1.0	1.3	1.0
Ⅲ	78	0.6	1.3	0.0
Ⅳ	78	0.4	0.9	0.0
M	78	0.2	0.7	0.0
平成 24 年 9 月【介護】				
Ⅱ	79	3.4	3.5	2.0
Ⅲ	79	2.6	3.4	1.0
Ⅳ	79	2.1	5.0	0.0
M	79	0.5	1.2	0.0

【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

## 10) 褥瘡の状態

褥瘡の状態についてみると、「訪問看護ステーション」では、平成24年9月において「DESIGN 分類で確認」が平均0.49人で、「NPUAP 分類で確認」の平均0.34人より多かった。このうち、「D3 以上」が平均0.32人であった。いずれの状態においても、平成23年9月より多かった。

図表 113 褥瘡の状態別利用者数（1事業所あたり）【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成23年9月(n=557)			⇒	平成24年9月(n=579)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
NPUAP 分類で確認	0.29	0.82	0.0		0.34	0.93	0.0
うち、グレートⅢ以上	0.17	0.49	0.0		0.22	0.57	0.0
DESIGN 分類で確認	0.42	1.10	0.0		0.49	1.21	0.0
うち、D3 以上	0.25	0.57	0.0		0.32	0.69	0.0

「保険医療機関」でも、「DESIGN 分類で確認」（平均0.38人）が「NPUAP 分類で確認」（平均0.27人）より多かった。このうち、「D3 以上」が平均0.25人であった。いずれの状態においても、平成23年9月より多かった。

図表 114 褥瘡の状態別利用者数（1施設あたり）【保険医療機関】

単位：人

	平成23年9月(n=84)			⇒	平成24年9月(n=89)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
NPUAP 分類で確認	0.23	0.61	0.0		0.27	0.65	0.0
うち、グレートⅢ以上	0.11	0.41	0.0		0.16	0.45	0.0
DESIGN 分類で確認	0.30	0.72	0.0		0.38	0.86	0.0
うち、D3 以上	0.12	0.42	0.0		0.25	0.61	0.0

### 【NPUAP 分類】

ステージⅠ	通常骨突出部位に局限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）及び/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。

【DESIGN 分類：深さ】

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



### 11) 長時間訪問看護の実施状況

平成 24 年 9 月の長時間訪問看護の実施状況をみると、「訪問看護ステーション」において 90 分超の利用者数の 1 事業所あたりの平均値は 0.93 人であった。このうち 2 時間以上の訪問看護を実施したのは平均 0.35 人で、「長時間訪問看護加算」が算定された利用者は平均 0.59 人であった。「長時間訪問看護加算」を算定した利用者のうち、15 歳未満超重症児・準超重症児は平均 0.16 人であった。

長時間訪問看護の実績が 0 人である事業所を除いた場合、1 事業所あたりの長時間訪問看護実施利用者数の平均は 2.9 人であった。

90 分を超える長時間訪問看護を 1 人以上実施した事業所は全体の 31.8%であった。

図表 115 長時間訪問看護の実施状況別利用者数（1 事業所あたり）（平成 24 年 9 月）  
【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
①90 分超の訪問看護実施	670	0.93	2.82	0.0
②①のうち 2 時間以上の訪問看護実施	657	0.35	1.19	0.0
③①のうち長時間訪問看護加算算定	666	0.59	1.91	0.0
④③のうち 15 歳未満超重症児・準超重症児	645	0.16	1.15	0.0

図表 116 長時間訪問看護の実施状況別利用者数（1 事業所あたり）（0 人を除く）  
（平成 24 年 9 月）【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
①90 分超の訪問看護実施	213	2.9	4.4	2.0
②①のうち 2 時間以上の訪問看護実施	113	2.0	2.2	1.0
③①のうち長時間訪問看護加算算定	166	2.4	3.3	1.0
④③のうち 15 歳未満超重症児・準超重症児	47	2.1	3.8	1.0

図表 117 長時間訪問看護等の実施比率（平成 24 年 9 月）【訪問看護ステーション】

	回答事業所数	1 人以上実施有りの事業所数	実施比率
①90 分超の訪問看護実施	670	213	31.8%
②①のうち 2 時間以上の訪問看護実施	657	113	17.2%
③①のうち長時間訪問看護加算算定	666	166	24.9%
④③のうち 15 歳未満超重症児・準超重症児	645	47	7.3%

参考 (平成 23 年度調査) 長時間訪問看護等の実施比率【訪問看護ステーション】

	回答事業所数	1人以上実施有りの事業所数	実施比率
2時間以上の訪問看護実施	289	95	32.9%
長時間訪問看護加算算定	289	55	19.0%

「保険医療機関」において 90 分超の利用者数の平均値は 0.39 人であった。このうち 2 時間以上の訪問看護を実施した利用者数は平均 0.11 人で、「長時間訪問看護加算」を算定した利用者は 0.17 人であった。「長時間訪問看護加算」を算定した利用者のうち、15 歳未満超重症児・準超重症児は平均 0.02 人であった。

長時間訪問看護が 0 人である施設を除いた場合、1 施設あたりの利用者数の平均は 1.7 人であった。

図表 118 長時間訪問看護の実施状況別利用者数 (1 施設あたり)【保険医療機関】  
(平成 24 年 9 月) n=98

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
①90分超の訪問看護実施	0.39	0.88	0.0
②①のうち2時間以上の訪問看護実施	0.11	0.35	0.0
③①のうち長時間訪問看護加算算定	0.17	0.52	0.0
④③のうち15歳未満超重症児・準超重症児	0.02	0.14	0.0

図表 119 1 施設あたり 長時間訪問看護の実施状況別利用者数 (1 施設あたり) (0 人を除く)  
(平成 24 年 9 月) 【保険医療機関】 n=98

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
①90分超の訪問看護実施	22	1.7	1.1	1.0
②①のうち2時間以上の訪問看護実施	10	1.1	0.3	1.0
③①のうち長時間訪問看護加算算定	12	1.4	0.7	1.0
④③のうち15歳未満超重症児・準超重症児	2	1.0	0.0	1.0

【90 分以上の訪問看護を行ったにもかかわらず、「長時間訪問看護」を算定できなかった利用者の疾患や状態像】（自由記述形式）

○訪問看護ステーション

- ・パーキンソン病、便秘症、脱水症、高血圧。排便コントロールと保清に長時間を要した。
- ・創処置や輸液（独居で輸液中も見守りが必要）。
- ・直腸がん。ストーマ装着に時間がかかった。
- ・大きな褥瘡の患者。
- ・点滴の血液確保に時間を要した場合。
- ・ALS の利用者の清拭に時間がかかり、吸引も頻回である場合。
- ・がん末期で 1 つ 1 つの行為に時間がかかる場合。家族の話聞くのに時間がかかることも多い。
- ・類天疱瘡の利用者の保清更衣と全身の軟膏処置（4 種類の使い分け）、包帯固定が必要な場合。
- ・シャイ・ドレーガー症候群で、入浴介助とバルーン交換と浣腸・摘便。
- ・重症心身障害児で、超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準で 10 点未満、あるいは歩行している場合。例：白血球の治療中で歩行可。13 トリソミー、注入、吸引だが 8 点。ウェスト症候群、全解除だが 8 点。
- ・統合失調症の患者の症状緩和のための趣味を活かした支援を行う場合や、受診への不安がある利用者の不安軽減のための説明・確認、及び受診同行等。
- ・認知症状があり、外に出た後、納得されずに家に戻るのに時間がかかった。
- ・ALS、気管切開、腸ろう、尿管留置、褥瘡あり、家人ケアを含め 90 分以上要する訪問を週 4 回訪問しているが、週 2 回目以降は算定できない。
- ・呼吸器管理、アンビューバックによる介助を伴う入浴、呼吸リハビリを行う患者について、週 1 回のみしか算定できない。
- ・2 か所のステーションを利用されている場合。

○保険医療機関

- ・知的障害者で理解・行動のペースに合わせ、説明に時間を要した。
- ・統合失調症で、他機関職員との面接、体験利用のため時間を要した。
- ・ターミナル患者の家族の精神的援助のため、不安を傾聴し、時間を要した。
- ・2 か所のステーションが訪問している場合。
- ・週 2 回以上の長時間になった場合。

12) 平成 24 年 9 月の 13 日以上訪問利用者数

【訪問看護ステーション】

「訪問看護ステーション」において、平成 24 年 9 月 1 か月間に 13 日以上訪問を行った利用者数は平均 1.83 人であった。このうち、「13～15 日」の利用者数は平均 0.71 人であった。

13 日以上訪問利用者が「あり」という事業所は 56.7%、「なし」は 39.6%であった。

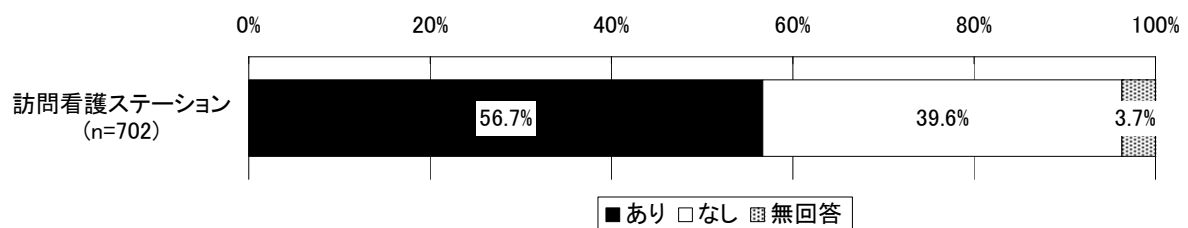
図表 120 1 事業所あたり平成 24 年 9 月の 13 日以上訪問利用者数【訪問看護ステーション】

n=676

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
合計(13 日以上訪問)	1.83	3.63	1.0
13～15 日	0.71	1.36	0.0
16～20 日	0.61	1.40	0.0
21～25 日	0.23	0.70	0.0
26 日以上	0.28	1.51	0.0

図表 121 平成 24 年 9 月の 13 日以上訪問利用者の有無【訪問看護ステーション】



**【保険医療機関】**

「保険医療機関」において、平成 24 年 9 月 1 か月間に 13 日以上の訪問を行った利用者数は平均 0.68 人であった。このうち、「13～15 日」の利用者数は平均 0.33 人であった。

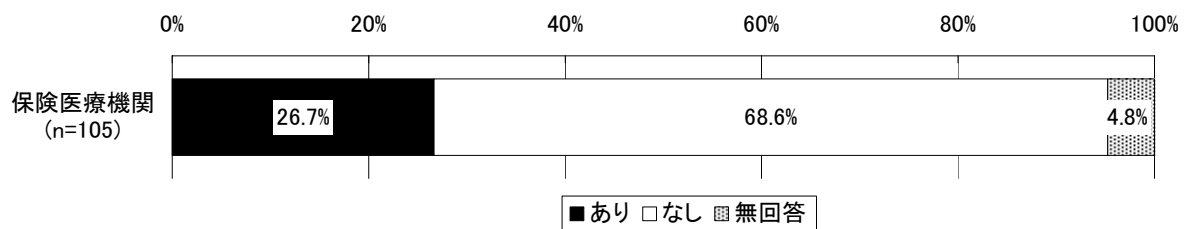
13 日以上訪問利用者が「あり」が 26.7%、「なし」が 68.6%であった。

図表 122 1 施設あたり 平成 24 年 9 月の 13 日以上訪問利用者数【保険医療機関】 n=100

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
合計(13 日以上訪問)	0.68	1.49	0.0
13～15 日	0.33	0.82	0.0
16～20 日	0.15	0.58	0.0
21～25 日	0.09	0.35	0.0
26 日以上	0.11	0.49	0.0

図表 123 平成 24 年 9 月の 13 日以上訪問利用者の有無【保険医療機関】



### 13) 特別管理加算、在宅移行管理加算

「訪問看護ステーション」において、「特別管理加算」を算定した利用者数の1事業所あたり平均値をみると、平成23年（「重症者管理加算」）が4.26人、平成24年が5.42人で増えていた。

図表 124 1事業所あたり特別管理加算を算定した利用者数【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
【H23】重症者管理加算算定	628	4.26	6.07	2.0
【H24】特別管理加算算定	652	5.42	7.09	3.0
(うち)週4日以上訪問【H24】	634	1.40	2.46	0.0

「保険医療機関」において、「在宅移行管理加算」を算定した利用者数の1施設あたりの平均値は、平成23年では0.08人、平成24年では0.13人であった。

図表 125 1施設あたり在宅移行管理加算を算定した利用者数【保険医療機関】 n=87

単位：人

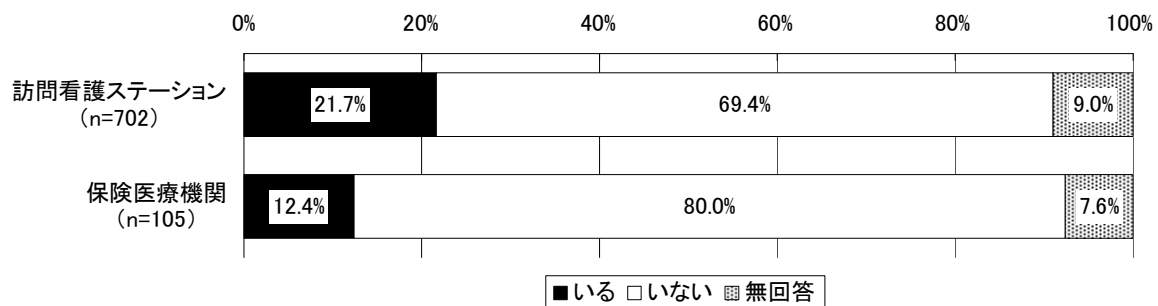
	平均値	標準偏差	中央値
【H23】在宅移行管理加算	0.08	0.35	0.0
【H24】在宅移行管理加算	0.13	0.71	0.0
(うち)週4日以上訪問【H24】	0.00	0.00	0.0

14) 厚生労働大臣の定める疾病等や特別な管理に該当する利用者以外で、週4日以上訪問する必要がある利用者の有無

厚生労働大臣の定める疾病等や特別な管理に該当する利用者以外で、週4日以上訪問する必要がある利用者の有無についてみると、「訪問看護ステーション」では「あり」が21.7%、「なし」が69.4%であった。

また、「保険医療機関」では「あり」が12.4%、「なし」が80.0%であった。

図表 126 厚生労働大臣の定める疾病等や特別な管理に該当する利用者以外で、週4日以上訪問する必要がある利用者の有無



【厚生労働大臣の定める疾病等や特別な管理に該当する利用者以外で、週4日以上訪問する必要がある利用者とその必要性】(自由記述形式)

○訪問看護ステーション

- ・排便コントロールが必要な利用者：自力での排便がほとんどないため。
- ・脱水：点滴。
- ・精神疾患、拒薬：電話での促しは不確実。
- ・統合失調症：服薬管理。
- ・リハビリ希望あり。
- ・インシュリン注射が必要な場合：麻痺や認知症、視力障害で自分でできないため。
- ・糖尿病、透析、ASOの利用者：褥瘡の評価対象にならないが深い潰瘍のある場合、下胞潰瘍や血流障害による創傷。
- ・1歳半の超重症児：連日入浴支援、介護支援。
- ・がん以外の終末期：点滴、家族の不安。

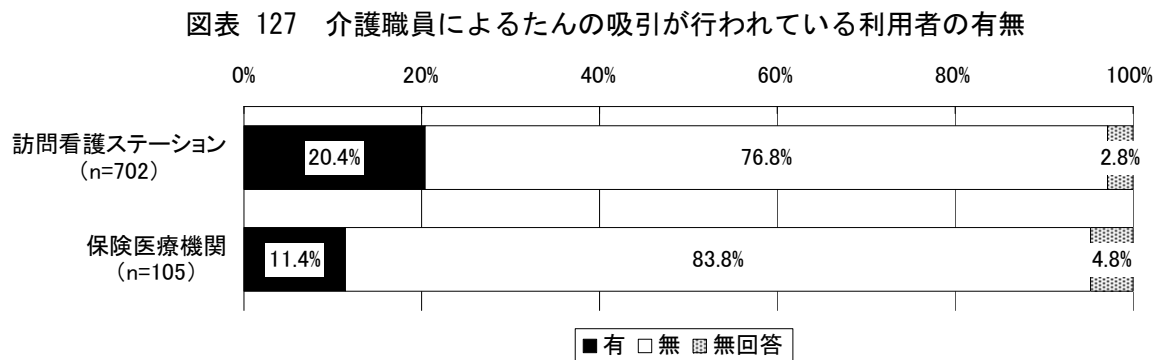
○保険医療機関

- ・ターミナル期：毎日状態観察のために訪問。

### 15) たんの吸引

平成 24 年 9 月において、介護職員によるたんの吸引が行われている利用者の有無についてみると、「訪問看護ステーション」では「有」が 20.4%、「無」が 76.8%であった。

「保険医療機関」では「有」が 11.4%、「無」が 83.8%であった。



介護職員によるたんの吸引が行われている利用者数は、「訪問看護ステーション」では 1 事業所あたり平均 1.9 人、「保険医療機関」では 1 施設あたり平均 1.7 人であった。

図表 128 1 事業所あたり介護職員によるたんの吸引が行われている利用者数

【訪問看護ステーション】(平成 24 年 9 月) n=139

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
介護職員によるたんの吸引が行われている利用者数	1.9	1.8	1.0

図表 129 1 施設あたり介護職員によるたんの吸引が行われている利用者数【保険医療機関】

(平成 24 年 9 月) n=12

単位：人

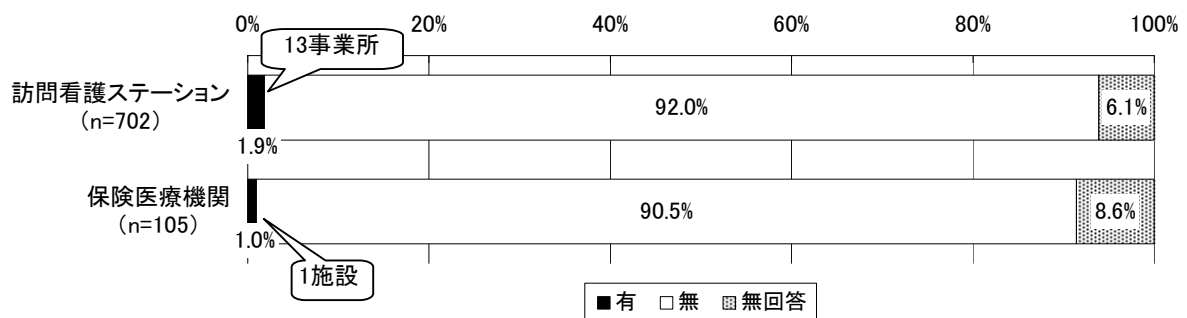
	平均値	標準偏差	中央値
介護職員によるたんの吸引が行われている利用者数	1.7	1.5	1.0



たんの吸引等についての手技の確認等を主な目的にした「訪問看護基本療養費」算定の有無についてみると、「有」であったのは「訪問看護ステーション」で1.9%、「保険医療機関」で1.0%であった。

「訪問看護ステーション」におけるたんの吸引等についての手技の確認等を主な目的にした「訪問看護基本療養費」算定回数（平成24年9月）は、1事業所あたり平均6.6回、平均滞在時間は176.2分であった。

図表 130 たんの吸引等についての手技の確認等を主な目的にした「訪問看護基本療養費」算定の有無



図表 131 1事業所あたり たんの吸引等についての手技の確認等を主な目的にした「訪問看護基本療養費」算定の回数と平均滞在時間【訪問看護ステーション】

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
算定回数(回)	11	6.6	7.4	4.0
平均滞在時間(分)	12	176.2	417.7	60.0

図表 132 1施設あたり たんの吸引等についての手技の確認等を主な目的にした「訪問看護基本療養費」算定の回数と平均滞在時間【保険医療機関】

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
算定回数(回)	1	1.0	-	1.0
平均滞在時間(分)	0	-	-	-

### 16) 特別訪問看護指示書

平成 24 年 9 月 1 か月間に「訪問看護ステーション」において特別訪問看護指示書が交付された件数をみると、1 事業所あたり平均 1.1 件と平成 23 年 9 月より多く、特別訪問看護指示期間中の訪問回数の合計は 13.8 回となり、平成 23 年 9 月より多かった。

図表 133 1 事業所あたり「特別訪問看護指示書」が交付された利用者数及び該当利用者への訪問回数【訪問看護ステーション】

	平成 23 年 9 月				⇒	平成 24 年 9 月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
特別訪問看護指示書交付件数(件)	645	0.8	1.7	0.0		664	1.1	2.2	0.0
特別訪問看護指示期間中の訪問回数の合計(回)	529	10.5	23.6	0.0		551	13.8	29.7	0.0

### 17) 死亡利用者数等

「訪問看護ステーション」では、平成24年4月から9月の6か月間で亡くなった利用者数は1事業所あたり平均4.9人であった。このうち「ターミナルケア療養費」算定者数は平均1.6人で、在宅で死亡した利用者数は平均1.4人であった。平成23年4月から9月の6か月間と比べて、増えていた。

図表 134 1事業所あたり死亡利用者数等【訪問看護ステーション】

単位：人

	平成23年4月～9月 (n=616)			➡	平成24年4月～9月 (n=651)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
①亡くなった利用者数	4.4	5.8	2.0		4.9	6.1	3.0
②①のうちターミナルケア療養費算定者数	1.3	2.2	0.0		1.6	2.5	0.0
③②のうち、在宅で死亡	1.2	2.1	0.0		1.4	2.4	0.0
④②のうち、過去1年以内の入院履歴無し					0.3	1.0	0.0

「保険医療機関」では、平成24年4月から9月の6か月間で亡くなった利用者数は1施設あたり平均4.6人であった。このうちの「ターミナルケア療養費」算定者数は平均1.7人で、在宅で死亡した利用者数は平均1.5人であった。平成23年4月から9月の6か月間と比べて、増えていた。

図表 135 1施設あたり死亡利用者数【保険医療機関】

単位：人

	平成23年4月～9月 (n=92)			➡	平成24年4月～9月 (n=96)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
①亡くなった利用者数	3.6	6.5	0.0		4.6	8.4	1.0
②①のうちターミナルケア療養費算定者数	1.0	2.8	0.0		1.7	5.1	0.0
③②のうち、在宅で死亡	0.8	2.2	0.0		1.5	4.6	0.0
④②のうち、過去1年以内の入院履歴無し					0.3	2.1	0.0

### ③ 平成 24 年 4 月～9 月のターミナルケア療養費算定利用者について

ここでは、平成 24 年 4 月～9 月の半年間に亡くなった利用者で、ターミナルケア療養費を算定した利用者について、「直近の退院日」、「死亡日」、「最後の訪問日」、「最後から 2 番目の訪問日」、「死亡場所」を調査した結果をまとめた。

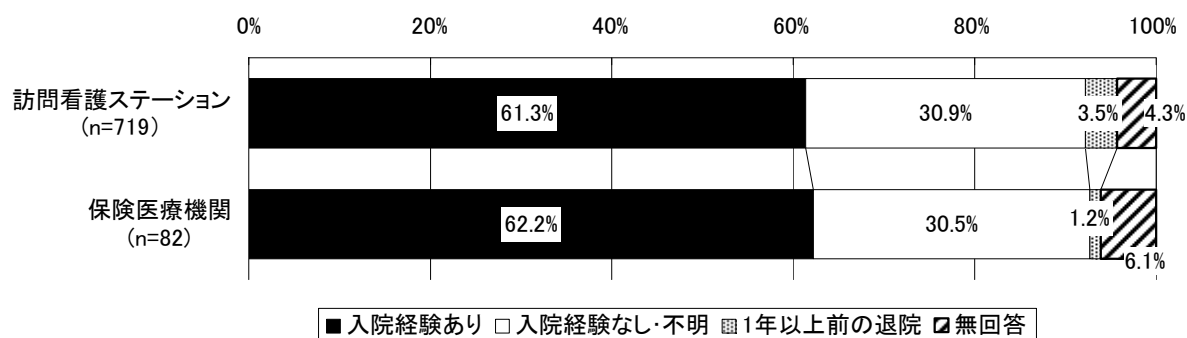
図表 136 回答件数

調査種別	回答件数
訪問看護ステーション調査	719 人分
保険医療機関調査	82 人分

#### 1) 入院経験の有無

平成 24 年 4 月から 9 月の 6 か月間のターミナル療養費算定利用者について、入院経験の有無をみると、「訪問看護ステーション」では「入院経験あり」が 61.3%、「保険医療機関」で 62.2%であった。

図表 137 入院経験の有無

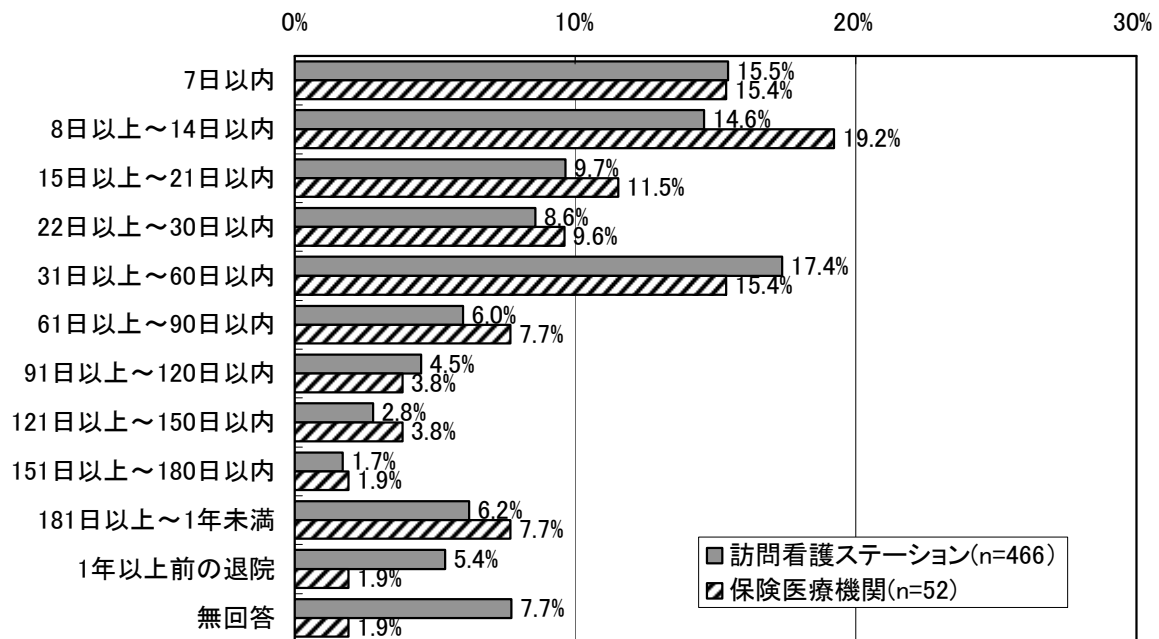


## 2) 退院から死亡までの期間

退院から死亡までの期間をみると、「訪問看護ステーション」では「31 日以上～60 日以内」(17.4%) が最も多く、次いで「7 日以内」(15.5%)、「8 日以上～14 日以内」(14.6%) であった。

「保険医療機関」では、「8 日以上～14 日以内」(19.2%) が最も多く、次いで「7 日以内」「31 日以上 60 日以内」(それぞれ 15.4%) であった。

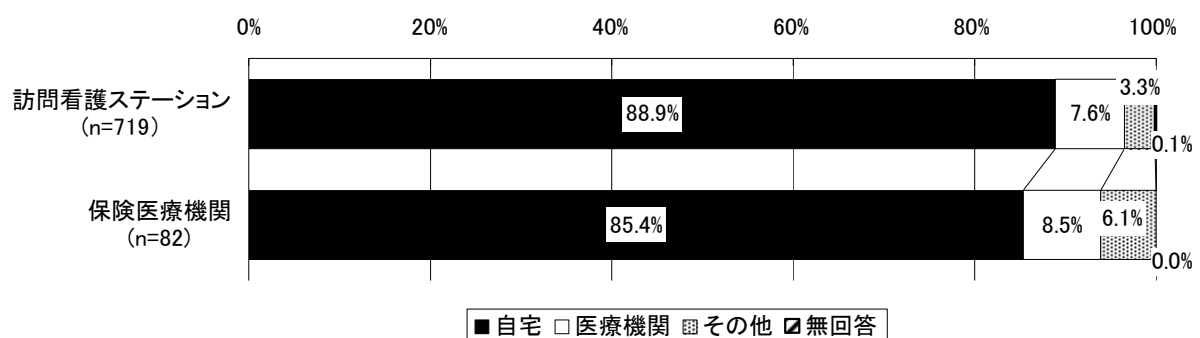
図表 138 退院から死亡までの期間



## 3) 死亡場所

死亡場所については、「訪問看護ステーション」と「保険医療機関」とともに、「自宅」という回答が 8 割以上 (それぞれ 88.9%、85.4%) であった。「医療機関」がそれぞれ 7.6%、8.5% であった。

図表 139 死亡場所

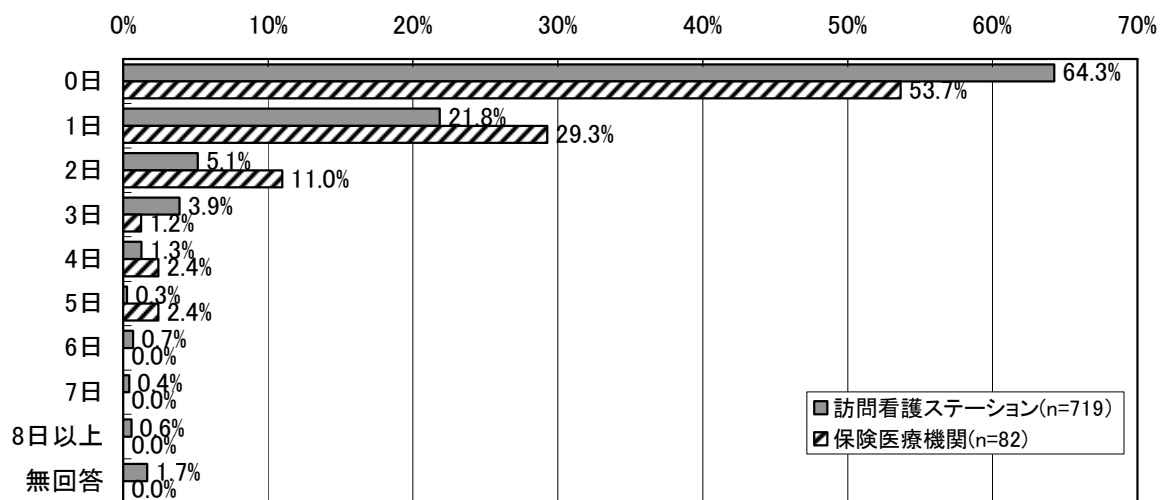


#### 4) 最後の訪問日から死亡日までの期間

最後の訪問日から死亡日までの期間をみると、「訪問看護ステーション」では「0日」が64.3%を占めた。次いで「1日」(21.8%)であった。

「保険医療機関」では「0日」が53.7%、次いで「1日」(29.3%)であった。

図表 140 最後の訪問日から死亡日までの期間

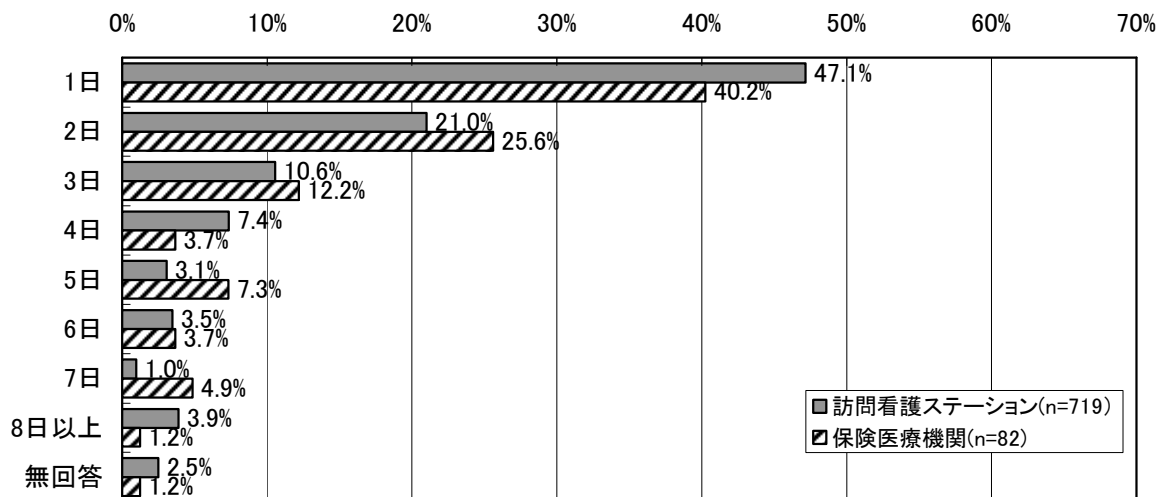


### 5) 最後から2番目の訪問日から死亡日までの期間

最後から2番目の訪問日から死亡日までの期間をみると、「訪問看護ステーション」では「1日」(47.1%)が最も多く、次いで「2日」(21.0%)であった。

「保険医療機関」でも「1日」(40.2%)が最も多く、次いで「2日」(25.6%)であった。

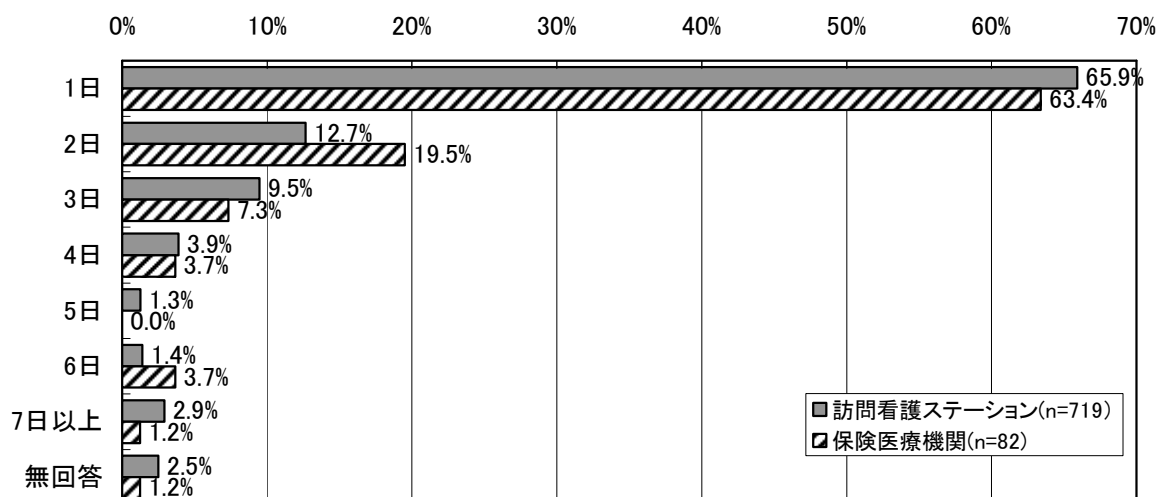
図表 141 最後から2番目の訪問日から死亡日までの期間



### 6) 最後の訪問日と最後から2番目の訪問日の期間

最後の訪問日と最後から2番目の訪問日の期間をみると、「訪問看護ステーション」では「1日」(65.9%)が最も多かった。「保険医療機関」でも「1日」(63.4%)が最も多かった。

図表 142 最後の訪問日と最後から2番目の訪問日の期間



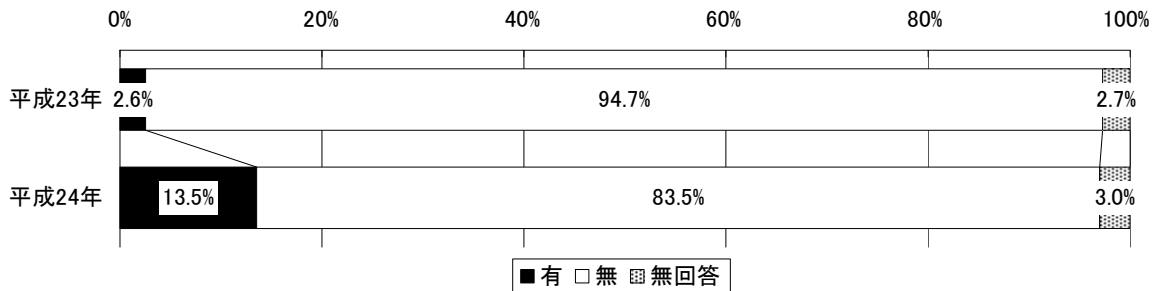
④ 入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護

1) 入院中の外泊日の訪問看護

【訪問看護ステーション】

「訪問看護ステーション」において、入院中の外泊日の訪問看護の有無をみると、「有」と回答した事業所は、平成23年では2.6%であったが、平成24年には13.5%となり、増えている。

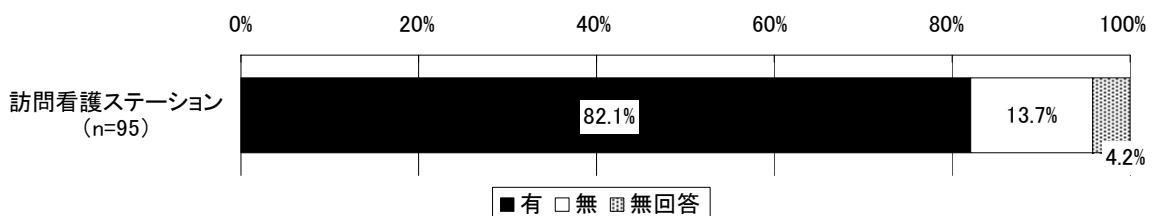
図表 143 入院中の外泊日の訪問看護の有無【訪問看護ステーション】 n=702



※各年 4月～9月

入院中の外泊日の訪問看護の実績がある場合の診療報酬の算定の有無をみると、「有」が82.1%であった。

図表 144 入院中の外泊日の訪問看護の実績がある場合の診療報酬の算定の有無【訪問看護ステーション】



図表 145 入院中の外泊日の訪問看護の状況【訪問看護ステーション】

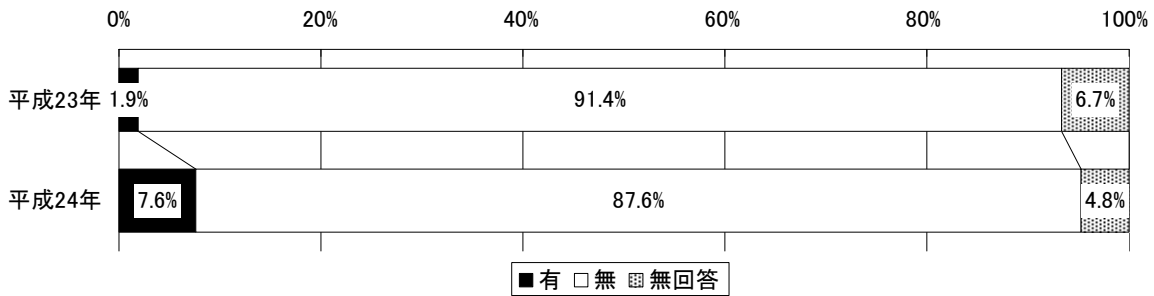
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
外泊日の訪問看護の対象人数【H23.4～9】(人)	14	1.14	0.36	1.0
外泊日の訪問看護の対象人数【H24.4～9】(人)	89	1.45	0.90	1.0
うち、診療報酬請求算定件数【H24.4～9】(件)	78	1.42	0.86	1.0



**【保険医療機関】**

「保険医療機関」において、入院中の外泊日の訪問看護の有無をみると、「有」と回答した施設は、平成23年では1.9%であったが、平成24年には7.6%となり、増えている。

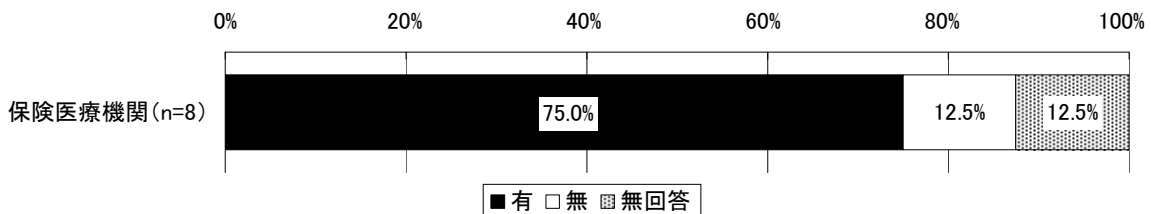
図表 146 入院中の外泊日の訪問看護の有無【保険医療機関】 n=105



※各年4月～9月

入院中の外泊日の訪問看護の実績がある場合の診療報酬の算定の有無をみると、「有」と回答した施設が75.0%であった。

図表 147 入院中の外泊日の訪問看護の実績がある場合の診療報酬の算定の有無【保険医療機関】



図表 148 入院中の外泊日の訪問看護の状況【保険医療機関】

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
外泊日の訪問看護の対象人数【H23.4～9】(人)	2	4.0	2.8	4.0
外泊日の訪問看護の対象人数【H24.4～9】(人)	8	2.6	3.2	1.0
うち、診療報酬請求算定件数【H24.4～9】(件)	6	6.0	11.8	1.0

## 2) 新規利用者のうち、退院後の訪問看護開始者

「訪問看護ステーション」において、平成 24 年 4 月～9 月の新規利用者のうち、退院後 2 週間以内に訪問看護の利用を開始した人数は、1 事業所あたり平均 6.43 人であった。このうち、退院後 30 日以内に再入院した利用者数は平均 1.28 人、特別訪問看護指示書が交付された利用者数は平均 0.63 人であった。特別訪問看護指示書が交付された利用者のうち、要介護認定者数は平均 0.50 人であった。

退院後 2 週間以内に利用を開始した人のうち、1 週間に 4 日以上訪問した利用者数は平均 0.99 人であった。このうち、要介護認定者数は平均 0.80 人であった。

図表 149 新規利用者のうち、退院後の訪問看護開始者（1 事業所あたり）  
（平成 24 年 4 月～9 月）【訪問看護ステーション】（人）

	回答 事業所数	平均値	標準偏差	中央値
①退院後 2 週間以内の利用開始者数	627	6.43	8.20	4.0
②①のうち、退院後 30 日以内に再入院した利用者数	609	1.28	1.94	1.0
③①のうち、特別訪問看護指示書交付の利用者数	598	0.63	1.94	0.0
④③のうち、要介護認定者数	587	0.50	1.41	0.0
⑤①のうち、1 週間に 4 日以上訪問した利用者数	605	0.99	1.79	0.0
⑥⑤のうち、要介護認定者数	600	0.80	1.61	0.0

「保険医療機関」において、新規利用者のうち、退院後 2 週間以内に訪問看護の利用を開始した人数は、1 施設あたり平均 5.18 人であった。このうち、退院後 30 日以内に再入院した利用者数は平均 1.02 人、頻回（1 週間に 4 回以上）の訪問看護が必要であるという指示が出た利用者数は平均 0.67 人であった。このうち、要介護認定者数は平均 0.64 人であった。

退院後 2 週間以内に利用を開始した人のうち、1 週間に 4 日以上訪問した利用者数は平均 0.69 人であった。このうち、要介護認定者数は平均 0.63 人であった。

図表 150 新規利用者のうち、退院後の訪問看護開始者（1 施設あたり）  
（平成 24 年 4 月～9 月）【保険医療機関】（人）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
①退院後 2 週間以内の利用開始者数	93	5.18	7.30	2.0
②①のうち、退院後 30 日以内に再入院した利用者数	93	1.02	1.69	0.0
③①のうち、頻回（1 週間に 4 回以上）の訪問看護の指示が出た利用者数	93	0.67	1.54	0.0
④③のうち、要介護認定者数	80	0.64	1.38	0.0
⑤①のうち、1 週間に 4 日以上訪問した利用者数	91	0.69	1.48	0.0
⑥⑤のうち、要介護認定者数	81	0.63	1.29	0.0

### 3) 退院直後の特別訪問看護指示書が交付された要介護認定者の詳細

平成 24 年 4 月～9 月に、退院直後、特別訪問看護指示書が交付された（保険医療機関においては、1 週間に訪問看護が 4 回以上必要であるという指示が出た）要介護認定者 1 人について、詳細を調査した。訪問看護ステーション調査では 227 人分、保険医療機関調査では 27 人分の回答が得られ、ここではその結果をまとめた。

なお、保険医療機関調査における対象数が少なかったため、グラフ中には記載せず、表中で数値を報告した。

#### a 年齢

退院直後に特別訪問看護指示書が交付された要介護認定者の年齢をみると、「訪問看護ステーション利用者」では平均 80.5 歳、「保険医療機関利用者」では平均 70.3 歳であった。

図表 151 年齢（歳）

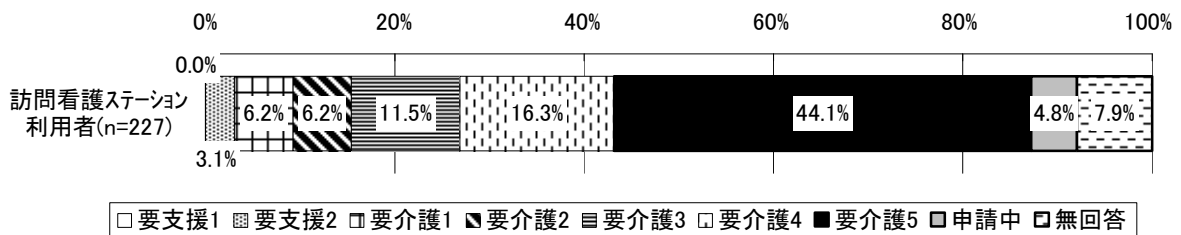
	回答人数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーション利用者	207	80.5	11.7	82.0
保険医療機関利用者	24	70.3	24.3	77.0

### b 要介護度

要介護度をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「要介護5」（44.1%）が最も多く、次いで「要介護4」（16.3%）、「要介護3」（11.5%）であった。

「保険医療機関利用者」では「要介護5」（44.4%）が最も多く、次いで「要介護4」（11.1%）であった。

図表 152 要介護度【訪問看護ステーション利用者】



図表 153 要介護度【保険医療機関利用者】

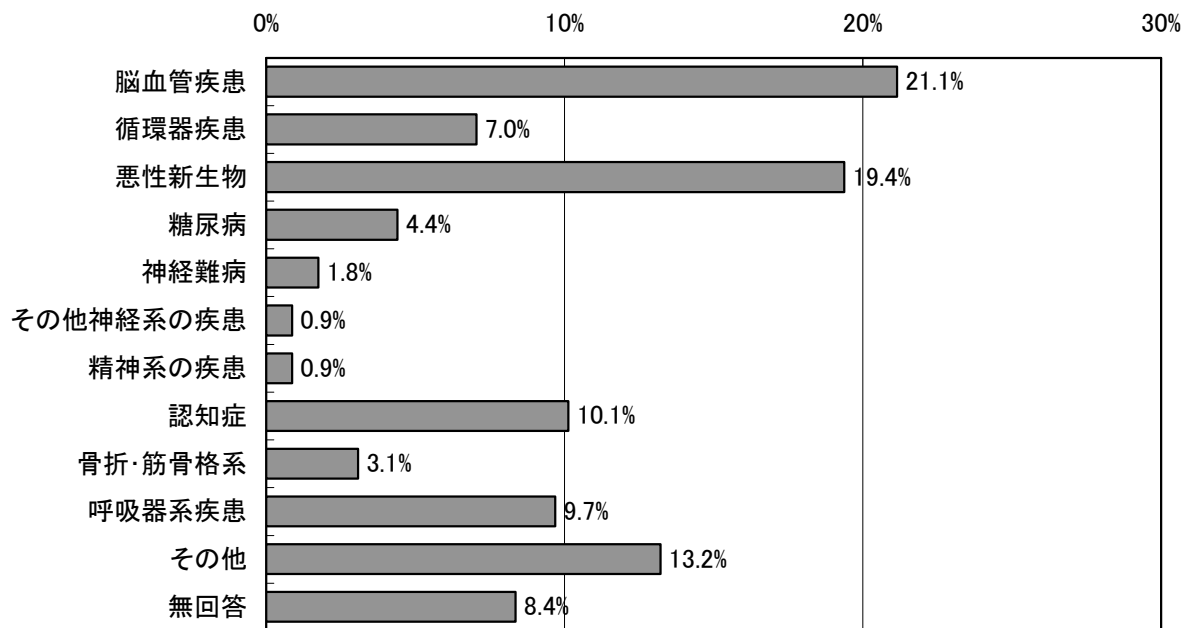
	人数	割合
要支援1	1	3.7%
要支援2	2	7.4%
要介護1	0	0.0%
要介護2	0	0.0%
要介護3	2	7.4%
要介護4	3	11.1%
要介護5	12	44.4%
申請中	2	7.4%
無回答	5	18.5%
全体	27	100.0%

### c 主な疾病

主な疾病をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「脳血管疾患」(21.1%)が最も多く、次いで「悪性新生物」(19.4%)、「認知症」(10.1%)であった。

「保険医療機関利用者」では「悪性新生物」(37.0%)が最も多く、次いで「脳血管疾患」(18.5%)、「呼吸器系疾患」(7.4%)であった。

図表 154 主な疾病【訪問看護ステーション利用者】 n=227



※「その他」の内容として、「脱水」「S状結腸憩室穿孔」「誤嚥性肺炎、低ナトリウム血症」「廃用症候群」「褥瘡」「前立腺肥大」「脊椎損傷」「慢性腎不全」等が挙げられた。

図表 155 主な疾病【保険医療機関利用者】

	人数	割合
脳血管疾患	5	18.5%
循環器疾患	0	0.0%
悪性新生物	10	37.0%
糖尿病	0	0.0%
神経難病	1	3.7%
その他神経系の疾患	1	3.7%
精神系の疾患	0	0.0%
認知症	0	0.0%
骨折・筋骨格系	0	0.0%
呼吸器系疾患	2	7.4%
その他	3	11.1%
無回答	5	18.5%
全体	27	100.0%

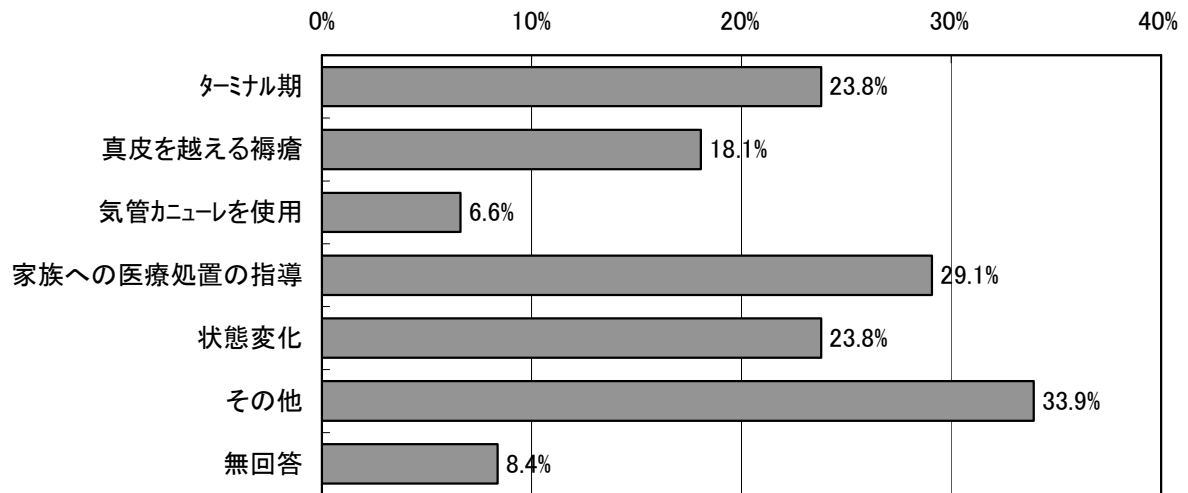
※「その他」の内容として、「褥瘡」「摂食障害」等が挙げられた。

#### d 利用者の状態等

利用者の状態等をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「家族の医療処置の指導」(29.1%)が最も多く、次いで「ターミナル期」、「状態変化」(いずれも23.8%)であった。

「保険医療機関利用者」では「ターミナル期」(44.4%)が最も多く、次いで「家族への医療処置の指導」(25.9%)であった。

図表 156 利用者の状態等【訪問看護ステーション利用者】 (複数回答) n=227



※「その他」の内容として、「脱水症状」「点滴」「中心静脈管理」「ステロイド服用管理」「服薬管理」「本人への注射手技指導」「導尿・排便コントロール」「ストーマ管理」「退院直後のリハビリ、在宅環境を整える」等が挙げられた。

図表 157 利用者の状態等【保険医療機関利用者】

	人数	割合
ターミナル期	12	44.4%
真皮を越える褥瘡	4	14.8%
気管カニューレを使用	4	14.8%
家族への医療処置の指導	7	25.9%
状態変化(急変時)	5	18.5%
その他	5	18.5%
無回答	5	18.5%
全体	27	100.0%

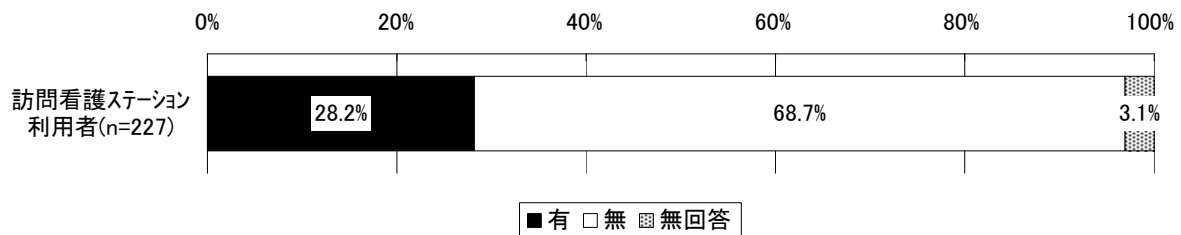
※「その他」の内容として、「連日の点滴」「人工呼吸器」「経鼻経管栄養管理」が挙げられた。

### e 入院前の訪問看護の有無

入院前の訪問看護の有無をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「有」が28.2%、「無」が68.7%であった。

「保険医療機関利用者」では「有」が14.8%、「無」が81.5%であった。

図表 158 入院前における当該事業所からの訪問看護の有無【訪問看護ステーション利用者】



図表 159 入院前における当該保険医療機関からの訪問看護の有無【保険医療機関利用者】

	人数	割合
有	4	14.8%
無	22	81.5%
無回答	1	3.7%
全体	27	100.0%

入院前における当該事業所からの1週あたりの訪問看護の頻度をみると、「訪問看護ステーション」では平均2.6回、「保険医療機関」では平均4.0回であった。

図表 160 入院前における当該事業所からの訪問看護の頻度（1週あたり）

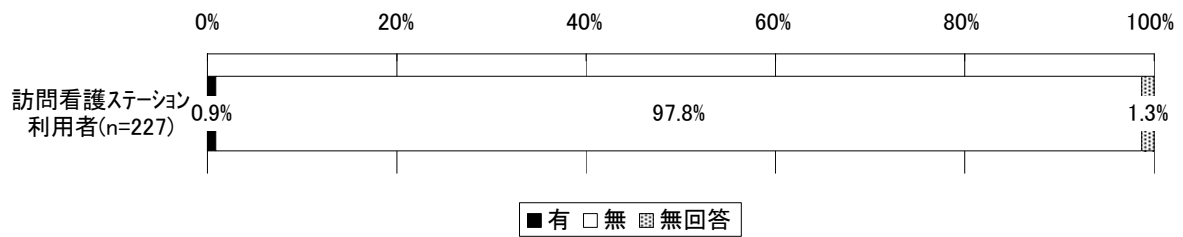
入院前の訪問頻度	回答人数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーション	61	2.6	1.8	2.0
保険医療機関	4	4.0	2.6	4.0

### f 外泊日の訪問看護

入院中における外泊日の訪問看護の有無をみると、「訪問看護利用者」では「有」が0.9%、「無」が97.8%であった。

「保険医療機関利用者」では「有」が0.0%、「無」は85.2%であった。

図表 161 入院中における外泊日の訪問看護の有無【訪問看護ステーション利用者】



図表 162 入院中における外泊日の訪問看護の有無【保険医療機関利用者】

	人数	割合
有	0	0.0%
無	23	85.2%
無回答	4	14.8%
全体	27	100.0%



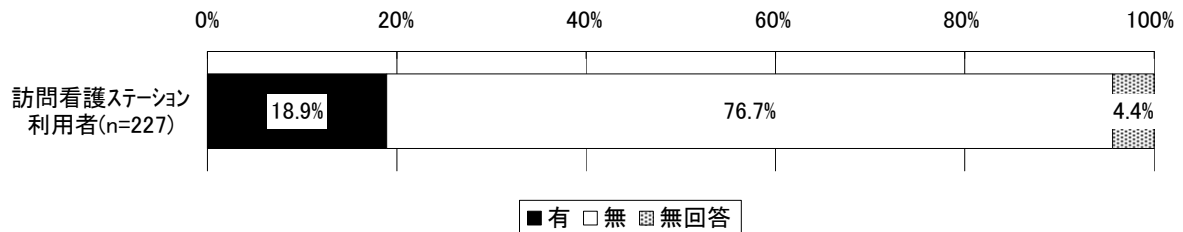
**g 入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無**

入院中の利用者への在宅へ訪問しての家族との調整の有無をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「有」が18.9%、「無」が76.7%であった。

「保険医療機関利用者」では「有」が25.9%、「無」が63.0%であった。

**図表 163 入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無**

**【訪問看護ステーション利用者】**



**図表 164 入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無**

**【保険医療機関利用者】**

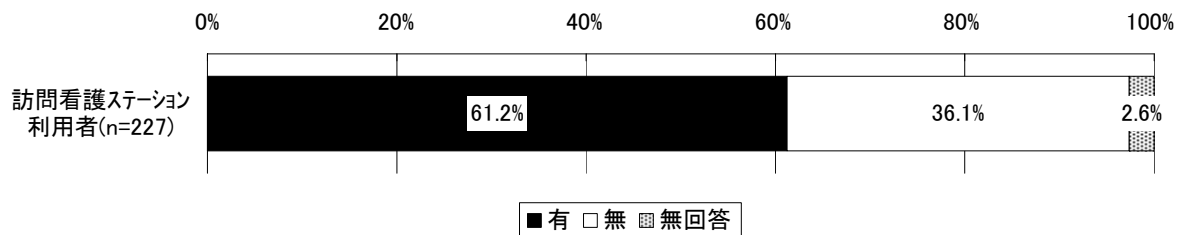
	人数	割合
有	7	25.9%
無	17	63.0%
無回答	3	11.1%
全体	27	100.0%

### h 入院中の病院・診療所への訪問の有無

入院中の病院・診療所への訪問の有無をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「有」が61.2%、「無」が36.1%であった。

「保険医療機関利用者」では「有」が48.1%、「無」が37.0%であった。

図表 165 入院中の病院・診療所への訪問の有無【訪問看護ステーション利用者】



図表 166 入院中の病院・診療所への訪問の有無【保険医療機関利用者】

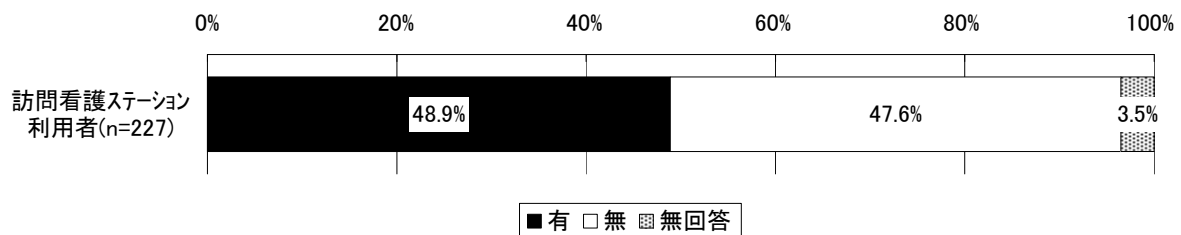
	人数	割合
有	13	48.1%
無	10	37.0%
無回答	4	14.8%
全体	27	100.0%

### i 退院当日の訪問の有無

退院当日の訪問の有無をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「有」が48.9%、「無」が47.6%であった。

「保険医療機関利用者」では「有」が55.6%、「無」が33.3%であった。

図表 167 退院当日の訪問の有無【訪問看護ステーション利用者】



図表 168 退院当日の訪問の有無【保険医療機関利用者】

	人数	割合
有	15	55.6%
無	9	33.3%
無回答	3	11.1%
全体	27	100.0%

### j 退院後 2 週間以内の訪問回数

退院後 2 週間以内の訪問回数をみると、「訪問看護ステーション」では退院後 1 週目の平均訪問回数が 5.0 回、退院後 2 週目の平均訪問回数が 4.7 回であった。

「保険医療機関」では退院後 1 週目の平均訪問回数が 5.1 回、退院後 2 週目の平均訪問回数が 4.2 回であった。

図表 169 退院後 2 週間以内の訪問回数【訪問看護ステーション】

単位：回

	回答人数	平均値	標準偏差	中央値
退院後 1 週目の訪問回数	205	5.0	2.9	5.0
退院後 2 週目の訪問回数	189	4.7	2.9	5.0

図表 170 退院後 2 週間以内の訪問回数【保険医療機関】

単位：回

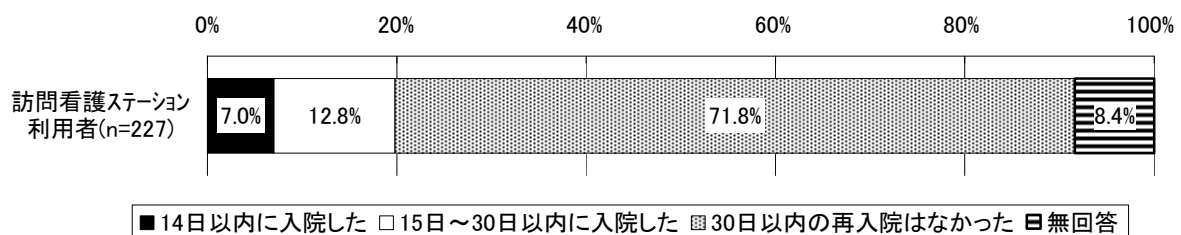
	回答人数	平均値	標準偏差	中央値
退院後 1 週目の訪問回数	22	5.1	2.4	5.0
退院後 2 週目の訪問回数	18	4.2	2.3	4.5

### k 退院後 30 日以内の再入院の有無

退院後 30 日以内の再入院の有無をみると、「訪問看護ステーション利用者」では「30 日以内の再入院はなかった」が 71.8%、「15 日～30 日以内に入院した」が 12.8%であった。

「保険医療機関利用者」では「30 日以内の再入院はなかった」が 51.9%、「14 日以内に入院した」が 22.2%であった。

図表 171 退院後 30 日以内の再入院の有無【訪問看護ステーション利用者】



図表 172 退院後 30 日以内の再入院の有無【保険医療機関利用者】

	人数	割合
14 日以内に入院した	6	22.2%
15 日～30 日以内に入院した	2	7.4%
30 日以内の再入院はなかった	14	51.9%
無回答	5	18.5%
全体	27	100.0%

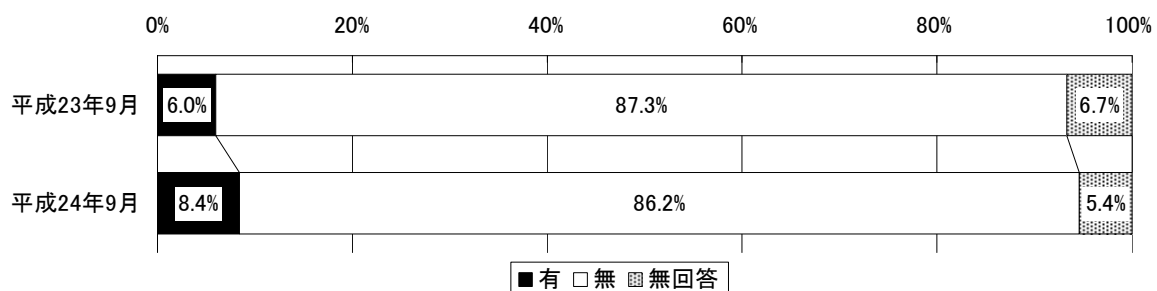
⑤ 夜間や緊急時の対応

1) 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況等

「訪問看護ステーション」における、早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の有無をみると、平成24年9月では「有」が8.4%と平成23年9月より高くなった。

早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況をみると、平成24年9月の1か月間における、1事業所あたりの利用者数は平均3.6人、延べ訪問回数は平均36.1回であった。「夜間・早朝・深夜訪問看護加算」算定利用者数は平均1.6人であった。

図表 173 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の有無【訪問看護ステーション】 n=702



図表 174 1事業所あたり 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況

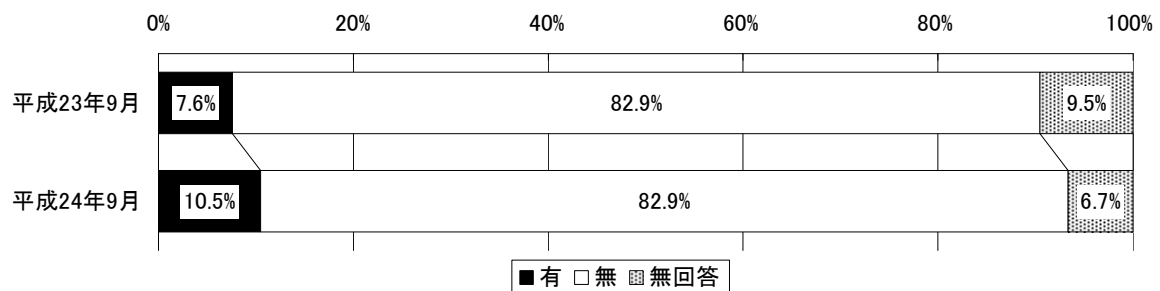
【訪問看護ステーション】

	平成23年9月				→	平成24年9月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
計画的な早朝・夜間・深夜の訪問看護利用者数(人)	38	3.4	5.5	1.0		55	3.6	7.3	1.0
延べ訪問回数(回)	35	20.1	32.9	6.0		55	36.1	122.4	6.0
利用料徴収利用者数(人)	34	2.2	3.8	1.0					
夜間・早朝・深夜訪問看護加算算定人数(人)						49	1.6	3.2	1.0

「保険医療機関」における、早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の有無をみると、平成24年9月では「有」が10.5%と平成23年9月より高くなった。

早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の実施状況をみると、平成24年9月の1か月間における、1施設あたりの利用者数は平均3.8人、延べ訪問回数は平均13.6回であった。「夜間・早朝・深夜訪問看護加算」算定利用者数は平均0.9人であった。

図表 175 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の有無【保険医療機関】 n=105



図表 176 1施設あたり 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の利用状況【保険医療機関】

	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
計画的な早朝・夜間・深夜の訪問看護利用者数(人)	8	5.1	6.2	3.0		11	3.8	4.5	1.0
延べ訪問回数(回)	8	9.9	6.6	10.5		10	13.6	14.6	10.0
利用料徴収利用者数(人)	8	1.3	1.7	1.0					
夜間・早朝・深夜訪問看護加算算定人数(人)						9	0.9	0.6	1.0

### a 訪問理由

早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の訪問理由をみると、「訪問看護ステーション」では「たんの吸引」が32.2%で最も多く、次いで「浣腸・摘便」(27.1%)、「その他のADL支援」(23.7%)であった。

「保険医療機関」では、「浣腸・摘便」(36.4%)が最も多く、次いで「たんの吸引」、「点滴」(それぞれ18.2%)であった。

図表 177 早朝・夜間・深夜の計画的な訪問看護の訪問理由(複数回答)

	全体	たんの吸引	人工呼吸器等の医療機器の管理	インシュリン注射	点滴	服薬介助(含点眼・点鼻・軟膏)	浣腸・摘便	その他のADL支援	その他	無回答
訪問看護ステーション	59 100.0%	19 32.2%	7 11.9%	5 8.5%	11 18.6%	11 18.6%	16 27.1%	14 23.7%	24 40.7%	5 8.5%
保険医療機関	11 100.0%	2 18.2%	0 0.0%	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%	4 36.4%	1 9.1%	5 45.5%	1 9.1%

※「その他」の内容として、「入浴・リハビリ(家庭の事情)」「食事介助」「皮膚処置」「排便処置」「導尿」「バルーン管理」等が挙げられた。

## 2) 緊急訪問回数

緊急訪問回数をみると、「訪問看護ステーション」では、1事業所あたりの緊急訪問回数は、平成24年9月1か月間で「早朝」が平均0.23回、「日中－平日」が平均1.79回、「日中－休日」が平均0.86回、「夜間」が平均0.64回、「深夜」が平均0.30回であった。

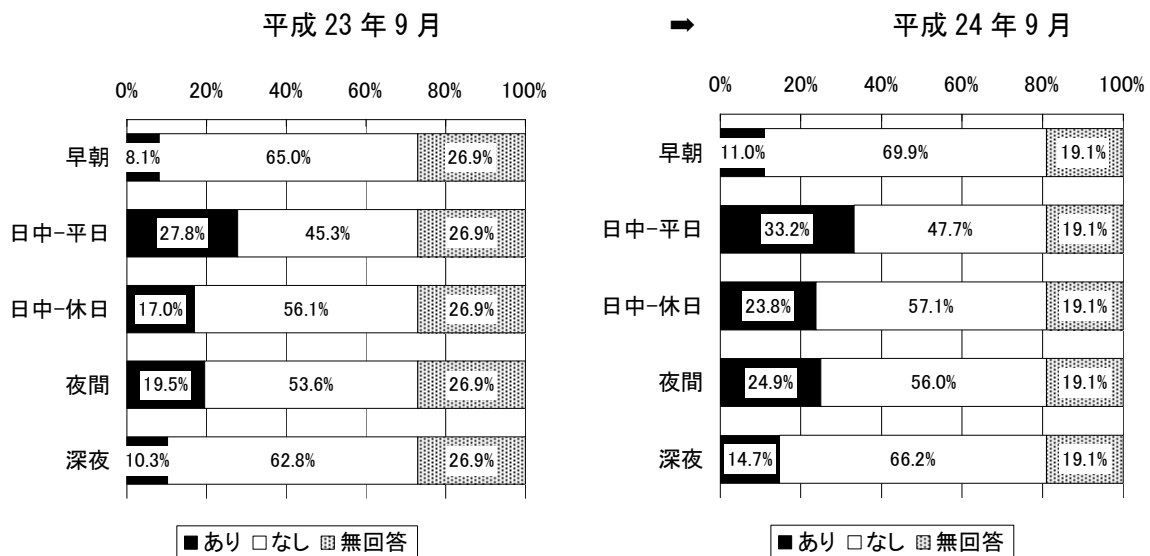
緊急訪問の有無をみると、「あり」は「日中－平日」が33.2%と最も高く、次いで「夜間」(24.9%)、「日中－休日」(23.8%)であった。

図表 178 1事業所あたり緊急訪問回数【訪問看護ステーション】

単位：回

	平成23年9月(n=513)			→	平成24年9月(n=568)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
早朝	0.25	1.52	0.0		0.23	0.75	0.0
日中－平日	1.67	7.15	0.0		1.79	6.41	0.0
日中－休日	0.81	4.02	0.0		0.86	2.80	0.0
夜間	0.58	1.46	0.0		0.64	1.46	0.0
深夜	0.26	0.82	0.0		0.30	0.82	0.0

図表 179 緊急訪問の有無【訪問看護ステーション】



「保険医療機関」では、平成24年9月の1施設あたりの緊急訪問回数は、平成24年9月1か月間で「早朝」が平均0.29回、「日中-平日」が平均1.53回、「日中-休日」が平均0.73回、「夜間」が平均0.73回、「深夜」が平均0.21回であった。

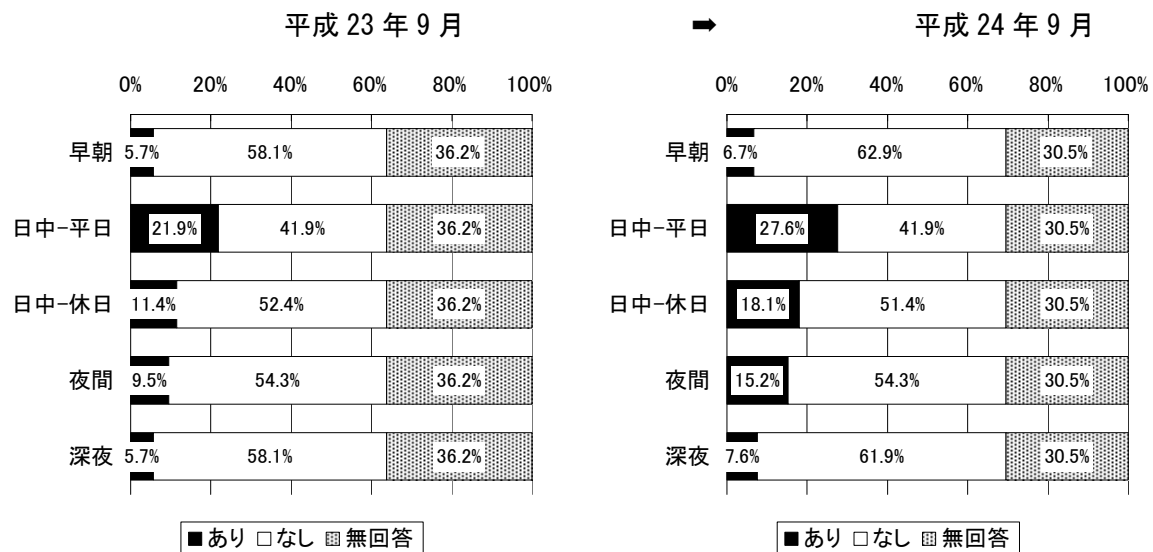
緊急訪問の有無をみると、「あり」は「日中-平日」が27.6%と最も高く、次いで「日中-休日」(18.1%)、「夜間」(15.2%)であった。

図表 180 1施設あたり緊急訪問回数【保険医療機関】

単位：回

	平成23年9月(n=67)			平成24年9月(n=73)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
早朝	0.13	0.49	0.0	0.29	1.37	0.0
日中-平日	1.24	2.36	0.0	1.53	2.79	0.0
日中-休日	0.64	2.27	0.0	0.73	1.73	0.0
夜間	0.43	1.53	0.0	0.73	3.44	0.0
深夜	0.18	0.65	0.0	0.21	0.69	0.0

図表 181 緊急訪問の有無【保険医療機関】



### 3) 緊急訪問の指示等

1事業所あたりの緊急訪問の指示回数等をみると、「訪問看護ステーション」では「在宅療養支援診療所からの指示」(1.81回)が最も多く、次いで「その他の病院からの指示」(0.68回)、「その他の診療所からの指示」(0.50回)、「在宅療養支援病院からの指示」(0.39回)であった。

図表 182 1事業所あたり緊急訪問の指示回数等 【訪問看護ステーション】(回)

単位：回

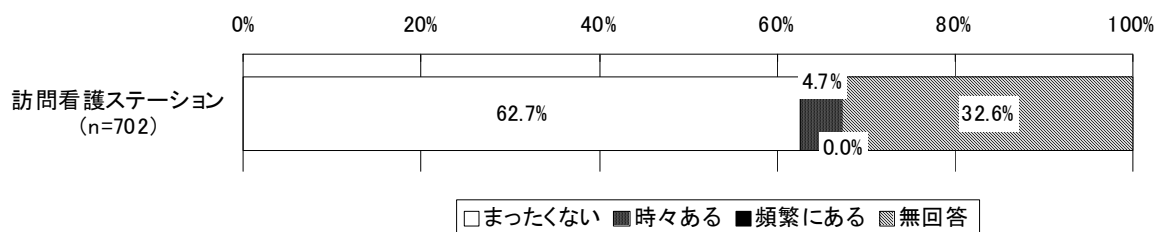
	回答 事業所数	平均値	標準偏差	中央値
在宅療養支援診療所からの指示	402	1.81	10.06	0.0
うち、緊急訪問看護加算の算定回数	399	1.01	8.90	0.0
その他の診療所からの指示	369	0.50	1.76	0.0
うち、緊急訪問看護加算の算定回数	364	0.24	1.21	0.0
在宅療養支援病院からの指示	371	0.39	2.00	0.0
うち、緊急訪問看護加算の算定回数	368	0.32	1.97	0.0
その他の病院からの指示	374	0.68	1.84	0.0

### 4) 在宅療養支援診療所・病院へ夜間の対応を依頼した際の断られた経験

「訪問看護ステーション」における、在宅療養支援診療所・病院へ夜間の対応を依頼した際の断られた経験をみると、「まったくない」が62.7%であった。「頻繁にある」は0.0%、「時々ある」が4.7%であった。

図表 183 在宅療養支援診療所・病院へ夜間の対応を依頼した際の断られた経験

【訪問看護ステーション】



#### 【夜間の対応について断られた状況】(自由記述形式)

- ・疾患とは別の症状の場合。
- ・高熱時の指示・対応。
- ・医師と連絡がとれない。
- ・当直医師が専門外。



⑥ 専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問

1) 専門性の高い看護師による訪問

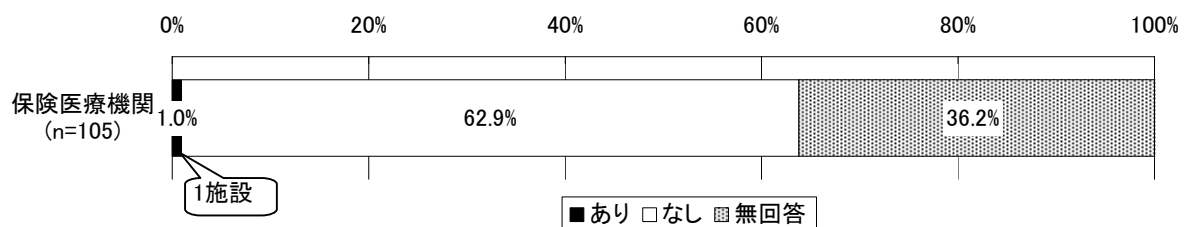
専門性の高い看護師による訪問をみると、「保険医療機関」では平均 0.0 回（標準偏差 0.1）であった。訪問の有無をみると、「有」は 1.0%（1 施設）であり、「無」は 62.9%であった。

図表 184 専門性の高い看護師による訪問 【保険医療機関】（0 件を含む） n=67

単位：件

	平均値	標準偏差	中央値
他の訪問看護ステーション等の訪問看護師と利用者宅を同一日に訪問した件数	0.0	0.1	0.0

図表 185 専門性の高い看護師による訪問の有無 【保険医療機関】



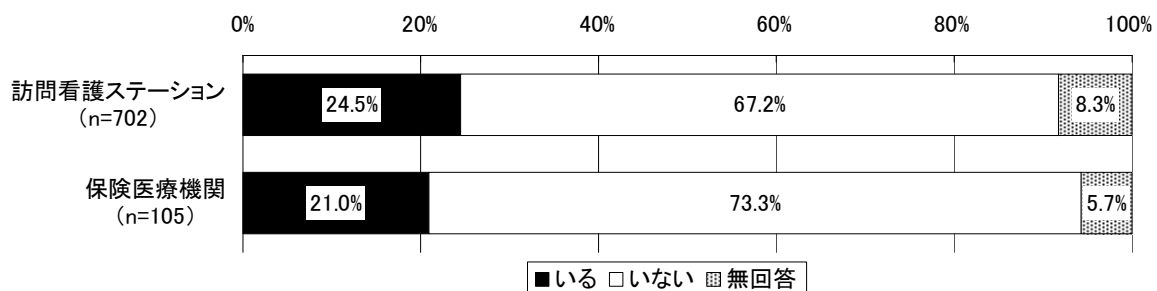
2) 専門性の高い看護師による同行訪問（緩和ケア）

a 緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者

緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者の有無をみると、「訪問看護ステーション」では「いる」が 24.5%、「いない」が 67.2%であった。

「保険医療機関」では「いる」が 21.0%、「いない」が 73.3%であった。

図表 186 鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者の有無



1 事業所・施設あたりの鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者数をみると、「訪問看護ステーション」では平均 2.5 人、保険医療機関では平均 2.2 人であった。

図表 187 1 事業所・施設あたり 鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者数

単位：人

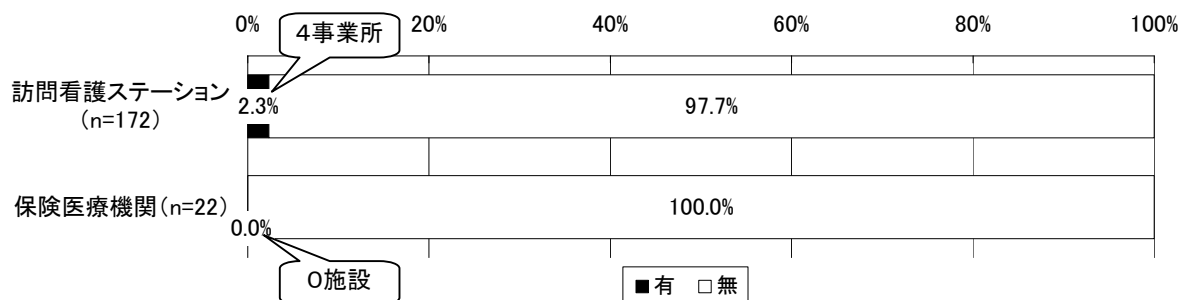
	回答事業所・施設数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーション	148	2.5	2.2	2.0
保険医療機関	13	2.2	2.2	2.0

b 他医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問

他医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問（緩和ケア）の有無をみると、「訪問看護ステーション」では「有」が 2.3%（4 事業所）、「無」が 97.7%であった。

「保険医療機関」では「有」が 0.0%、「無」が 100.0%であった。

図表 188 他医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問の有無（緩和ケア）



### c 具体的な効果

他医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問を行っていた「訪問看護ステーション」4事業所に、その具体的な効果をたずねたところ、「利用者・家族が納得してケアを受けることができた」が4件、次いで「痛みが緩和された」、「支援を受け自信をもってケアが提供できるようになった」が各3件であった。その他としては「連携が図れ、安心して対応できた」が1件であった。

図表 189 医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問の具体的な効果  
(緩和ケア) 【訪問看護ステーション】(複数回答)

	全体	痛みが緩和された	利用者・家族が納得してケアを受けることができた	支援を受け自信をもってケアが提供できるようになった	その他	無回答
訪問看護ステーション	4 100.0%	3 75.0%	4 100.0%	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%

### d 訪問がない理由

専門性が高い看護師の訪問がない理由をみると、「訪問看護ステーション」では「専門性の高い看護師の訪問の必要がないから」(32.7%)が最も高く、次いで「専門性の高い看護師が近くにはいないから」(18.5%)であった。

「保険医療機関」では「専門性の高い看護師が当院にいるから」(36.4%)が最も高く、次いで「専門性の高い看護師の訪問の必要がないから」(27.3%)であった。

図表 190 医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問の訪問がない理由  
(緩和ケア) 【訪問看護ステーション・保険医療機関】(複数回答)

	全体	専門性の高い看護師の訪問の必要がないから	専門性の高い看護師が当事業所(当院)にいるから	専門性の高い看護師が近くにはいないから	専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから	近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから	利用者の経済的負担(自己負担)が増えるから	利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから	医療事故発生時の利用者への責任の所在が不明確であるから	その他	無回答
訪問看護ステーション	168 100.0%	55 32.7%	4 2.4%	31 18.5%	5 3.0%	9 5.4%	10 6.0%	3 1.8%	1 0.6%	26 15.5%	24 14.3%
保険医療機関	22 100.0%	6 27.3%	8 36.4%	1 4.5%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 9.1%	4 18.2%

※「その他」の内容として、「主治医との連携で解決」「薬剤師と連携している」「主治医が必要がないと判断したから」「退院前に、専門性の高い看護師に家族等とともに指導を受けた」等が挙げられた。

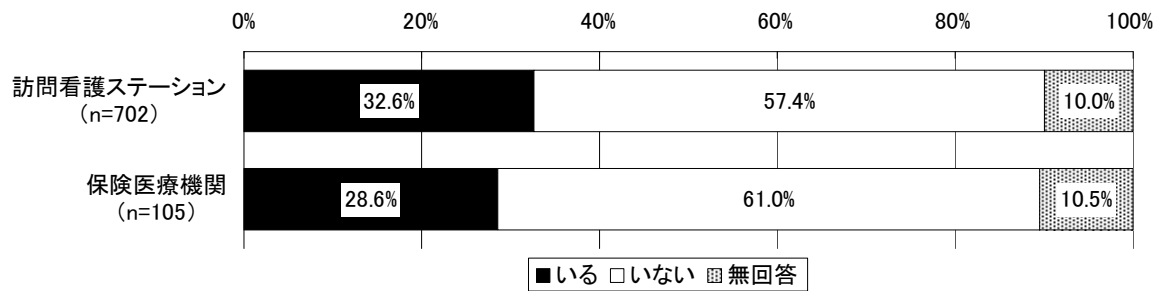
### 3) 専門性の高い看護師による同行訪問（褥瘡ケア）

#### a 真皮を越える褥瘡の状態の利用者

真皮を越える褥瘡の状態の利用者の有無をみると、「訪問看護ステーション」では「いる」が32.6%、「いない」が57.4%であった。

「保険医療機関」では「いる」が28.6%、「いない」が61.0%であった。

図表 191 真皮を越える褥瘡の状態の利用者の有無



1事業所・施設あたりの真皮を越える褥瘡の状態の利用者数をみると、「訪問看護ステーション」では平均1.5人、保険医療機関では平均1.6人であった。

図表 192 1事業所・施設あたり真皮を越える褥瘡の状態の利用者数

単位：人

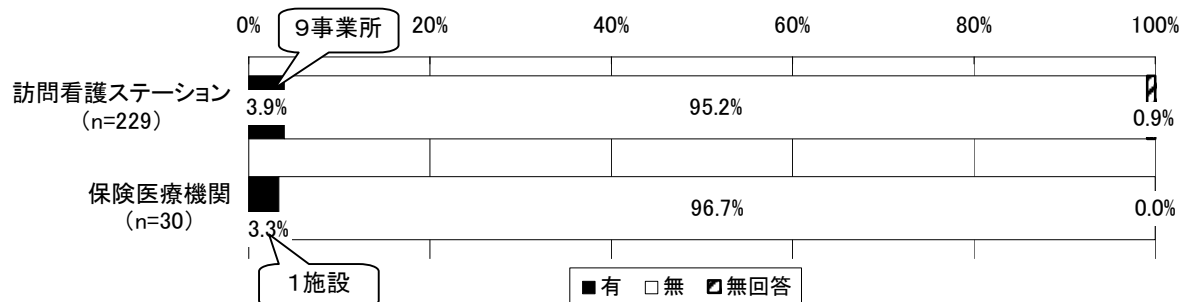
	回答事業所・施設数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーション	203	1.5	1.1	1.0
保険医療機関	27	1.6	0.7	1.0

#### b 訪問の有無

医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問（褥瘡ケア）の有無をみると、「訪問看護ステーション」では「有」が3.9%（9事業所）、「無」が95.2%であった。

「保険医療機関」では「有」が3.3%（1施設）、「無」が96.7%であった。

図表 193 医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問の有無（褥瘡ケア）



### c 具体的な効果

医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問を行っていた「訪問看護ステーション」9事業所にその具体的な効果についてたずねたところ、「支援を受け自信を持ってケアが提供できるようになった」(6事業所)で最も多く、次いで「褥瘡の治癒が促進した」(4事業所)、「利用者・家族が納得してケアを受けることができた」(3事業所)であった。

医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問を行っていた1つの「保険医療機関」ではその効果について「利用者・家族が納得してケアを受けることができた」と回答した。

図表 194 医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問の具体的な効果  
(褥瘡ケア)【訪問看護ステーション・保険医療機関】(複数回答)

	全体	褥瘡の治癒が促進した	利用者・家族が納得してケアを受けることができた	支援を受け自信をもってケアが提供できるようになった	その他	無回答
訪問看護ステーション	9 100.0%	4 44.4%	3 33.3%	6 66.7%	1 11.1%	1 11.1%
保険医療機関	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

#### d 訪問がない理由

医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問がない理由をみると、「訪問看護ステーション」では「専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから」（23.4%）が最も高く、次いで「専門性の高い看護師が近くにはいないから」（20.2%）であった。

「保険医療機関」では「専門性の高い看護師が近くにはいないから」（20.7%）が最も高く、次いで「専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから」（17.2%）、「専門性の高い看護師が当事業所（当院）にいるから」（13.8%）であった。

図表 195 医療機関・事業所の専門性が高い看護師による同一日の訪問がない理由（褥瘡ケア）

#### 【訪問看護ステーション・保険医療機関】（複数回答）

	全体	専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから	専門性の高い看護師が当事業所（当院）にいるから	専門性の高い看護師が近くにはいないから	専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから	近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから	利用者の経済的負担（自己負担）が増えるから	利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから	医療事故発生時の利用者への責任の所在が不明確であるから	その他	無回答
訪問看護ステーション	218 100.0%	51 23.4%	4 1.8%	44 20.2%	11 5.0%	10 4.6%	11 5.0%	0 0.0%	3 1.4%	48 22.0%	36 16.5%
保険医療機関	29 100.0%	5 17.2%	4 13.8%	6 20.7%	2 6.9%	1 3.4%	2 6.9%	0 0.0%	0 0.0%	5 17.2%	4 13.8%

※「その他」の内容として、「訪問看護ステーション」からは、「医師と連携をとり、改善できている」「在宅主治医が専門医であるから」「皮膚科の医師に往診してもらっている」「専門看護師のいる医療機関を受診している」「どのような方法で依頼したらよいか不明瞭」等が挙げられた。

「保険医療機関」からは、「専門外来に通院しているから」が挙げられた。

#### 【緩和ケアや褥瘡ケア以外で、専門性の高い看護師との同一日訪問ができればよいと思われるケース】（自由記述形式）

##### ○訪問看護ステーション

- ・褥瘡以外の皮膚疾患
- ・ストマケア
- ・摂食嚥下
- ・糖尿病の指導
- ・認知症
- ・精神疾患
- ・ポート管理
- ・人工呼吸器
- ・在宅酸素
- ・腹膜透析
- ・小児看護

○保険医療機関

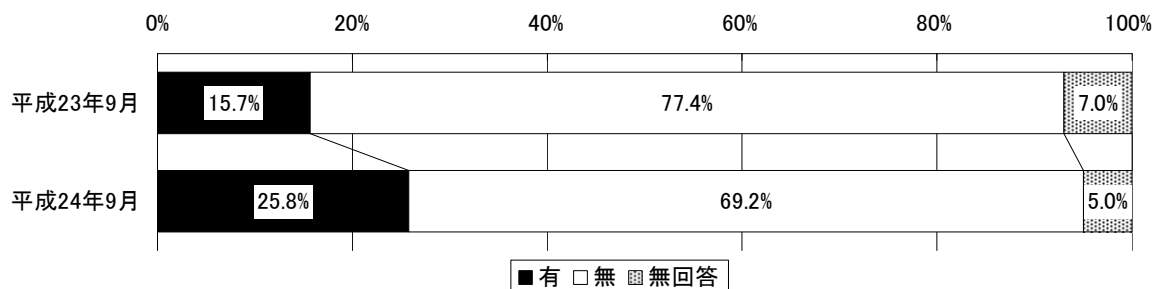
- ・精神（知的）障害者の身体合併症例で、メンタルヘルスの専門家と身体管理のエキスパート
- ・嚥下困難な方の食事摂取方法の指導
- ・精神疾患や認知症
- ・乳がんリンパ浮腫の方のマッサージ方法
- ・嚥下障害のある方の評価
- ・胃ろう造設やストーマ造設の方の皮膚トラブル

#### 4) 複数名訪問看護

複数名訪問看護の有無をみると、「訪問看護ステーション」では平成24年9月に「有」が25.8%であり、平成23年9月（15.7%）よりも高くなった。

複数名訪問看護がある場合の1事業所あたりの複数名訪問看護利用者数をみると、平成24年9月では平均2.0人であった。また、訪問回数は平均8.4回であった。

図表 196 複数名訪問看護の有無【訪問看護ステーション】 n=702



図表 197 <有る場合> 1事業所あたり、複数名訪問看護の状況【訪問看護ステーション】

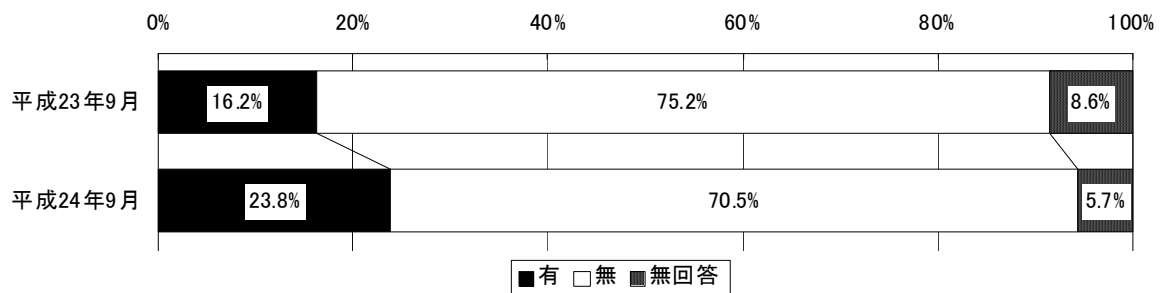
	平成 23 年 9 月				→	平成 24 年 9 月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
利用者数(人)	103	2.0	3.0	1.0		168	2.0	2.7	1.0
訪問回数(回)	98	9.2	10.6	5.0		161	8.4	9.2	5.0



複数名訪問看護の有無をみると、「保険医療機関」では平成24年9月に「有」が23.8%であり、平成23年9月（16.2%）よりも高くなった。

複数名訪問看護がある場合の1事業所あたりの複数名訪問看護の利用者数をみると、平成24年9月では平均5.0人であった。また、訪問回数は平均20.9回であった。

図表 198 複数名訪問看護の有無【保険医療機関】 n=105



図表 199 <有る場合> 1施設あたり、複数名訪問看護の状況【保険医療機関】

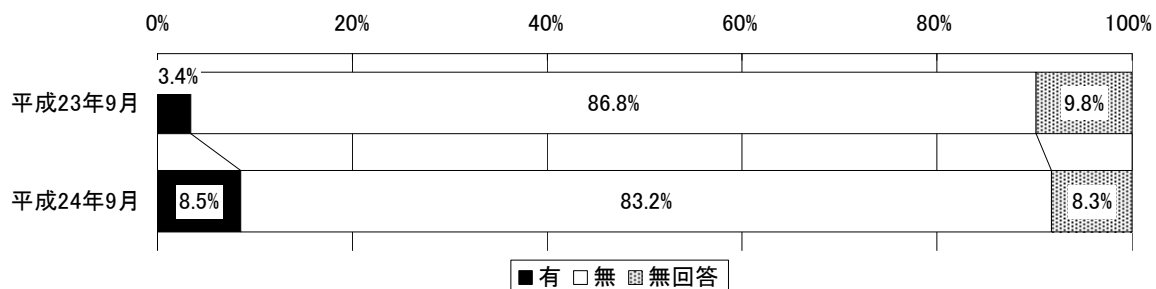
	平成23年9月				→	平成24年9月			
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
利用者数(人)	16	6.0	9.2	2.0		23	5.0	8.7	2.0
訪問回数(回)	13	28.8	42.5	10.0		20	20.9	33.9	7.0

### 5) 看護補助者との訪問

看護補助者との訪問の有無をみると、「訪問看護ステーション」では平成24年9月に「有」が8.5%であり、平成23年9月よりも高かった。

看護補助者との訪問がある場合の看護補助者との訪問状況をみると、1事業所あたりの利用者数は平成24年9月では平均1.8人であった。また、訪問回数は平均10.3回であった。

図表 200 看護補助者との訪問の有無【訪問看護ステーション】 n=702



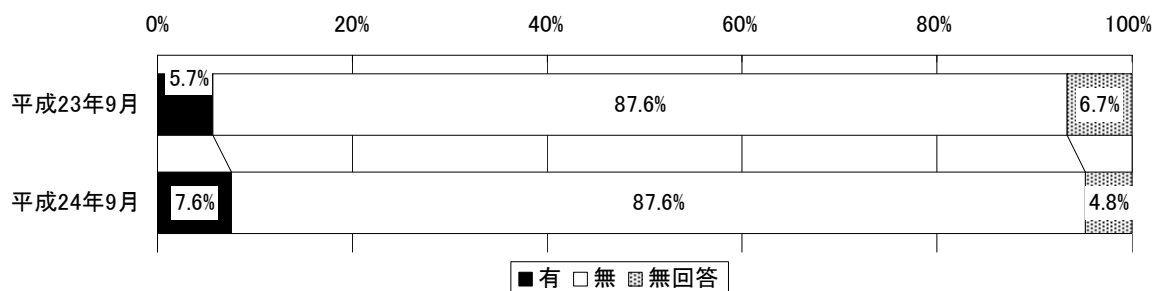
図表 201 <有る場合> 1事業所あたり 看護補助者との訪問の状況【訪問看護ステーション】

	平成 23 年 9 月				→	平成 24 年 9 月			
	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値		回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
利用者数(人)	22	2.0	1.3	1.5		57	1.8	1.6	1.0
訪問回数(回)	19	13.3	13.9	10.0		52	10.3	11.2	6.5

看護補助者との訪問の有無をみると、「保険医療機関」では平成24年9月に「有」が7.6%であり、平成23年9月よりも高かった。

看護補助者との訪問がある場合の看護補助者との訪問状況をみると、1施設あたりの利用者数は、平成24年9月では平均4.1人であった。また、訪問回数は平均9.3回であり、平成23年より減った。

図表 202 看護補助者との訪問【保険医療機関】 n=105



図表 203 <有る場合> 1施設あたり 看護補助者との訪問の状況【保険医療機関】

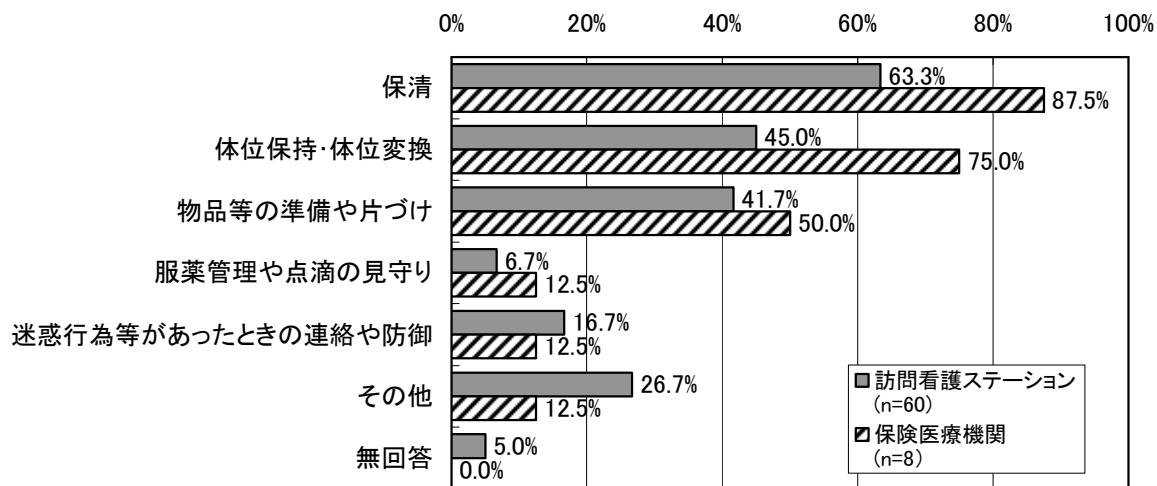
	平成23年9月 (n=5)			→	平成24年9月 (n=7)		
	平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
利用者数(人)	4.2	6.6	1.0		4.1	5.0	1.0
訪問回数(回)	10.0	10.8	4.0		9.3	7.2	7.0

a 目的

複数名訪問看護の目的をみると、「訪問看護ステーション」では「保清」が 63.3%で最も多く、次いで「体位保持・体位変換」(45.0%)、「物品等の準備や片付け」(41.7%)であった。

「保険医療機関」では、「保清」が 87.5%で最も多く、次いで「体位保持・体位変換」(75.0%)、「物品等の準備や片付け」(50.0%)であった。

図表 204 複数名訪問看護の目的（複数回答）



※「その他」の内容として、「訪問看護ステーション」からは、「安全のため」「人工呼吸器の回路交換時」「排泄のためのトイレ移乗介助」「入浴」等が挙げられた。

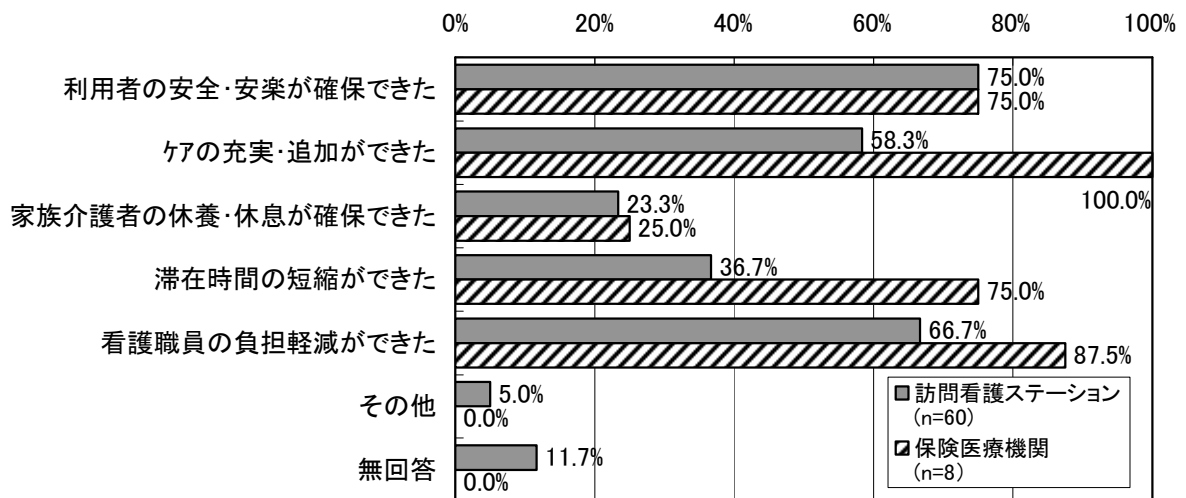
「保険医療機関」からは、「浣腸を実施し、1人が腹圧をかけ、1人が摘便しないと排泄困難」「安全のため」「褥瘡処置」等が挙げられた。

## b 同時訪問の効果

同時訪問の効果を見ると、「訪問看護ステーション」では「利用者の安全・安楽が確保できた」が75.0%と最も多く、次いで「看護職員の負担軽減ができた」(66.7%)、「ケアの充実・追加ができた」(58.3%)であった。

保険医療機関では「ケアの充実・追加ができた」が100.0%で最も多く、次いで「看護職員の負担軽減ができた」(87.5%)、「利用者の安心・安全が確保できた」、「滞在時間の短縮ができた」(いずれも75.0%)であった。

図表 205 同時訪問の効果（複数回答）



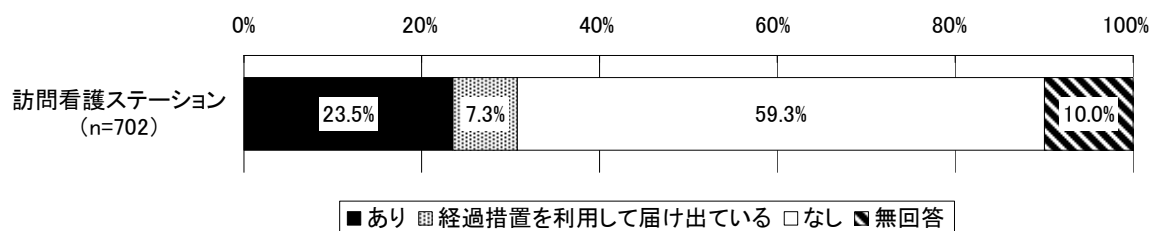
※「その他」の内容として、「看護師2人で訪問していたところを補助者にするこでもう1人の看護師が別の訪問に行けた」「点滴を何度もささなくてよかった」等が挙げられた。

## ⑦ 精神科訪問看護

### 1) 届出の状況

「訪問看護ステーション」で精神科訪問看護届出の状況をみると、「なし」が 59.3%、「あり」が 23.5%、「経過措置を利用して届け出ている」が 7.3%であった。

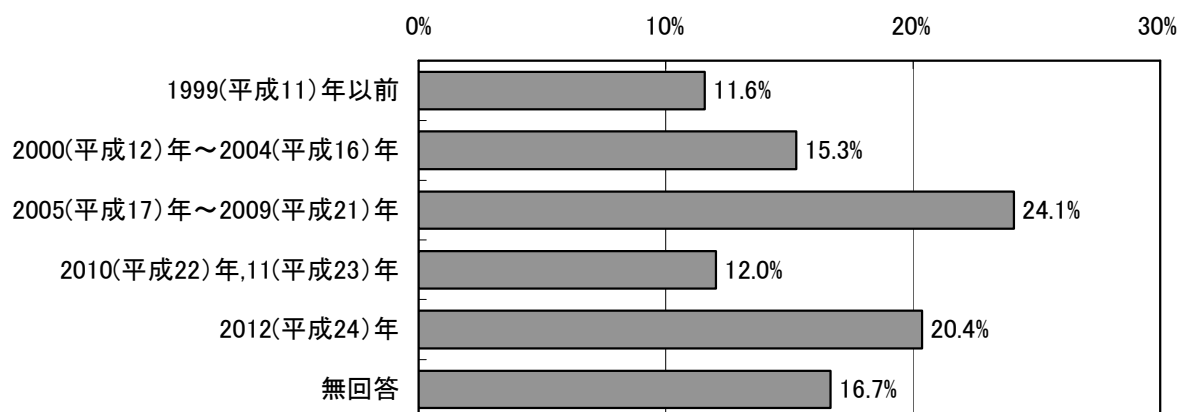
図表 206 精神科訪問看護届出の状況【訪問看護ステーション】



### 2) 精神科訪問看護を開始した時期

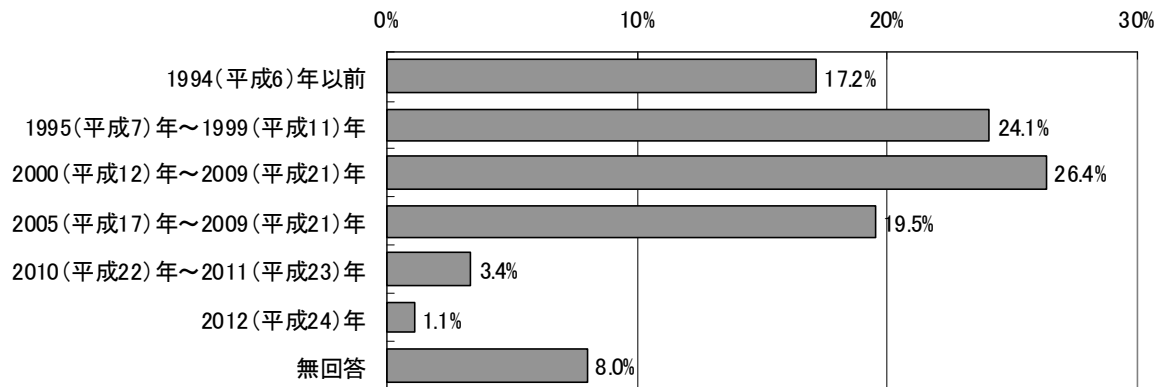
精神科訪問看護を開始した時期をみると、「訪問看護ステーション」では「2005（平成 17）～2009（平成 21）年」が 24.1%と最も多く、次いで「2012（平成 24）年」（20.4%）、「2000（平成 12）～2004（平成 16）年」（15.3%）であった。

図表 207 精神科訪問看護を開始した時期【訪問看護ステーション】 n=216



「精神科訪問看護（病院）」では、「2000（平成12）～2004（平成16）年」が26.4%と最も多く、次いで「1995（平成7）～1999（平成11）年」（24.1%）、「2005（平成17）～2009（平成21）年」（19.5%）であった。

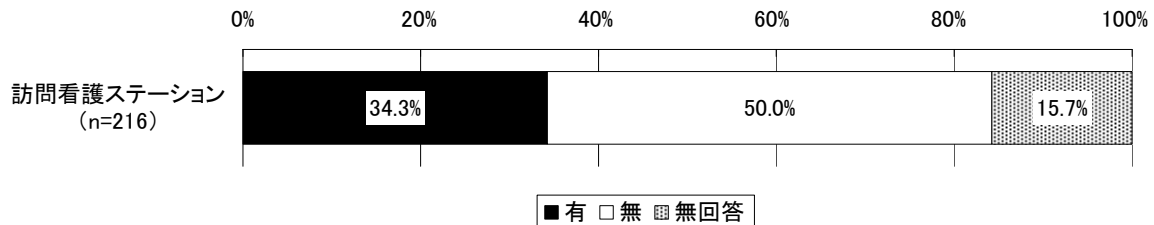
図表 208 精神科訪問看護を開始した時期【精神科訪問看護（病院）】 n=87



### 3) 訪問看護事業型指定通院医療機関の指定

訪問看護事業型指定通院医療機関の指定の有無をみると、「有」が34.3%、「無」が50.0%であった。

図表 209 訪問看護事業型指定通院医療機関の指定の有無【訪問看護ステーション】

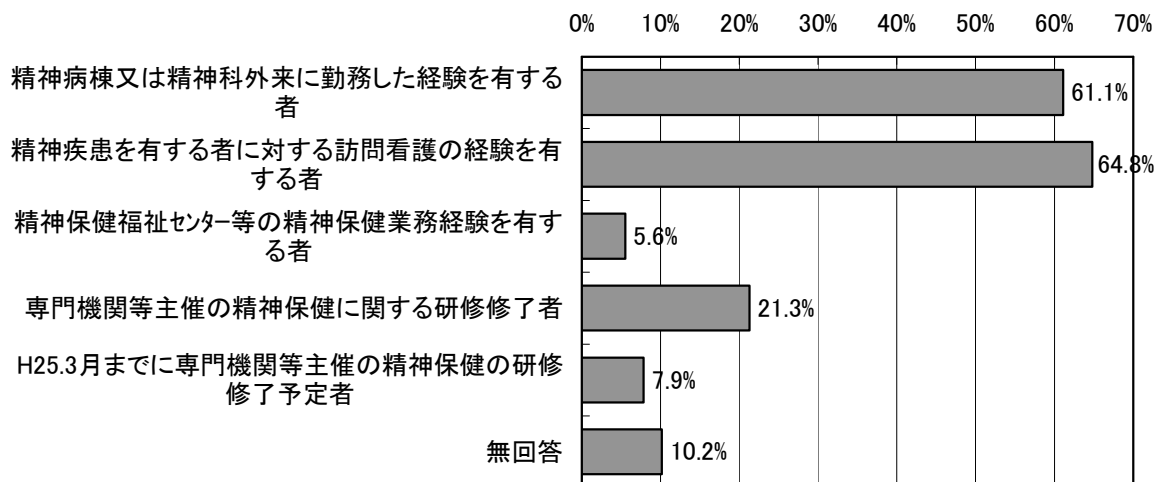


### 4) 精神科訪問看護を実施する看護師等で該当する要件

精神科訪問看護を実施する看護師等で該当する要件をみると、「精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を有する者」が64.8%で最も多く、次いで「精神病棟又は精神科外来に勤務して経験を有する者」(61.1%)、「専門機関等主催の精神保健に関する研修修了者」(21.3%)であった。

図表 210 精神科訪問看護を実施する看護師等で該当する要件【訪問看護ステーション】

(複数回答) n=216

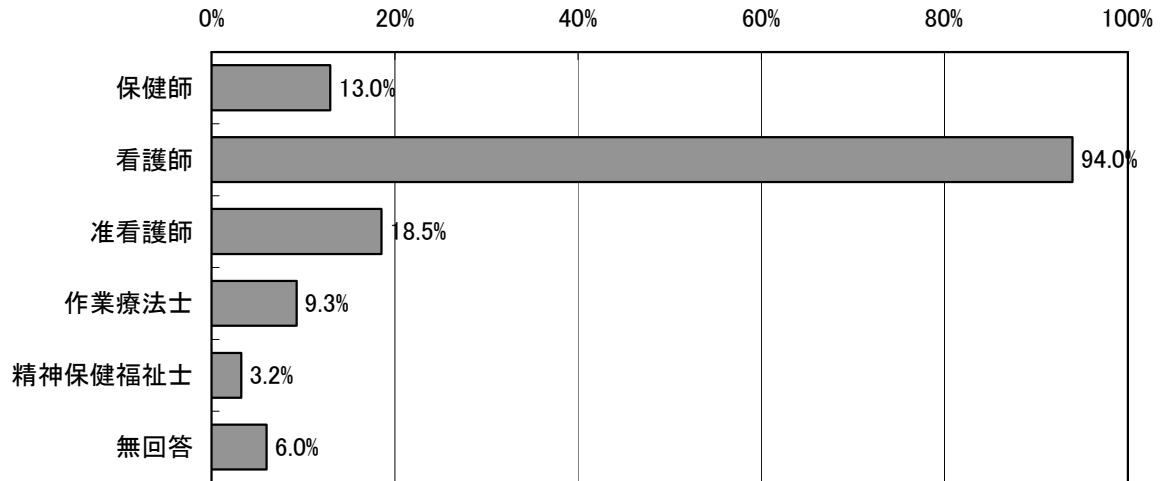




### 5) 精神科訪問看護実施職員の職種

精神科訪問看護実施職員の職種をみると、「看護師」が94.0%と最も多く、9割を超えた。次いで「准看護師」(18.5%)、「保健師」(13.0%)であった。

図表 211 精神科訪問看護実施職員の職種【訪問看護ステーション】(複数回答) n=216



6) 精神疾患のある利用者数（疾患別・年齢別・精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数）

精神疾患のある利用者が1人以上いる「訪問看護ステーション」において、精神疾患のある利用者数は1事業所あたり平均19.44人であった。

疾患別にみると、「統合失調症」が13.76人で最も多かった。

年齢別にみると、「40歳以上65歳未満」が11.90人で最も多かった。

精神障害者保健福祉手帳の級別にみると、「なし・不明」が13.01人で最も多かった。

図表 212 1事業所あたり 疾患別・年齢別・精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数  
【訪問看護ステーション】 n=348

<まとめ>

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
合計	19.44	38.55	2.0
疾患別人数			
統合失調症	13.76	30.45	1.0
気分障害	1.79	4.85	0.0
認知症	1.18	4.49	0.0
その他	2.72	6.18	0.0
年齢別人数			
40歳未満	3.74	11.07	0.0
40歳以上65歳未満	11.90	24.85	1.0
65歳以上	3.80	7.98	0.0
精神障害者保健福祉手帳の級別人数			
1級	0.90	3.61	0.0
2級	4.42	15.97	0.0
3級	1.11	8.18	0.0
なし・不明	13.01	28.34	1.0

<詳細：平均値>

単位：人

	40歳未満				40歳以上65歳未満				65歳以上			
	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明
統合失調症	0.11	0.70	0.23	1.56	0.52	2.42	0.61	5.55	0.14	0.45	0.10	1.36
気分障害	0.00	0.09	0.01	0.33	0.03	0.25	0.05	0.72	0.01	0.05	0.01	0.23
認知症	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.00	0.00	0.07	0.01	0.03	0.01	0.92
その他	0.02	0.10	0.04	0.41	0.05	0.26	0.04	1.32	0.01	0.05	0.01	0.41

精神疾患のある利用者が1人以上いる「精神科訪問看護（病院）」では、精神疾患のある利用者数は、1施設あたり平均46.28人であった。

疾患別にみると、「統合失調症」が36.11人で最も多かった。

年齢別にみると、「40歳以上65歳未満」が28.85人で最も多かった。

精神障害者保健福祉手帳の級別にみると、「なし・不明」が20.31人で最も多かった。

図表 213 1施設あたり 疾患別・年齢別・精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数  
【精神科訪問看護（病院）】 n=80

<まとめ>

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
合計	46.28	40.80	34.5
疾患別人数			
統合失調症	36.11	33.34	27.0
気分障害	4.84	6.06	3.0
認知症	0.69	1.60	0.0
その他	4.64	5.57	3.0
年齢別人数			
40歳未満	7.58	10.36	4.0
40歳以上65歳未満	28.85	25.86	22.5
65歳以上	9.85	9.63	7.0
精神障害者保健福祉手帳の級別人数			
1級	4.41	14.65	1.0
2級	18.84	24.50	8.5
3級	2.71	5.28	0.5
なし・不明	20.31	24.86	11.5

<詳細：平均値>

単位：人

	40歳未満				40歳以上65歳未満				65歳以上			
	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明
統合失調症	0.45	2.45	0.36	2.54	2.51	11.24	1.33	8.71	0.85	2.54	0.23	2.91
気分障害	0.06	0.23	0.14	0.30	0.09	0.88	0.29	1.25	0.08	0.39	0.09	1.06
認知症	0.00	0.08	0.00	0.00	0.03	0.01	0.00	0.05	0.04	0.13	0.01	0.35
その他	0.08	0.25	0.06	0.59	0.23	0.58	0.14	1.54	0.01	0.09	0.08	1.01

疾患別に構成比をみると、「統合失調症」が「訪問看護ステーション」では70.8%、「精神科訪問看護（病院）」では78.0%を占めた。

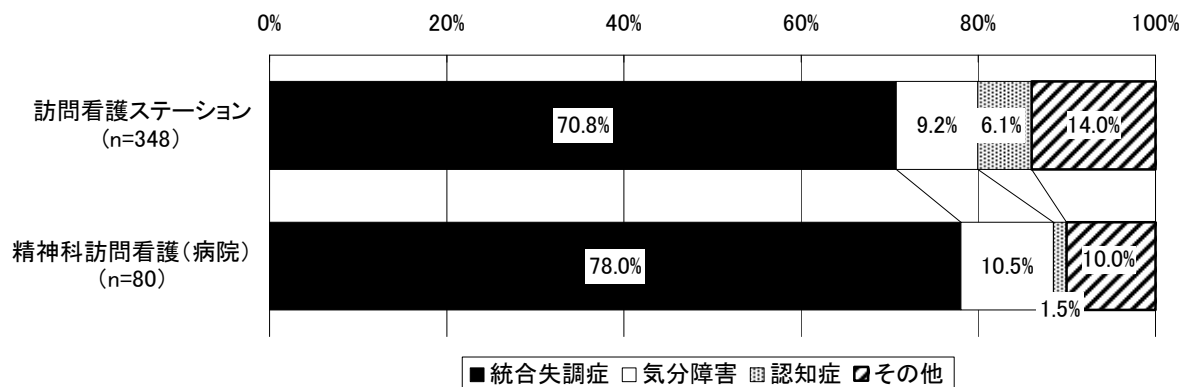
年齢別にみると、「40歳以上 65歳未満」が「訪問看護ステーション」では61.2%、「精神科訪問看護（病院）」では62.3%であった。

精神障害者保健福祉手帳の級別にみると、「訪問看護ステーション」では、「なし・不明」が66.9%、「2級」が22.7%であった。「精神科訪問看護（病院）」では「なし・不明」が43.9%、「2級」が40.7%であった。

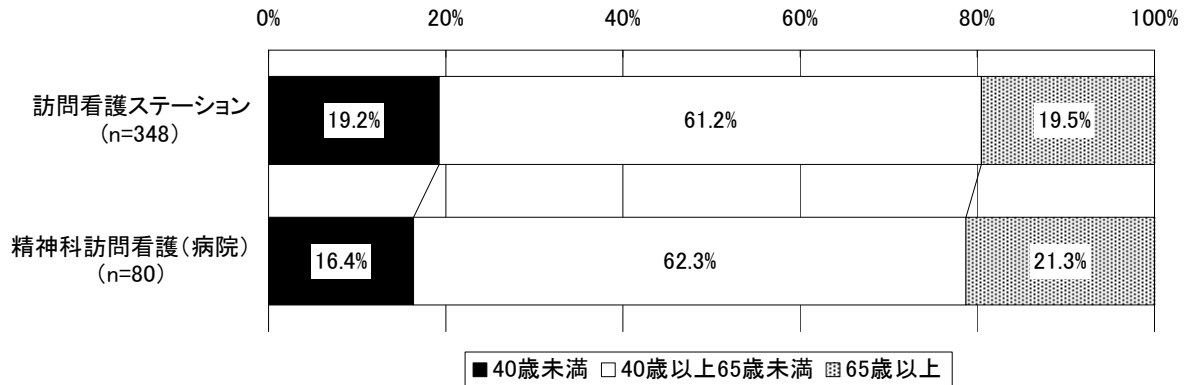
図表 214 疾患別・年齢別・精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数  
(1施設・事業所あたり平均値(単位:人)・構成比)

	訪問看護ステーション (n=348)		精神科訪問看護(病院) (n=80)	
	平均値	構成比	平均値	構成比
合計	19.44	100.0%	46.28	100.0%
疾患別人数				
統合失調症	13.76	70.8%	36.11	78.0%
気分障害	1.79	9.2%	4.84	10.5%
認知症	1.18	6.1%	0.69	1.5%
その他	2.72	14.0%	4.64	10.0%
年齢別人数				
40歳未満	3.74	19.2%	7.58	16.4%
40歳以上 65歳未満	11.9	61.2%	28.85	62.3%
65歳以上	3.8	19.5%	9.85	21.3%
精神障害者保健福祉手帳の級別人数				
1級	0.9	4.6%	4.41	9.5%
2級	4.42	22.7%	18.84	40.7%
3級	1.11	5.7%	2.71	5.9%
なし・不明	13.01	66.9%	20.31	43.9%

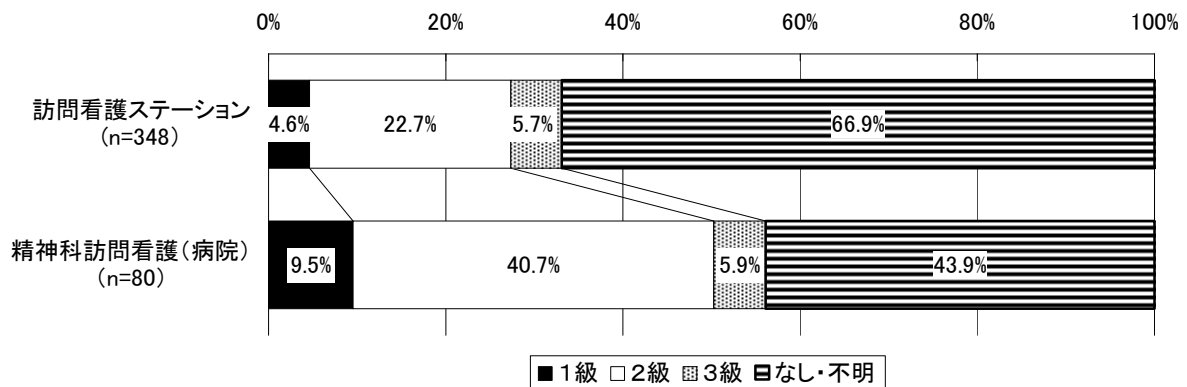
図表 215 疾患別利用者数の構成比



図表 216 年齢別利用者数の構成比



図表 217 精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数の構成比



7) 定期的通院人数

精神疾患のある利用者の定期的通院人数は、「訪問看護ステーション」では1事業所あたり平均21.0人、「精神科訪問看護（病院）」では1施設あたり平均44.1人であった。

図表 218 1施設・事業所あたり 精神疾患のある利用者の定期的通院人数

単位：人

	回答事象所・施設数	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護ステーション	261	21.0	39.5	3.0
精神科訪問看護(病院)	78	44.1	39.6	33.5

### 8) 家族のみに対する訪問看護の実施

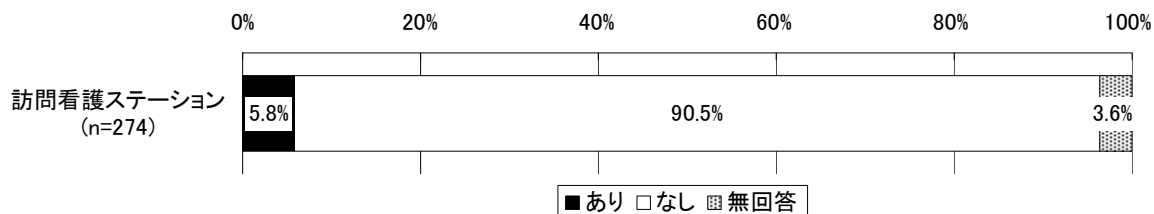
家族のみに対する訪問看護の実施数をみると、「訪問看護ステーション」では1事業所あたり平均実施数は0.1回であった。実施の有無をみると、「あり」が5.8%であった。

図表 219 1事業所あたり 家族のみに対する訪問看護の実施数【訪問看護ステーション】  
(0回を含む) n=264

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
家族のみに対し訪問看護を実施	0.1	0.9	0.0

図表 220 家族のみに対する訪問看護の実施の有無【訪問看護ステーション】



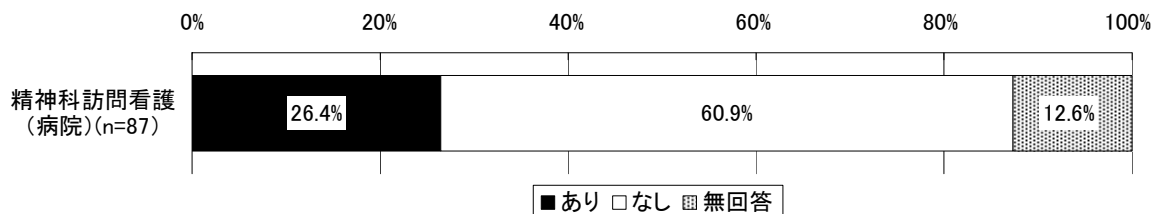
「精神科訪問看護（病院）」では1施設あたり平均実施数は3.8回であった。実施の有無をみると、「あり」が26.4%であり、「訪問看護ステーション」と比べて多かった。

図表 221 1施設あたり 家族のみに対する訪問看護の実施数【精神科訪問看護（病院）】  
(0回を含む) n=76

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
家族のみに対し訪問看護を実施	3.8	14.1	0.0

図表 222 家族のみに対する訪問看護の実施の有無【精神科訪問看護【病院】】



### 9) 精神科訪問看護基本療養費、訪問看護基本療養費別人数

「訪問看護ステーション」について、精神科訪問看護基本療養費等算定利用者数（1事業所あたり）をみると、「精神科訪問看護基本療養費のみの利用者数」が平均19.8人、「訪問看護基本療養費のみの利用者数」が平均2.6人、「精神科訪問看護基本療養費と訪問看護基本療養費の両方の利用者数」が平均0.3人であった。

図表 223 1事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費等算定利用者数  
【訪問看護ステーション】 n=264

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
精神科訪問看護基本療養費のみの利用者数	19.8	41.6	0.0
訪問看護基本療養費のみの利用者数	2.6	6.7	1.0
精神科訪問看護基本療養費と訪問看護基本療養費の両方の利用者数	0.3	3.3	0.0

#### a 訪問看護療養費を算定している理由

「訪問看護ステーション」における、精神疾患のある利用者に対して訪問看護療養費を算定している理由をみると、「主疾患が精神疾患以外だから」が33.1%、「主治医が精神科医以外だから」が17.5%であった。

図表 224 精神疾患のある利用者に対して訪問看護療養費を算定している理由  
【訪問看護ステーション】（複数回答）（n=154）



※「その他」の内容として、「(看護師に) 精神病棟、精神科外来での勤務経験者がいない」「精神科訪問看護の届出をしていない」「主治医から一般の訪問看護指示のため」「内科的な基礎疾患を有しているため」「自立支援の利用者のため」等が挙げられた。

**b 精神科訪問看護基本療養費の利用者のうち、退院後3か月以内の期間の人数**

精神科訪問看護基本療養費の利用者のうち、退院後3か月以内の期間の利用者数（1事業所・施設あたり）をみると、「訪問看護ステーション」では平均3.1人、「精神科訪問看護（病院）」では平均4.4人であった。

**図表 225 1事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費の利用者のうち、退院後3か月以内の期間の人数【訪問看護ステーション】 n=150**

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
退院後3か月以内の期間の人数	3.1	6.8	0.0

**図表 226 1施設あたり 退院後3か月以内の期間の利用者数【精神科訪問看護（病院）】 n=78**

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
退院後3か月以内の期間の利用者数	4.4	5.7	3.0



10) 精神科訪問看護の算定回数等

【訪問看護ステーション】

a 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）

「訪問看護ステーション」における、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）の1事業所あたりの平均算定回数をみると、「30分以上」が108.2回、「30分未満」が12.0回であった。合計の算定回数の平均は120.1回であった。

図表 227 1事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）の算定回数 n=169

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
30分未満	12.0	84.7	0.0
30分以上	108.2	151.8	31.0
合計	120.1	173.2	32.0

b 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）（障害者施設への訪問）

精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）（障害者施設への訪問）の状況をみると、「施設への訪問延べ日数」は1事業所あたり平均1.0日、「対象人員」は1.2人、「算定回数」は3.4回であった。

図表 228 1事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）（障害者施設への訪問）の状況

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
施設への訪問延べ日数(日)	140	1.0	4.4	0.0
対象人員(人)	138	1.2	6.1	0.0
算定回数(回)	140	3.4	16.6	0.0

c 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一建物居住者）

精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一建物居住者）の算定回数をみると、「30分以上」が11.4回、「30分未満」が1.9回であった。合計の算定回数の平均は13.3回であった。

図表 229 1事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一建物居住者） n=137

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
30分未満	1.9	14.3	0.0
30分以上	11.4	29.0	0.0
合計	13.3	32.9	0.0

d 精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）（外泊時）

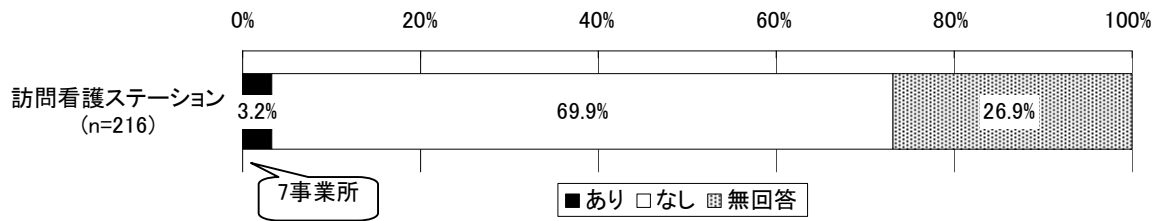
精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）（外泊時）の算定回数をみると、平均 0.1 回であった。  
算定の有無をみると、「あり」が 3.2%（7 事業所）であった。

図表 230 1 事業所あたり 精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）（外泊時）の算定回数  
（0 回を含む） n=158

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
算定回数	0.1	0.3	0.0

図表 231 精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）（外泊時）の算定の有無



【精神科訪問看護（病院）】

e 精神科訪問看護・基本料（Ⅰ）

「精神科訪問看護（病院）」における、精神科訪問看護・基本料（Ⅰ）の1施設あたり平均算定回数をみると、「30分以上」が105.4回、「30分未満」が9.4回であった。合計の算定回数の平均は114.8回であった。

図表 232 1施設あたり 精神科訪問看護・基本料（Ⅰ）の算定回数 n=81

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
30分未満	9.4	19.5	0.0
30分以上	105.4	112.1	80.0
合計	114.8	119.7	89.0

f 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）（障害者施設への訪問）

精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）（障害者施設への訪問）の状況をみると、「施設への訪問延べ日数」が1施設あたり平均2.9日、「対象人員」が平均2.2人、「算定回数」が平均4.6回であった。

図表 233 1施設あたり 精神科訪問看護・基本料（Ⅱ）（障害者施設への訪問）の算定状況

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
施設への訪問延べ日数(日)	70	2.9	9.7	0.0
対象人員(人)	70	2.2	4.5	0.0
算定回数(回)	69	4.6	12.1	0.0

g 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）

精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一建物居住者）の算定回数をみると、「30分以上」が平均6.5回、「30分未満」が平均5.2回であった。合計の算定回数の平均は11.8回であった。

図表 234 1施設あたり 精神科訪問看護基本料（Ⅰ）の算定回数 n=65

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
30分未満	5.2	26.7	0.0
30分以上	6.5	12.4	0.0
合計	11.8	32.7	0.0

### 11) 長時間精神科訪問看護加算

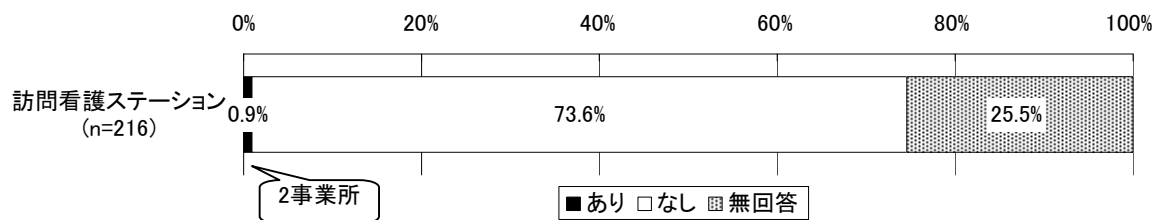
「訪問看護ステーション」では、長時間精神科訪問看護加算の1事業所あたり平均算定回数は、0.1回であった。長時間精神科訪問看護加算の算定の有無をみると、「あり」が0.9%（2事業所）であった。

図表 235 1事業所あたり 長時間精神科訪問看護加算の算定回数【訪問看護ステーション】  
(0回を含む) n=161

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
長時間精神科訪問看護加算算定回数	0.1	0.8	0.0

図表 236 長時間精神科訪問看護加算の算定の有無【訪問看護ステーション】



「精神科訪問看護（病院）」では、長時間精神科訪問看護加算の1施設あたり平均算定回数は5.5回であった。

図表 237 1施設あたり 長時間精神科訪問看護加算の算定回数【精神科訪問看護（病院）】  
(0回を含む) n=77

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
長時間精神科訪問看護加算の算定回数	5.5	31.1	0.0

## 12) 複数名の職員による同時訪問

「訪問看護ステーション」における、複数名の職員（保健師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者）による同時訪問の1事業所あたり平均加算回数は、「保健師、看護師」の同行が1.04回と最も多く、次いで「精神保健福祉士」が0.84回であった。

図表 238 1事業所あたり 複数名の職員による同時訪問の加算回数

【訪問看護ステーション】 n=148

単位：回

保健師又は看護師と同行した職種	平均値	標準偏差	中央値
保健師、看護師	1.04	5.57	0.0
作業療法士	0.07	0.60	0.0
准看護師	0.13	0.98	0.0
精神保健福祉士	0.84	6.72	0.0
看護補助者	0.33	3.42	0.0

「精神科訪問看護（病院）」における、複数名の職員による同時訪問の1施設あたり平均加算回数は、「保健師、看護師」の同行が34.3回と最も多く、次いで「精神保健福祉士」が32.2回であった。「訪問看護ステーション」と比較して全体的に加算回数が多かった。

図表 239 1施設あたり 複数名の職員による同時訪問の加算回数

【精神科訪問看護（病院）】 n=80

単位：回

保健師又は看護師と同行した職種	平均値	標準偏差	中央値
保健師、看護師	34.3	54.6	5.5
作業療法士	4.5	21.3	0.0
准看護師	7.9	25.6	0.0
精神保健福祉士	32.2	62.4	5.5
看護補助者	0.1	1.0	0.0

### 13) 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算

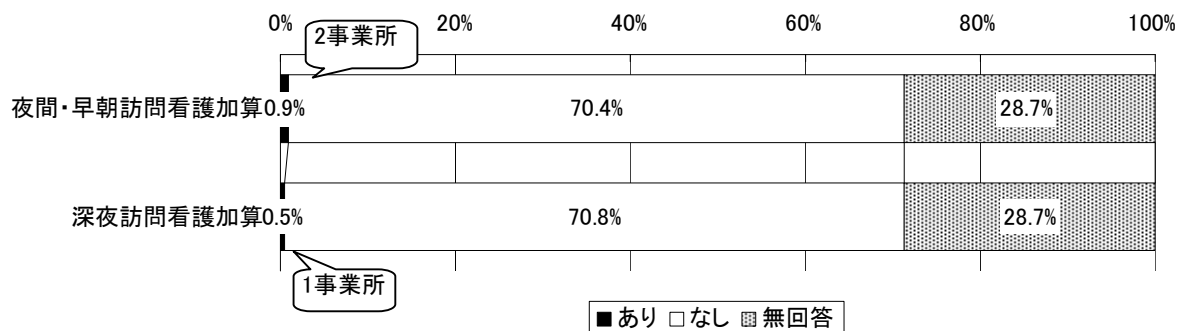
「訪問看護ステーション」における、「夜間・早朝訪問看護加算」は1事業所あたり平均0.02回、「深夜訪問看護加算」は0.01回であった。算定の有無をみると、「夜間・早朝訪問看護加算」が「あり」は0.9%（2事業所）、「深夜訪問看護加算」では0.5%（1事業所）であった。

図表 240 1事業所あたり夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算算定回数  
【訪問看護ステーション】 n=154

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
夜間・早朝訪問看護加算の算定回数	0.02	0.18	0.0
深夜訪問看護加算の算定回数	0.01	0.08	0.0

図表 241 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 算定の有無【訪問看護ステーション】  
n=216



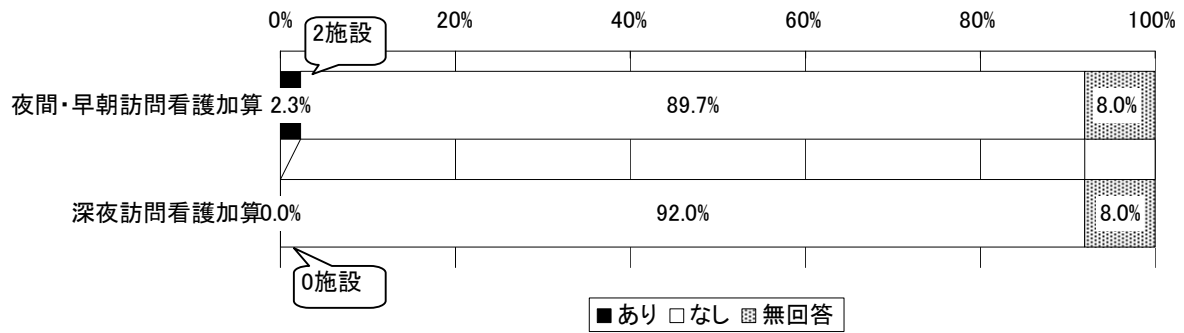
「精神科訪問看護（病院）」における、「夜間・早朝訪問看護加算」は1施設あたり平均0.06回、「深夜訪問看護加算」は0.00回であった。算定の有無をみると、「夜間・早朝訪問看護加算」が「あり」は2.3%（2施設）、「深夜訪問看護加算」の算定はなかった。

図表 242 1施設あたり夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算算定回数  
【精神科訪問看護（病院）】 n=80

単位：回

	平均値	標準偏差	中央値
夜間・早朝訪問看護加算の算定回数	0.06	0.40	0.0
深夜訪問看護加算の算定回数	0.00	0.00	0.0

図表 243 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 算定の有無  
 【精神科訪問看護（病院）】 n=87



#### 14) 精神科緊急訪問看護加算

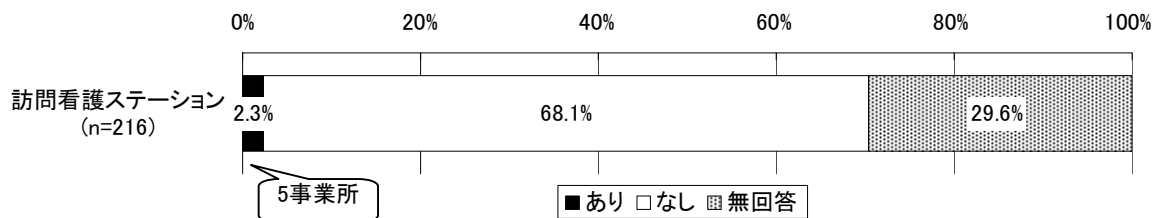
精神科緊急訪問看護加算の算定回数をみると、「訪問看護ステーション」では1事業所あたり平均0.03回であった。算定の有無をみると、「あり」は2.3%（5事業所）であった。

図表 244 1事業所あたり 精神科緊急訪問看護加算の算定回数【訪問看護ステーション】  
(0を含む) n=152

単位：回

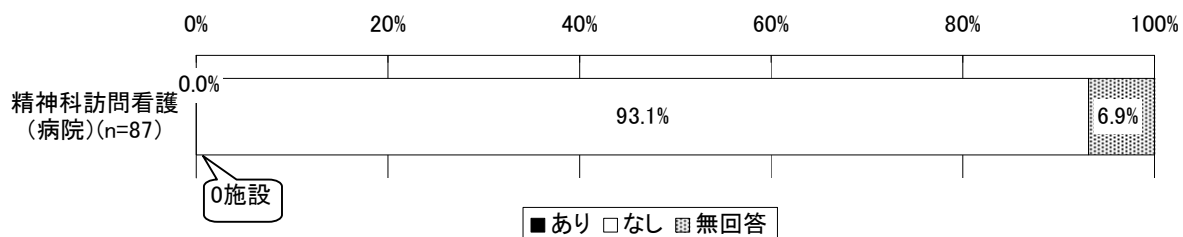
	平均値	標準偏差	中央値
精神科緊急訪問看護加算の算定回数	0.03	0.18	0.0

図表 245 精神科緊急訪問看護加算の算定の有無【訪問看護ステーション】



「精神科訪問看護（病院）」では、精神科緊急訪問看護加算の算定はなかった。

図表 246 精神科緊急訪問看護加算の算定の有無【精神科訪問看護（病院）】





### 15) 精神科特別訪問看護指示書の交付件数等

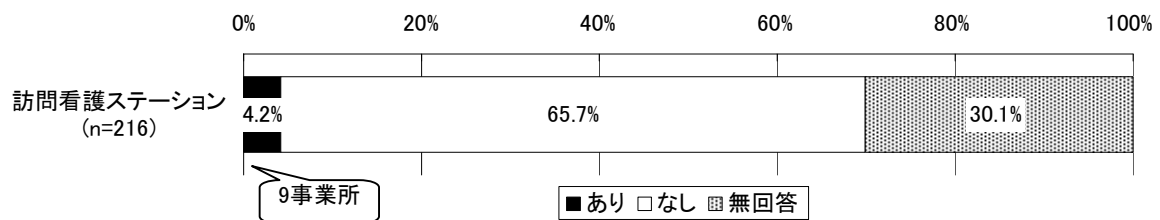
「訪問看護ステーション」における、精神科特別訪問看護指示書の交付件数をみると、1 事業所あたり平均 0.1 件であった。指示書の交付の有無をみると、「あり」が 4.2% (9 事業所) であった。

図表 247 1 事業所あたり 精神科特別訪問看護指示書の交付件数【訪問看護ステーション】  
(0 件を含む) n=151

単位：件

	平均値	標準偏差	中央値
精神科特別訪問看護指示書の交付件数	0.1	0.8	0.0

図表 248 精神科特別訪問看護指示書の交付の有無【訪問看護ステーション】



#### 【精神科特別訪問看護指示書の交付理由】(自由記述形式)

- ・病的体験が強く服薬ができないため、服薬指導の確認のケアを要する。
- ・安定していた精神症状が一気に再燃し、服薬できなくなったため。
- ・退院直後の訪問のため。
- ・大量服薬後の安否確認。

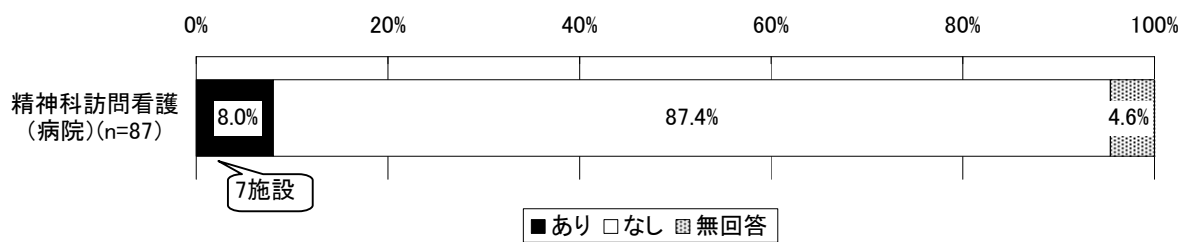
「精神科訪問看護（病院）」における、訪問看護が頻回に必要という指示が出た件数は、平均0.1件であった。この指示の有無をみると、「あり」が8.0%（7施設）であった。

図表 249 1施設あたり 訪問看護が頻回に必要という指示がでた件数  
【精神科訪問看護（病院）】（0件を含む） n=83

単位：件

	平均値	標準偏差	中央値
訪問看護が頻回に必要であるという指示が出た件数	0.1	0.5	0.0

図表 250 訪問看護が頻回に必要という指示の有無【精神科訪問看護（病院）】



【指示が出た理由】（自由記述形式）

- ・転倒を繰り返す。薬の飲み間違えが多い。
- ・服薬習慣がついていないため。

16) 1か月に13日以上訪問した利用者

「訪問看護ステーション」における、1か月に13日以上訪問した利用者数は、1事業所あたり平均0.2人であった。このような利用者の有無をみると、「あり」が6.9%（15事業所）であった。

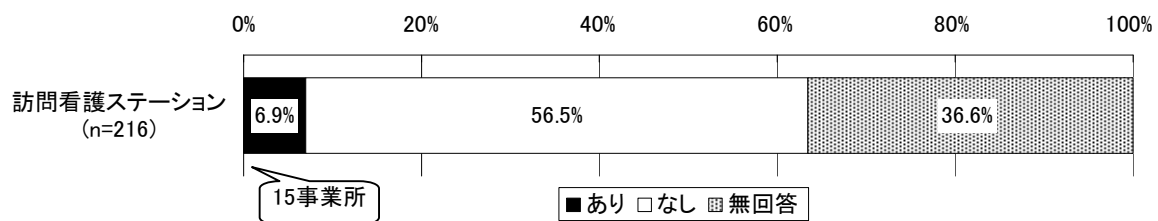
図表 251 1か月に13日以上訪問した利用者数（1事業所あたり）【訪問看護ステーション】

n=137

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
1か月に13日以上訪問した利用者数	0.2	0.8	0.0

図表 252 1か月に13日以上訪問した利用者の有無【訪問看護ステーション】



「精神科訪問看護（病院）」における、1か月に13日以上訪問した利用者数は、1施設あたり0.2人であった。内訳をみると、「13～15日」利用した利用者が平均0.1人であった。このような利用者の有無をみると、「あり」が9.2%（8施設）であった。

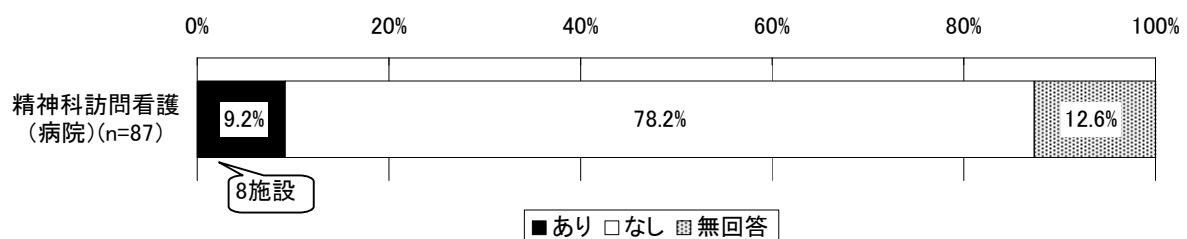
図表 253 1か月に13日以上訪問した利用者数（1施設あたり）【精神科訪問看護（病院）】

n=76

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
1か月に13日以上訪問した利用者数:合計	0.2	0.6	0.0
<内訳>			
13～15日	0.1	0.3	0.0
16～20日	0.0	0.2	0.0
21～25日	0.0	0.2	0.0
26日以上	0.0	0.1	0.0

図表 254 1か月に13日以上訪問した利用者の有無【精神科訪問看護（病院）】



17) 精神科訪問看護が必要な対象者（自由記述形式）

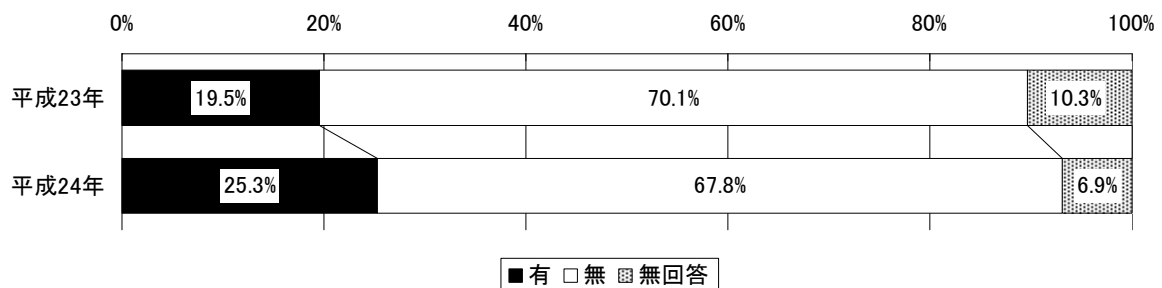
・ 外来の診察に来られず、服薬管理が必要な人。

18) 入院中の外泊日の訪問看護

「精神科訪問看護（病院）」における、入院中の外泊日の訪問看護の有無をみると、平成 23 年 9 月は「あり」が 19.5%、平成 24 年 9 月は 25.3%と、5.8 ポイント増加した。

「対象人数」は平成 23 年 9 月では平均 3.3 人、平成 24 年 9 月では平均 3.1 人であった

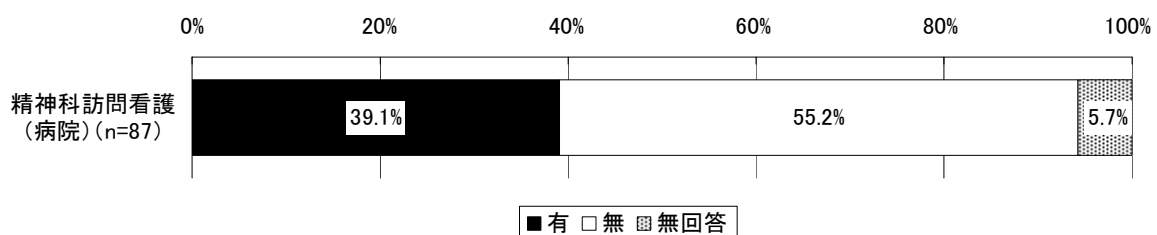
図表 255 入院中の外泊日の訪問看護の有無【精神科訪問看護（病院）】 n=87



※各年 9 月 1 か月間

平成 24 年 9 月における精神科退院前訪問指導料算定の有無をみると、「あり」は 39.1%であった。また、1 か月間の算定件数は、1 施設あたり平均 4.7 件であった。

図表 256 精神科退院前訪問指導料算定の有無【精神科訪問看護（病院）】



図表 257 入院中の外泊日の訪問看護の実施状況（1施設あたり）【精神科訪問看護（病院）】

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
外泊日の訪問看護の対象人数【H23.9】(人)	16	3.3	2.6	3.0
外泊日の訪問看護の対象人数【H24.9】(人)	22	3.1	3.5	2.0
精神科退院前訪問指導料算定件数【H24.9】(件)	33	4.7	5.3	2.0

19) 利用者の外泊日に行った訪問看護の具体的な内容（自由記述形式）

- ・服薬管理。
- ・睡眠時間と食事の確認。
- ・退院後の具体的な生活スケジュールを立てる。
- ・日中の過ごし方の確認。
- ・自宅内の様子を確認、環境調整。
- ・自宅周辺の確認（交通機関や店など）。
- ・家族に本人の様子や不安等を聞く。
- ・住居確保支援、アパートの水道の復旧、家具の購入。
- ・住環境の確認（電気、ガス、水道など）。
- ・退院後の住居、部屋の片付け。
- ・薬の置き場所を一緒に考える。
- ・家電製品、生活用品などの利用について。
- ・障害者福祉サービス事業所の見学及び体験。
- ・退院ルート、手段の確認。
- ・退院についての家族の受入れ状況。
- ・通院の交通機関利用についての確認。
- ・保健師を交えて、ケア会議。

## 20) 退院後 3 か月以内の利用者開始者数等

「精神科訪問看護（病院）」において、平成 24 年 4 月～9 月の新規利用者のうち、退院後 3 か月以内の利用開始者数は 1 施設あたり平均 7.0 人であった。

このうち、再入院した利用者は平均 1.1 人であった。また、1 週間に 4 日以上訪問した利用者は平均 0.2 人であった。

図表 258 1 施設あたり 退院後 3 か月以内の利用開始者数等【精神科訪問看護（病院）】 n=80

単位：人

	平均値	標準偏差	中央値
①退院後 3 か月以内の利用開始者数	7.0	7.5	4.0
②①のうち再入院した利用者数	1.1	1.5	1.0
③①のうち 1 週間に 4 日以上訪問した利用者数	0.2	1.0	0.0

## 21) 精神科訪問看護を診療報酬上で設けたことについての評価（自由記述形式）

<良かったこと>

- ・退院後の在宅生活を確認することができる。
- ・外来診療だけでは見えなかった患者の病状把握や生活のしづらさを受けとめることができる。
- ・再入院が少なくなった。
- ・病状悪化を早期に発見できるようになった。
- ・未受診患者がいた時、本人と連絡がとれない時に、すぐに訪問できる。
- ・退院援助を行う際、社会資源の 1 つとして、本人・家族に説明しやすい。
- ・多職種訪問の加算もあり、各々が専門的知識を活用し援助できる。
- ・退院前訪問看護を行うことで病棟看護師も地域生活に目を向けた関わりができるようになった。
- ・労働に見合った報酬が評価された。
- ・実績が診療報酬で評価された。
- ・以前はボランティアで実施しており限られた人にした実施できなかったが、正式な看護業務となり、必要な人に実施できるようになった。訪問中の事故の保障も確保できるようになった。
- ・病院として、積極的に訪問看護を実施することができるようになった。
- ・精神科訪問看護指示料が設けられたことで、病院精神科と訪問看護ステーションとで、定期的に情報の共有ができ、連携が強化された。
- ・訪問看護の質が向上した。

<困っていること>

- ・算定が複雑化している。
- ・同一建物居住者の算定について、地域において患者が利用できる物件が限られており、一括りにして点数を下げられると、スタッフのモチベーションの低下になる。
- ・医師から、精神科の訪問の依頼が多く出されるが、人員が足りない状況である。
- ・ケア会議が増えた。時間と労力を要するが、診療報酬に直接反映しない。
- ・看護情報提供書を書いても報酬につながらず、見合った評価をしてほしい。
- ・複数加算において、精神保健福祉士2名の場合、点数がとれなくなったこと。
- ・介護保険利用者が利用しにくい。
- ・30分未満の場合に、複数名の加算がとれないこと。
- ・入院やデイケアと同日算定ができないこと。

<その他>

- ・診療報酬をもっと高額にしてほしい。
- ・施設において、職員が精神障害者の対応に苦慮する場合、職員の教育指導を患者の適応支援のために訪問して行うことがあるが、看護師が常駐している施設においては精神科訪問看護・指導料が算定されない。現場でのニーズは高い。
- ・「退院前（訪問指導料）」という表現を変更できないか。入院後、早期に訪問することの効果を感じており、入院直後より退院を見据えたい。
- ・ゆっくりと話を聞いてもらえて、安心できる、うれしいとの声がよく聞かれるようになった。
- ・「臨床心理士」による訪問も評価してほしい。

⑧ 医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況

1) 複数事業所による訪問看護療養費の算定

「訪問看護ステーション」における、複数事業所による訪問看護の1事業所あたりの平均利用者数は、「平成23年9月」で0.8人、「平成24年9月」で1.1人であった。

複数事業所による訪問看護の利用者の有無をみると、「平成23年9月」では「あり」が39.2%、「平成24年9月」では45.2%と割合が高くなっていった。

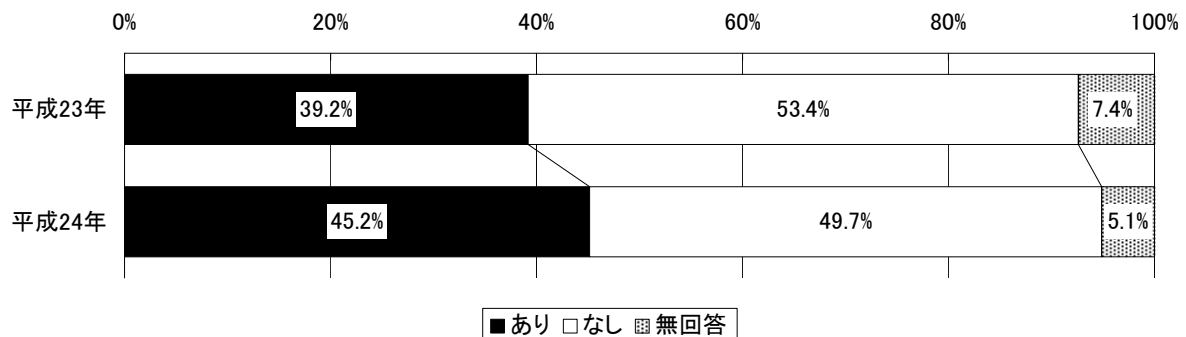
複数事業所による訪問看護を実施することになった理由をみると、「頻回訪問看護が必要で、1つの事業所のみでは対応できない」が72.5%と最も多く、次いで「各訪問ステーションの専門が異なる」が31.3%であった。

図表 259 複数事業所による訪問看護の利用者数（1事業所あたり）【訪問看護ステーション】

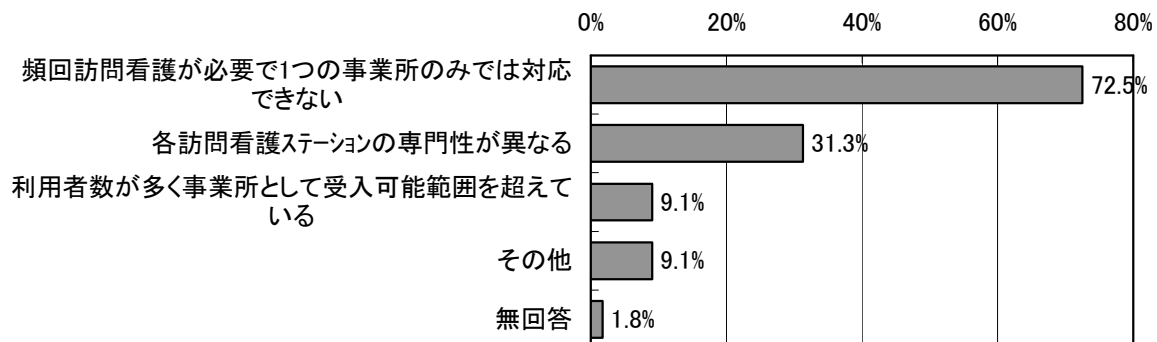
単位：人

	平成23年9月(n=650)			平成24年9月(n=666)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
複数訪問看護ステーションの利用者数	0.8	1.7	0.0	1.1	2.2	0.0

図表 260 複数事業所による訪問看護の利用者の有無 【訪問看護ステーション】



図表 261 複数事業所による訪問看護を実施する理由（複数回答）（n=342）



※「その他」の内容として、「他のステーションからリハビリを受けるため」「営業日が異なるため（日曜日の営業）」「特別な関係で、訪問診療の日と訪問看護が重なると算定できないため、該当日の対応」等が挙げられた。



【複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース】（自由記述形式）

- ・ 毎日訪問の必要がある場合。
- ・ 頻回な訪問や緊急時の対応が頻回な場合。
- ・ 営業日が異なる事業所で組み合わせる。
- ・ PT・OT の訪問希望がある場合、PT・OT がいる事業所との連携。
- ・ ある技術に特化しているステーションとの連携、専門性・目的が異なる場合。
- ・ 対応困難な利用者に対して多面的にアセスメントして、ケアができる。問題解決にもつながりやすい。

## 2) 他の医療機関との連携

「訪問看護ステーション」における、訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数をみると、在宅療養支援診療所が平均 2.3 か所、在宅療養支援病院が平均 0.8 か所であった。

他の医療機関との協力関係の変化をみると、「変わらない」が 79.9%と最も多く、次いで「強くなった」が 13.0%であった。

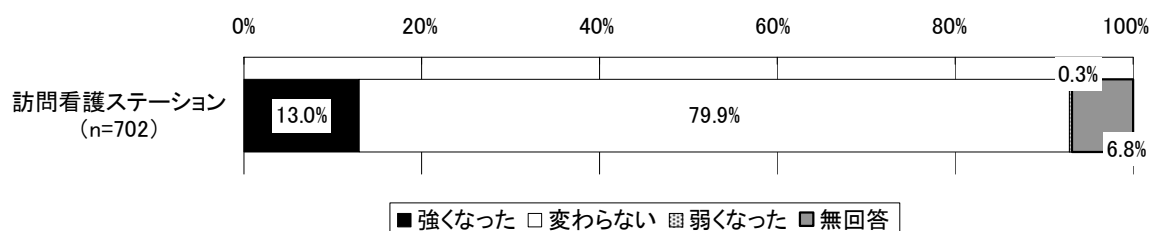
また、他の医療機関との情報伝達手段をみると、「電話」が 54.1%と最も多く、次いで「FAX」(13.8%)、「訪問」(8.3%)であった。

図表 262 訪問看護指示書の交付を受けた医療機関数【訪問看護ステーション】n=629

単位：か所

	平均値	標準偏差	中央値
在宅療養支援診療所	2.3	4.1	1.0
その他の診療所	3.9	7.5	1.0
在宅療養支援病院	0.8	2.7	0.0
その他の病院	4.8	7.3	3.0

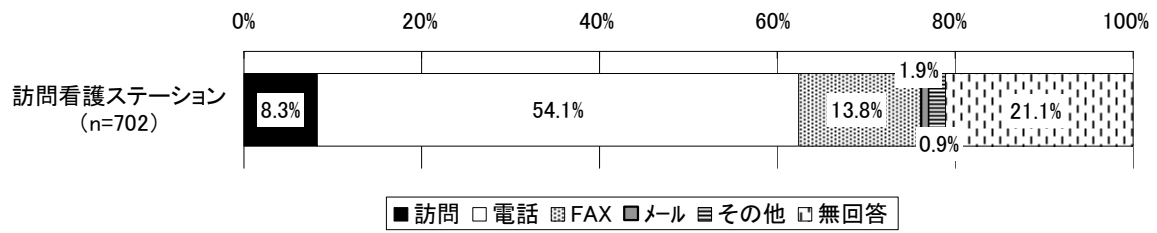
図表 263 他の医療機関との協力関係の変化【訪問看護ステーション】



### 【報酬改定前に比べて、医療機関との協力関係が強くなった理由】(自由記述形式)

- ・退院前カンファレンスが多くなった。
- ・退院時共同指導が以前より行われる傾向にある。
- ・在宅療養支援診療所が増えて、フットワーク・連携がよくなった。
- ・病院からの働きかけが増えた。
- ・在宅療養に理解を示し、訪問に出る医療機関が増えた。

図表 264 他の医療機関との情報伝達手段【訪問看護ステーション】



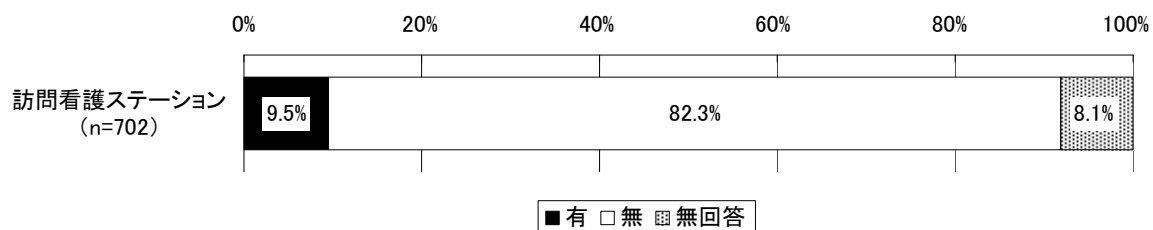
※「その他」の内容として、「郵送」「報告書」「看護サマリー」「カンファレンス」「診察時同行」「往診時立ち会う」等が挙げられた。

「訪問看護ステーション」における、在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者の有無をみると、「有」が9.5%であった。

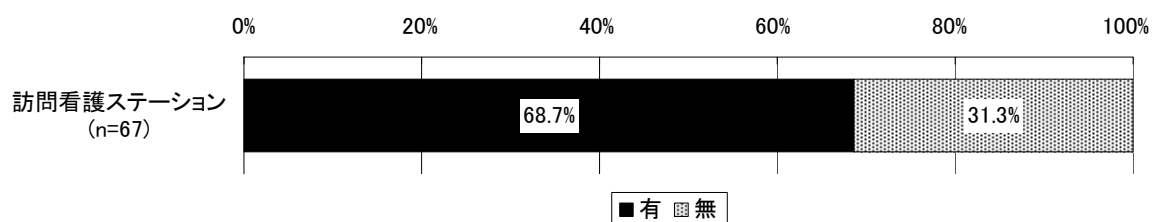
在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者のうち、週に3回以上利用する利用者が「有」という事業所は68.7%であった。

在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者がある場合、利用者数は1事業所あたり平均1.7人であった。このうち、週に3回以上利用する利用者は平均1.4人であった。

図表 265 在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者の有無  
【訪問看護ステーション】



図表 266 在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者のうち、週に3回以上利用する利用者の有無【訪問看護ステーション】



図表 267 在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者数等（1事業所あたり）  
【訪問看護ステーション】（人）

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者数	63	1.7	1.6	1.0
うち、週3回以上訪問の利用者数	45	1.4	0.8	1.0

**【医療機関との連携の課題】（自由記述形式）**

- ・医療機関により連携の積極性に差がある。
- ・大きな病院の場合、主治医との連携が難しい。
- ・大学病院などの大病院だと、主治医と直接話をするのが困難で、外来受診に同行する必要性が生じることもある。
- ・「訪問看護指示書」に関して、理解不足な医療機関が多いこと。
- ・同法人以外の医院からの情報提供はあまりない。
- ・医院によっては医療材料がステーションからの持ち出しになることがある。

### 3) 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携

「訪問看護ステーション」における、医療保険の訪問看護を利用する要介護認定者のうち、併設以外の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数をみると、1事業所あたり平均6.2人であった。また、担当の介護支援専門員・地域包括支援センター職員数は平均5.4人で、このうち、平成24年9月の1か月間に事業所が連絡をとった人数は平均4.0人であった。

図表 268 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数等（1事業所あたり）  
【訪問看護ステーション】

単位：人

	回答事業所数	平均値	標準偏差	中央値
①併設以外の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数	625	6.2	9.8	3.0
②担当の介護支援専門員・地域包括支援センター職員数	528	5.4	5.9	4.0
③②のうち、事業所が連絡をとった人数	515	4.0	4.6	3.0

「保険医療機関」における、併設以外の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数をみると、平均3.5人であった。また、担当の介護支援専門員・地域包括支援センター職員数は平均3.5人で、このうち、平成24年9月の1か月間に施設が連絡をとった人数は平均2.8人であった。

図表 269 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数等（1施設あたり）  
【保険医療機関】

単位：人

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
①併設以外の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの利用者数	89	3.5	7.8	1.0
②担当の介護支援専門員・地域包括支援センター職員数	71	3.5	6.2	2.0
③②のうち、事業所が連絡をとった人数	72	2.8	5.2	1.0

#### 【居宅介護支援事業所・地域包括支援センターからの相談内容で多いこと】（自由記述形式）

- 訪問看護ステーション
- ・点滴や褥瘡の相談。
  - ・胃瘻造設の必要性。
  - ・ターミナル期にあるケースについて。
  - ・病状の変化について。
  - ・新規依頼。
  - ・サービス内容の変更や福祉用具に関して。

○保険医療機関

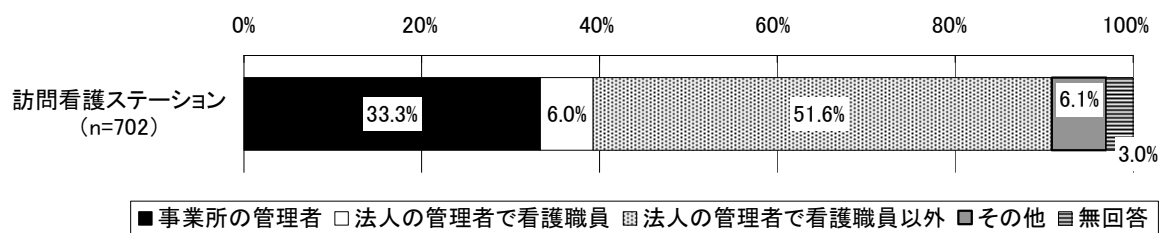
- ・認知症の方の対応、環境調整。
- ・福祉用具の利用物品の選択。
- ・ヘルパーとの連携。
- ・通所系のサービスの利用について気をつけること。
- ・病状についての問合せ。
- ・家族の状況について（疲労度、ストレス等）。
- ・独居、末期がんの緩和ケアに関すること。

## ⑨ 事業所の収支

### 1) 経営管理の実施者

「訪問看護ステーション」における、経営管理の実施者をみると、「法人の管理者で看護職員以外」が51.6%と最も多く、次いで「事業所の管理者」(33.3%)、「法人の管理者で看護職員」(6.0%)であった。

図表 270 経営管理の実施者【訪問看護ステーション】



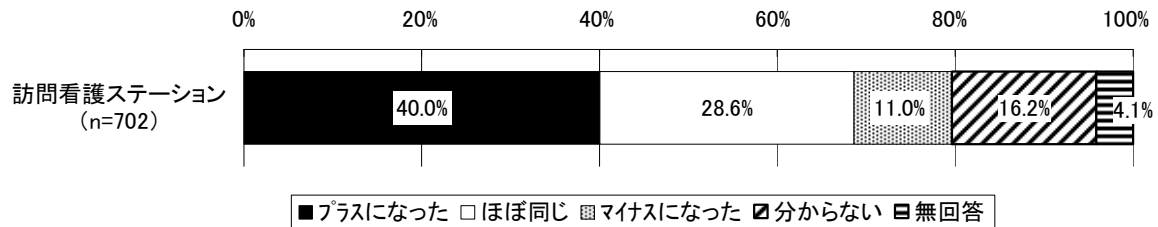
※「その他」の内容として、「併設病院の医事課・会計課」「法人の事務長」「社長」「理事長」等が挙げられた。



## 2) 報酬改定前と比べての収支の変化

「訪問看護ステーション」における、平成 24 年度報酬改定前と比べての収支の変化は、「プラスになった」が 40.0%であった。また、「ほぼ同じ」が 28.6%、「マイナスになった」が 11.0%であった。

図表 271 報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】



開設者別にみると、「医師会」、「農業協同組合及び連合会」以外では、概ね「プラスになった」が多く、「消費生活協同組合及び連合会」(73.3%)、「特定非営利活動法人」(58.3%)、「看護協会」(57.1%)で「プラスになった」の割合が比較的高かった。

図表 272 開設者別 報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスになった	ほぼ同じ	マイナスになった	分からない	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
都道府県・市区町村・地方 独立行政法人・広域連合・ 一部事務組合	22 100.0%	7 31.8%	10 45.5%	1 4.5%	3 13.6%	1 4.5%
日本赤十字社・社会保険関 係団体	10 100.0%	4 40.0%	3 30.0%	2 20.0%	0 0.0%	1 10.0%
医療法人	318 100.0%	120 37.7%	85 26.7%	39 12.3%	66 20.8%	8 2.5%
医師会	35 100.0%	11 31.4%	13 37.1%	5 14.3%	4 11.4%	2 5.7%
看護協会	21 100.0%	12 57.1%	7 33.3%	2 9.5%	0 0.0%	0 0.0%
社団・財団法人	39 100.0%	14 35.9%	11 28.2%	3 7.7%	8 20.5%	3 7.7%
社会福祉法人	57 100.0%	25 43.9%	15 26.3%	9 15.8%	5 8.8%	3 5.3%
農業協同組合及び連合会	13 100.0%	3 23.1%	6 46.2%	0 0.0%	3 23.1%	1 7.7%
消費生活協同組合及び連 合会	15 100.0%	11 73.3%	2 13.3%	1 6.7%	0 0.0%	1 6.7%
営利法人	146 100.0%	63 43.2%	42 28.8%	14 9.6%	23 15.8%	4 2.7%
特定非営利活動法人	12 100.0%	7 58.3%	2 16.7%	1 8.3%	1 8.3%	1 8.3%
その他	13 100.0%	4 30.8%	4 30.8%	0 0.0%	1 7.7%	4 30.8%

管理者の勤務年数別にみると、いずれも「プラスになった」が多く、「2年以上～5年未満」では「プラスになった」の割合が53.4%と半数を超えた。

図表 273 管理者の勤続年数別 報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスになった	ほぼ同じ	マイナスになった	分からない	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
2年未満	130 100.0%	44 33.8%	39 30.0%	11 8.5%	30 23.1%	6 4.6%
2年以上～5年未満	163 100.0%	87 53.4%	42 25.8%	13 8.0%	17 10.4%	4 2.5%
5年以上	384 100.0%	143 37.2%	114 29.7%	52 13.5%	61 15.9%	14 3.6%

平成23年9月末時点での看護職員数別にみると、いずれも「プラスになった」が多く、「5人以上～7.5人未満」及び「7.5人以上」という人数規模の多い事業所では「プラスになった」の割合がそれぞれ47.2%、43.2%と全体や小規模事業所と比較して高かった。

図表 274 平成23年9月末時点の看護職員数（常勤換算）別  
報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスになった	ほぼ同じ	マイナスになった	分からない	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
3人未満	116 100.0%	46 39.7%	28 24.1%	15 12.9%	26 22.4%	1 0.9%
3人以上～5人未満	322 100.0%	119 37.0%	96 29.8%	32 9.9%	57 17.7%	18 5.6%
5人以上～7.5人未満	142 100.0%	67 47.2%	46 32.4%	14 9.9%	12 8.5%	3 2.1%
7.5人以上	81 100.0%	35 43.2%	20 24.7%	12 14.8%	10 12.3%	4 4.9%

平成 23 年 9 月末時点での職員数別にみると、いずれも「プラスになった」が多く、職員規模が大きい事業所ほど「プラスになった」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 275 平成 23 年 9 月末時点のステーションの職員数（常勤換算）別  
報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスにな った	ほぼ同じ	マイナスにな った	分からな い	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
5 人未満	328 100.0%	121 36.9%	96 29.3%	33 10.1%	62 18.9%	16 4.9%
5 人以上～10 人未満	256 100.0%	110 43.0%	78 30.5%	32 12.5%	31 12.1%	5 2.0%
10 人以上	77 100.0%	36 46.8%	16 20.8%	8 10.4%	12 15.6%	5 6.5%

平成 23 年 9 月の利用者数別にみると、「60 人以上～90 人未満」及び「90 人以上」という比較的規模の大きい事業所で「プラスになった」の割合がそれぞれ 46.3%、43.9%と高かった。一方、「30 人未満」では「ほぼ同じ」が 30.6%で、「プラスになった」(28.2%) よりも割合が高かった。

図表 276 平成 23 年 9 月の利用者数（医療保険と介護保険の合計）別  
報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスにな った	ほぼ同じ	マイナスにな った	分からな い	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
30 人未満	124 100.0%	35 28.2%	38 30.6%	21 16.9%	26 21.0%	4 3.2%
30 人以上～60 人未 満	238 100.0%	95 39.9%	79 33.2%	20 8.4%	33 13.9%	11 4.6%
60 人以上～90 人未 満	160 100.0%	74 46.3%	44 27.5%	12 7.5%	26 16.3%	4 2.5%
90 人以上	155 100.0%	68 43.9%	35 22.6%	21 13.5%	22 14.2%	9 5.8%

事業所の経営管理者別にみると、いずれも「プラスになった」が多く、「法人の管理者で看護職員」及び「事業所の管理者」において「プラスになった」がそれぞれ 45.2%、43.6%と比較的高かった。

図表 277 事業所の経営管理者別 報酬改定前と比べての収支の変化【訪問看護ステーション】

	合計	プラスになった	ほぼ同じ	マイナスになった	分からない	無回答
全体	702 100.0%	281 40.0%	201 28.6%	77 11.0%	114 16.2%	29 4.1%
事業所の管理者	234 100.0%	102 43.6%	75 32.1%	30 12.8%	21 9.0%	6 2.6%
法人の管理者で看護職員	42 100.0%	19 45.2%	15 35.7%	2 4.8%	5 11.9%	1 2.4%
法人の管理者で看護職員以外	362 100.0%	135 37.3%	100 27.6%	39 10.8%	78 21.5%	10 2.8%
その他	43 100.0%	18 41.9%	9 20.9%	5 11.6%	10 23.3%	1 2.3%

a 理由

「訪問看護ステーション」において平成 24 年度報酬改定前と比べての収支が変化した理由をたずねたところ、「プラスになった」理由としては「利用者が増えたから」が 61.9%と最も多く、次いで「診療報酬改定の影響である」(44.8%)、「介護報酬改定の影響である」(37.4%)であった。

「マイナスになった」の理由としては、「利用者が減ったから」が 76.6%と最も多かった。

図表 278 報酬改定前と比べての収支の変化の理由【訪問看護ステーション】(n=702)

	合計	報酬改定前と比べて収支が変化した理由						無回答	
		利用者が増えたから	利用者が減ったから	診療報酬改定の影響である	介護報酬改定の影響である	事業所の職員体制が変化したから	その他		
全体	702 100.0%	197 28.1%	114 16.2%	147 20.9%	128 18.2%	99 14.1%	88 12.5%	181 25.8%	
報酬改定前と比べての収支の変化	プラスになった	281 100.0%	174 61.9%	0 0.0%	126 44.8%	105 37.4%	40 14.2%	11 3.9%	8 2.8%
	ほぼ同じ	201 100.0%	17 8.5%	40 19.9%	14 7.0%	12 6.0%	34 16.9%	43 21.4%	76 37.8%
	マイナスになった	77 100.0%	1 1.3%	59 76.6%	5 6.5%	8 10.4%	13 16.9%	11 14.3%	1 1.3%
	分からない	114 100.0%	4 3.5%	11 9.6%	1 0.9%	3 2.6%	12 10.5%	19 16.7%	77 67.5%

**【診療報酬改定前と比べて変化した理由】（自由記述形式）**

○診療報酬改定の具体的な内容

- ・加算がとれることが増えた。
- ・訪問看護管理療養費の制限がなくなった。
- ・特別管理加算が算定しやすくなった。
- ・夜間早朝加算。
- ・基本療養費のアップ。
- ・週4日以上が可能な要件の緩和。
- ・外泊時の訪問。
- ・長時間加算。
- ・退院後2週間の特別訪問看護指示書の利用。
- ・ひきこもり者への家族訪問が可能となった。
- ・精神科訪問看護基本療養費30分未満の新設（減収）。

○介護報酬改定の具体的な内容

- ・初回加算、退院時共同指導加算。
- ・特別管理加算Ⅰの算定。
- ・30分訪問の報酬単価増額。
- ・特別管理加算、緊急時加算が限度額対象外となったこと。
- ・地域区分の変更。
- ・リハビリテーションの算定が変わったため。

○職員体制の変化の具体的な内容

- ・職員数が増えたため。
- ・リハビリ職員が増えたため。
- ・職員数が減ったため。

○その他の具体的な内容

- ・24時間対応体制を開始したため。
- ・スタッフの異動があり、教育・同行訪問を行ったため、訪問件数が減。

**【報酬改定前に比べて収支がプラスになった場合の使途】（自由記述形式）**

- ・研修の参加。
- ・備品を充実。
- ・電気自転車の充実。
- ・ユニフォームの購入。
- ・人員を増やす、人材の確保。
- ・職員のベースアップ、手当の増、ボーナス。
- ・サテライトの設置。
- ・組織全体の赤字の補填、法人全体の利益へ。

## ⑩ 訪問看護を続けていく上での課題等（自由記述形式）

### <大規模化について>

#### ○訪問看護ステーション

- ・考えていない。
- ・人員不足で困難。
- ・1人の管理者がまとめやすいのは7~8人くらいまでだろう。
- ・自治体（町）が経営しているので大規模化は考えていない。
- ・医療依存の高い者や看取りを積極的に受け入れていけば大規模化は必要。
- ・近隣のステーション間でネットワーク化を図り、大規模化することで、夜間・休日の緊急体制の強化が図れる。
- ・まずはサテライトを充実し、セカンドステーションに発展させたい。
- ・都心であれば大規模化は可能かもしれないが、地方の山間部では難しい（1日4~5件の訪問に、走行距離60~80km走る地域である）。

#### ○保険医療機関

- ・大規模化により様々な例に対応できるが、職員を集めることが難しい。
- ・（職員）相互のコミュニケーションをいかに円滑にできるかが問題となる。
- ・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が確保できれば、リハビリ面での強化やグループホームへの介入、保険外での訪問の受け入れなど広げていくことができると思う。

### <経営上の問題>

#### ○訪問看護ステーション

- ・利用者確保。
- ・月により利用者数変動し安定しない。
- ・ショートステイや入院により収入が急激に増減する。
- ・人手不足。
- ・活動範囲が中山間地域にあり、移動時間が長く効率的に動けない。
- ・訪問診療が充実しておらず、固定した医師がいないことが問題。
- ・併設での兼務の業務もあるので、なんとか経営的には大きな問題になっていないが、独立しての経営は難しい。
- ・駐車場が確保できない家も多く、コインパーキングにかかる支出がどんどん増えている。利用者からも徴収できないため、どうにかしてほしい。

#### ○保険医療機関

- ・採算はとれるものの、給与が安い、責任が重い、業務内容がきついなどの理由からスタッフの充実を図ることが難しい。経営側が利益中心に評価するため、スキルアップの教育にあてる時間の確保が難しい。
- ・利用者の確保が難しい。利用者も必要性をあまり理解していないようである。
- ・利用者の確保ができず、赤字経営である。

- ・「みなし」では単価が安く、赤字である。
- ・現在、黒字であるが、母体（医療機関）との関係で、職員に給与として上乗せできないことがつらい。
- ・医療保険の訪問看護の利用者は安定性が低く、入院の可能性も高いため、利用者の急な入院が経営に響く。
- ・医療保険の訪問看護の3割負担プラス交通費は、患者の負担が大きい。

#### <他の訪問看護ステーションとの連携について>

##### ○訪問看護ステーション

- ・地域的にまとまっているので連携しやすい。
- ・協議会に参加している。
- ・地域の会議や研修に他の訪問看護ステーションの出席はほとんどなく、連携がとれない状況である。
- ・2か所のステーションから入る利用者が何人かおり、いくつかのステーションと連携している。よい刺激になっている。
- ・複数のステーションが訪問する場合、種々の加算が1か所しかとれないのは不都合。
- ・地域で連携して教育を行っている。

##### ○保険医療機関

- ・連絡会などは単なる交流の場で実際面のつながりとはなりづらい。
- ・ケアマネジャーから申込みがあってもいっばいで受けられない場合は、その利用者の近くの訪問看護を紹介するようにしている。
- ・定期的会議、勉強会開催等、連携は強化している。

#### <人員の確保について>

##### ○訪問看護ステーション

- ・困難である。
- ・規模が小さいと、一層確保が難しい。
- ・ハローワークに出してもほとんど来ない。人材紹介会社へ依頼すると紹介料が高額。
- ・併設病院も看護師不足で、ステーションの人員は増やしてもらえない。
- ・病院併設のため、人員については問題なく確保できている。
- ・若いスタッフを採用したいが、難しい。
- ・常勤者が採用できない。
- ・24時間体制をとらないことで何とか確保できている。
- ・未経験者の受入れの場合、教育体制が整わず難しい。
- ・事務員を採用したいと思っている。
- ・事務職員を採用したいと思うが、経営的に難しい。

##### ○保険医療機関

- ・夜勤がないため、収入が低く、人員が集まらない。



- ・病院から異動すると、夜勤がないため、給与が下がり、異動したくない。
- ・少人数で24時間対応をすると、スタッフの疲労度が高く、転職してしまう。
- ・病棟優先の人員配置のため、スタッフを増員してもらえない。
- ・訪問看護の希望者は少なく、人員が集まらない。
- ・併設病院も人員不足で確保は困難。新人の教育が実働しながらでは困難。
- ・大学病院勤務から地域の医療にかかわるようになったが、地域の医療を支えている人達は知識も経験も少ない准看護師や看護師がメインである。在宅や終末期を支えていくには、急性期も経験しているものが、いかに在宅でもできるケア内容に変更していくかというのが本来の筋と考える。看護師の質を上げる目的も含めて、急性期、慢性期、在宅と看護師のローテーション化は必要と思う。
- ・人員の確保は非常に困難。

#### <診療報酬の問題について>

##### ○訪問看護ステーション

- ・複雑すぎて、事務処理が負担。
- ・がん末期の医療保険3割の方の料金が高すぎる。
- ・届出を出していないと加算がとれないものが多い。
- ・特別訪問看護指示書の期間に制限があること。
- ・新規の時、かなり時間を要するが報酬がない。
- ・専門性のある看護師がなぜ、がん関連と皮膚排泄ケアだけなのか。

##### ○保険医療機関

- ・加算要件が厳しい。
- ・医療保険で「重症者に対する訪問看護」の加算が少ない。
- ・「特別な関係」で算定不可能な部分が多い。
- ・病院の訪問看護もステーション並みの報酬に位置づけてもらいたい。
- ・生活保護で、特疾の患者への訪問看護の入り方が難しい。

#### <その他>

##### ○訪問看護ステーション

- ・ケアマネジャーの中に、訪問看護についての理解が十分でない人が多い。
- ・訪問看護というサービスが広く世の中に知られるといいと思う。広報活動に力を入れてほしい。
- ・駐車許可の弾力的運用を希望。
- ・同法人の訪問診療が入った場合、「特別な関係」にあたるため、同日に訪問看護が行えないことが困る。特にがん末期の場合には、看護師がケアで入るので、毎日必要な場合もあるので、要件としてがん末期は除いてほしい。
- ・業務に追われているのが現状であり、経験年数に応じた養成講座を計画してほしい。
- ・今回の改定で、小児の重症児についての加算があったが、「厚生労働大臣の定める疾病等・・・」

にも小児の疾患を追加してほしい。

- ・ 40 歳未満のがんターミナルの方は何の制度の救済もない。2 号被保険者のターミナルの方も保険が 3 割になり、経済的に難しい。ターミナルの方は 1 割にならないものかと思う。
- ・ 訪問看護ステーションから管理栄養士の訪問ができると利用者にもメリットがあるのでは。
- ・ 精神保健福祉士がその他職員（無資格者）と同じなのはなぜか。

○保険医療機関

- ・ 少人数のスタッフで 24 時間連絡体制をとることは、体力、精神的な負担がある。
- ・ 家族の希望は、訪問看護よりショート・入所のほうが多いようだ。
- ・ 訪問看護認定看護師に対する報酬をつけることで、訪問看護全体のスキルアップにつながる  
と考える。
- ・ 冬季の訪問の苦労を理解してほしい。
- ・ 在宅医の不足、施設での看取りが困難。

### (3) 利用者調査の概要

#### 【調査対象等】

○調査票 利用者票（施設・事業所記入分）、利用者票（利用者記入分）

調査対象：

1) 訪問看護ステーション及び保険医療機関の利用者

訪問看護ステーション調査及び保険医療機関調査の対象施設・事業所の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人を対象とした。

1施設・事業所につき4名を本調査の対象とした。4名の内訳は、「15歳未満」の利用者、「精神疾患」のある利用者、「11月1か月間に13日以上」した利用者、「末期のがん」から1名ずつとした（該当者がいない場合は、その他もあわせて4名までとした）。客体数は9,528人（ $4 \times 2,382 = 9,528$ 人）となった

2) 精神科訪問看護（病院）の利用者

精神科訪問看護（病院）調査の対象施設の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人を対象とした。

1施設につき2名を本調査の対象とした。2名の内訳は、「退院後3か月未満」の利用者1名、「退院後3か月以上」の利用者1名とした。客体数は600人（ $2 \times 300 = 600$ 人）となった。

回答数：利用者用（施設・事業所記入分）と利用者票（利用者記入分）のID、性別、年齢（原則、±1歳の範囲）が一致した調査票 1,467 票

回答者：利用者票（施設記入分） - 施設・事業所職員

利用者票（利用者記入分） - 利用者本人、家族等

回収した利用者票は以下のように分類し、分析を行った。

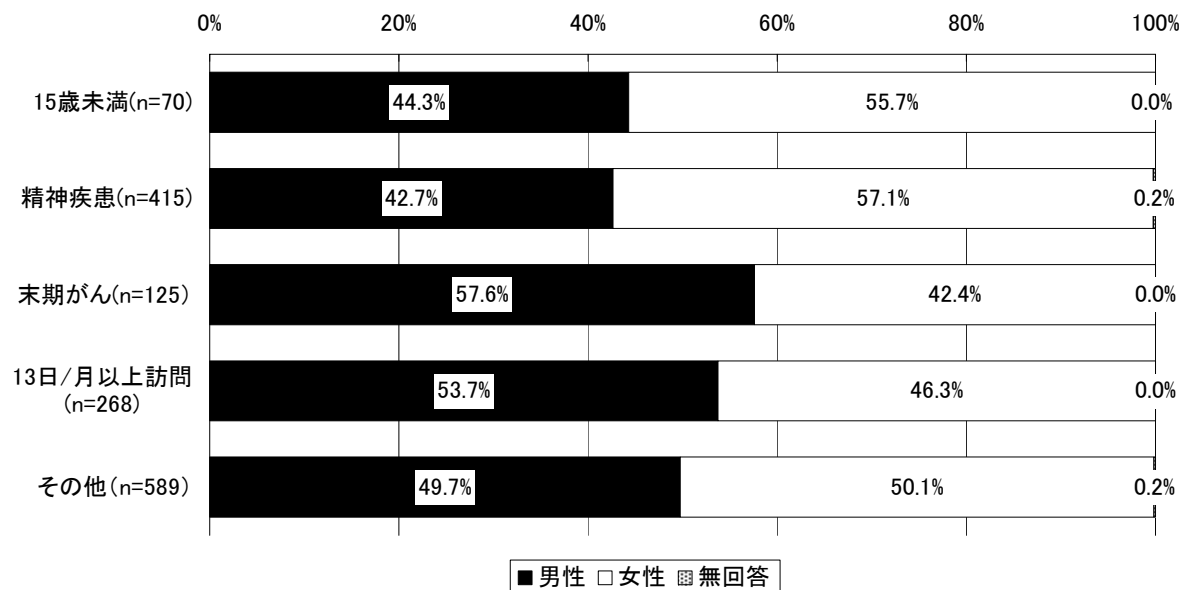
	対象人数
① 15歳未満	70人分
② 15歳以上で、精神疾患がある利用者（病名に「精神系の疾患」または「認知症」）	415人分
③ ①、②以外で、末期のがん（病名に「悪性新生物」かつ、「ターミナル期である」を選択）	125人分
④ ①～③以外で、平成24年11月1か月間に当該事業所からの訪問回数が13日以上	268人分
⑤ その他、①～④以外	589人分

① 利用者の属性・病状等（施設・事業所記入分）

1) 性別

性別についてみると、「末期がん」及び「平成 24 年 11 月の 1 か月間の訪問日数が 13 日以上（以下、『13 日/月以上訪問』とする）」では男性がそれぞれ 57.6%、53.7%と男性の割合が比較的高く、「精神疾患」及び「15 歳未満」については女性がそれぞれ 57.1%、55.7%と女性の割合が高かった。

図表 279 性別



## 2) 年齢

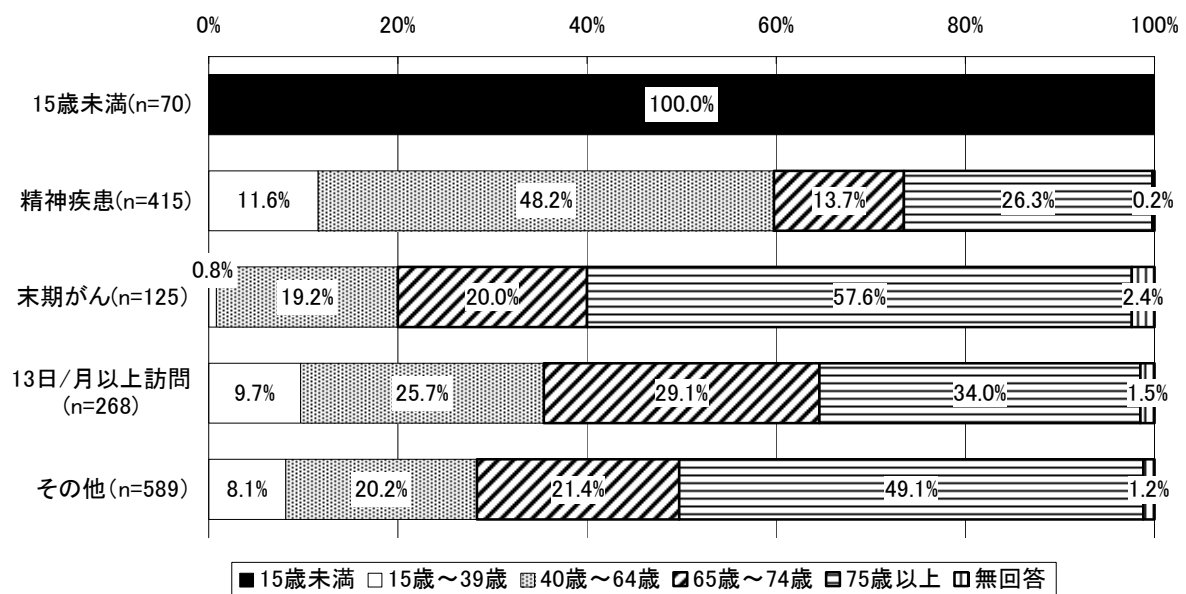
年齢についてみると、「15歳未満」では平均6.0歳、「精神疾患」では平均61.1歳、「末期がん」では平均74.8歳、「13日/月以上訪問」では平均66.7歳であり、「末期がん」で平均年齢が高かった。

図表 280 年齢

単位：歳

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
15歳未満	70	6.0	4.0	5.0
精神疾患	414	61.1	18.2	61.0
末期がん	122	74.8	12.2	77.0
13日/月以上訪問	264	66.7	17.3	70.0
その他	582	70.1	16.8	74.0

図表 281 年齢の分布

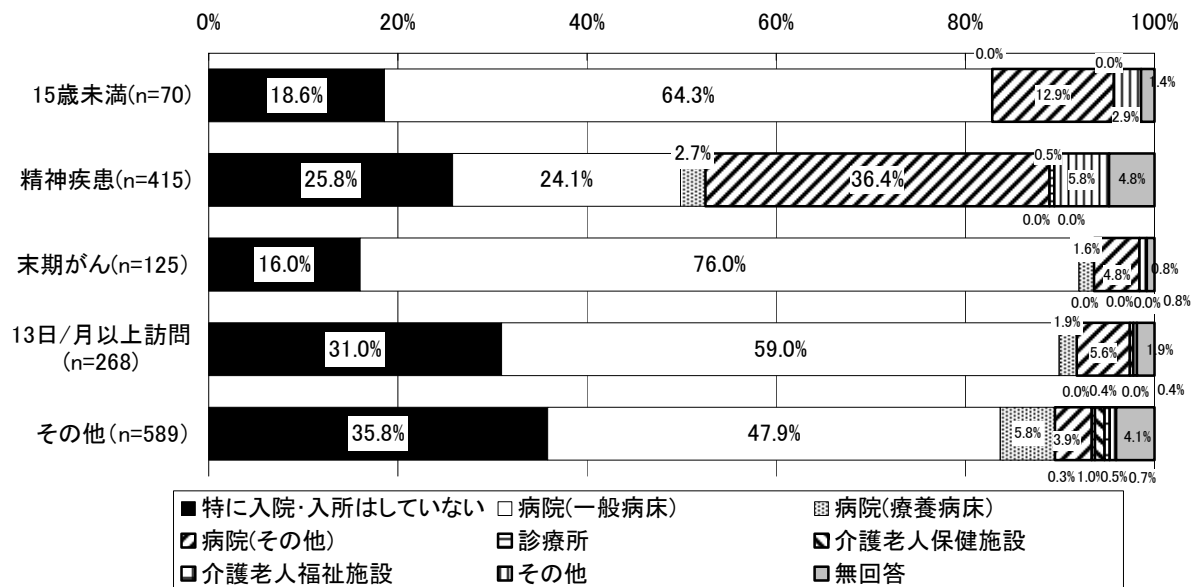


### 3) 在宅移行前の入院・入所場所

在宅移行前の入院・入所場所についてみると、「15歳未満」では「病院（一般病床）」が64.3%、「末期がん」では76.0%、「13日/月以上訪問」では59.0%であった。

「精神疾患」では「病院（その他）」が36.4%で最も多かった。

図表 282 在宅移行前の入院・入所場所



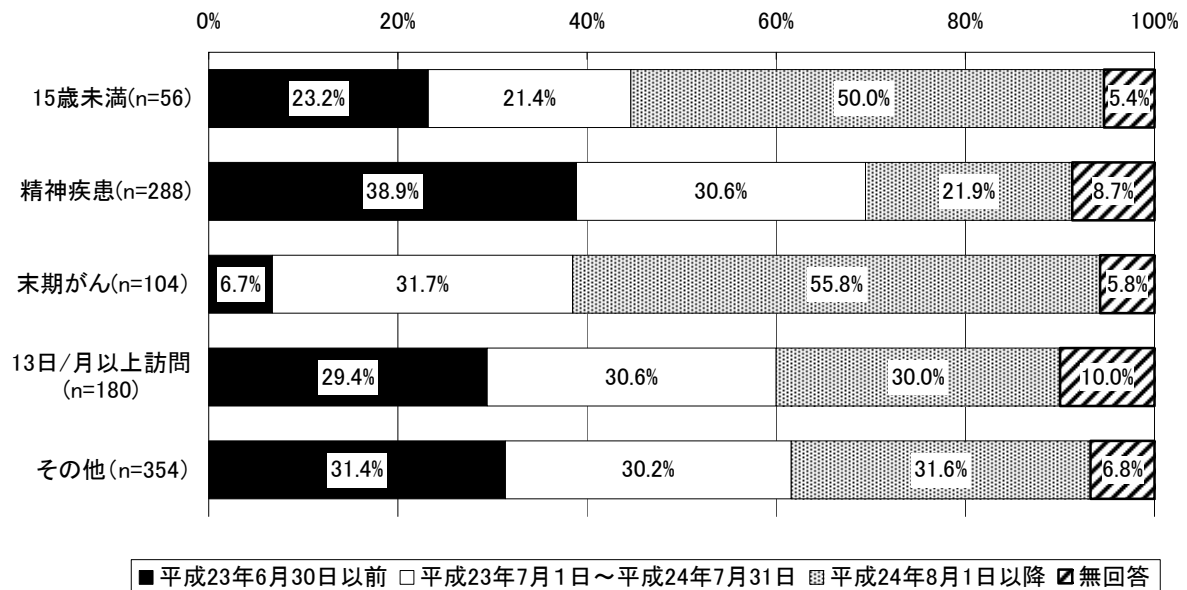
#### 4) (入院・入所があった場合) 直近の退院・退所日

在宅以降前に入院・入所があった場合の直近の退院・退所日をたずねたところ、「15歳未満」では「平成24年8月1日以降」が50.0%、「末期がん」では55.8%と比較的最近が多かった。

「精神疾患」では「平成23年6月30日以前」が38.9%と比較的多かった。

「13日/月以上訪問」では、いずれの時期もほぼ同じ程度であった。

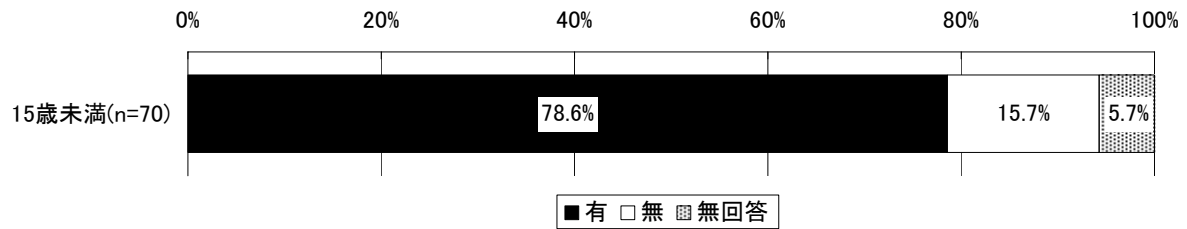
図表 283 直近の退院・退所日 (入院・入所があった場合)



5) (15歳未満の場合) NICUの入院経験の有無

15歳未満の場合、NICUの入院経験の有無についてたずねたところ、「有」が78.6%を占めた。

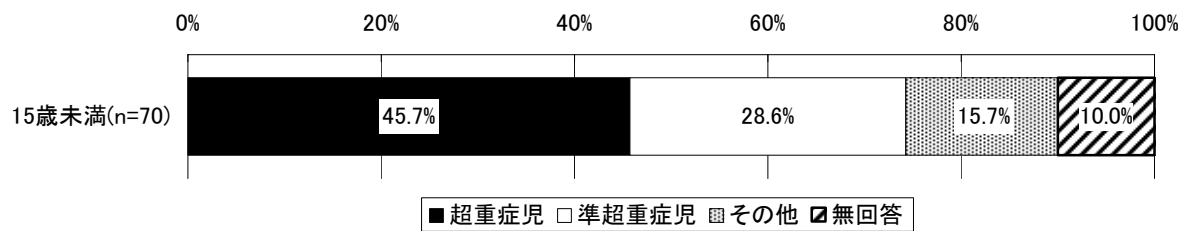
図表 284 NICUの入院経験の有無 (15歳未満)



6) (15歳未満の場合) 超重症児・準超重症児スコア

15歳未満の場合、「超重症児」は45.7%、「準超重症児」は28.6%であった。

図表 285 超重症児・準超重症児スコア (15歳未満)

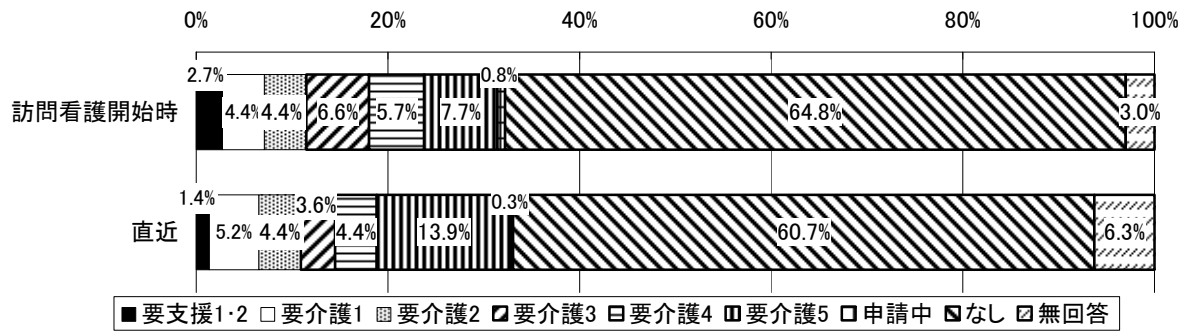




7) 要介護度（訪問看護開始時・直近）

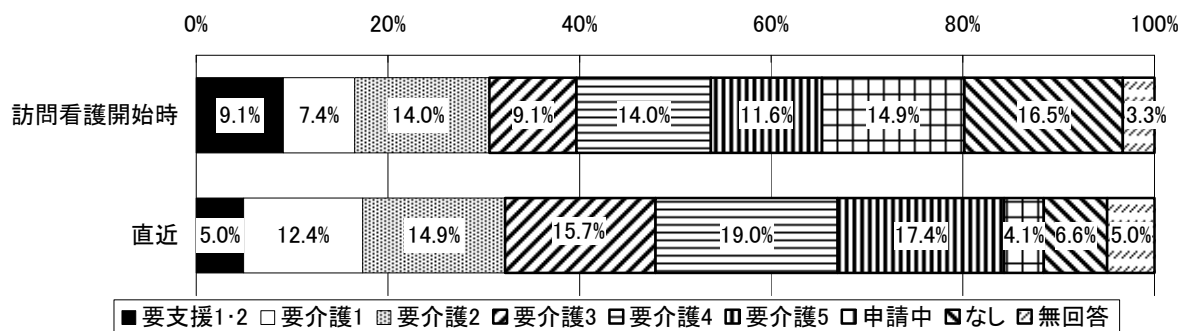
「精神疾患」において、訪問看護開始時、直近それぞれの要介護度をみると、「なし」が訪問看護開始時で64.8%、直近で60.7%と高い割合を占めた。

図表 286 要介護度【精神疾患】 (n=366)



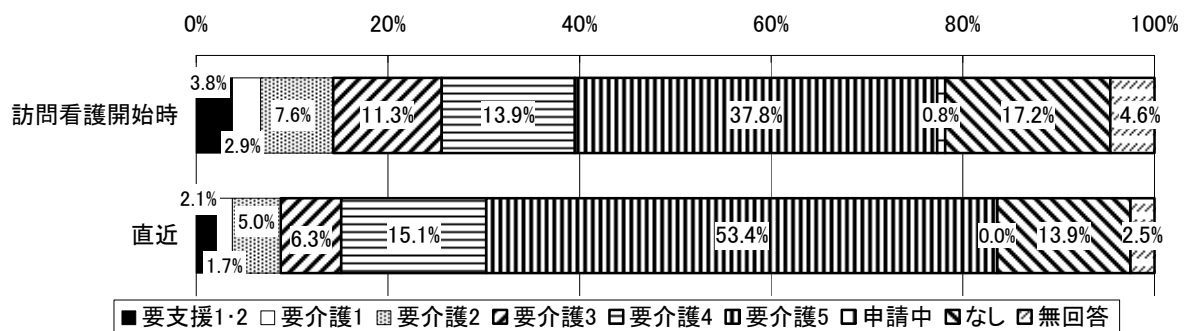
「末期がん」においては、あまり偏りはみられず、訪問看護開始時においては、「なし」が16.5%で最も高かった。直近では、「要介護4」が19.0%と最も高かった。

図表 287 要介護度【末期がん】 (n=121)



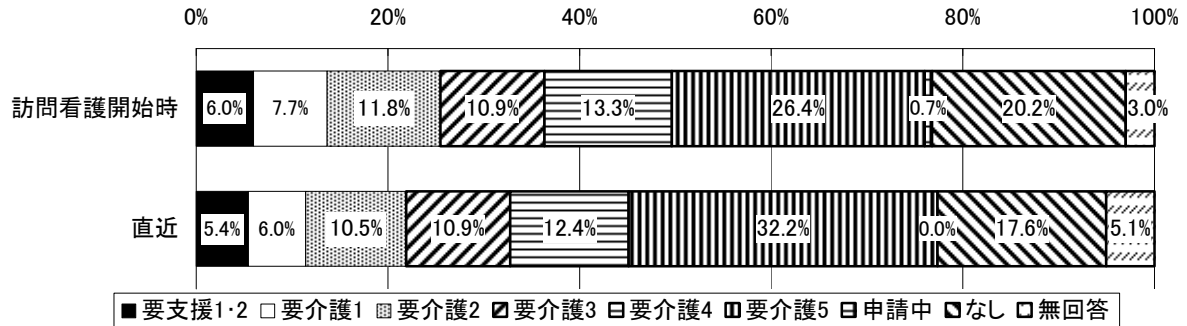
「13日/月以上訪問」においては、いずれの時期も「要介護5」が多く、訪問看護開始時では、37.8%、直近では53.4%を占めた。

図表 288 要介護度【13日/月以上訪問】 (n=238)



「その他」では、訪問看護開始時は「要介護5」が26.4%、直近で32.2%であった。

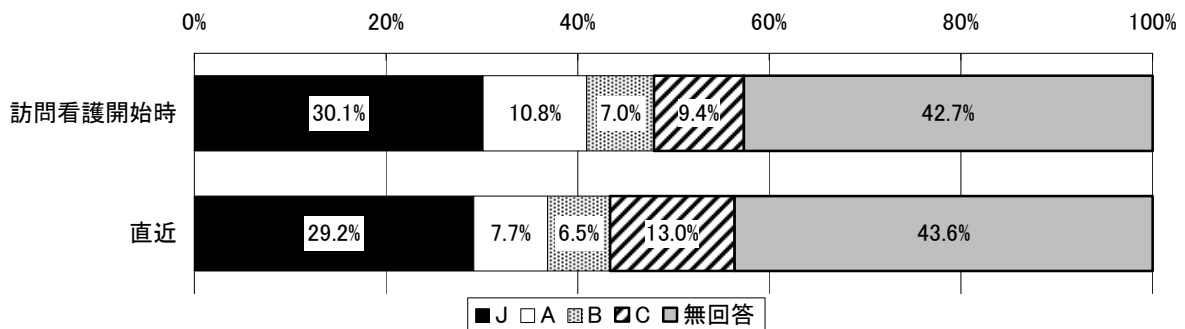
図表 289 要介護度【その他】 (n=524)



8) 障害高齢者の日常生活自立度（訪問看護開始時・直近）

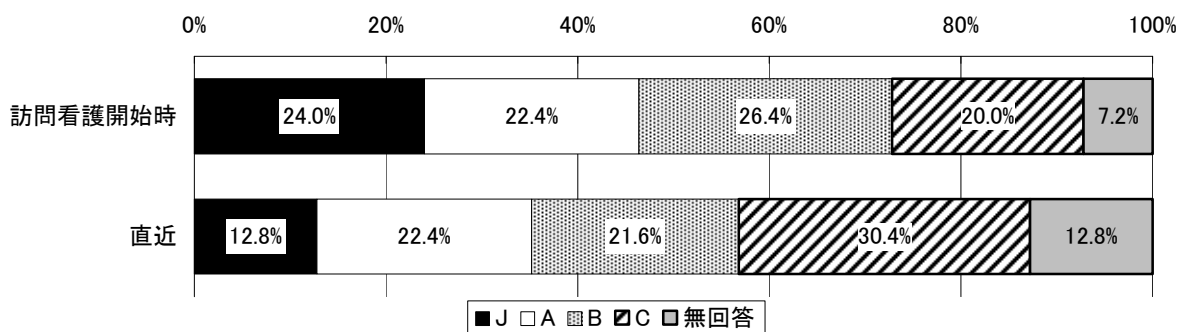
「精神疾患」において、障害高齢者の日常生活自立度は、訪問看護開始時では「J」が30.1%、直近では29.2%であった。全体的に、訪問看護開始時と直近で大きな変化はみられない。

図表 290 障害高齢者の日常生活自立度【精神疾患】 (n=415)



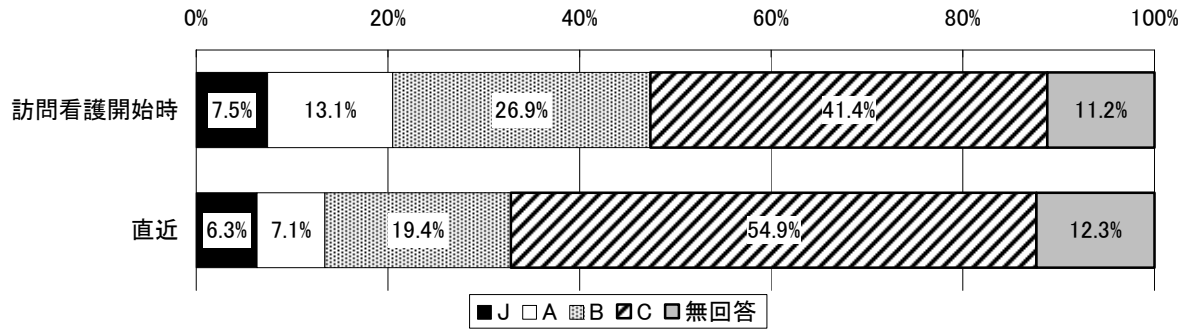
「末期がん」では、訪問看護開始時は、「B」が26.4%で最も高く、次いで「J」が24.0%であったが、直近では「C」が30.4%と最も高く、全体的に自立度が低下した。

図表 291 障害高齢者の日常生活自立度【末期がん】 (n=125)



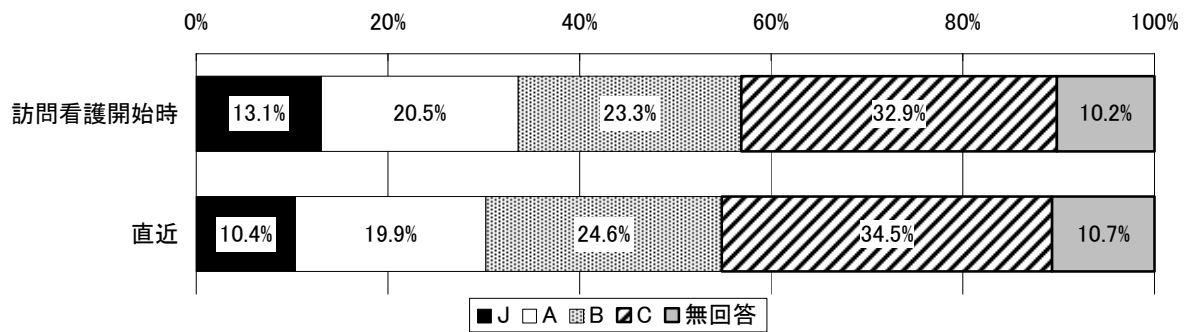
「13 日/月以上訪問」では、訪問看護開始時において、「C」が 41.4%と最も高く、直近でも、「C」が 54.9%と最も高かった。

図表 292 障害高齢者の日常生活自立度【13 日/月以上訪問】 (n=268)



「その他」では、訪問看護開始時は「C」が 32.9%、直近では 34.5%と大きな変化はみられなかった。

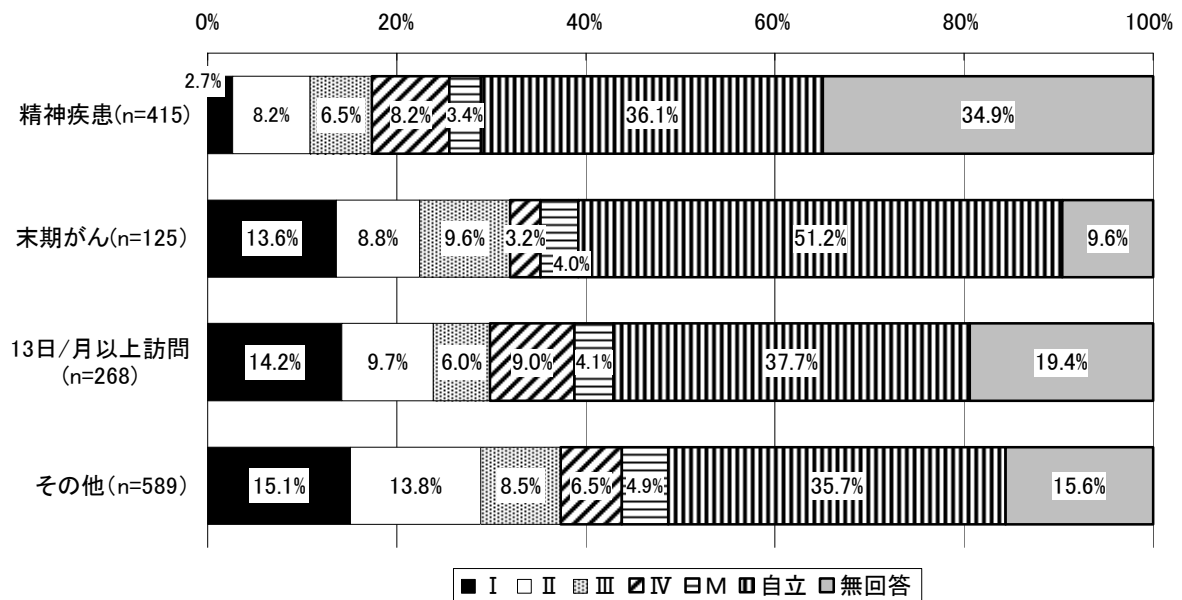
図表 293 障害高齢者の日常生活自立度【その他】 (n=589)



### 9) 認知症高齢者の日常生活自立度（直近）

直近の認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、「精神疾患」、「末期がん」、「13日/月以上訪問」、「その他」のすべてにおいて「自立」が最も高かった。

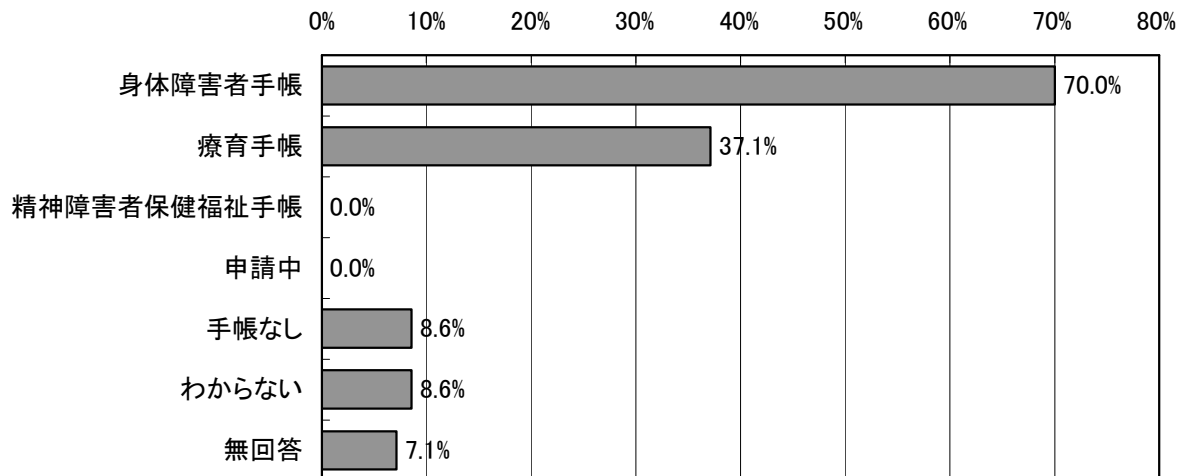
図表 294 認知症高齢者の日常生活自立度



### 10) 障害者手帳などの種類

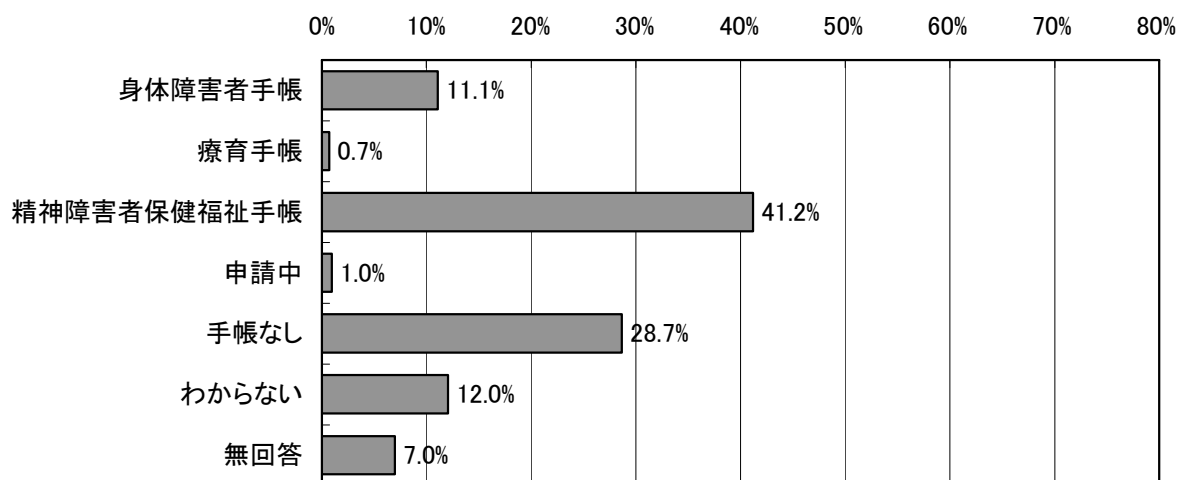
障害者手帳などの種類は、「15歳未満」では、「身体障害者手帳」が70.0%で最も高く、次いで「療育手帳」が37.1%であり、「手帳なし」が8.6%であった。

図表 295 障害者手帳などの種類【15歳未満】（複数回答）（n=70）



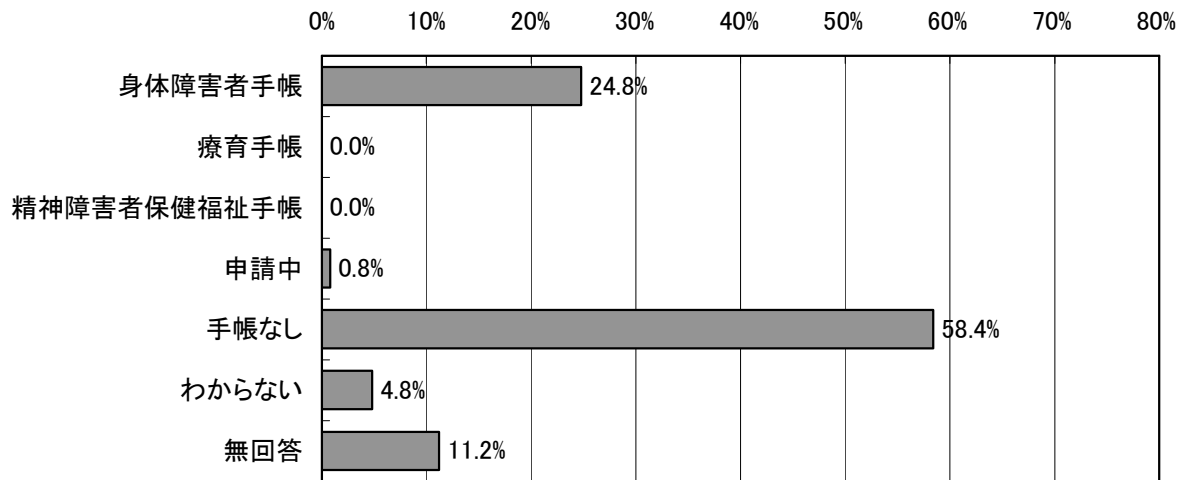
「精神疾患」では、「精神障害者保健福祉手帳」が41.2%で最も高く、「身体障害者手帳」が11.1%であり、「手帳なし」は28.7%であった。

図表 296 障害手帳などの種類【精神疾患】（複数回答）（n=415）



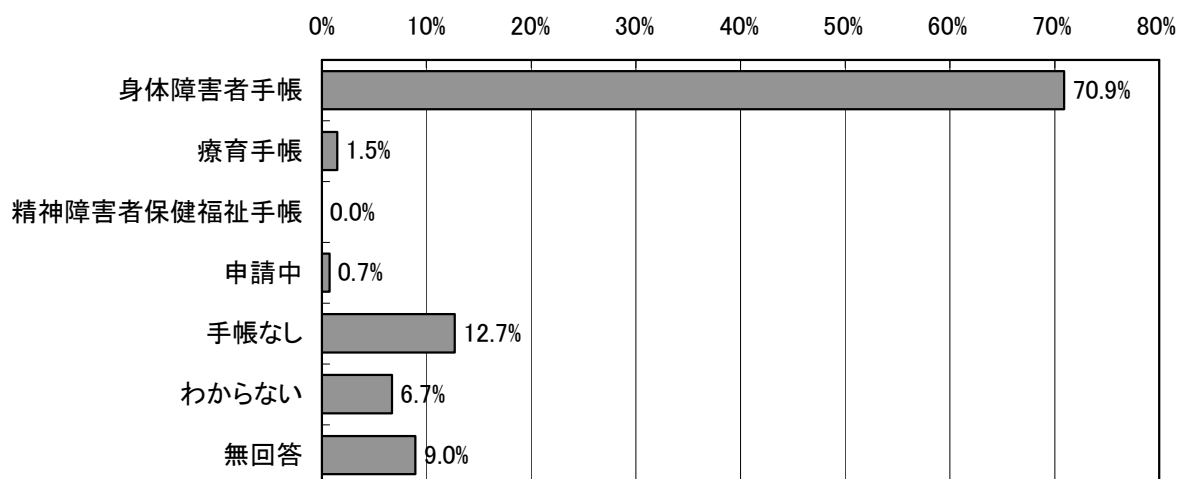
「末期がん」では、「手帳なし」が58.4%で最も高く、「身体障害者手帳」が24.8%であった。

図表 297 障害手帳などの種類【末期がん】（複数回答）（n=125）



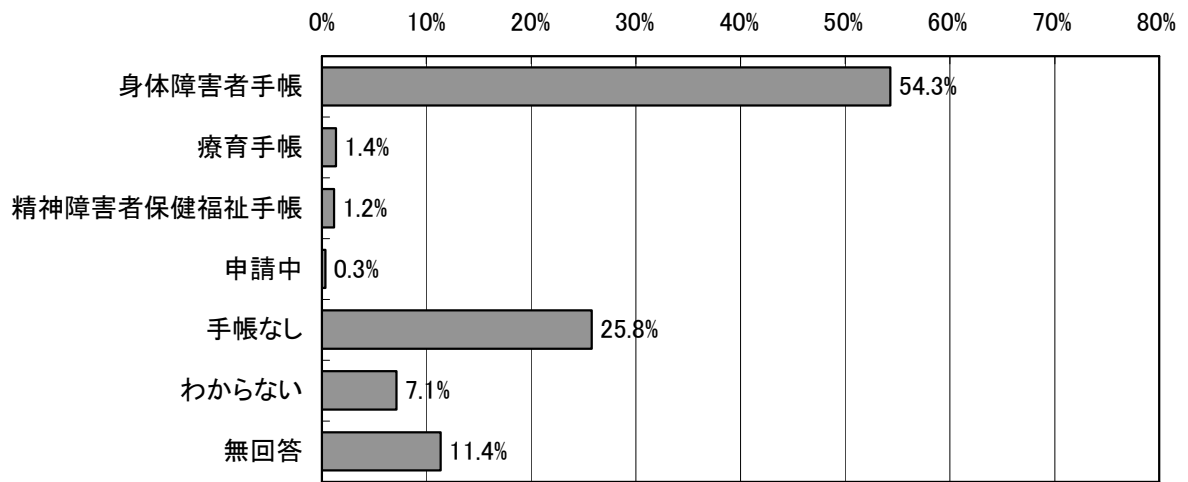
「13日/月以上訪問」では、「身体障害者手帳」が70.9%で最も高く、「手帳なし」が12.7%であった。

図表 298 障害手帳などの種類【13日/月以上訪問】（複数回答）（n=268）



「その他」では、「身体障害者手帳」が54.3%であり、「手帳なし」が25.8%であった。

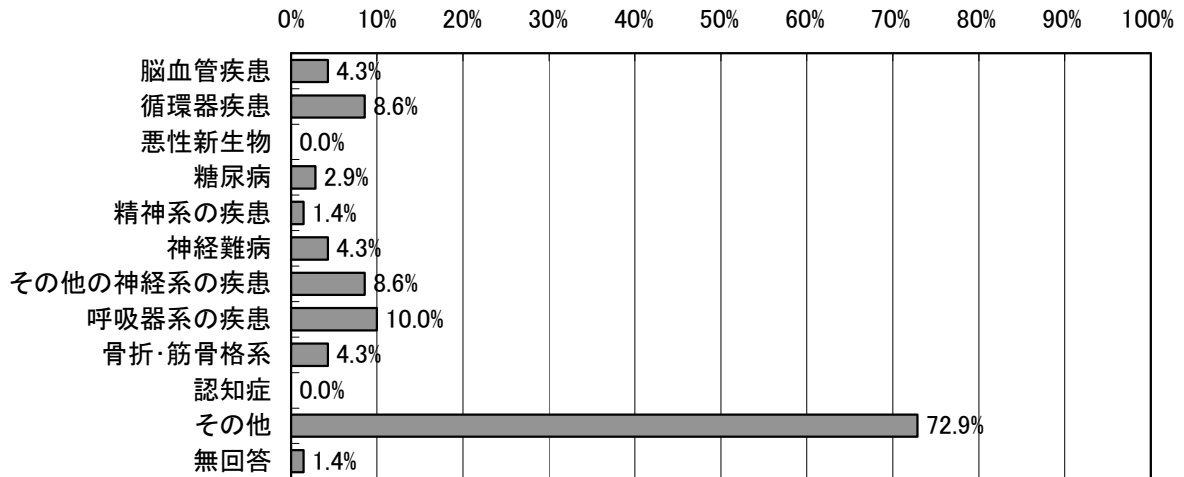
図表 299 障害手帳などの種類【その他】(複数回答) (n=589)



### 11) 病名

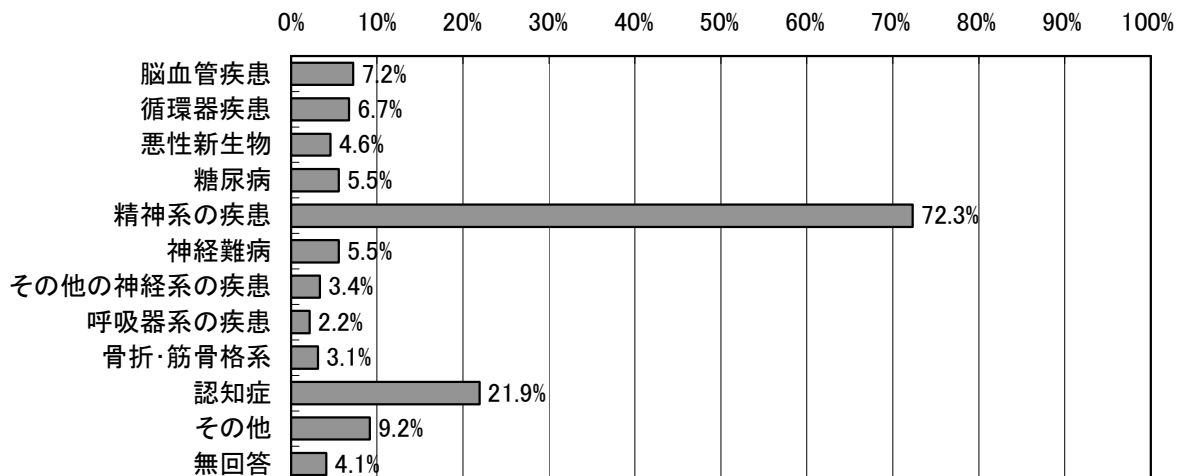
病名は、「15歳未満」では「その他」が72.9%だった。「呼吸器系の疾患」が10.0%、次いで「循環器疾患」、「その他の神経系の疾患」がいずれも8.6%であった。

図表 300 病名【15歳未満】（複数回答） (n=70)



「精神疾患」では、「精神系の疾患」(72.3%)が最も高く、次いで「認知症」(21.9%)であった。

図表 301 病名【精神疾患】（複数回答） (n=415)





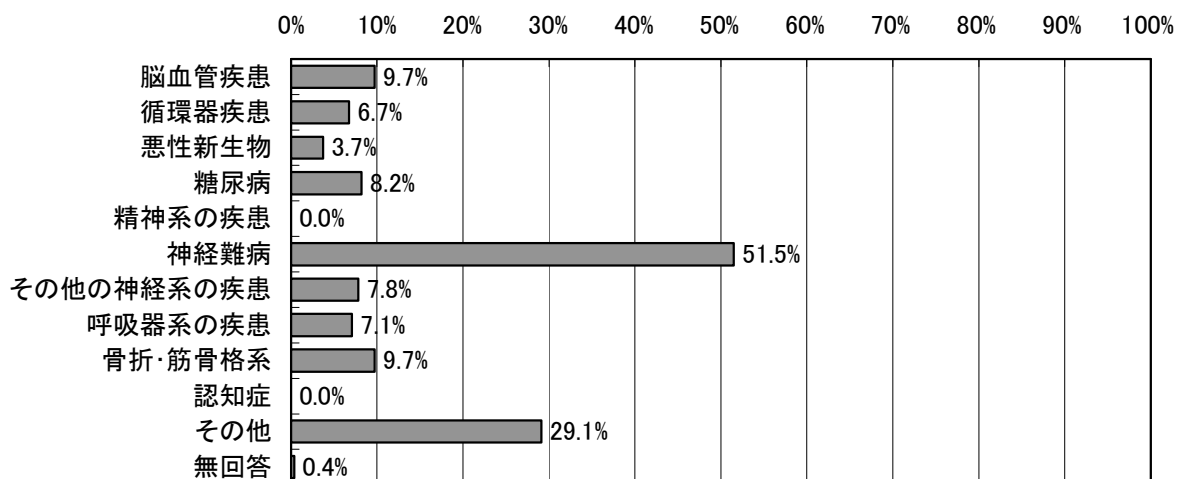
「末期がん」では「悪性新生物」が 100.0%、次いで「脳血管疾患」、「糖尿病」（それぞれ 8.0%）であった。

図表 302 病名【末期がん】（複数回答） (n=125)



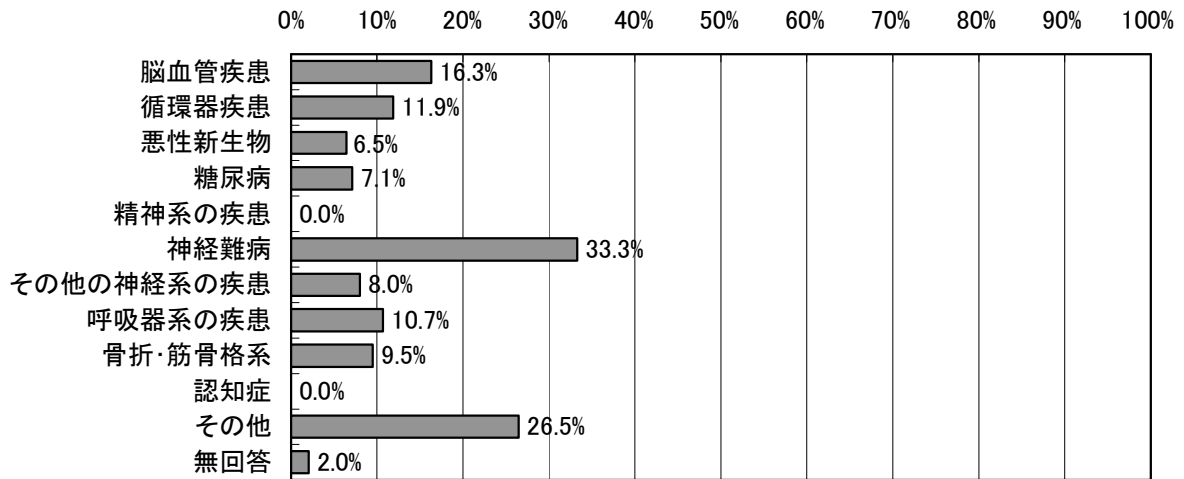
「13 日/月以上訪問」では「神経難病」（51.5%）が最も高く、次いで「脳血管疾患」、「骨折・筋骨格系」（それぞれ 9.7%）であった。

図表 303 病名【13 日/月以上訪問】（複数回答） (n=268)



「その他」では「神経難病」(33.3%)が最も高く、次いで「脳血管疾患」(16.3%)、「循環器疾患」(11.9%)であった。

図表 304 病名【その他】(複数回答) (n=589)



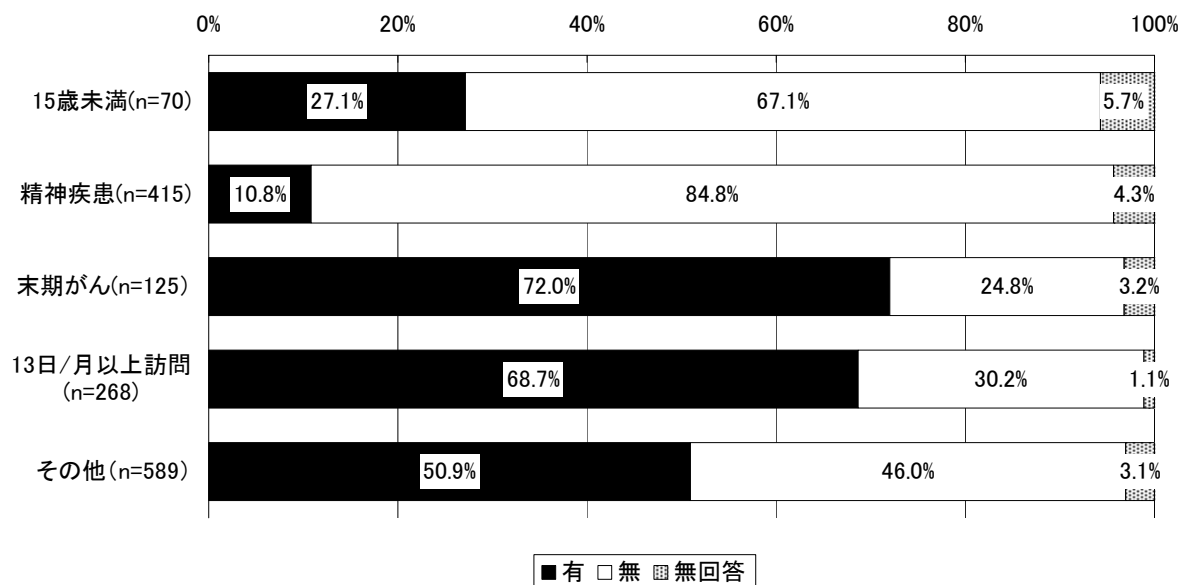
12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）

厚生労働大臣の定める疾病等の有無をみると、「15歳未満」では「無」が67.1%、「精神疾患」では84.8%で「無」のほうが多かった。

「末期がん」では「有」が72.0%、「13日/月以上訪問」では68.7%で、「有」のほうが多かった。

「その他」では、「有」が50.9%と約半分であった。

図表 305 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）



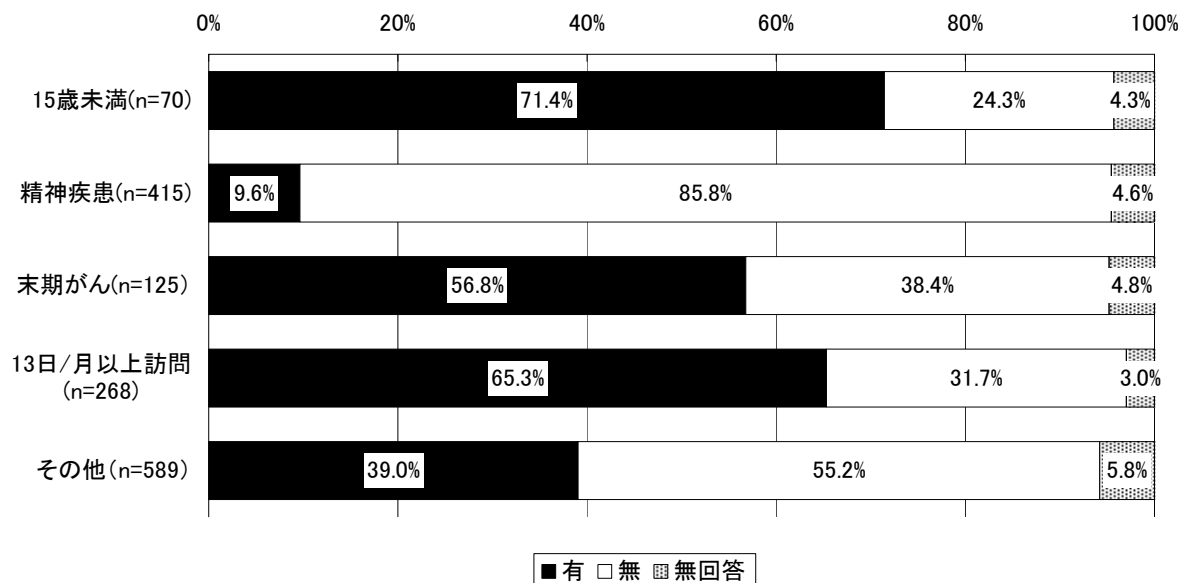
### 13) 別表第八に掲げる特別な管理の有無

別表第八に掲げる特別な管理の有無をみると、「15歳未満」「末期がん」「13日/月以上訪問」では、「有」がそれぞれ71.4%、56.8%、65.3%と高かった。

「精神疾患」では「有」が9.6%、「無」が85.8%とほとんどが「無」であった。

「その他」では「有」が39.0%であった。

図表 306 別表第八に掲げる特別な管理の有無



#### 【特別な管理（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

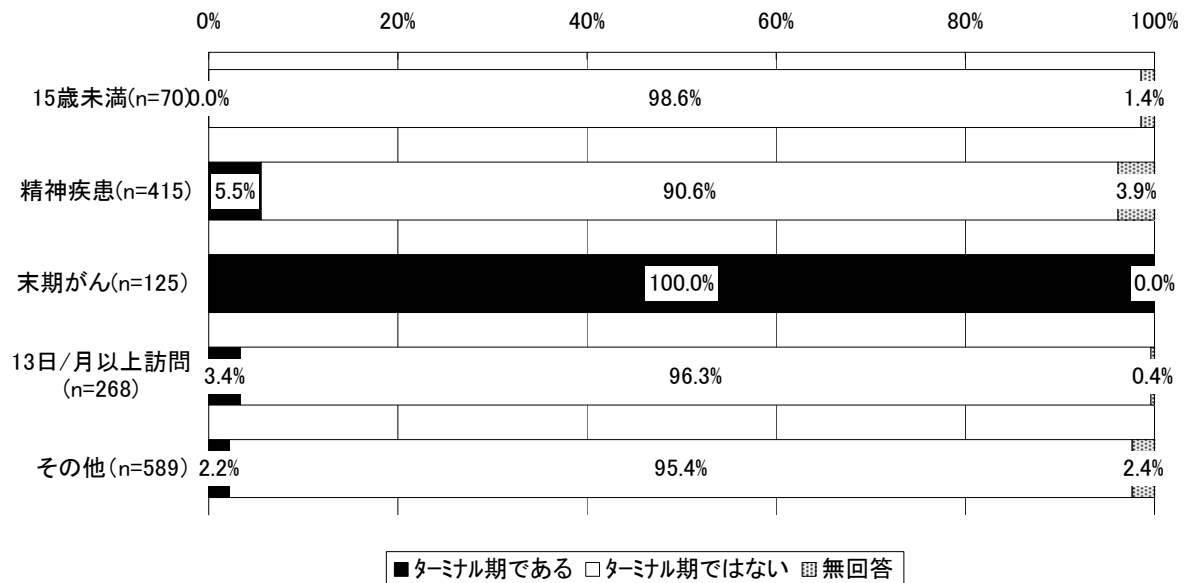
#### 14) ターミナル期かどうか（医師が余命6か月以内と判断）

ターミナル期かどうかについて尋ねたところ、「15歳未満」では「ターミナル期である」が0.0%であった。

「精神疾患」では5.5%、「13日/月以上訪問」では3.4%、「その他」では2.2%であった。

（「末期がん」はその条件がターミナル期であることだったため、100%該当している。）

図表 307 ターミナル期かどうか



※「ターミナル期」とは、医師が余命6か月以内と判断したもの。

15) 褥瘡の状態

a N P U A P分類

NPUPAP分類で褥瘡の状態についてみると、「末期がん」では「グレードⅠ」が6.4%と他と比較して割合が高く、「13日/月以上訪問」の利用者では、「グレードⅡ」が5.6%、「グレードⅢ」が4.1%、グレードⅣが3.7%と他と比較して高かった。

図表 308 褥瘡：NPUPAP分類

	合計	なし	グレードⅠ	グレードⅡ	グレードⅢ	グレードⅣ	判定不能	確認していない	無回答
5歳未満	70 100.0%	60 85.7%	1 1.4%	1 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.4%	7 10.0%
精神疾患	415 100.0%	345 83.1%	7 1.7%	3 0.7%	2 0.5%	2 0.5%	0 0.0%	2 0.5%	54 13.0%
末期のがん	125 100.0%	98 78.4%	8 6.4%	3 2.4%	3 2.4%	1 0.8%	0 0.0%	2 1.6%	10 8.0%
13日/月以上訪問	268 100.0%	196 73.1%	7 2.6%	15 5.6%	11 4.1%	10 3.7%	2 0.7%	1 0.4%	26 9.7%
その他	589 100.0%	465 78.9%	17 2.9%	13 2.2%	12 2.0%	3 0.5%	0 0.0%	6 1.0%	73 12.4%

b DESIGN分類

DESIGN分類で褥瘡の状態についてみると、「末期がん」では「d1」が4.8%と他と比較して割合が高く、「13日/月以上訪問」の利用者では、「d2」が4.5%、「D3」が6.0%、「D4」が3.7%と他と比較して高かった。

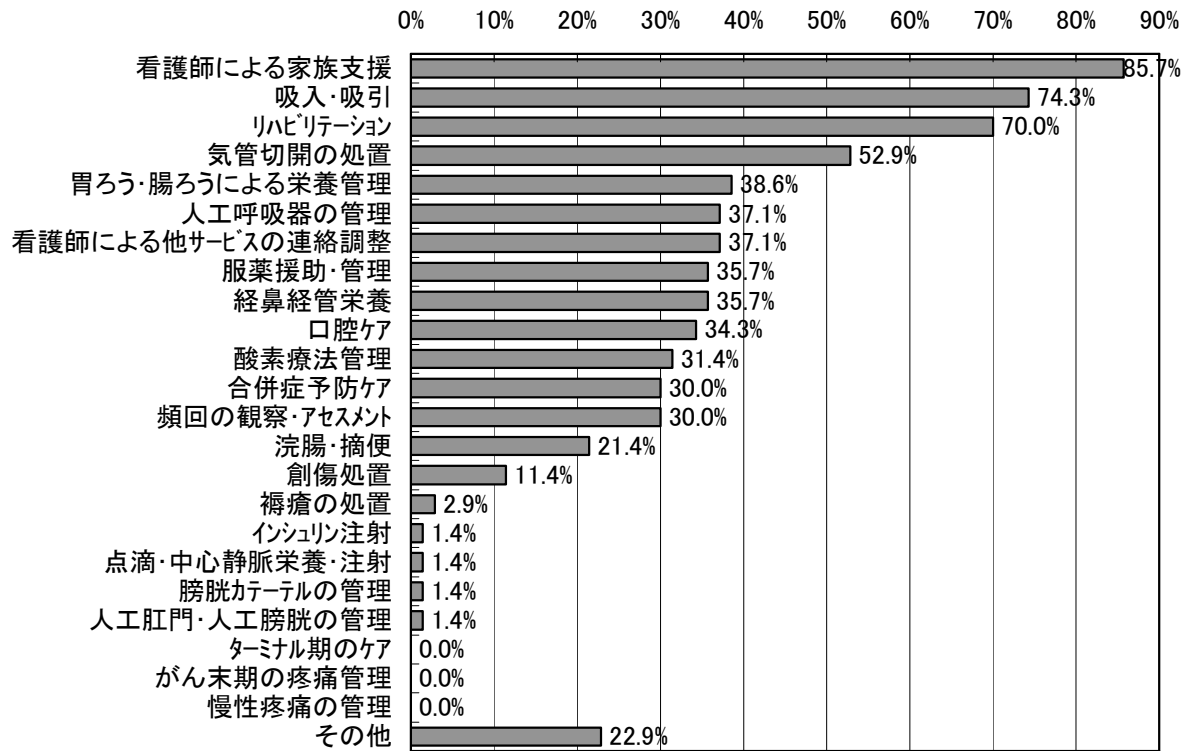
図表 309 褥瘡：DESIGN分類

	合計	d0	d1	d2	D3	D4	D5	U	確認していない	無回答
15歳未満	70 100.0%	18 25.7%	1 1.4%	1 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.4%	49 70.0%
精神疾患	415 100.0%	124 29.9%	7 1.7%	4 1.0%	1 0.2%	4 1.0%	1 0.2%	0 0.0%	8 1.9%	266 64.1%
末期のがん	125 100.0%	50 40.0%	6 4.8%	3 2.4%	2 1.6%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.6%	61 48.8%
13日/月以上訪問	268 100.0%	79 29.5%	10 3.7%	12 4.5%	16 6.0%	10 3.7%	2 0.7%	0 0.0%	1 0.4%	138 51.5%
その他	589 100.0%	173 29.4%	11 1.9%	13 2.2%	12 2.0%	7 1.2%	2 0.3%	0 0.0%	7 1.2%	364 61.8%

### 16) 訪問看護が提供したケア内容

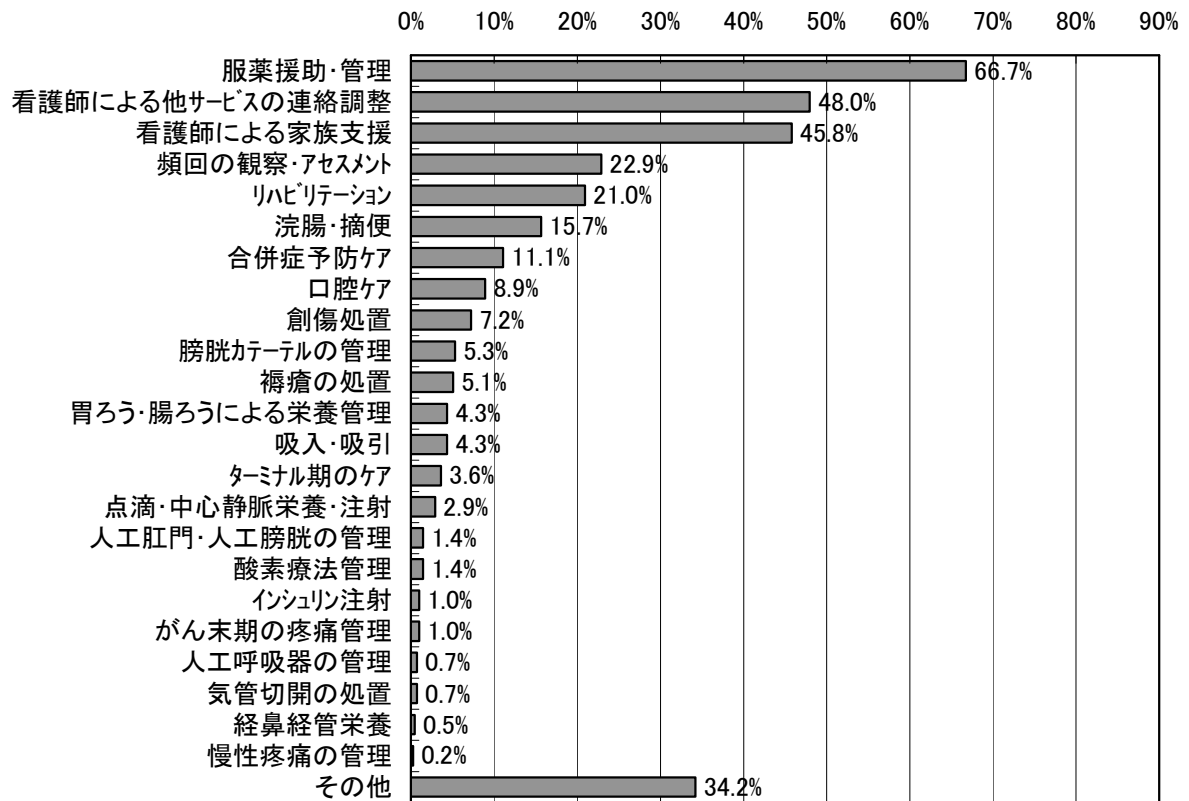
訪問看護が提供したケア内容は、「15歳未満」では、「看護師による家族支援」が85.7%と最も高く、次いで「吸入・吸引」(74.3%)、「リハビリテーション」(70.0%)であった。

図表 310 訪問看護が提供したケア内容【15歳未満】(複数回答) (n=70)



「精神疾患」では、「服薬援助・管理」が66.7%と最も高く、次いで「看護師による他サービスの連絡調整」(48.0%)、「看護師による家族支援」(45.8%)であった。

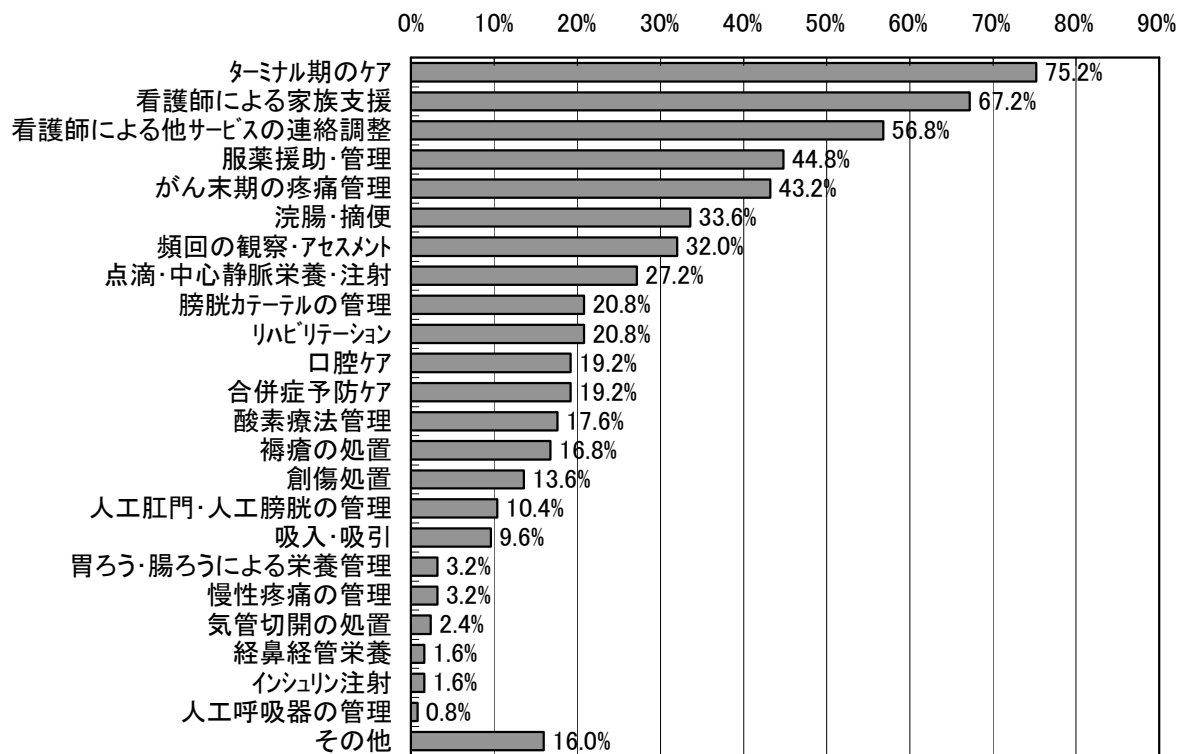
図表 311 訪問看護が提供したケア内容【精神疾患】(複数回答) (n=415)





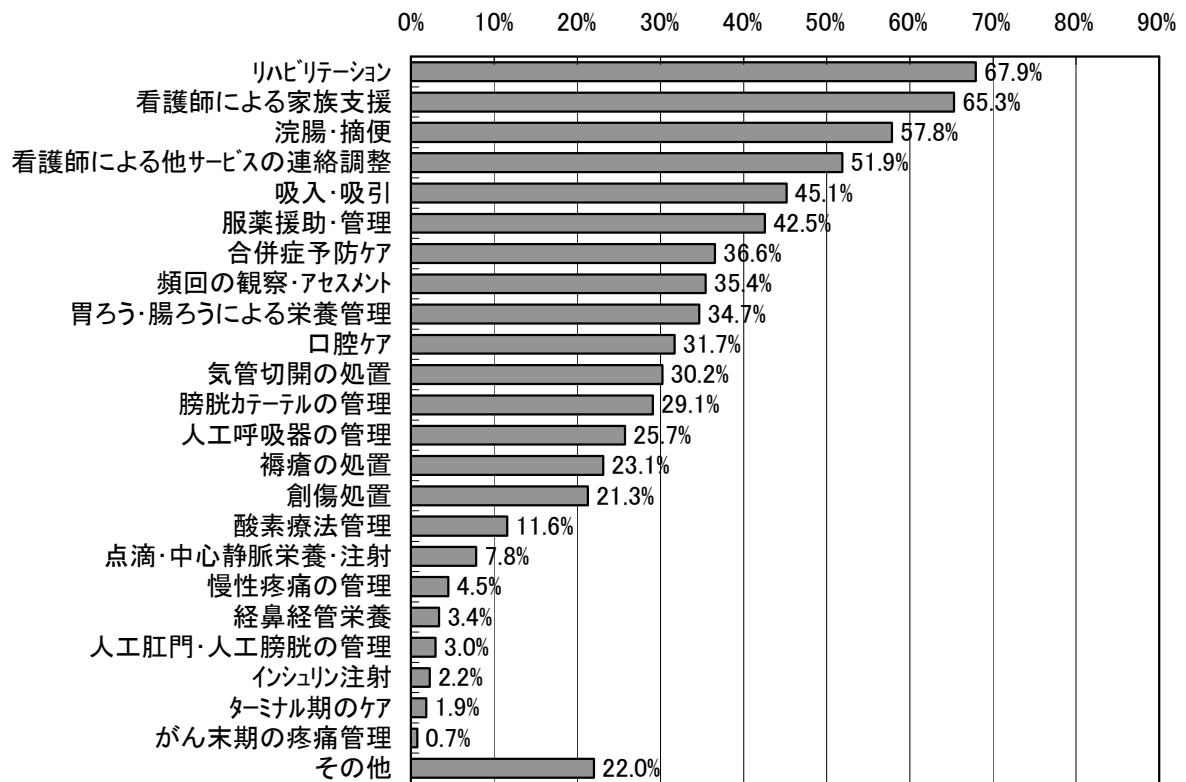
「末期がん」では、「ターミナル期のケア」が75.2%と最も高く、次いで「看護師による家族支援」(67.2%)、「看護師による他サービスの連絡調整」(56.8%)であった。

図表 312 訪問看護が提供したケア内容【末期がん】(複数回答) (n=125)



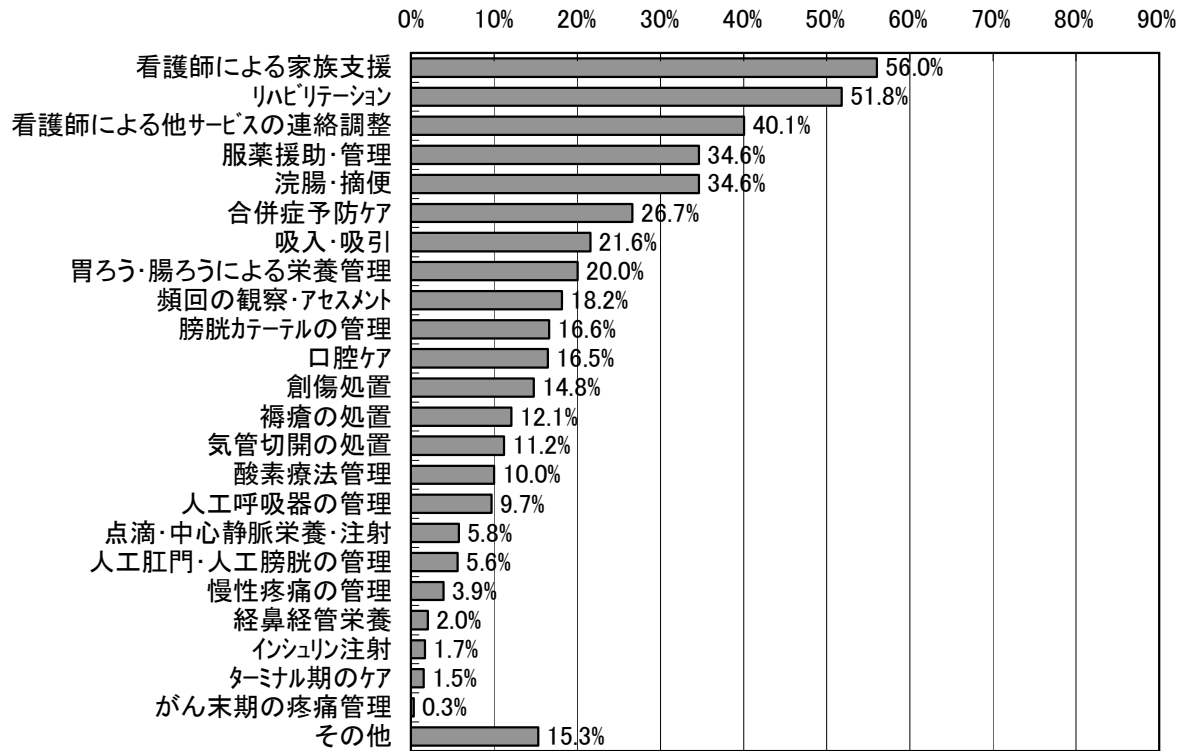
「13 日/月以上訪問」では、「リハビリテーション」が 67.9%で最も高かった。次いで「看護師による家族支援」(65.3%)、「浣腸・摘便」(57.8%)であった。

図表 313 訪問看護が提供したケア内容【13 日/月以上訪問】(複数回答) (n=268)



「その他」では、「看護師による家族支援」が56.0%と最も高く、次いで「リハビリテーション」(51.8%)、「看護師による他サービスの連絡調整」(40.1%)であった。

図表 314 訪問看護が提供したケア内容【その他】(複数回答) (n=589)



図表 315 訪問看護が提供したケア内容（複数回答）

	合計	ターミナル期のケア	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	創傷処置	浣腸・摘便	褥瘡の処置
15歳未満	70 100.0%	0 0.0%	25 35.7%	27 38.6%	25 35.7%	52 74.3%	8 11.4%	15 21.4%	2 2.9%
精神疾患	415 100.0%	15 3.6%	277 66.7%	18 4.3%	2 0.5%	18 4.3%	30 7.2%	65 15.7%	21 5.1%
末期がん	125 100.0%	94 75.2%	56 44.8%	4 3.2%	2 1.6%	12 9.6%	17 13.6%	42 33.6%	21 16.8%
13日/月以上訪問	268 100.0%	5 1.9%	114 42.5%	93 34.7%	9 3.4%	121 45.1%	57 21.3%	155 57.8%	62 23.1%
その他	589 100.0%	9 1.5%	204 34.6%	118 20.0%	12 2.0%	127 21.6%	87 14.8%	204 34.6%	71 12.1%

(続き)

	合計	インシュリン注射	点滴・中心静脈栄養・注射	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
15歳未満	70 100.0%	1 1.4%	1 1.4%	1 1.4%	1 1.4%	26 37.1%	37 52.9%	22 31.4%	0 0.0%
精神疾患	415 100.0%	4 1.0%	12 2.9%	22 5.3%	6 1.4%	3 0.7%	3 0.7%	6 1.4%	4 1.0%
末期がん	125 100.0%	2 1.6%	34 27.2%	26 20.8%	13 10.4%	1 0.8%	3 2.4%	22 17.6%	54 43.2%
13日/月以上訪問	268 100.0%	6 2.2%	21 7.8%	78 29.1%	8 3.0%	69 25.7%	81 30.2%	31 11.6%	2 0.7%
その他	589 100.0%	10 1.7%	34 5.8%	98 16.6%	33 5.6%	57 9.7%	66 11.2%	59 10.0%	2 0.3%

(続き)

	合計	慢性疼痛の管理	リハビリテーション	口腔ケア	合併症予防ケア	頻回の観察・アセスメント	看護師による家族支援	看護師による他サービスの連絡調整	その他
15歳未満	70 100.0%	0 0.0%	49 70.0%	24 34.3%	21 30.0%	21 30.0%	60 85.7%	26 37.1%	16 22.9%
精神疾患	415 100.0%	1 0.2%	87 21.0%	37 8.9%	46 11.1%	95 22.9%	190 45.8%	199 48.0%	142 34.2%
末期がん	125 100.0%	4 3.2%	26 20.8%	24 19.2%	24 19.2%	40 32.0%	84 67.2%	71 56.8%	20 16.0%
13日/月以上訪問	268 100.0%	12 4.5%	182 67.9%	85 31.7%	98 36.6%	95 35.4%	175 65.3%	139 51.9%	59 22.0%
その他	589 100.0%	23 3.9%	305 51.8%	97 16.5%	157 26.7%	107 18.2%	330 56.0%	236 40.1%	90 15.3%

### 17) 訪問看護開始時期

訪問看護を開始した時期は、「15歳未満」は「平成19年1月～平成21年12月」(27.1%)が最も多かった。

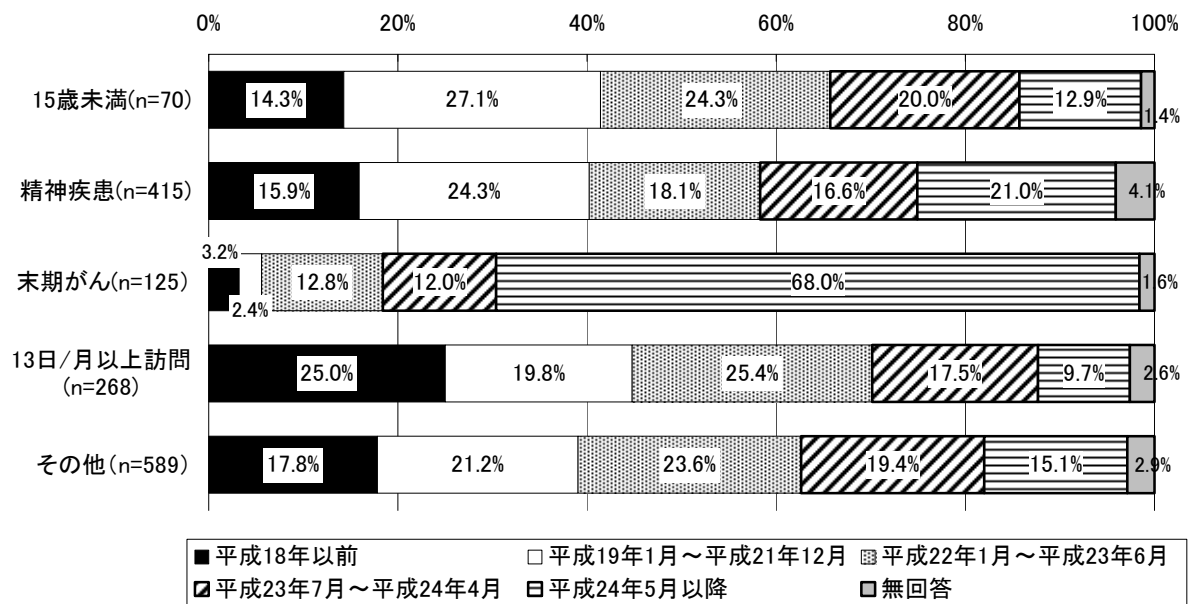
「精神疾患」では「平成19年1月～平成21年12月」(24.3%)が最も多かった。

「末期がん」では、「平成24年5月以降」が68.0%で最も多く、比較的最近が多かった。

「13日/月以上訪問」では、「平成22年1月～平成23年6月」(25.4%)が最も多かった。

「その他」では、「平成22年1月～平成23年6月」(23.6%)が最も多かった。

図表 316 訪問看護開始時期

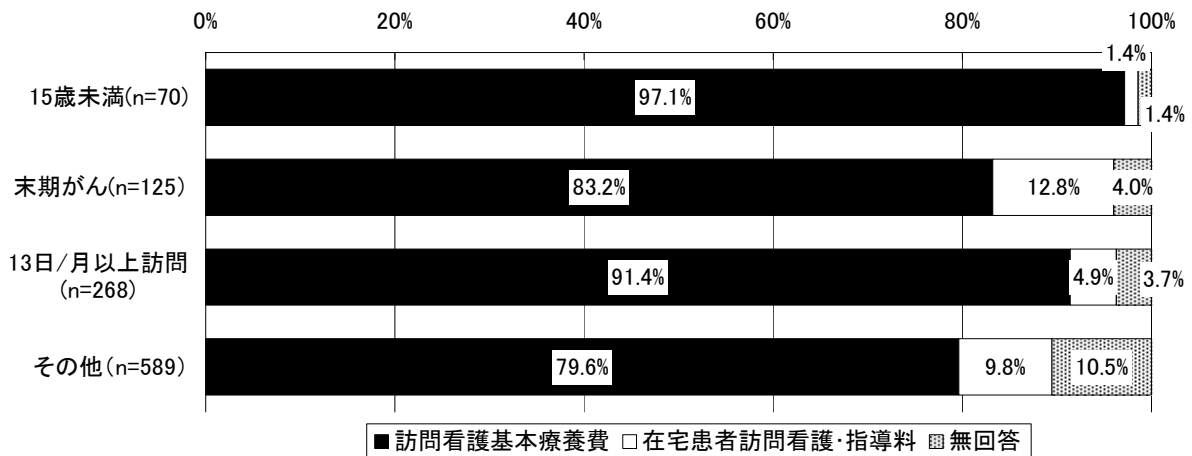


### 18) 訪問看護の種別

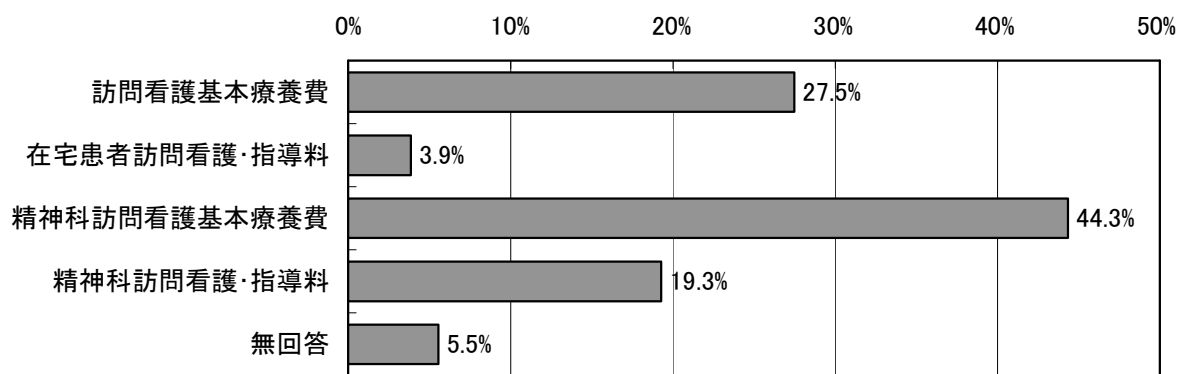
訪問看護の種別は、「15歳未満」は「訪問看護基本療養費」が97.1%、「末期がん」では83.2%、「13日/月以上訪問」では91.4%、「その他」では79.6%であった。

「精神疾患」では、「精神科訪問看護基本療養費」が44.3%で最も高く、次いで「訪問看護基本療養費」(27.5%)、「精神科訪問看護・指導料」(19.3%)であった。

図表 317 訪問看護の種別



図表 318 訪問看護の種別【精神疾患】 (複数回答) (n=415)



## 19) 訪問看護の加算等の状況

訪問看護の加算等の状況についてみると、「15歳未満」では、「特別管理加算・在宅移行管理加算」が68.6%、「24時間対応体制加算・連絡体制加算」が64.3%、「乳幼児加算・幼児加算」が48.6%で、比較的多く算定されていた。

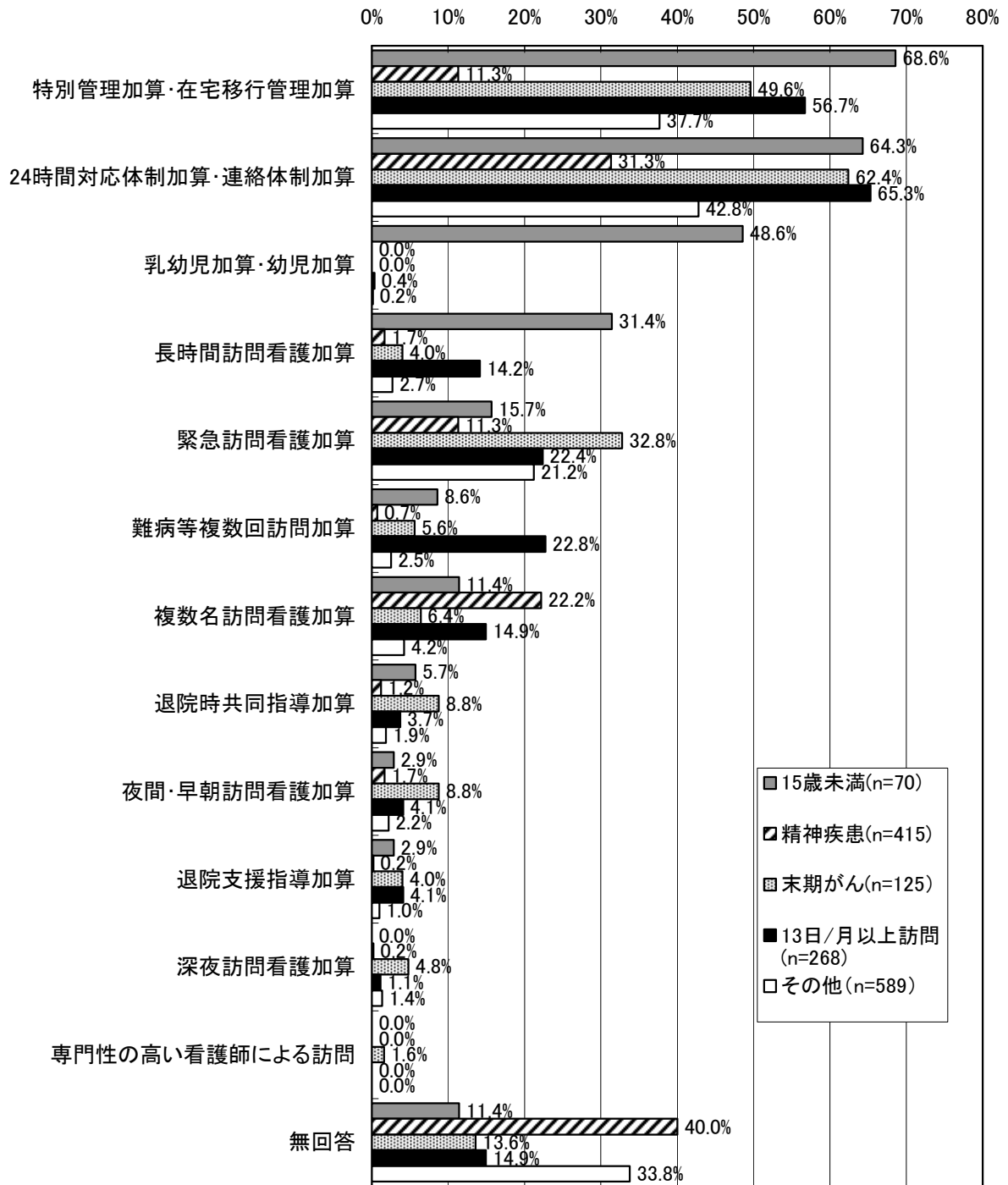
「精神疾患」では、「24時間対応体制加算・連絡体制加算」が31.3%、「複数名訪問看護加算」22.2%であった。

「末期がん」では、「24時間対応体制加算・連絡体制加算」が62.4%、「特別管理加算・在宅移行管理加算」が49.6%、「緊急訪問看護加算」が32.8%であった。

「13日/月以上訪問」では、「24時間対応体制加算・連絡体制加算」が65.3%、「特別管理加算・在宅移行管理加算」が56.7%であった。

「その他」では、「24時間対応体制加算・連絡体制加算」が42.8%、「特別管理加算・在宅移行管理加算」が37.7%、「緊急訪問看護加算」が21.2%であった。

図表 319 訪問看護の加算等の状況（複数回答）

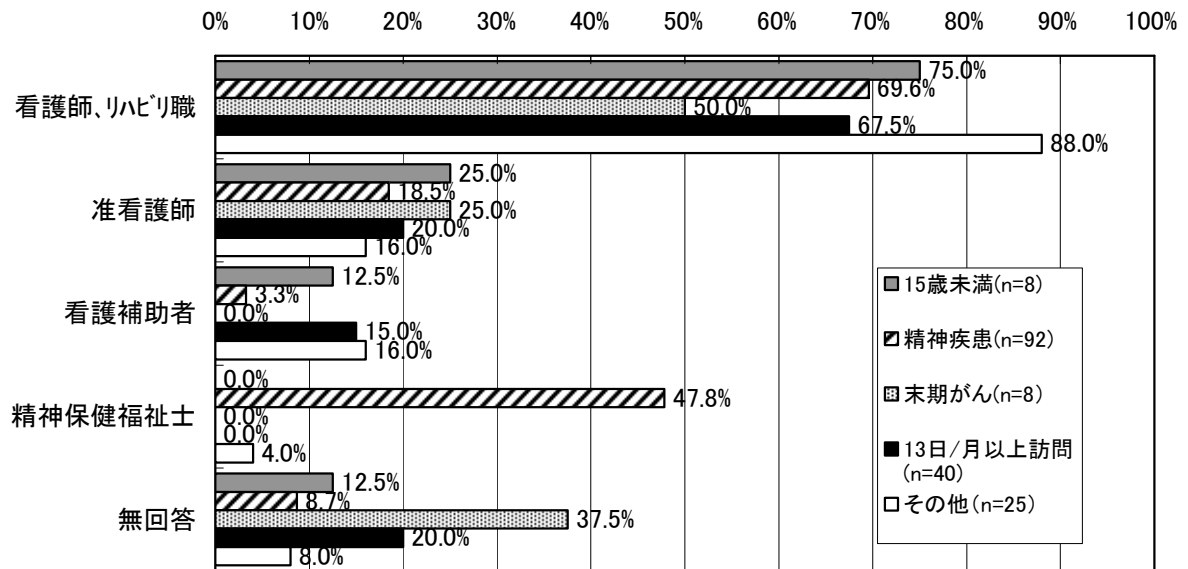


※専門性の高い看護師による訪問は、末期がんの利用者に対し、緩和ケアが2件行われていた。



複数名訪問看護加算が算定されている場合、訪問者についてみると、いずれも「看護師、リハビリ職」が最も割合が高く、次いで、「15歳未満」、「末期がん」、「13日/月以上訪問」、「その他」では「准看護師」が高かった。「精神疾患」では、次いで「精神保健福祉士」の割合が高かった。

図表 320 (複数名訪問看護加算が算定されている場合) 訪問者



## 20) 回答事業所からの訪問日数

平成 24 年 11 月 1 か月間の回答事業所からの訪問日数をみると、平均日数は「15 歳未満」では 8.2 日、「精神疾患」では 6.3 日、「末期がん」では 9.3 日、「13 日/月以上訪問」では 17.1 日、「その他」で 6.7 日であった。

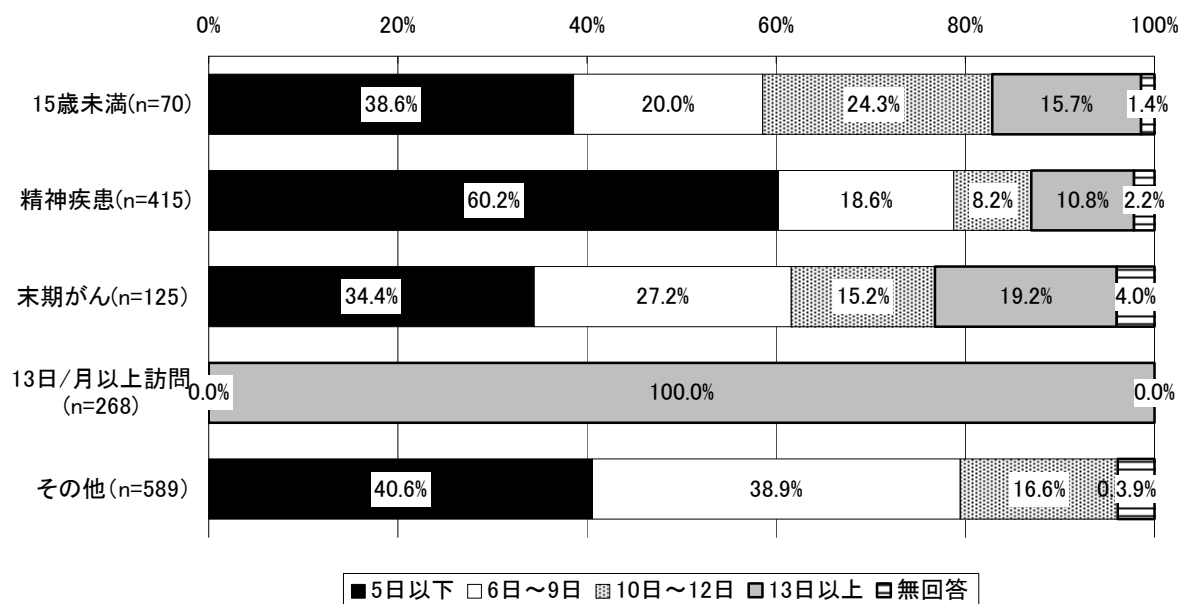
訪問日数の分布を見ると、「15 歳未満」、「精神疾患」、「末期がん」、「その他」では「5 日以下」の割合が最も高かった。

図表 321 当該事業所からの訪問日数（平成 24 年 11 月 1 か月間）

単位：日

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
15 歳未満	69	8.2	5.4	7.0
精神疾患	406	6.3	4.8	4.0
末期がん	120	9.3	6.5	8.0
13 日/月以上訪問	268	17.1	4.8	16.0
その他	566	6.7	3.0	7.0

図表 322 回答事業所からの訪問日数の分布（平成 24 年 11 月 1 か月間）



## 21) 回答事業所からの緊急訪問

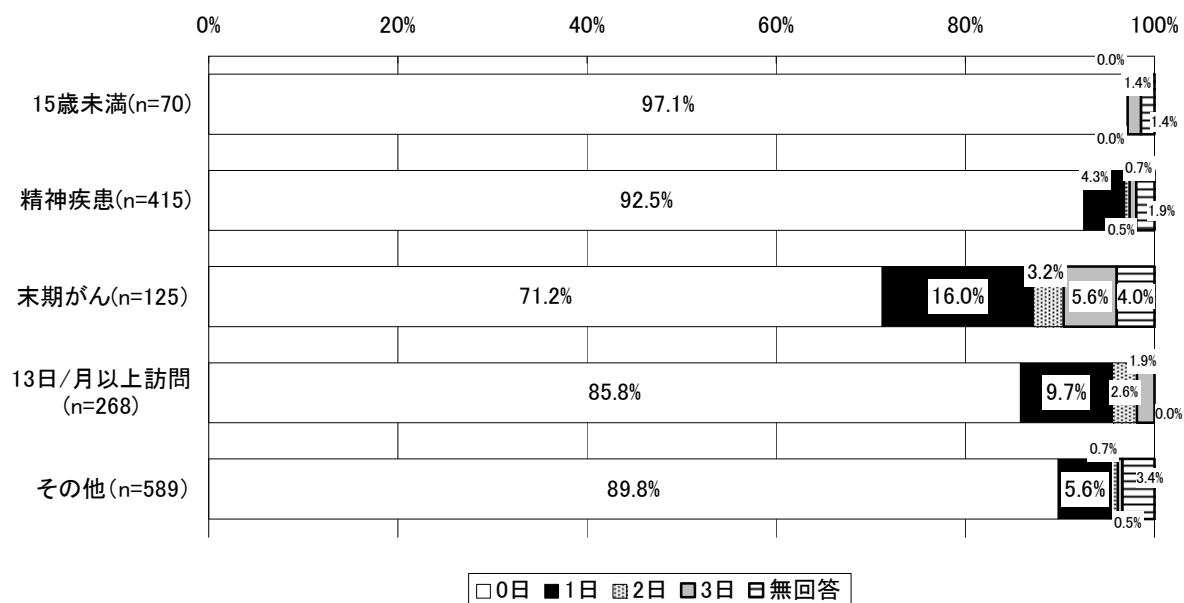
平成 24 年 11 月の 1 か月間に、回答事業所から緊急訪問を行った日数は、「15 歳未満」、「精神疾患」、「その他」でそれぞれ 0.1 日、「13 日/月以上の訪問」で 0.3 日、「末期がん」で 0.6 日と、「末期がん」でやや多かった。

図表 323 緊急訪問を行った日数（平成 24 年 11 月 1 か月間）（0 日を含む）

単位：日

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
15 歳未満	69	0.1	1.1	0.0
精神疾患	407	0.1	0.6	0.0
末期がん	120	0.6	1.9	0.0
13 日/月以上訪問	268	0.3	1.0	0.0
その他	569	0.1	0.4	0.0

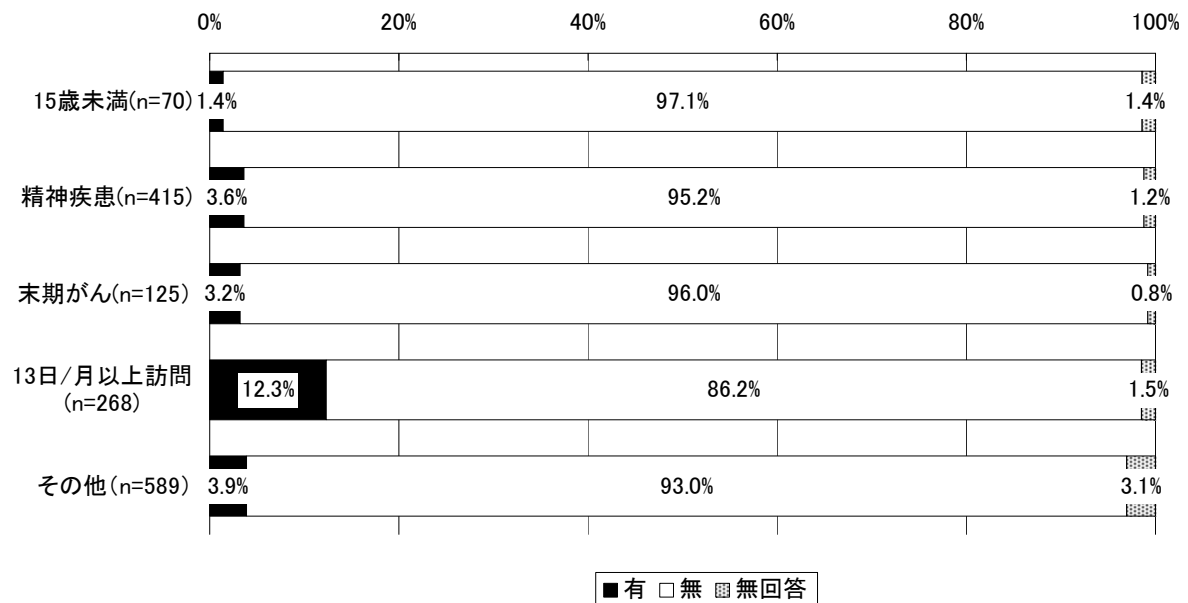
図表 324 緊急訪問を行った日数の分布（平成 24 年 11 月 1 か月間）



## 22) 特別訪問看護指示書の交付

平成 24 年 11 月における特別訪問看護指示書を交付の有無をみると、「15 歳未満」で「有」が 1.4%、「精神疾患」で 3.6%、「末期がん」で 3.2%、「13 日/月以上訪問」で 12.3%、「その他」で 3.9%であった。

図表 325 特別訪問看護指示書の交付の有無（平成 24 年 11 月）

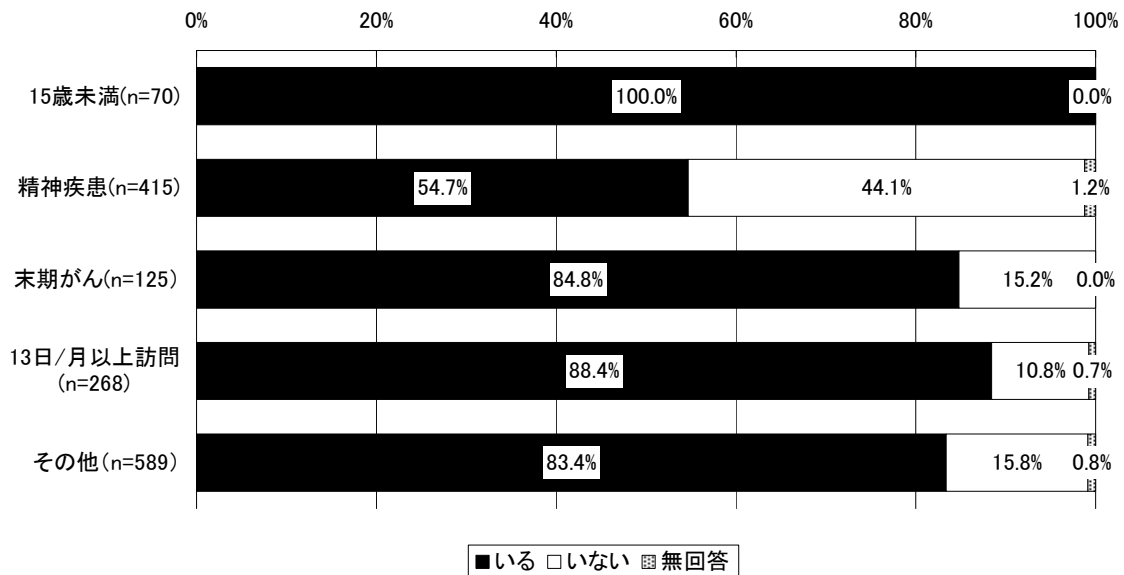


② 利用者の状況（利用者記入分）

1) 同居家族

利用者の同居家族の有無をみると、「15歳未満」で「いる」が100.0%であった。「精神疾患」では54.7%と他と比較して低く、「末期がん」で84.8%、「13日/月以上訪問」で88.4%、「その他」で83.4%であった。

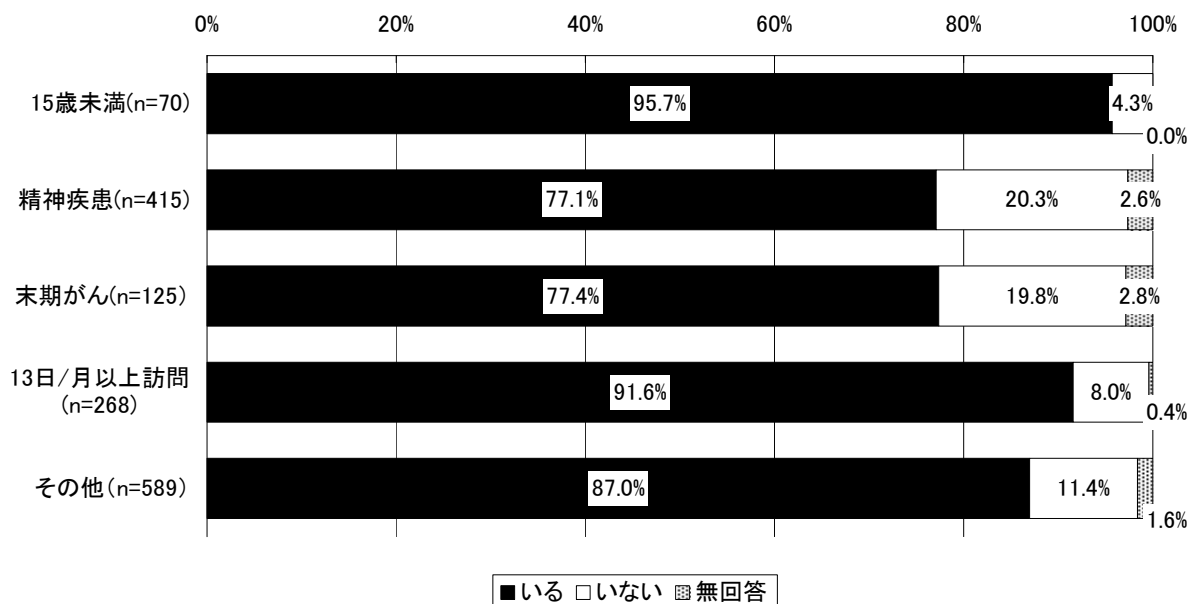
図表 326 同居家族



a（同居家族がいる場合）日中の同居家族

同居家族がいる場合、日中の同居家族の有無をみると、「15歳未満」では「いる」が95.7%、「精神疾患」では77.1%、「末期がん」では77.4%、「13日/月以上訪問」で91.6%、「その他」で87.0%であった。

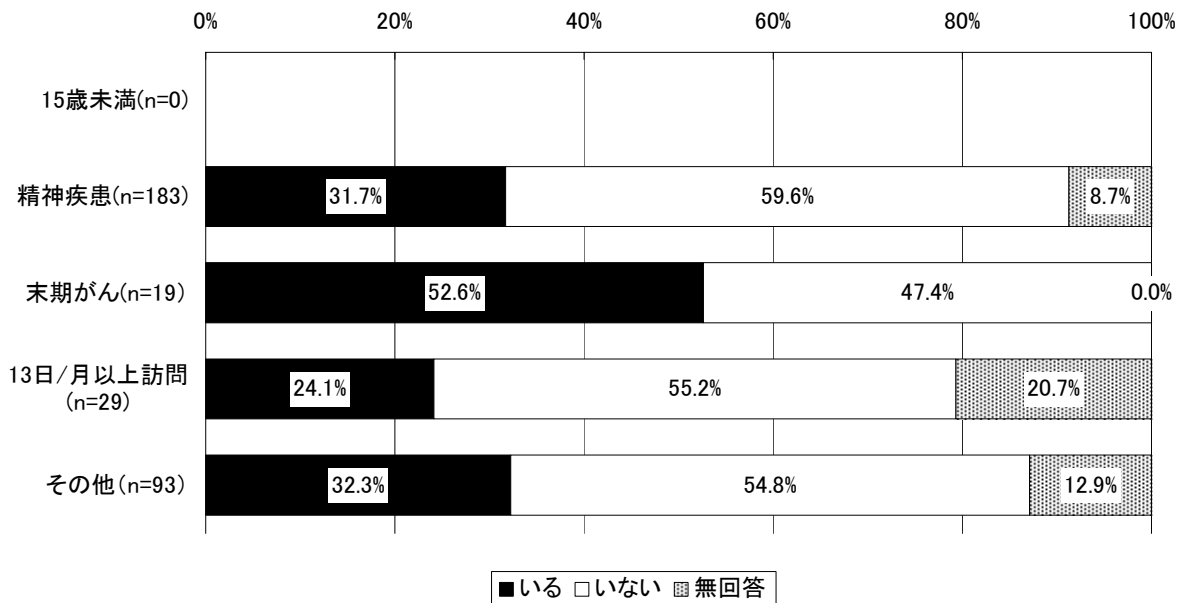
図表 327 （同居家族がいる場合）日中の同居家族の有無



b (日中の同居家族がない場合) 別居で介護をしてくれる家族、親戚等

日中の同居家族がない場合、別居で介護をしてくれる家族、親戚等の有無を尋ねたところ、「精神疾患」では「いる」が31.7%、「末期がん」で52.6%、「13日/月以上訪問」で24.1%、「その他」で32.3%であった。

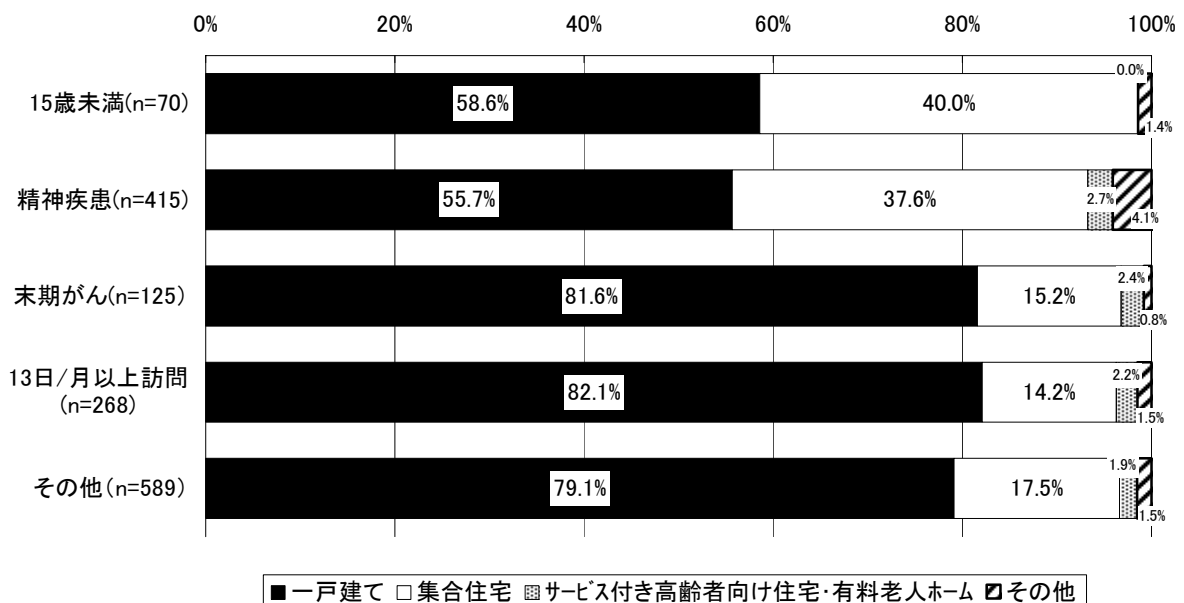
図表 328 (日中の同居家族がない場合) 別居で介護をしてくれる家族、親戚等の有無



2) 住まいの状況

利用者の住まいの状況を見ると、「15歳未満」では「一戸建て」が58.6%、「精神疾患」では55.7%、「末期がん」では81.6%、「13日/月以上訪問」では82.1%、「その他」では79.1%であった。

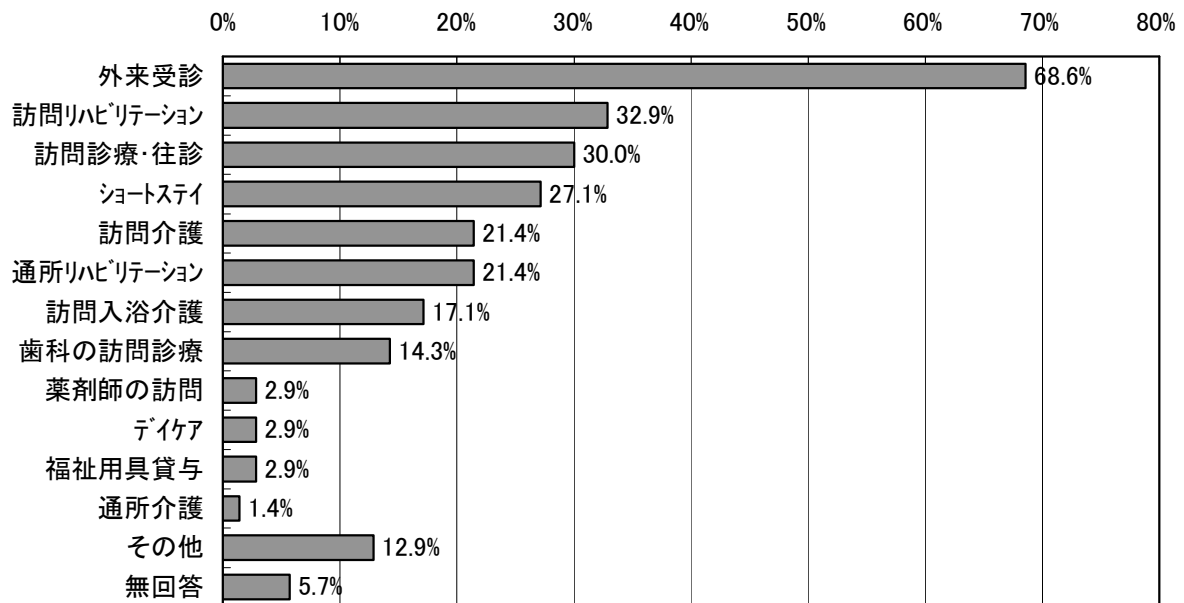
図表 329 住まいの状況



### 3) 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス

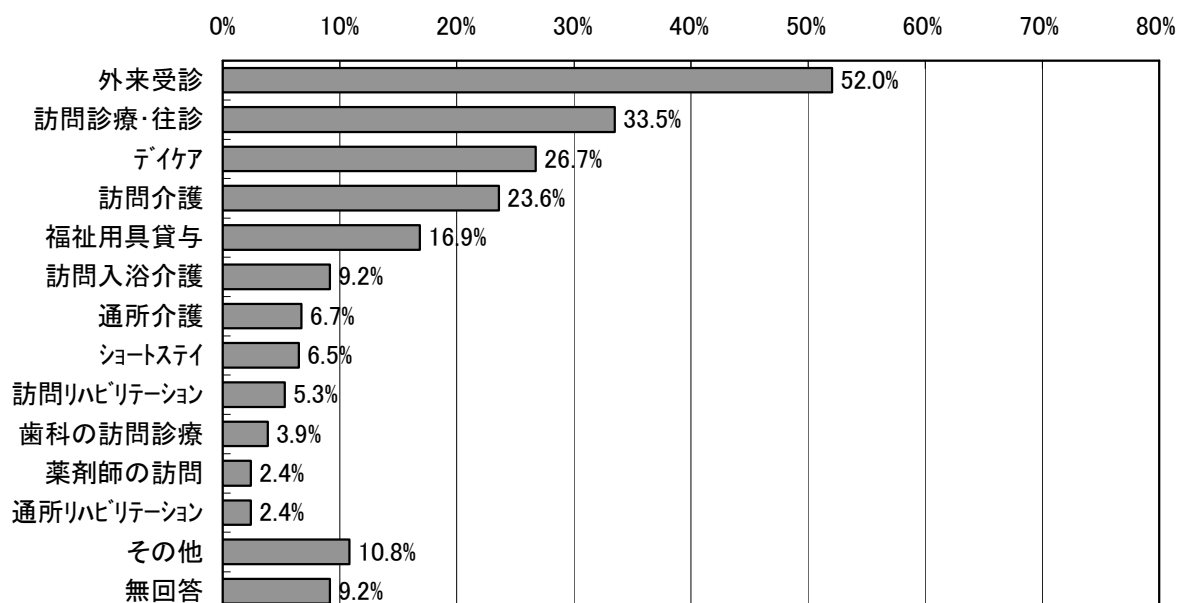
利用者が訪問看護以外に利用している医療・介護サービスをみると、「15歳未満」では「外来受診」が68.6%で最も多く、次いで「訪問リハビリテーション」(32.9%)、「訪問診療・往診」(30.0%)であった。

図表 330 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス【15歳未満】(複数回答) (n=70)



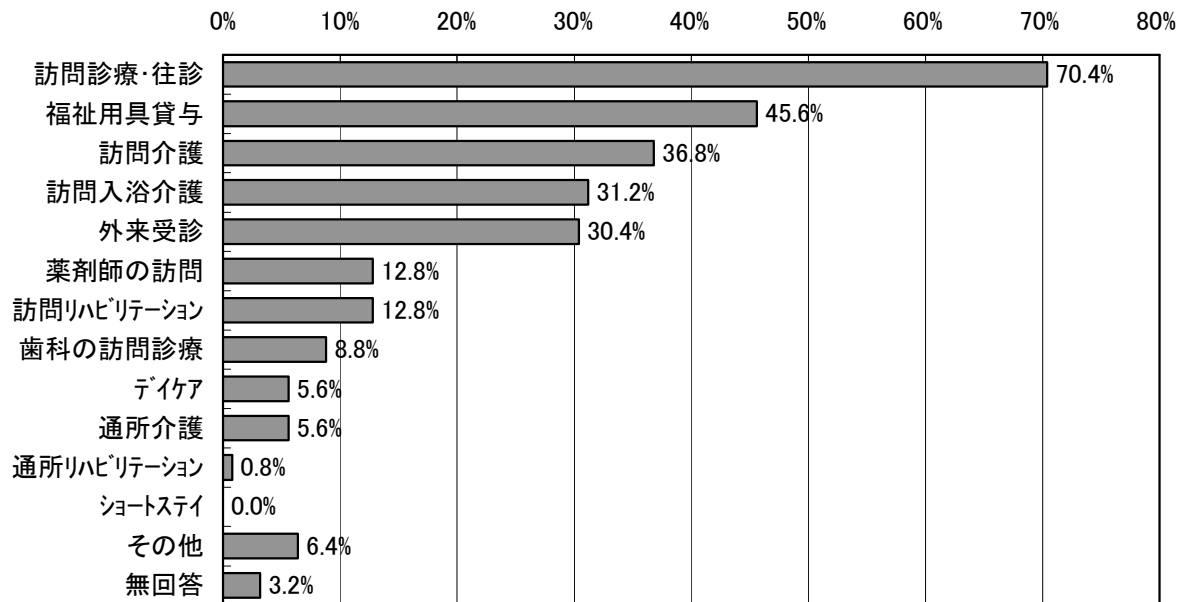
「精神疾患」でも「外来受診」が52.0%で最も多く、次いで「訪問診療・往診」(33.5%)、「デイケア」(26.7%)であった。

図表 331 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス【精神疾患】(複数回答) (n=415)



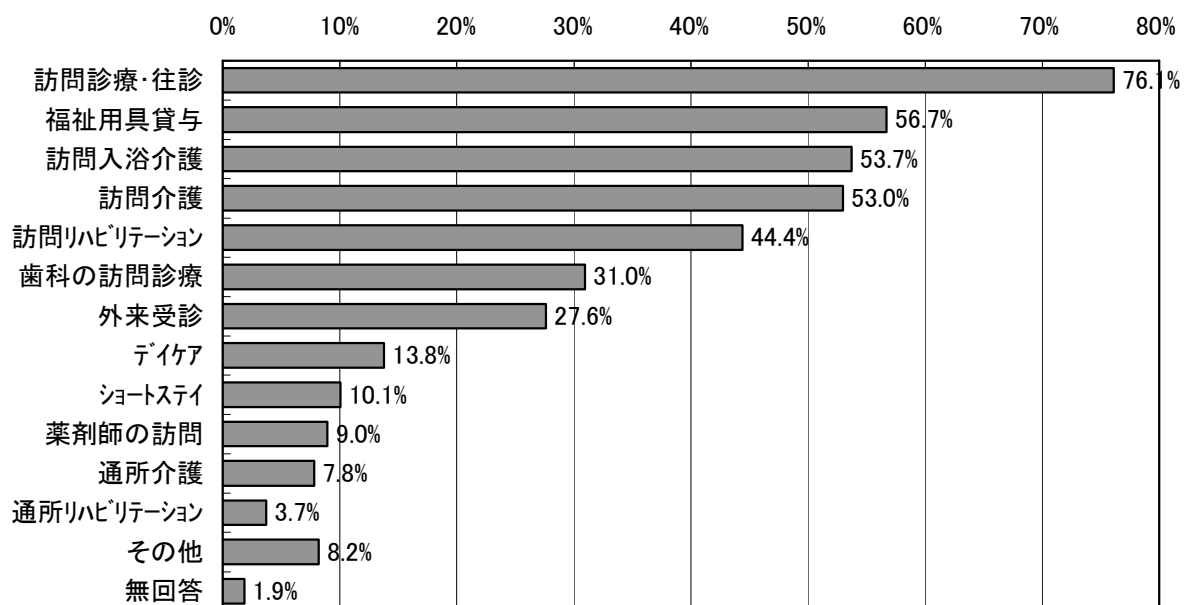
「末期がん」では、「訪問診療・往診」が70.4%で最も多く、次いで「福祉用具貸与」(45.6%)、「訪問介護」(36.8%)であった。

図表 332 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス【末期がん】(複数回答) (n=125)



「13日/月以上訪問」では、「訪問診療・往診」が76.1%で最も多く、次いで「福祉用具貸与」(56.7%)、「訪問入浴介護」(53.7%)であった。

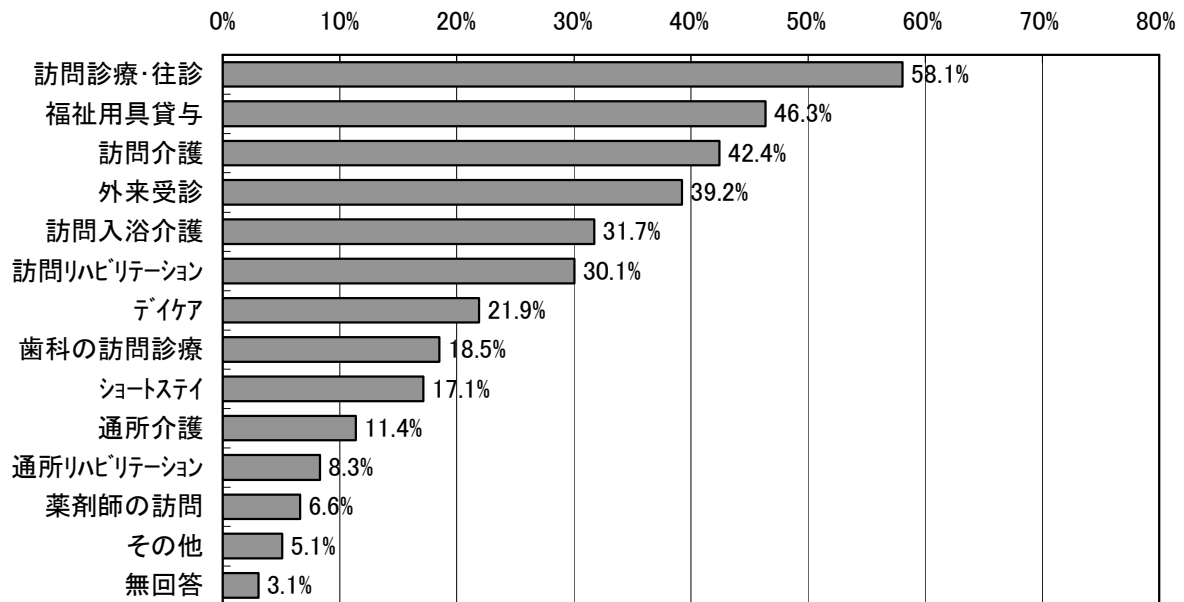
図表 333 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス【13日/月以上訪問】(複数回答) (n=268)





「その他」では「訪問診療・往診」が58.1%で最も多く、次いで「福祉用具貸与」(46.3%)、「訪問介護」(42.4%)であった。

図表 334 訪問看護以外に利用している医療・介護サービス【その他】(複数回答) (n=589)

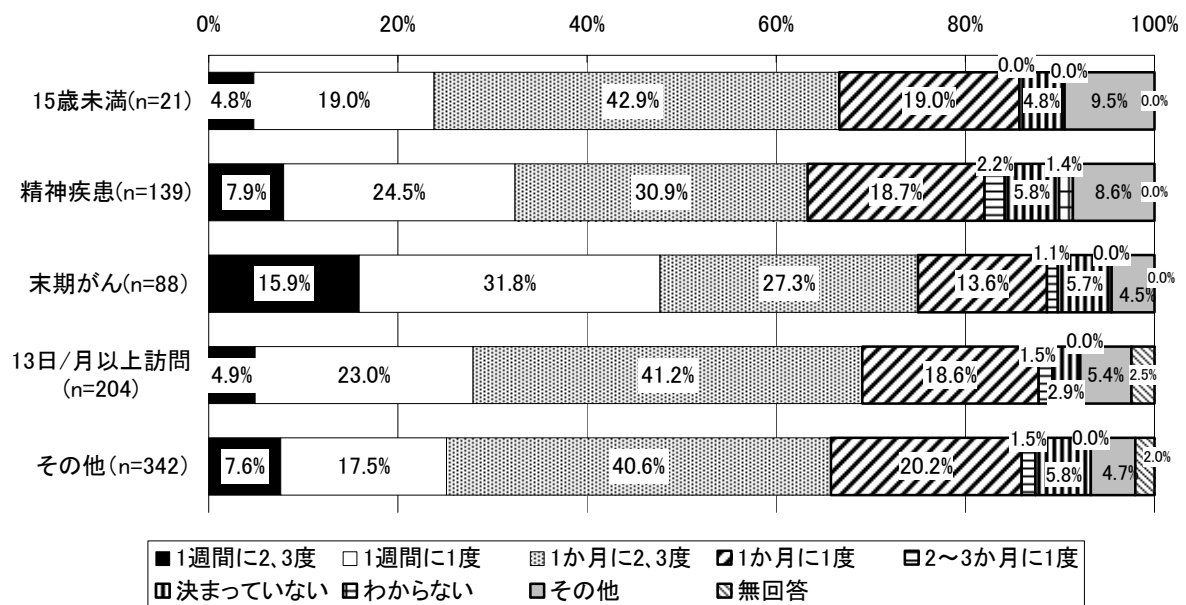


a (訪問診療・往診を利用している場合) 医師の訪問頻度

訪問診療・往診を利用している場合、医師の訪問頻度は、「15歳未満」、「精神疾患」、「13日/月以上訪問」、「その他」において「1か月に2、3度」が最も多く、それぞれ42.9%、30.9%、41.2%、40.6%であった。

「末期がん」では「1週間に1度」が31.8%で最も多く、「1週間に2、3度」も15.9%と比較的訪問頻度が高かった。

図表 335 (訪問診療・往診を利用している場合) 医師の訪問頻度



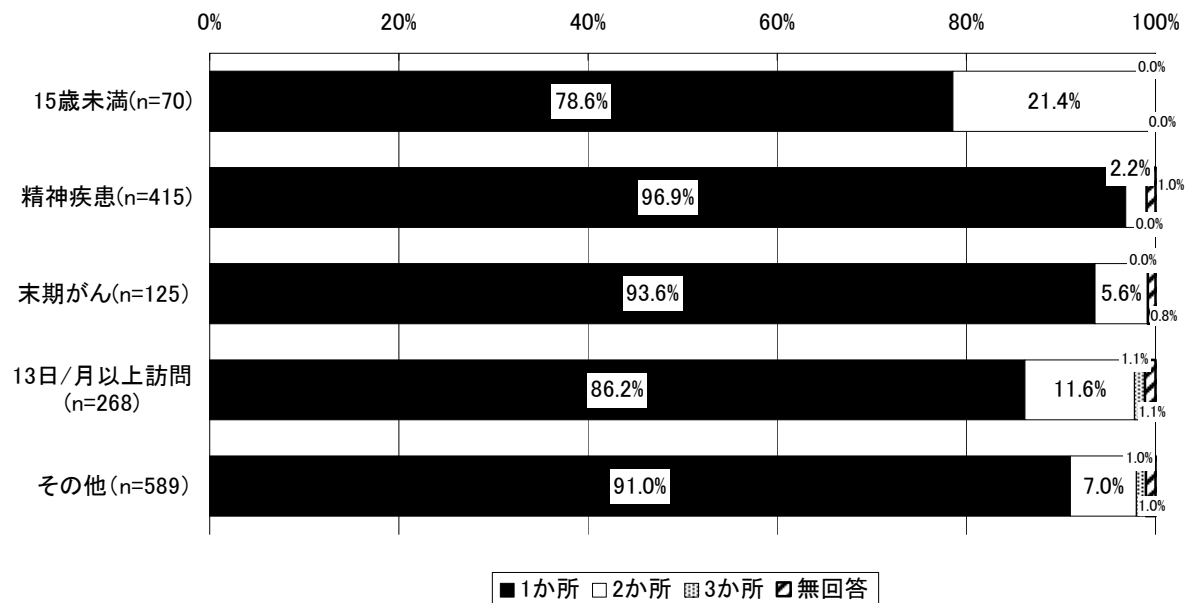
### ③ 訪問看護の利用状況

#### 1) 利用している訪問看護事業所数

利用している訪問看護事業所数は、いずれも「1か所」が多かった。

「15歳未満」では、「2か所」が21.4%であり、他と比較すると高かった。

図表 336 利用している訪問看護事業所数

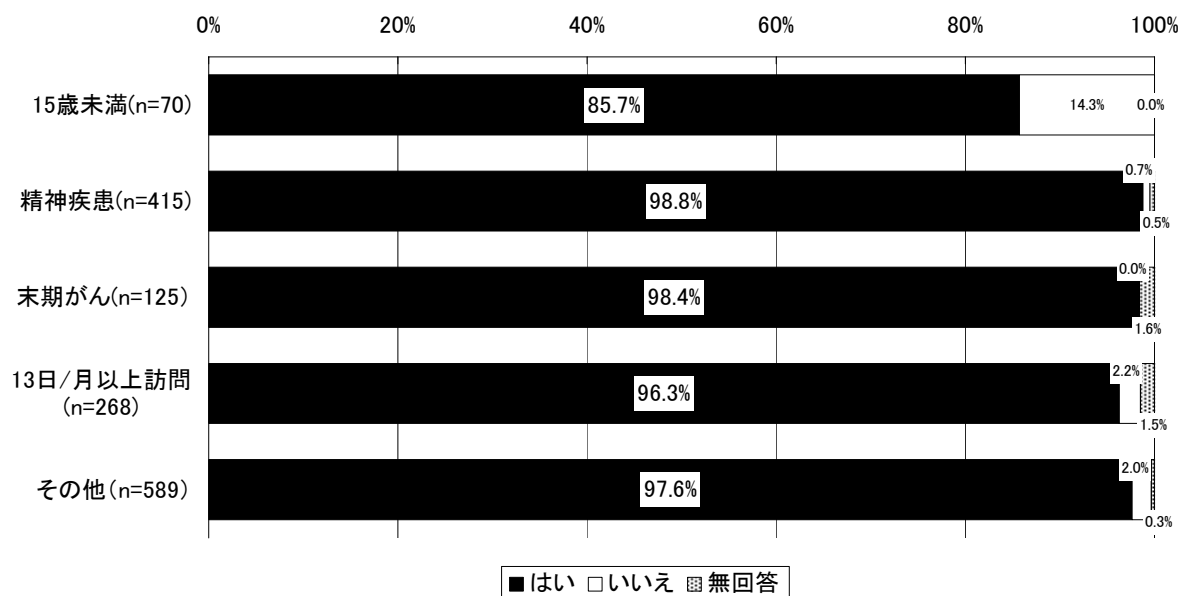


## 2) 訪問看護を依頼時の状況

訪問看護を依頼したとき、すぐに事業所が見つかったかを尋ねたところ、いずれも、「はい（すぐに事業所が見つかった）」と回答した割合が高かった。

ただし、「15歳未満」で「いいえ」の割合が14.3%であり、他と比較して高かった。

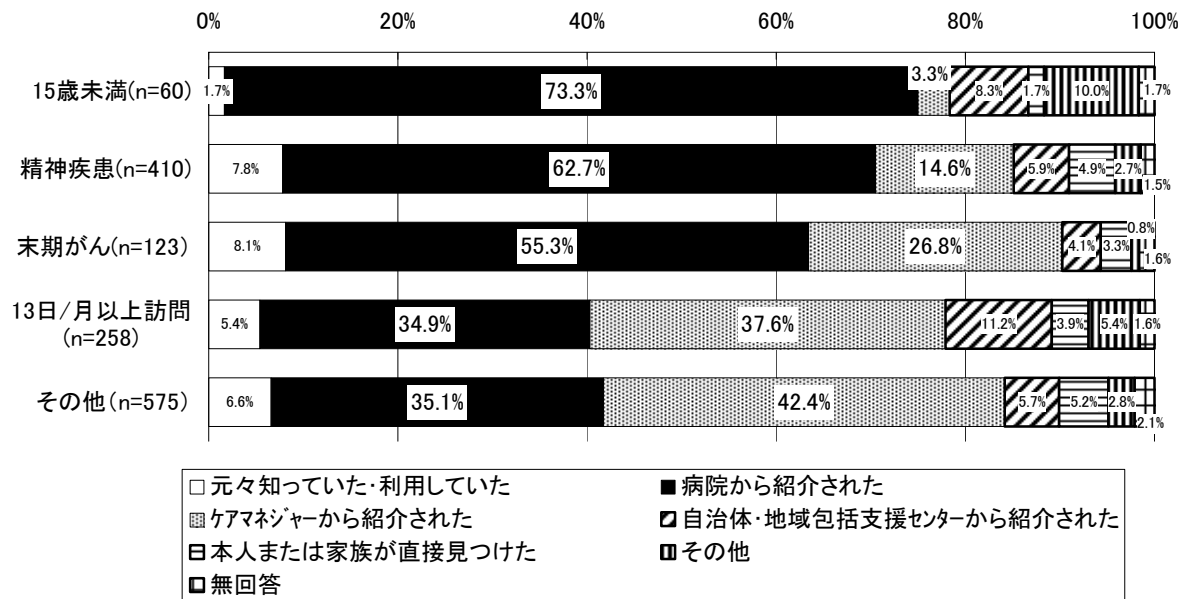
図表 337 訪問看護を依頼したとき、すぐに事業所は見つかりましたか



「はい(すぐに見つかった)」と回答した場合、どのように見つけたのかについて、「15歳未満」、「精神疾患」、「末期がん」では「病院から紹介された」が最も高かった(それぞれ73.3%、62.7%、55.3%)。

「13日/月以上訪問」、「その他」では「ケアマネジャーから紹介された」が最も高く、それぞれ37.6%、42.4%であった。

図表 338 (はいの場合) どのように見つけましたか



※「その他」の内容として、「かかりつけ医の紹介」「訪問リハビリからの紹介」「デイケアからの紹介」「薬局からの紹介」「同じ病気の患者家族の方からの紹介」「親戚から」「友人・知人から」等が挙げられた。

「いいえ（すぐに見つからなかった）」と回答した場合、見つからなかった理由について尋ねたところ、「15歳未満」では「空きはあったが病状より受入困難といわれた」が10件中3件であった。次いで「周りに事業者はあったが空きがなかった」が2件であった。

「精神疾患」では「周りに事業者はあったが空きがなかった」、「空きはあったが病状より受入困難といわれた」がそれぞれ1件であった。

「13日/月以上の訪問」では「周りに事業者はあったが空きがなかった」が6件中5件であった。「どこに依頼すればよいかわからなかった」が1件であった。

「その他」では「周りに事業者はあったが空きがなかった」が12件中5件であり、「空きはあったが病状より受入困難といわれた」、「どこに依頼すればよいかわからなかった」がそれぞれ2件であった。

図表 339 (いいえの場合) 見つからなかった理由はなぜですか

	合計	周りに事業者がなかった	周りに事業者はあったが空きがなかった	空きはあったが病状より受入困難といわれた	どこに依頼すればよいかわからなかった	わからない、わすれた	その他	無回答
15歳未満	10 100.0%	1 10.0%	2 20.0%	3 30.0%	1 10.0%	0 0.0%	3 30.0%	0 0.0%
精神疾患	3 100.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
末期がん	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
13日/月以上訪問	6 100.0%	0 0.0%	5 83.3%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	12 100.0%	1 8.3%	5 41.7%	2 16.7%	2 16.7%	0 0.0%	1 8.3%	1 8.3%

※「その他」の内容として、「子供の受入れは困難」が挙げられた。

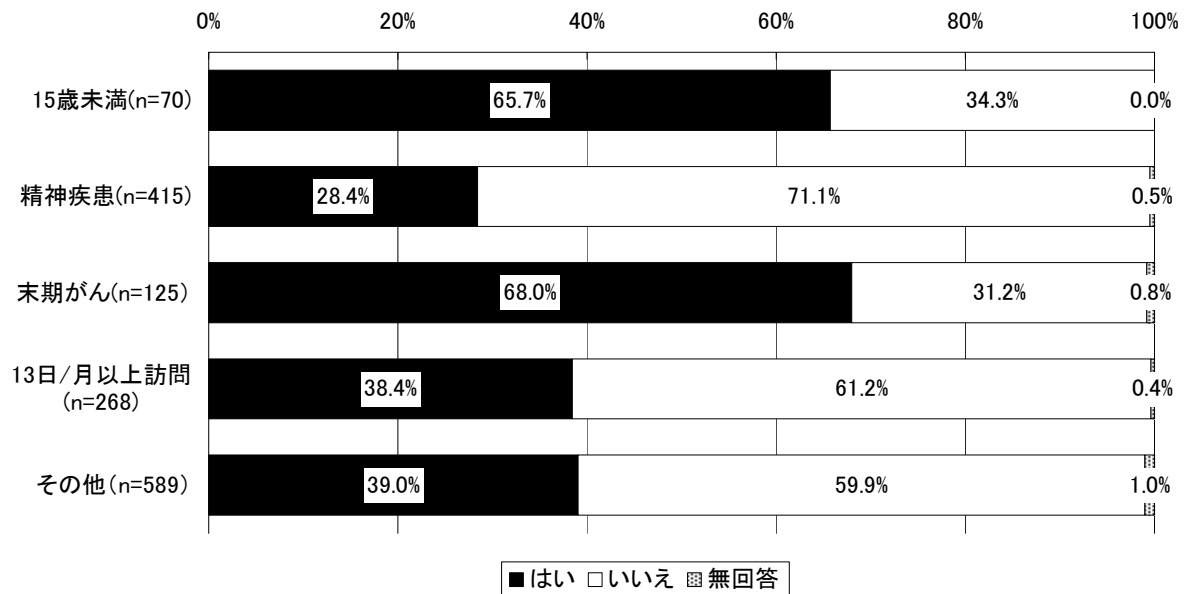
### 3) 入院中・退院時の状況

#### a 平成 24 年 4 月以降の入院の有無

平成 24 年 4 月以降の入院の有無をみると、「15 歳未満」、「末期がん」で「はい (有)」がそれぞれ 65.7%、68.0%と「いいえ (無)」を上回った。

「精神疾患」、「13 日/月以上訪問」、「その他」では、「いいえ (無)」のほうが多かった。

図表 340 平成 24 年 4 月以降の入院の有無

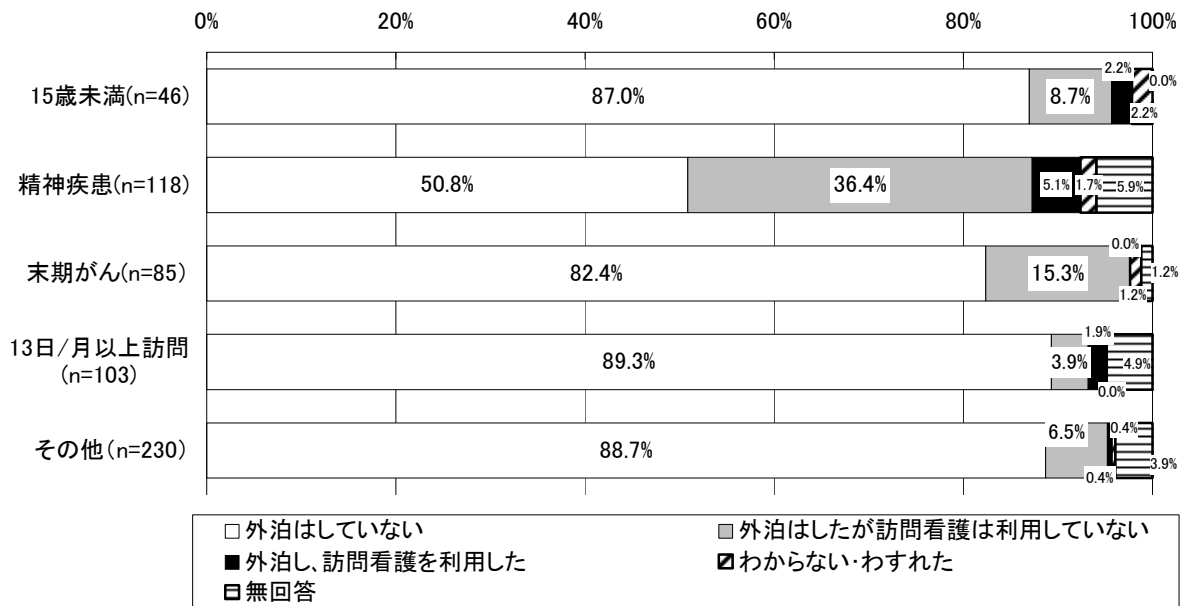


### b 入院中の外泊日訪問看護の利用

平成 24 年 4 月以降に、病院に入院した利用者に対して、入院中の外泊日訪問看護の利用状況を尋ねたところ、いずれも「外泊はしていない」という回答が多かった。

ただし、「精神疾患」では「外泊はしたが訪問看護は利用していない」という割合が 36.4%と他と比較して高かった。また、「外泊し、訪問看護を利用した」割合が 5.1%と他と比べて高かった。

図表 341 入院中の外泊日の訪問看護の利用





c 外泊日に訪問看護を利用しなかった場合

外泊日に訪問看護を利用しなかった場合、その理由を尋ねたところ、いずれの利用者でも「特に勧められなかった」の割合が高かった。

図表 342 外泊日に訪問看護利用しなかった理由

	合計	勧められたが特に必要性を感じなかった	特に勧められなかった	外泊日に利用できることを知らなかった	その他	無回答
15歳未満	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%
精神疾患	43 100.0%	0 0.0%	23 53.5%	7 16.3%	8 18.6%	5 11.6%
末期がん	13 100.0%	0 0.0%	5 38.5%	2 15.4%	5 38.5%	1 7.7%
13日/月以上訪問	4 100.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	0 0.0%
その他	15 100.0%	3 20.0%	5 33.3%	2 13.3%	5 33.3%	0 0.0%

※「その他」の内容として、「退院後に訪問看護が決まったから」が挙げられた。

#### d 退院後、訪問看護師が最初に来た時期

退院後、訪問看護師が最初に来た時期をみると、「15歳未満」では「退院後1週間以内」が43.5%で最も多く、次いで「退院翌日」(32.6%)であった。

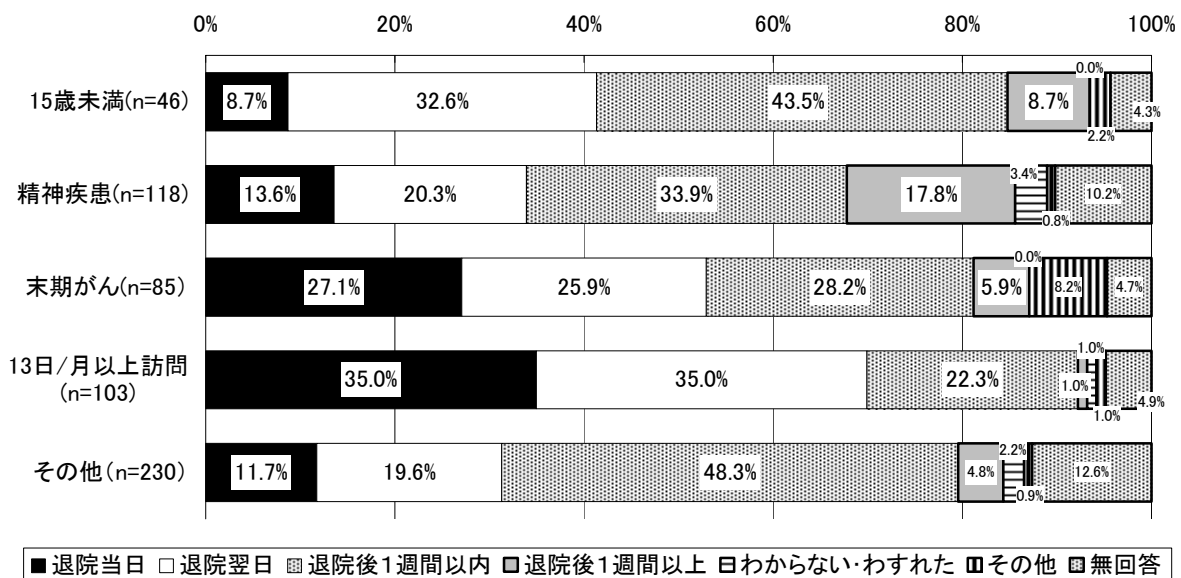
「精神疾患」でも「退院後1週間以内」が33.9%で最も多く、次いで「退院翌日」(20.3%)、「退院後1週間以上」(17.8%)であった。

「末期がん」では、「退院後1週間以内」(28.2%)が最も多く、次いで「退院当日」(27.1%)、「退院翌日」(25.9%)であった。「退院当日」と「退院翌日」を合わせると53.0%と5割を超えた。

「13日/月以上訪問」では、「退院当日」「退院翌日」(それぞれ35.0%)が最も多く、合わせると70.0%と7割となり、比較的早く訪問看護師が来ていた。

「その他」では、「退院後1週間以内」が48.3%で最も多く、次いで「退院翌日」(19.6%)、「退院当日」(11.7%)であった。

図表 343 退院後、訪問看護師が最初に来た時期

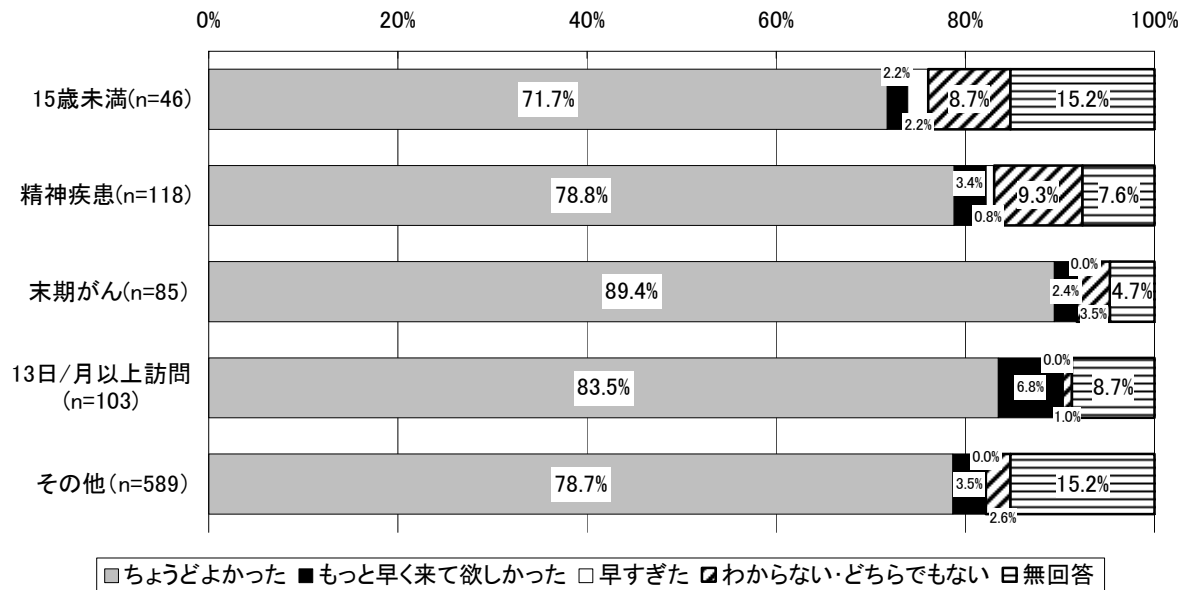


e 退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価

退院後、訪問看護師が来るまでの期間についての評価を尋ねたところ、いずれの利用者も「ちょうどよかった」と答えた割合が最も多く、7割以上を占めた。

「13日/月以上訪問」では「もっと早く来てほしかった」が6.8%と、他と比較して、やや高かった。

図表 344 退院後、訪問看護師が来るまでの期間はよかったですか



【退院後、訪問看護師が最初に来た時期別 退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価】

退院後、訪問看護師が最初に来た時期別に、退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価をみると、「15歳未満」ではいずれの場合も「ちょうどよかった」が最も多かった。訪問看護師が最初に来たのが「退院翌日」であった場合に、「もっと早く来て欲しかった」、「早すぎた」という評価が1件ずつあった。

図表 345 退院後、訪問看護師が最初に来た時期×退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価

【15歳未満】

	合計	ちょうどよかった	もっと早く来て欲しかった	早すぎた	わからない・どちらでもない	無回答
全体	46 100.0%	33 71.7%	1 2.2%	1 2.2%	4 8.7%	7 15.2%
退院当日	4 100.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%
退院翌日	15 100.0%	11 73.3%	1 6.7%	1 6.7%	0 0.0%	2 13.3%
退院後1週間以内	20 100.0%	16 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 15.0%	1 5.0%
退院後1週間以上	4 100.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%
わからない・わすれた	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%

「精神疾患」では、いずれの場合も「ちょうどよかった」が最も多かった。訪問看護師が最初に来たのが「退院後1週間以内」、「退院後1週間以上」であった場合に「もっと早く来て欲しかった」という評価がそれぞれ2件、「退院翌日」であった場合に「早すぎた」という評価が1件あった。

図表 346 退院後、訪問看護師が最初に来た時期×退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価  
【精神疾患】

	合計	ちょうどよかった	もっと早く来て欲しかった	早すぎた	わからない・どちらでもない	無回答
全体	118 100.0%	93 78.8%	4 3.4%	1 0.8%	11 9.3%	9 7.6%
退院当日	16 100.0%	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
退院翌日	24 100.0%	23 95.8%	0 0.0%	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%
退院後1週間以内	40 100.0%	28 70.0%	2 5.0%	0 0.0%	6 15.0%	4 10.0%
退院後1週間以上	21 100.0%	17 81.0%	2 9.5%	0 0.0%	2 9.5%	0 0.0%
わからない・わすれた	4 100.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%
その他	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

「末期がん」ではいずれの場合も「ちょうどよかった」が最も多かった。訪問看護師が最初に来たのが「退院後1週間以上」であった場合に、「もっと早く来て欲しかった」という評価が1件あった。

図表 347 退院後、訪問看護師が最初に来た時期×退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価  
【末期がん】

	合計	ちょうどよかった	もっと早く来て欲しかった	早すぎた	わからない・どちらでもない	無回答
全体	85 100.0%	76 89.4%	2 2.4%	0 0.0%	3 3.5%	4 4.7%
退院当日	23 100.0%	22 95.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%
退院翌日	22 100.0%	22 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
退院後1週間以内	24 100.0%	21 87.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.3%	1 4.2%
退院後1週間以上	5 100.0%	4 80.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
わからない・わすれた	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	7 100.0%	5 71.4%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%

「13日/月以上訪問」ではいずれの場合も「ちょうどよかった」が最も多かった。訪問看護師が最初に来たのが「退院当日」の場合に「もっと早く来てほしかった」という評価が2件、「退院翌日」でも2件、「退院後1週間以内」であった場合に3件あった。

図表 348 退院後、訪問看護師が最初に来た時期×退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価

【13日/月以上訪問】

	合計	ちょうどよかった	もっと早く来て欲しかった	早すぎた	わからない・どちらでもない	無回答
全体	103 100.0%	86 83.5%	7 6.8%	0 0.0%	1 1.0%	9 8.7%
退院当日	36 100.0%	31 86.1%	2 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	3 8.3%
退院翌日	36 100.0%	32 88.9%	2 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.6%
退院後1週間以内	23 100.0%	18 78.3%	3 13.0%	0 0.0%	1 4.3%	1 4.3%
退院後1週間以上	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
わからない・わすれた	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

「その他」では、いずれの場合も「ちょうどよかった」が最も多かった。訪問看護師が最初に来たのが「退院翌日」の場合に、「もっと早く来て欲しかった」という評価が2件、「退院後1週間以内」で3件、「退院後1週間以上」で1件あった。

図表 349 退院後、訪問看護師が最初に来た時期×退院後、訪問看護師が来るまでの期間の評価

【その他】

	合計	ちょうどよかった	もっと早く来て欲しかった	早すぎた	わからない・どちらでもない	無回答
全体	230 100.0%	181 78.7%	8 3.5%	0 0.0%	6 2.6%	35 15.2%
退院当日	27 100.0%	23 85.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.7%	3 11.1%
退院翌日	45 100.0%	37 82.2%	2 4.4%	0 0.0%	1 2.2%	5 11.1%
退院後1週間以内	111 100.0%	97 87.4%	3 2.7%	0 0.0%	2 1.8%	9 8.1%
退院後1週間以上	11 100.0%	9 81.8%	1 9.1%	0 0.0%	1 9.1%	0 0.0%
わからない・わすれた	5 100.0%	2 40.0%	1 20.0%	0 0.0%	1 20.0%	1 20.0%
その他	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%

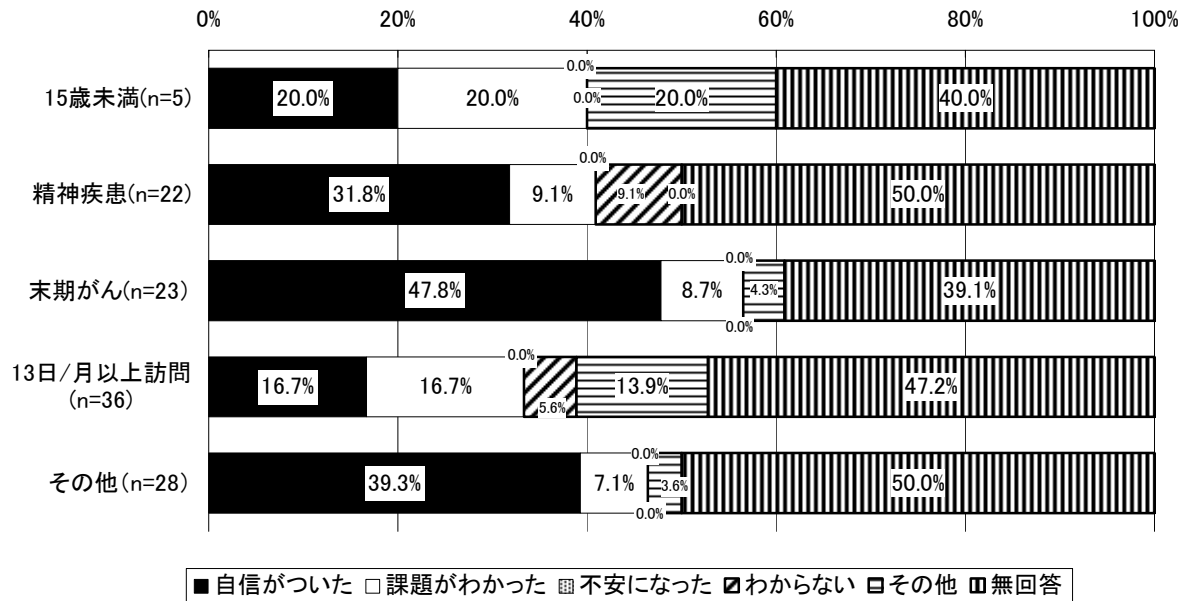


f (外泊日または退院当日に訪問看護を受けた場合) 在宅療養生活に向けての感想

外泊日または退院当日に訪問看護を受けた場合、在宅療養生活に向けての感想を尋ねたところ、いずれの場合も「自信がついた」が比較的多かった。

「15歳未満」と「13日/月以上訪問」では「課題がわかった」も同程度あった。

図表 350 (外泊日または退院当日に訪問看護を受けた場合) 外泊日または退院当日に訪問看護を受けて、在宅療養生活に向けて、どのように思いましたか



※「その他」の内容として、「安心した」が挙げられた。

#### 4) 訪問看護師の訪問頻度

1 か月間の訪問看護師の訪問頻度は、「15 歳未満」では「1 週間に 2、3 度」が 48.6%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」(24.3%)、「1 か月に 2、3 度」(8.6%) であった。

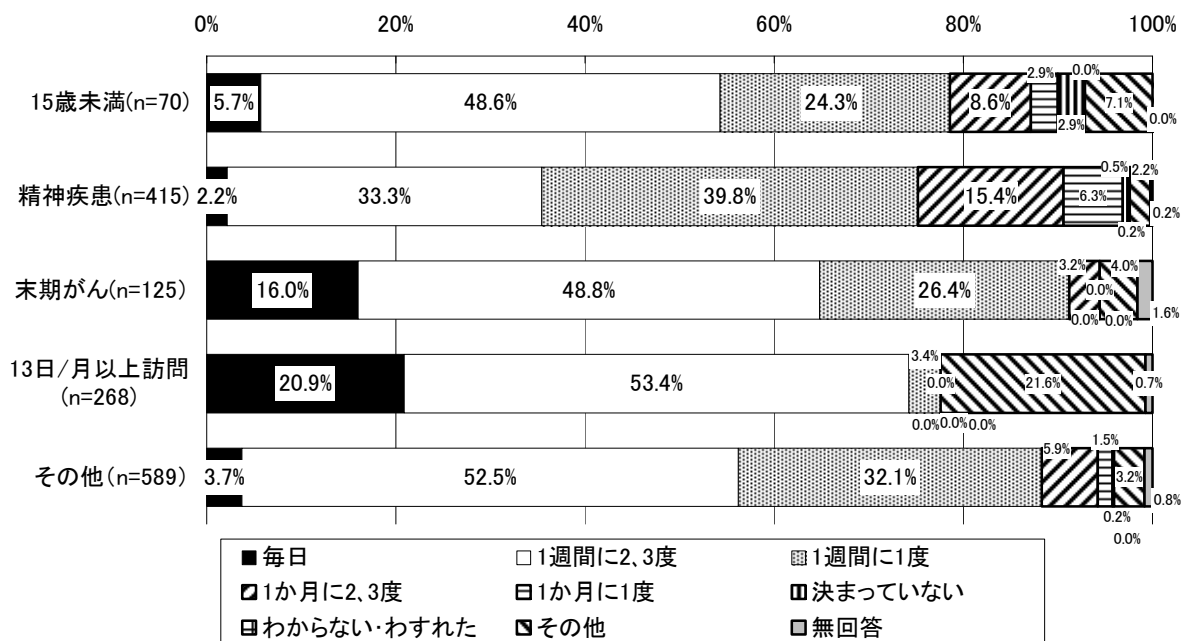
「精神疾患」では「1 週間に 1 度」が 39.8%で最も多く、次いで「1 週間に 2、3 度」(33.3%)、「1 か月に 2、3 度」(15.4%) であった。

「末期がん」では「1 週間に 2、3 度」が 48.8%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」(26.4%)、「毎日」(16.0%) であった。

「13 日/月以上訪問」では「1 週間に 2、3 度」が 53.4%で最も多く、次いで「毎日」(20.9%) であった。

「その他」では「1 週間に 2、3 度」が 52.5%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」(32.1%) であった。

図表 351 ここ 1 か月の間に訪問看護師はどのくらいの頻度で来ましたか

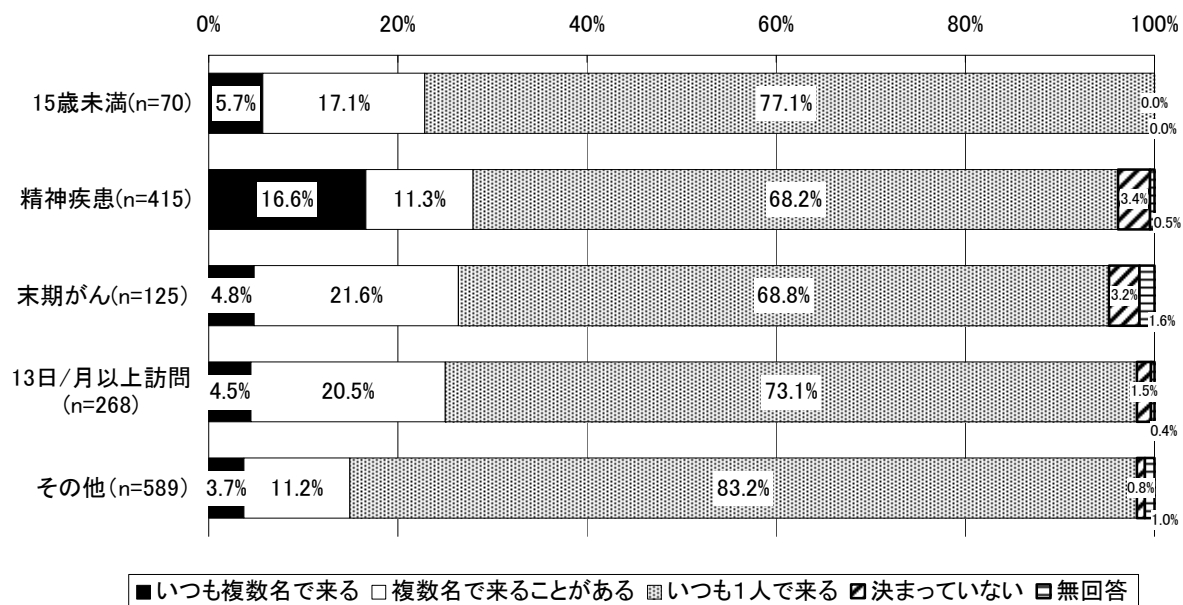


### 5) 複数名訪問について

訪問看護師が自宅に来るときの人数は、いずれの場合も「いつも1人で来る」が最も多く、約7割を占めた。

「精神疾患」では「いつも複数名で来る」が16.6%で、比較的高かった。

図表 352 訪問看護師が自宅に来るときは、何名で来ますか

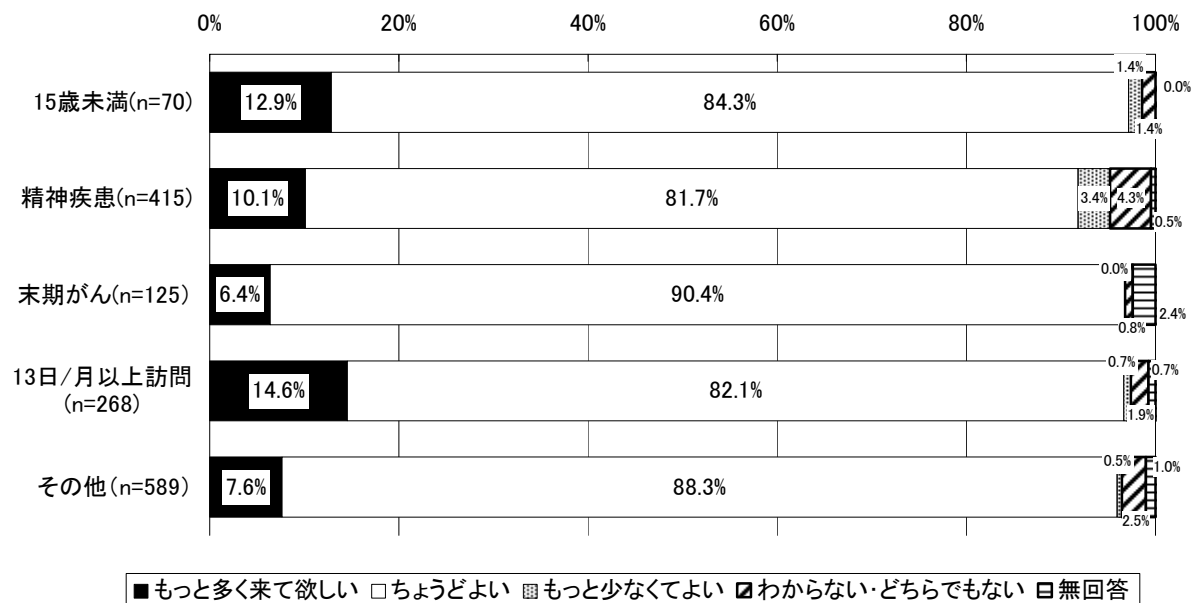


## 6) 訪問頻度の評価

自宅に来る訪問看護師の訪問頻度についてどう思うかは、「ちょうどよい」と回答した割合がいずれの場合も8割以上を占めた。

「もっと多く来て欲しい」と回答した割合は、「15歳未満」、「精神疾患」、「末期がん」、「13日/月以上訪問」、「その他」でそれぞれ12.9%、10.1%、6.4%、14.6%、7.6%であった。

図表 353 自宅に来る訪問看護師の訪問頻度はどう思いますか

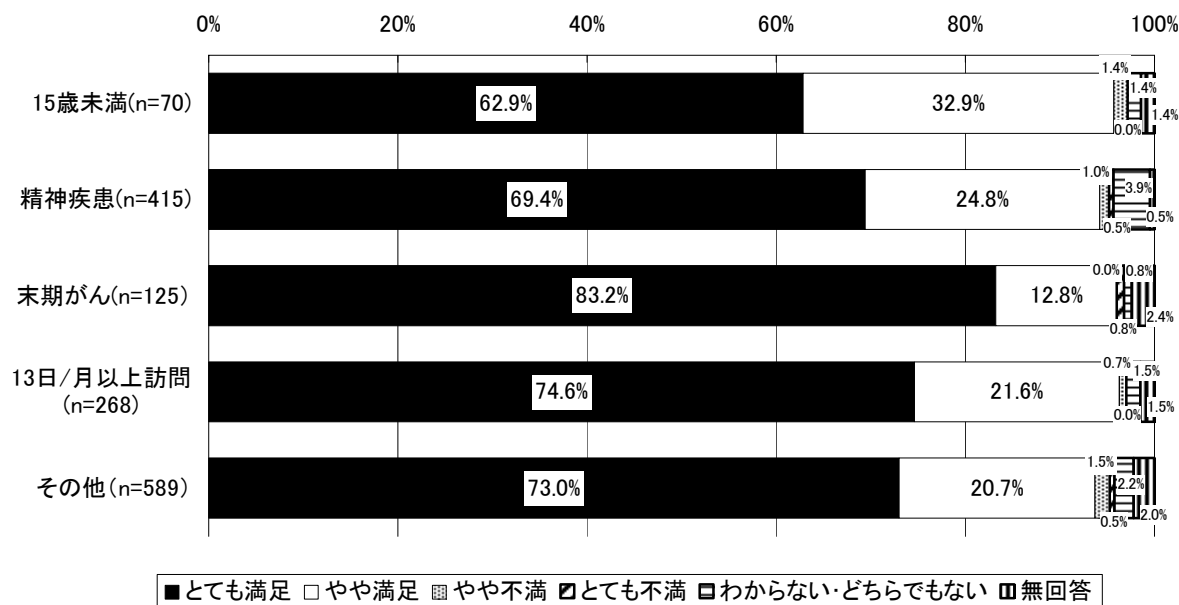


### 7) 訪問看護師の対応についての満足度

自宅に来る訪問看護師の対応についての満足度をみると、いずれの場合も「とても満足」または「やや満足」と回答した利用者は9割を超えた。

特に「末期がん」では「とても満足」が83.2%と比較的高かった。

図表 354 自宅に来る訪問看護師の対応に満足していますか



#### 【訪問看護師の対応に不満の理由】（自由記述形式）

- ・もっと話したいことがあるが、時間がないようだ。
- ・話をきいてくれない看護師がいる。
- ・入浴後、利用者の妻が服を着せるのを手伝うが、全て（看護師に）任せたい。
- ・床ずれが治らない。
- ・バイタルチェックもせず、顔を見て、変化を聞いていただけなので、意味があるのかと思う。
- ・病気に対する知識があまりない。
- ・家族から頼まなければ、ケアを行ってくれない。
- ・決まったことしかしてくれない。
- ・手抜きをすることが多い。
- ・あまり上手に看護してくれない。
- ・看護師によって丁寧さが違う。
- ・看護技術の判断、人柄にばらつきがある。
- ・看護師によって技術の差がある。
- ・感染症に対する対策が徹底されていないことがある。
- ・遅刻する。
- ・もう少し精神疾患について学んでほしい。

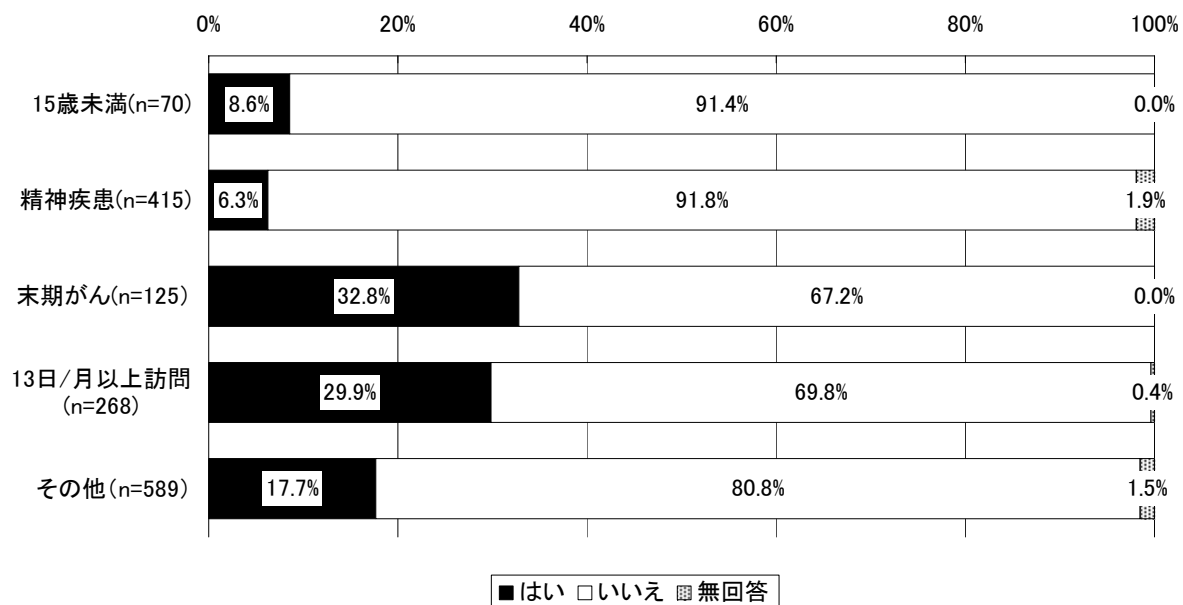
- 人員不足のため、土日は休みだったり、1日1時間だけとなってしまう。
- ヘルパーと雑談している時がある。
- こちらの都合のよい時間に来てくれない。

### 8) 早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用の有無

早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用の有無をみると、いずれの場合も「いいえ（無）」が「はい（有）」を上回り、「15歳未満」、「精神疾患」では「いいえ（無）」が9割以上を占めた。

「末期がん」では「はい（有）」が32.8%、「13日/月以上訪問」では「はい（有）」が29.9%と比較的高かった。

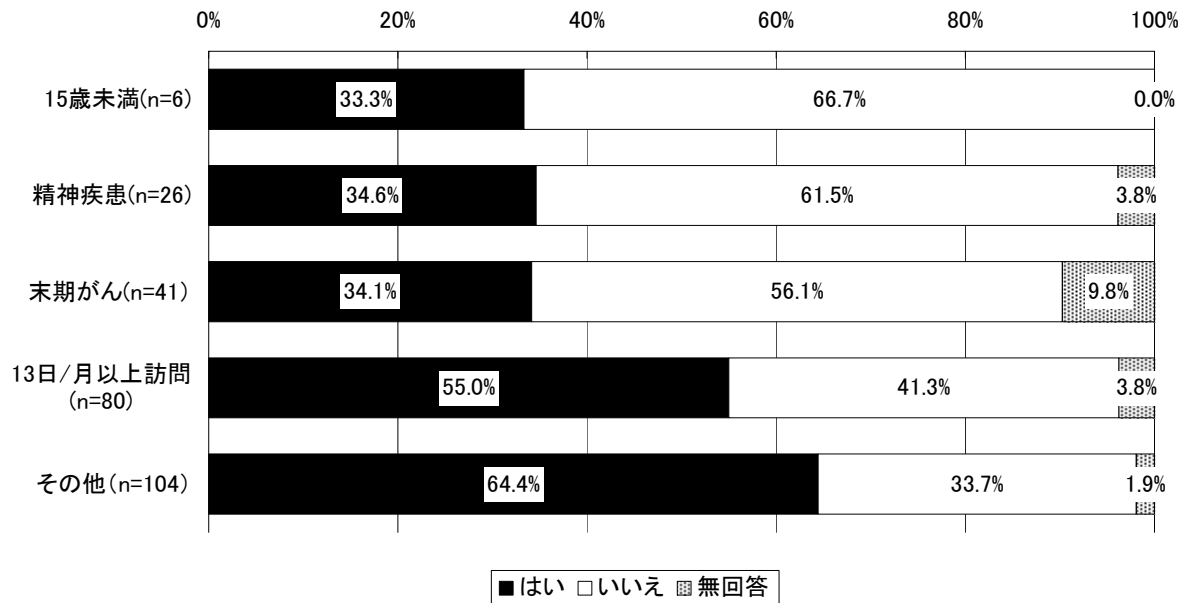
図表 355 早朝・夜間・深夜（午前8時以前または午後8時以降）の訪問看護の利用



a (利用経験が有る場合) 昨年の利用経験

早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用経験がある場合、昨年の利用経験について尋ねたところ、「15歳未満」では33.3%、「精神疾患」では34.6%、「末期がん」では34.1%、「13日/月以上訪問」では55.0%、「その他」では64.4%であった。

図表 356 昨年の早朝・夜間・深夜（午前8時以前または午後8時以降）の訪問看護の利用



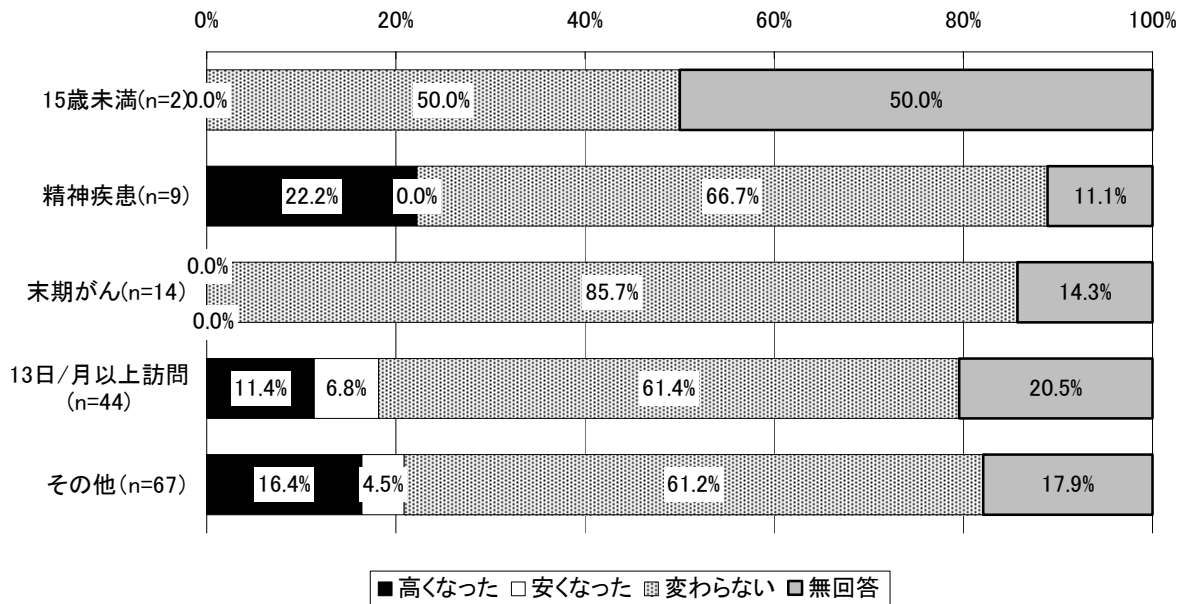


b (昨年の早朝・夜間・深夜の利用経験が有る場合) 利用料金の自己負担額の変化

早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用料金の自己負担額の変化についてみると、いずれの場合も「変わらない」が最も多かった。

「精神疾患」では「高くなった」が22.2%、「その他」でも16.4%と、比較的高かった。

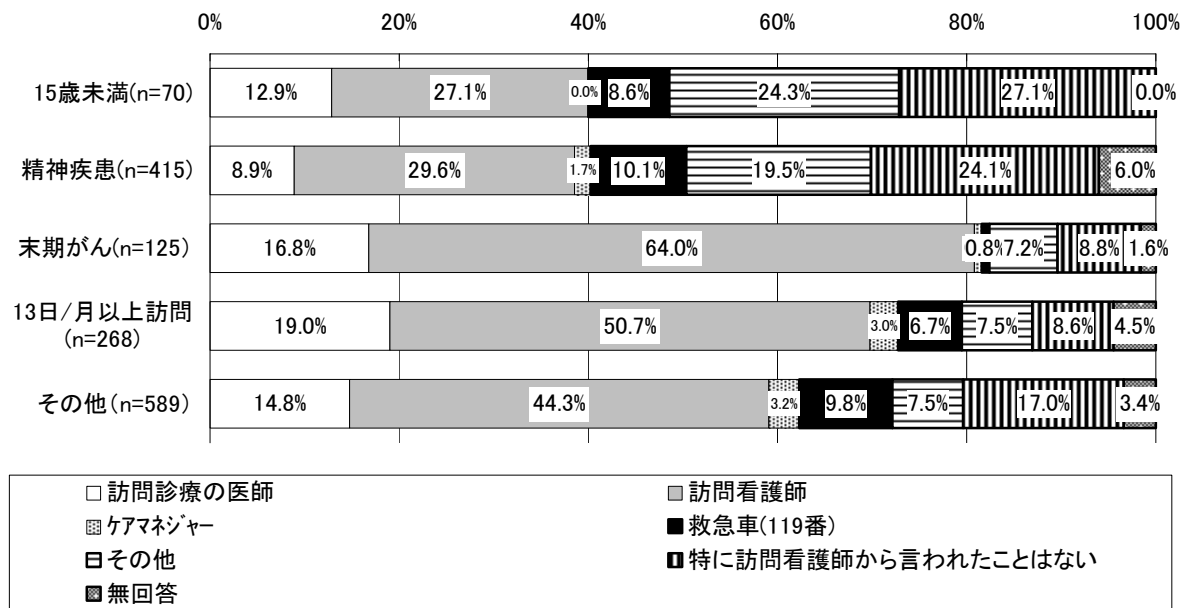
図表 357 早朝・夜間・深夜（午前8時以前または午後8時以降）の訪問看護の利用料金の自己負担額の変化



### 9) 夜間や休日に急に具合が悪くなった場合の連絡先の指示

夜間や休日に急に具合が悪くなった場合に誰に連絡するように訪問看護師に言われているかを尋ねたところ、いずれの場合も「訪問看護師」が最も多く、特に「末期がん」、「13日/月以上訪問」の利用者では他と比較して割合が高かった（それぞれ64.0%、50.7%）。

図表 358 夜間や休日に急に具合が悪くなった場合に、まず、誰に連絡するように訪問看護師から言われていますか



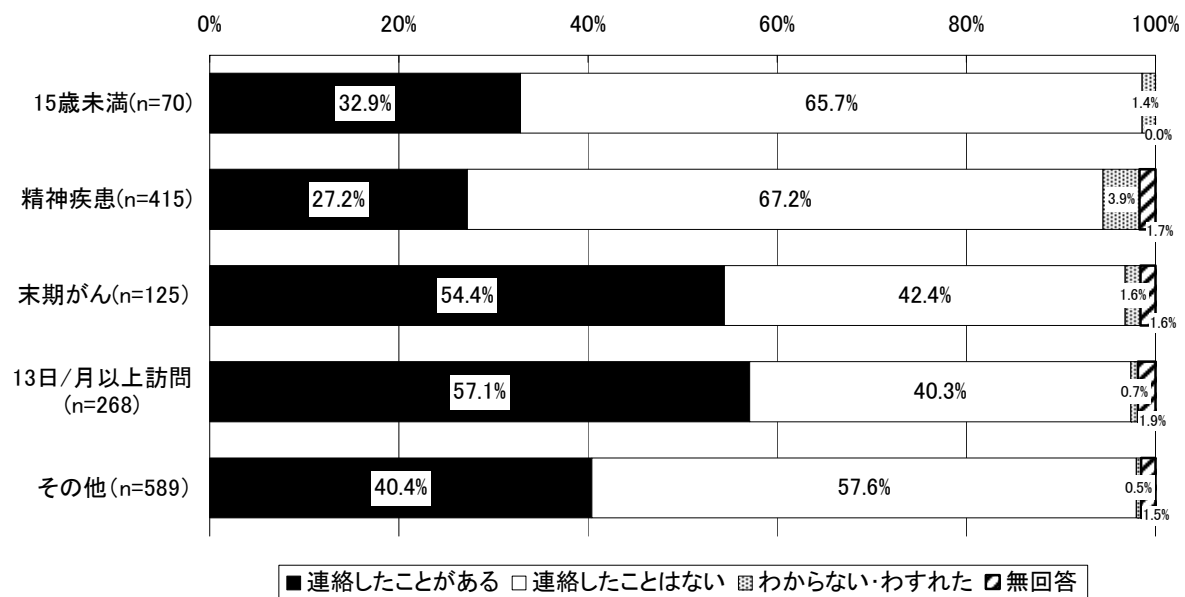
※「その他」の内容として、「病院」「家族」等が挙げられた。

### 10) 夜間や休日に急に具合が悪くなった時の訪問看護師への連絡経験

夜間や休日に急に具合が悪くなり、訪問看護師への緊急の連絡をしたことがあるかを尋ねたところ、「15歳未満」、「精神疾患」、「その他」の利用者では「連絡したことはない」が「連絡したことがある」を上回った。

「末期がん」、「13日/月以上訪問」では、「連絡したことがある」のほうが多かった。

図表 359 夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅に来てくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか

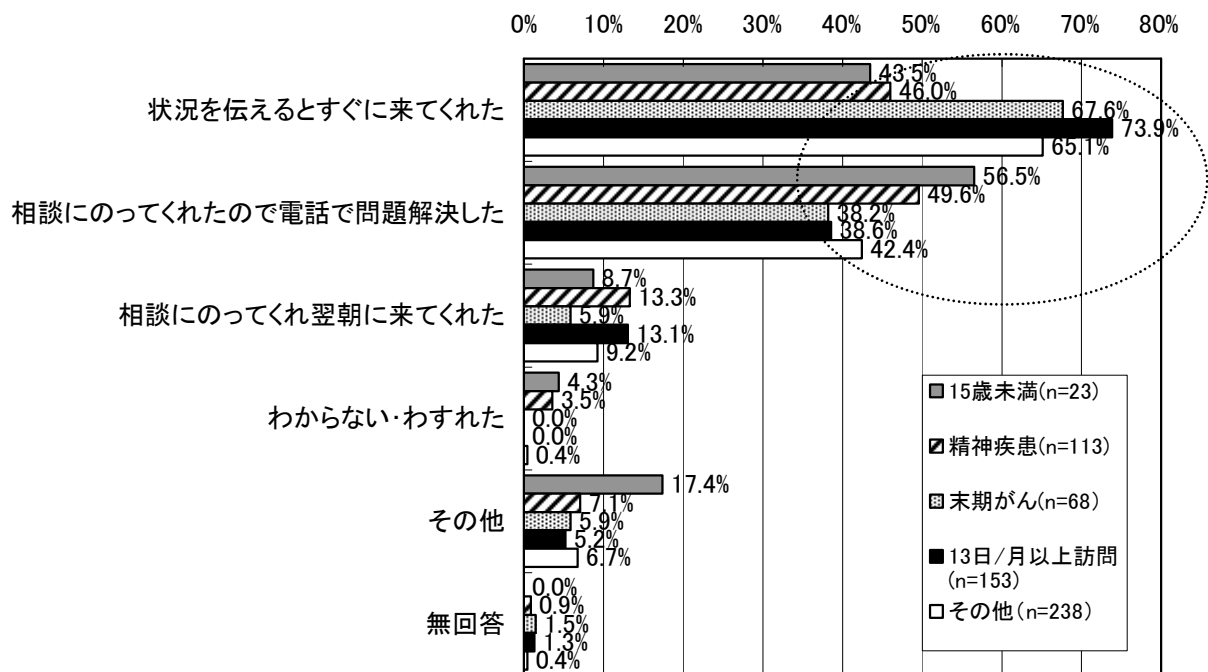


a (有る場合) 対応状況

「連絡をしたことがある」と回答した利用者において、訪問看護師の対応についてみると、「末期がん」、「13日/月以上訪問」、「その他」では「状況を伝えるとすぐに来てくれた」が最も多く、それぞれ67.6%、73.9%、65.1%であった。

「15歳未満」、「精神疾患」では「相談にのってくれたので電話で問題解決した」が最も多く、それぞれ56.5%、49.6%であった。

図表 360 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか (複数回答)



※「その他」の内容として、「来てくれたが、時間がかかった」「医師と連絡の上、医師が来てくれた」「医師に連絡するように言われた」「救急車を呼んだ」「救急車を呼ぶように言われた」が挙げられた。

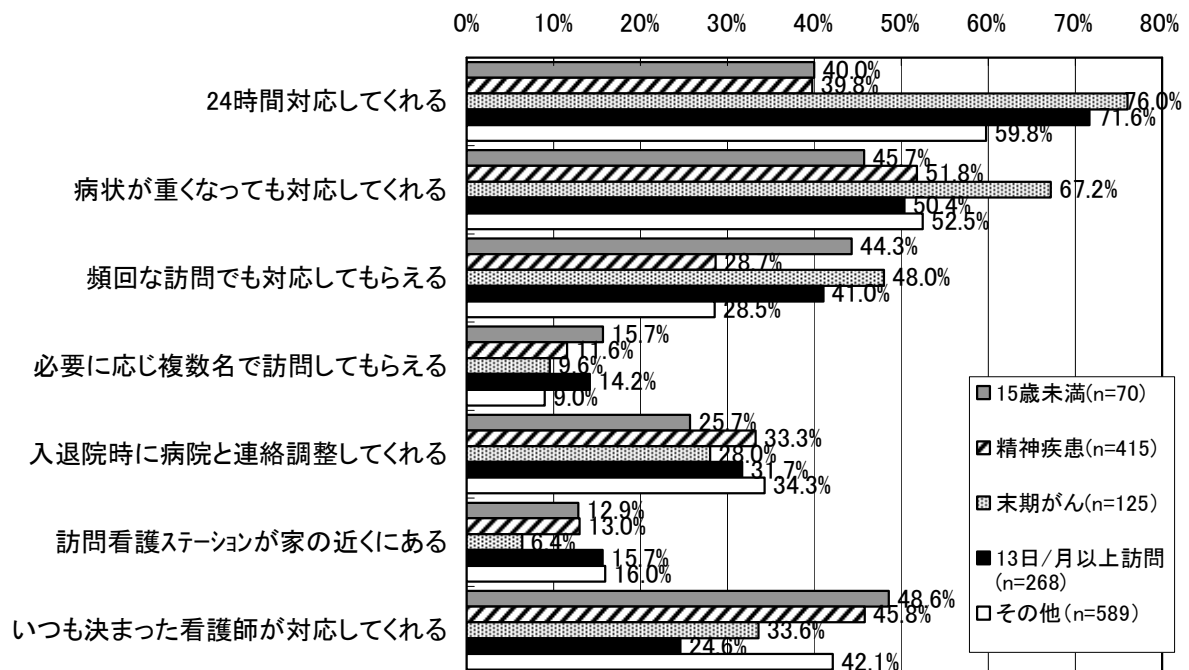
### 11) 訪問看護師に求めること

訪問看護師に求めることをみると、「末期がん」、「13日/月以上訪問」、「その他」では「24時間対応してくれる」が最も多く、それぞれ76.0%、71.6%、59.8%であった。

「15歳未満」では「いつも決まった看護師が対応してくれる」が48.6%で最も多かった。

「精神疾患」では「病状が重くなっても対応してくれる」が51.8%で最も多かった。

図表 361 訪問看護師に求めること（上位3つまで）



### 【その他の具体的な内容】（自由記述形式）

- ・家族の精神的な面での悩みの相談にのってくれる。
- ・身体的なケアのみならず、精神的なサポートがほしい。
- ・相談ができること。
- ・家族ができるリハビリの方法を教えてください。
- ・介護負担のことを考えてくれる。
- ・家族のレスパイト。
- ・介護者へのサポート、教育の提供。
- ・患者に対する優しさ。
- ・緊急時にかかけつけてほしい。
- ・看護師の専門知識向上。
- ・土日の訪問。
- ・本人の自立を促すこと。
- ・様々な情報提供。

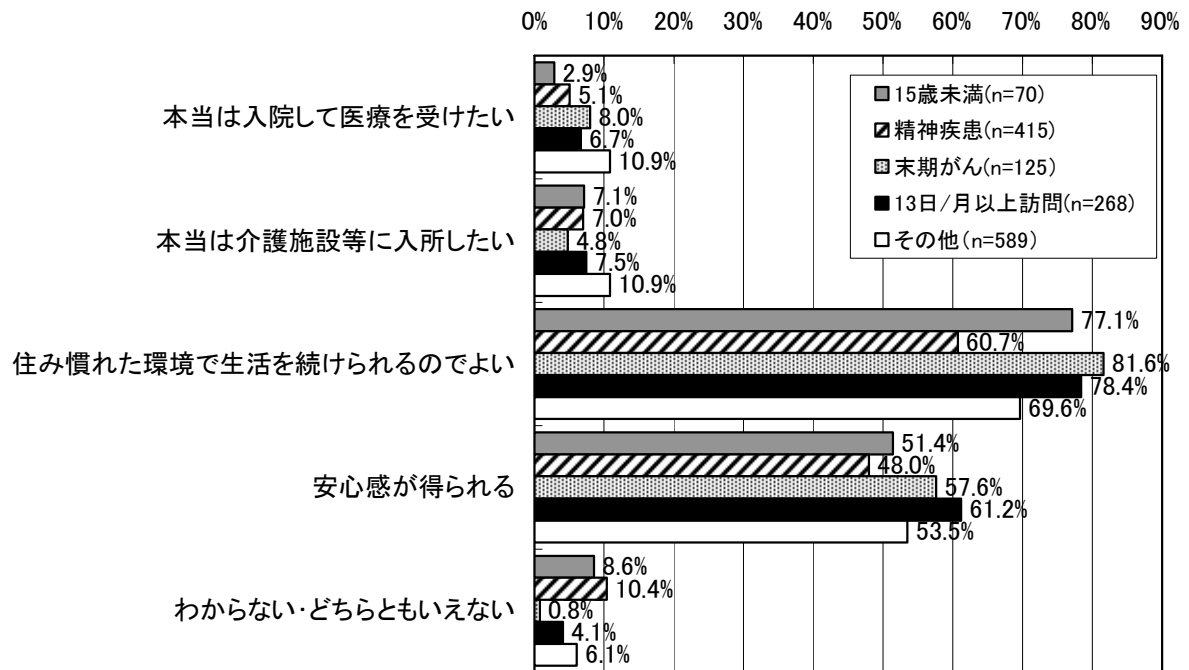
- ・時には、長時間対応をしてほしい。
- ・主治医の先生と相談してほしい。

## 12) 在宅で医療を受けることへの評価

在宅で医療を受けることをどう思うか尋ねたところ、いずれの場合も「住み慣れた環境で生活を続けられるのでよい」が最も多く、次いで「安心感が得られる」であった。

「本当は入院して医療を受けたい」は 2.9%~10.9%、「本当は介護施設等に入所したい」は、4.8%~10.9%であった。

図表 362 在宅で医療を受けることはどう思いますか（複数回答）



### 【訪問看護サービスについての要望】（自由記述形式）

- ・訪問時間が不規則で困ることが多い。
- ・状態が悪化した際に、直ちに入院を勧めるのではなく、本人は意思表示できないが、家族の意思を汲んで、在宅療養を継続することに積極的になってほしい。
- ・訪問看護の料金設定を、安くしてもらいたい。
- ・病院勤務の看護師と同等の知識・技術を持ってほしい。
- ・訪問看護を利用する際に、家で使用する備品（吸引器等）などの負担が大きい。
- ・話を聞いてほしい。
- ・具合が悪い時、一緒に医療機関に連れて行ってほしい。
- ・1回の訪問時間、1日の訪問回数を増やしてほしい。
- ・訪問看護師に「はじめは毎日来るが、慣れてきたら徐々に家族にしてもらおうので、頻度を減らす」と言われたが、こちらの希望で回数は決めたいと思った。
- ・「本当に看護師さんだろうか」と思う人が時々いる。患者や家族に育ててもらいたい、勉強させてもらっているといわれるが、こちらは難病の子供と家で過ごす不安でそれどころではない。少しでも安心して家で過ごせるよう、訪問看護師になる人はある程度の経験と知識があり、状態の変化などにも対応できるよう常に研修等受けてほしい。
- ・責任もあり、とても大変な仕事だと思うが、頼りになる訪問看護師と出会えば、在宅で安心して生活できると思う。
- ・訪問リハビリテーションの充実をしてほしい。
- ・家でみると不安がつきもの。変化があった時に、介護者が相談した場合、安心感を与えてくれることを望む。
- ・小児の訪問看護師が増えたらいいと思う。
- ・主治医ともっとこまめに連絡・連携してほしい。
- ・医療チームとスムーズに連携をとり、治療をしてほしい。
- ・訪問時、病状の変化に気づいたら、早く対応してほしい。
- ・時間的にもう少し余裕があるとよい。
- ・土日や時間の幅を広げてほしい。



**訪問看護ステーション票**

**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)**  
**訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査 調査票**

※以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、事業所名、事業所の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

※この「訪問看護ステーション票」は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方に、貴事業所における訪問看護の実施状況やお考えについてお伺いするものです。

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

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてお書きください。

※特に断りのない場合は、**『医療保険』**の訪問看護に関してお答えください。介護保険など、**医療保険以外の訪問看護**に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

事業所名	
事業所の所在地	
電話番号	( )
ご回答者名	( )

**1. 貴事業所の概要についてお伺いします。**

<p>①開設者 ※○は1つだけ</p>	<p>1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合                  2. 日本赤十字社・社会保険関係団体                  3. 医療法人                  4. 医師会                  5. 看護協会                  6. 社団・財団法人(医師会と看護協会は含まない)                  7. 社会福祉法人(社会福祉協議会含む)                  8. 農業協同組合及び連合会                  9. 消費生活協同組合及び連合会                  10. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)                  11. 特定非営利活動法人(NPO)                  12. その他(具体的に )</p>
<p>②同一敷地内の併設施設・事業所 ※複数回答可</p>	<p>1. 該当なし                  2. 病院 → <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">入院基本料: 1. 一般    2. 療養    3. 結核    4. 精神                      5. 特定機能病院    6. 専門病院    7. 障害者施設等</span>  <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">一般病棟の看護区分: 1. 7対1    2. 10対1    3. 13対1    4. 15対1</span>                  3. 診療所                                    4. 介護老人保健施設                                    5. 介護老人福祉施設                  6. 居宅介護支援事業所                    7. 地域包括支援センター                                    8. 訪問介護事業所                  9. 小規模多機能事業所                    10. 通所介護事業所                                    11. その他</p>
<p>1) 同一敷地内に併設病院がある場合: 平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月に一般病棟の看護区分に変更がありましたか。あった場合は、変更前の病院の看護区分をお書きください。</p>	
<p>1. 変更なし    2. 変更あり    →変更前: (a. 7対1    b. 10対1    c. 13対1    d. 15対1)</p>	

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

2) 同一敷地内に併設病院がある場合：平成23年10月～平成24年9月に病院から訪問看護ステーションへの看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の異動はありましたか。		1. 有	2. 無					
3) 同一敷地内に併設施設・事業所がある場合：施設・事業所間での人事異動の有無（平成23年10月～平成24年9月）		1. 有	2. 無					
4) 同一敷地内に併設施設・事業所がある場合：研修共同開催の有無（平成23年10月～平成24年9月）		1. 有	2. 無					
③訪問看護を開始した時期		西暦（ ）年（ ）月						
④サテライトの有無と、ある場合はその設置数		1. 有→（ ）か所 2. 無						
1) サテライトがある場合：平成24年4月～9月の開設の有無		1. 有	2. 無					
2) サテライトがない場合：平成24年度中の開設予定の有無		1. 有	2. 無					
⑤24時間対応体制加算・連絡体制加算の届出（医療保険）の有無 ※複数回答可		1. 24時間対応体制加算 2. 24時間連絡体制加算 3. 無						
⑥貴事業所の職員数を常勤換算*でお答えください。※平成23年9月30日（H23）及び平成24年9月30日（H24）時点の状況								
	保健師・助産師・看護師	准看護師	リハビリ職（PT・OT・ST）	精神保健福祉士	その他の職員	（うち）看護補助者・介護職員	（うち）事務職員	合計
H23	.	.	.	.	.	.	.	.
H24	.	.	.	.	.	.	.	.
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで）								
■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）								
■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）								
⑦平成23年10月～平成24年9月の間に、同一開設者の訪問看護事業所（新設・既存）への職員の異動はありましたか。								
1. 新設事業所への異動があった 2. 既存事業所への異動があった								
3. 特に異動はなかった 4. 同一開設者は他に訪問看護事業所を有していない								
⑧平成23年9月末の従事者のうち、平成24年9月末までに退職した保健師・助産師・看護師・准看護師は何人ですか。							（ ）人	
⑨専門看護師の有無と人数等		1. 無 2. 有（人数： 人、分野： ）						
⑩認定看護師の有無と人数等		1. 無 2. 有（人数： 人、分野： ）						
⑪訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書の提出の有無と内容					1. 無 2. 有→（a 緩和ケア b 褥瘡ケア）			
⑫貴事業所の管理者は、貴事業所において、勤続何年目ですか。					（ ）年目			

2. 貴事業所の利用者数および訪問回数についてお伺いします（精神科訪問看護を含みます）。

①平成23年9月と平成24年9月の各1か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。						
	1) 利用者数（人数）： 医療保険と介護保険の合計	2) 左記1)のうち医療保険の利用者数（人数）	3) 左記2)のうち医療保険と介護保険の両方を使った利用者数（人数）	4) 訪問回数（回数）： 医療保険と介護保険の合計	5) 左記4)のうち医療保険の訪問回数（回数）	
平成23年9月	人	人	人	回	回	
平成24年9月	人	人	人	回	回	
②上記①の平成24年9月の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する人数					人	
1) 上記②のうち、要介護認定者					人	
③上記①の平成24年9月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数			医療	人	介護	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

④平成 24 年 7 月～9 月の 3 か月間の医療保険の利用者のうち、新規の利用者数								人
1) 上記④のうち、医療機関退院後の利用者数								人
2) 上記 1) のうち、利用者の入院中の医療機関でのカンファレンスに参加した人数								人
⑤平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者について、年齢別の人数をお書きください。なお、介護保険被保険者で、特別訪問看護指示書が交付されて医療保険を利用した人も含みます。								
	1 歳未満	1 歳以上 3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
上記のうち、介護保険も利用している人（平成 24 年 9 月）						人	人	人
⑥上記⑤の医療保険の利用者のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児の人数をお書きください。								
	1) 超重症児 (運動機能が座位までで、 判定スコアが 25 点以上)			2) 準超重症児 (運動機能が座位までで、判定 スコアが 10 点以上 25 点未満)		3) その他		
平成 23 年 9 月	人			人		人		
平成 24 年 9 月	人			人		人		
⑦平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を 1 度も利用していない利用者としてください。								
	要支援 1・2	要介護 1・2・3	要介護 4	要介護 5	介護保険 対象外	申請中・自 立・未申請		
平成 23 年 9 月 (医療)	人	人	人	人	人	人		
平成 24 年 9 月 (医療)	人	人	人	人	人	人		
平成 24 年 9 月 (介護)	人	人	人	人	人			
⑧平成 24 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、要介護者について、日常生活自立度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を 1 度も利用していない利用者としてください。								
	J (自立)		A (室内自立)		B (床上自立)		C (寝たきり)	
平成 24 年 9 月 (医療)	人		人		人		人	
平成 24 年 9 月 (介護)	人		人		人		人	
⑨平成 24 年 9 月の 1 か月間の 65 歳以上の要介護の利用者について、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の区分別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を 1 度も利用していない利用者としてください。								
	Ⅱ		Ⅲ		Ⅳ		M	
平成 24 年 9 月 (医療)	人		人		人		人	
平成 24 年 9 月 (介護)	人		人		人		人	
⑩平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者のうち、褥瘡について、NPUAP 分類または DESIGN 分類で状態を確認している利用者数、および真皮を超える褥瘡(それぞれグレードⅢ以上・D3 以上)の利用者数をお書きください。								
	NPUAP 分類で確認			DESIGN 分類で確認				
	うち、グレードⅢ以上			うち、D3 以上				
平成 23 年 9 月(医療)	人			人		人		
平成 24 年 9 月(医療)	人			人		人		



※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

「ターミナルケア療養費」を算定した利用者、死亡場所が「在宅」であった利用者数、過去1年以内の入院履歴がない利用者数をお書きください。※「在宅」とは自宅及び医療機関以外の施設（特別養護老人ホーム等）を含みます。					
	1) 亡くなった利用者数	2) ターミナルケア療養費算定利用者数	3) うち、在宅で死亡した利用者数	4) うち、過去1年以内の入院履歴がない利用者数	
平成23年4月～平成23年9月	人	人	人		
平成24年4月～平成24年9月	人	(A) 人	人	人	
⑱ ⑰の(A)欄に該当する利用者について、死亡前の1)直近の退院日と2)死亡日、3)最後の訪問日、4)最後から2番目の訪問日、5)死亡場所をご記入ください。6人以上該当者がいる場合は、死亡日が最近の方から5人までお書きください。					
	1) 直近の退院日	2) 死亡日	3) 最後の訪問日	4) 最後から2番目の訪問日	5) 死亡場所
1	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
2	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
3	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
4	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
5	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他

3. 入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護の実施状況についてお伺いします。

(1) 入院中の外泊日の訪問看護についてお伺いします。

①入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無とその対象実人数（各半年間）	平成23年4月～平成23年9月	1. 有( )人 2. 無
	平成24年4月～平成24年9月	1. 有( )人 2. 無
②【上記①で平成24年4月～平成24年9月までに実績がある場合】 上記①について診療報酬の請求はありましたか。また、診療報酬請求があった場合、期間中の算定件数をお書きください。		1. 有( )件 2. 無

(2) 平成24年4月～9月の新規利用者のうち、退院後訪問看護を利用し始めた人についてお伺いします。

①退院後2週間以内の利用開始者数	人
1)上記①のうち、退院後30日以内に、再入院した利用者数	人
2)上記①のうち、特別訪問看護指示書が交付された利用者数	人
上記2)のうち、要介護認定者数	人
3)上記①のうち、1週間に4日以上訪問した利用者数	人
上記3)のうち、要介護認定者数	人

(3) (利用者の詳細)平成24年4月～9月に、退院直後、特別訪問看護指示書が交付された要介護認定者(申請中も含む)がいれば、直近の1名について、状態を教えてください。

①年齢	( ) 歳
②要介護度 ※○は1つだけ	1. 要支援1    2. 要支援2    3. 要介護1    4. 要介護2 5. 要介護3    6. 要介護4    7. 要介護5    8. 申請中
③主な疾病 ※○は1つだけ	1. 脳血管疾患    2. 循環器疾患    3. 悪性新生物    4. 糖尿病 5. 神経難病    6. その他神経系の疾患    7. 精神系の疾患    8. 認知症 9. 骨折・筋骨格系    10. 呼吸器系疾患 11. その他(具体的に )
④利用者の状態等 ※複数回答可	1. ターミナル期※ 2. 真皮を越える褥瘡    3. 気管カニューレを使用 4. 家族への医療処置の指導    5. 状態変化(急変時) 6. その他(具体的に ) ※「ターミナル期」とは医師が余命約6か月以内と判断した場合を指します。
⑤入院前の貴事業所からの訪問看護の有無	1. 有→頻度:週( )回程度    2. 無
⑥入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無	1. 有    2. 無
⑦入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無	1. 有    2. 無
⑧入院中の病院・診療所への訪問の有無	1. 有    2. 無
⑨退院当日の訪問の有無	1. 有    2. 無
⑩退院後2週間以内の訪問回数(退院当日の訪問は除く)	( ) 回/1週目    ( ) 回/2週目
⑪退院後30日以内の再入院の有無	1. 14日以内に入院した    2. 15日～30日以内に入院した 3. 30日以内の再入院はなかった

4. 夜間や緊急時の対応についてお伺いします。

①平成23年9月と平成24年9月の1か月間において、早朝・夜間・深夜に、計画的に(緊急以外で)訪問看護を実施している利用者はいますか。該当の利用者がいる場合、その利用者数と延べ訪問回数、利用料を徴収した利用者数(平成23年9月)、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数(平成24年9月)をお書きください。	
平成23年9月	1. 無    2. 有→利用者数:( )人、延べ訪問回数:( )回 →うち、利用料を徴収した利用者数:( )人
平成24年9月	1. 無    2. 有→利用者数:( )人、延べ訪問回数:( )回 →うち、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数:( )人
②上記①の平成24年9月において実績がある場合、訪問が必要な理由を教えてください。 ※複数回答可	1. たんの吸引    2. 人工呼吸器等の医療機器の管理 3. インシュリン注射    4. 点滴 5. 服薬介助(含点眼・点鼻・軟膏)    6. 浣腸・摘便 7. その他のADL支援    8. その他(具体的に )
③利用者に早朝、夜間、深夜に、計画的に(緊急以外で)訪問看護を実施しているにも関わらず、夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算の算定ができなかったケースがある場合、その理由は何か、教えてください。	

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

④平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に、訪問看護師が加算算定の有無に関わらず、緊急訪問を行った回数をお書きください。					
	早朝 (6時～8時)	日中		夜間 (18時～22時)	深夜 (22時～6時)
		平日	休日		
平成23年9月	回	回	回	回	回
平成24年9月	回	回	回	回	回
⑤平成24年9月の1か月間の緊急訪問の指示について、指示を出した医療機関種別ごとにその回数をお書きください。					
	在宅療養支援 診療所	その他の 診療所	在宅療養支援 病院	その他の 病院	
1) 指示を出した医療機関別 緊急訪問回数	回	回	回	回	回
2) 上記1)のうち、緊急訪問 看護加算の算定回数	回	回	回	回	
⑥平成24年4月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られたことはありますか。※○は1つだけ			1. まったくない→5. 質問①へ 2. 時々ある 3. 頻繁にある		
→⑥-1 上記⑥で選択肢2. または3. を選んだ場合、具体的な状況を教えてください。					

5. 専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問についてお伺いします。

①以下の利用者に対して、他施設・事業所の専門性の高い看護師 <sup>※注1</sup> による同一日訪問を実施しましたか。該当の利用者数（実人数）、平成24年9月の1か月間の訪問回数をお書きください。（※注1：専門性の高い看護師とは、5年以上褥瘡ケア又は緩和ケアの看護に従事した経験を有し、それぞれ6か月以上の適切な専門研修を修了した者）	
1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者はいますか。	1. いる→利用者数：（ ）人 2. いない→質問2)へ
1) -1（該当の利用者がいる場合）他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。	1. 有→利用者数：（ ）人、延べ訪問回数：（ ）回 2. 無→質問1) -3へ
1) -2（上記1) -1で訪問がある場合）具体的な効果があれば、教えてください。	1. 痛みが緩和された 2. 利用者・家族が納得してケアを受けることができた 3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった 4. その他（ ）
1) -3（上記1) -1で訪問がない場合）理由を教えてください。 ※主なもの1つに○	1. 専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから 2. 専門性の高い看護師が当事業所にいるから 3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから 4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから 5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから 6. 利用者の経済的負担（自己負担）が増えるから 7. 利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから 8. 医療事故が発生した際の利用者への責任の所在について不明確であるから 9. その他（具体的に ）

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の利用者はいますか。	1. いる→利用者数：( )人 2. いない→質問3)へ
2) -1 (該当の利用者がいる場合) 他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。	1. 有→利用者数：( )人、延べ訪問回数：( )回 2. 無→質問2) -3へ
2) -2 (上記2) -1で訪問がある場合) 具体的な効果があれば、教えてください。	1. 褥瘡の治癒が促進した 2. 利用者・家族が納得してケアを受けることができた 3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった 4. その他 ( )
2) -3 (上記2) -1で訪問がない場合) 理由を教えてください。 ※主なもの1つに○	1. 専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから 2. 専門性の高い看護師が当事業所にいるから 3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから 4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから 5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから 6. 利用者の経済的負担(自己負担)が増えるから 7. 利用者を利用の案内・説明をするのが難しいから 8. 医療事故が発生した際の利用者への責任の所在について不明確であるから 9. その他(具体的に )
3) 緩和ケアや褥瘡ケア以外で、専門性の高い看護師との同一日訪問ができればよいと思われるケースがあれば、教えてください。	具体的に：
②貴事業所では、平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に、「複数名訪問看護加算」の算定ができる <b>複数名の職員</b> (保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者)が同時に訪問を行った利用者はいましたか。 ※○は1つだけ	
平成23年9月	1. 無 2. 有→利用者数(実人数)：( )人、延べ訪問回数：( )回
平成24年9月	1. 無 2. 有→利用者数(実人数)：( )人、延べ訪問回数：( )回
③②のうち、平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に、看護職員(保健師、助産師、看護師又は准看護師)が看護補助者と同時に訪問した利用者はいましたか。	
平成23年9月	1. 無 2. 有→利用者数(実人数)：( )人、延べ訪問回数：( )回
平成24年9月	1. 無 2. 有→利用者数(実人数)：( )人、延べ訪問回数：( )回
④平成24年9月に該当利用者がいた場合、その目的 ※複数回答可	1. 保清 2. 体位保持・体位変換 3. 物品等の準備や片づけ 4. 服薬管理や点滴の見守り 5. 迷惑行為等があったときの連絡や防衛 6. その他(具体的に )
⑤平成24年9月に該当利用者がいた場合、看護補助者との同時訪問による効果 ※複数回答可	1. 利用者の安全・安楽が確保できた 2. ケアの充実・追加ができた 3. 家族介護者の休養・休息が確保できた 4. 滞在時間の短縮ができた 5. 看護職員(保健師、助産師、看護師又は准看護師)の負担軽減ができた 6. その他(具体的に )





※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑮貴事業所では、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者のうち、平成24年9月の1か月間に <b>複数名の職員</b> （保健師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者）が同時に訪問を行った利用者はいましたか。保健師又は看護師の他に同行した職員の職種別にその加算回数をお書きください。				
保健師、看護師	作業療法士	准看護師	精神保健福祉士	看護補助者
回	回	回	回	回
⑯精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者のうち、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算の算定回数（平成24年9月の1か月間）			夜間・早朝訪問看護加算	深夜訪問看護加算
			回	回
⑰精神科緊急訪問看護加算の算定回数（平成24年9月の1か月間）			( ) 回	
⑱精神科特別訪問看護指示書の交付件数（平成24年9月の1か月間）			( ) 件	
⑲上記⑱の交付の理由について、具体的にお書きください。				
⑳平成24年9月の1か月間の利用者のうち、1か月に13日以上訪問した利用者数				人

7. 医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況についてお伺いします。

(1) 複数事業所による訪問看護療養費の算定についてお伺いします。

	平成23年9月	平成24年9月
①平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に <b>貴事業所を含めた複数の訪問看護ステーション</b> から訪問看護を実施した利用者数をお書きください。	人	人
②上記①の利用者に対して複数事業所からの訪問看護を実施することになった理由をお答えください。※複数回答可		
1. 利用者に頻回な訪問看護が必要で、1つの事業所のみでは対応できない 2. 各訪問看護ステーションの専門性が異なる 3. 利用者数が多く、事業所として受入可能な範囲を超えている 4. その他（具体的に )		
③ <b>複数事業所でのサービスの提供</b> が有効と考えられるケースにはどのようなものがありますか。利用者の状態と有効と思われる連携方法などご自由にお書きください。		

(2) 貴事業所の他の医療機関との連携についてお伺いします。

①平成24年9月の1か月間に訪問看護指示書を交付した医療機関数について、医療機関種別ごとに、お書きください(医療保険の利用者のみ)。				
	在宅療養支援診療所	その他の診療所	在宅療養支援病院	その他の病院
指示を受けた医療機関数	か所	か所	か所	か所
②報酬改定前に比べて、医療機関との協力関係は強化されましたか。		1. 強くなった 2. 変わらない 3. 弱くなった (理由)		
③医療機関との情報伝達手段としてもっとも多いのはどれですか。		1. 訪問 2. 電話 3. FAX 4. メール 5. その他 ( )		

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

④在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者 はいますか。利用者がある場合、人数をお書きください。	1. 有→利用者数：（ ）人 2. 無
⑤上記④のうち、週3回以上訪問している利用者 はいますか。	1. 有→利用者数：（ ）人 2. 無
⑥医療機関との連携について、課題と考えることがあれば、ご自由にお書きください。	

(3) 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携についてお伺いします。

①平成24年9月の1か月間で、要介護認定者のうち医療保険の訪問看護を利用している者であ って、 <b>併設以外</b> の居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの利用者数をお書きくだ さい。	( ) 人
②上記①の利用者を担当している介護支援専門員・地域包括支援センター職員は何人ですか。 実人数をお書きください。(1人の介護支援専門員が複数の利用者を担当している場合は、 1人と数えてください)	( ) 人
③上記②のうち、平成24年9月の1か月間に貴事業所が連絡をとった人数をお書きください。	( ) 人
④居宅介護支援事業所および地域包括支援センターからの相談内容で、多いのはどのような内容ですか。	

8. 貴事業所の収支についてお伺いします。

①貴事業所の経営管理は主に誰が行 っていますか。 ※〇は主な1つだけ	1. 事業所の管理者 2. 法人の管理者(1と異なる)で、看護職員 3. 法人の管理者(1と異なる)で、看護職員以外 4. その他(具体的に: )
②報酬改定前と比べて収支はどのよ うに変化しましたか。	1. プラスになった      2. ほぼ同じ 3. マイナスになった    4. 分からない
③上記となった理由について考えられることを記載してください。(複数回答可)	
1 利用者が増えたから 2 利用者が減ったから 3 診療報酬改定の影響である →具体的に( ) 4 介護報酬改定の影響である →具体的に( ) 5 事業所の職員体制が変化したから →具体的に( ) 6 その他 →具体的に( )	
④(上記②で1.プラスになった場合)今後の用途について教えてください。	
具体的に:	

9. 訪問看護を続けていく上での課題や経営上の課題、大規模化の予定とそれに向けた課題等をお書きください。

【大規模化について】

【経営上の問題】

【他の訪問看護ステーションとの連携について】

【人員の確保について】

【診療報酬の問題について】

【その他何でも】

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

12月12日までにご返送ください。



※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

1) 同一敷地内に併設施設・事業所がある場合：施設・事業所間での人事異動の有無 (平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月)	1. 有 2. 無
2) 同一敷地内に併設施設・事業所がある場合：研修共同開催の有無 (平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月)	1. 有 2. 無
⑤訪問看護の実施状況 ※複数回答可	1. 訪問看護 (医療保険) 2. 訪問看護 (介護保険) 3. 精神科訪問看護 4. 実施していない

※医療保険の訪問看護を実施していない場合は以下の質問の回答は不要です。同封の返信用封筒に入れて返送してください。ご協力ありがとうございました。

2. 貴施設における訪問看護の実施状況についてお伺いします。

①訪問看護を開始した時期		西暦 ( ) 年 ( ) 月						
②平成 23 年 9 月 30 日と平成 24 年 9 月 30 日時点の訪問看護に携わる職員数を常勤換算*でお答えください。								
	1) 保健師・助産師・看護師	2) 1)のうち緩和ケアまたは褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師	3) 准看護師	4) 看護補助者	5) その他			
平成 23 年 9 月	.	.	.	.	.			
平成 24 年 9 月	.	.	.	.	.			
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。(小数点以下第 1 位まで)								
■1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)								
■1 か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)								
③平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月の間に、同一開設者の訪問看護事業所 (新設・既存) への職員の異動はありましたか。								
1. 新設事業所への異動があった		2. 既存事業所への異動があった						
3. 特に異動はなかった		4. 同一開設者は他に訪問看護事業所を有していない						
④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。								
	1) 利用者数 (人数) : 医療保険と介護保険の合計	2) 左記 1)のうち医療保険の利用者数 (人数)	3) 左記 2)のうち医療保険と介護保険の両方を使った利用者数 (人数)	4) 訪問回数 (回数) : 医療保険と介護保険の合計	5) 左記 4)のうち医療保険の訪問回数 (回数)			
平成 23 年 9 月	人	人		回	回			
平成 24 年 9 月	人	人	人	回	回			
⑤上記④の平成 24 年 9 月の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表 7 (厚生労働大臣の定める疾病等) に該当する人数					人			
1) 上記⑤のうち、要介護認定者					人			
⑥上記④の平成 24 年 9 月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数			医療	人	介護			
⑦平成 24 年 9 月の 1 か月間の医療保険の利用者のうち、新規の利用者数					人			
⑧平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者について、年齢別の人数をお書きください。								
	1 歳未満	1 歳以上 3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
上記のうち、介護保険も利用している人 (平成 24 年 9 月)						人	人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑨前記⑧の医療保険の利用者のうち、15歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児の人数をお書きください。						
	1) 超重症児 (運動機能が座位までで、 判定スコアが25点以上)	2) 準超重症児 (運動機能が座位までで、 判定スコアが10点以上25点未満)	3) その他			
平成23年9月	人	人	人			
平成24年9月	人	人	人			
⑩平成23年9月と平成24年9月の各1か月間の利用者のうち、40歳以上の利用者について、要介護度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を1度も利用していない利用者としてください。						
	要支援1・2	要介護 1・2・3	要介護4	要介護5	介護保険 対象外	申請中・自立・ 未申請
平成23年9月 (医療)	人	人	人	人	人	人
平成24年9月 (医療)	人	人	人	人	人	人
平成24年9月 (介護)	人	人	人	人		人
⑪平成24年9月の1か月間の利用者のうち、要介護者について、日常生活自立度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を1度も利用していない利用者としてください。						
	J(自立)	A(室内自立)	B(床上自立)	C(寝たきり)		
平成24年9月(医療)	人	人	人	人		
平成24年9月(介護)	人	人	人	人		
⑫平成24年9月の1か月間の65歳以上の要介護の利用者について、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の区分別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。なお、介護保険は、医療保険を1度も利用していない利用者としてください。						
	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M		
平成24年9月(医療)	人	人	人	人		
平成24年9月(介護)	人	人	人	人		
⑬平成23年9月と平成24年9月の各1か月間の医療保険の利用者のうち、褥瘡について、NPUAP分類またはDESIGN分類で状態を確認している利用者数、および真皮を超える褥瘡(それぞれグレードⅢ以上・D3以上)の利用者数をお書きください。						
	NPUAP分類で確認		DESIGN分類で確認			
	うち、グレードⅢ以上		うち、D3以上			
平成23年9月(医療)	人	人	人	人		
平成24年9月(医療)	人	人	人	人		
⑭平成24年9月の1か月間の医療保険の利用者における、長時間訪問看護の実施状況についてお伺いします。						
	1) 90分を超える長時間 の訪問看護を実施した 利用者数	2) 1)のうち2時間以上 の訪問看護を実施した 利用者数	3) 1)のうち、「長時間 訪問看護加算」を算定 した利用者数	4) 3)のうち、 15歳未満の超重症児・ 準超重症児数		
	平成24年9月	人	人	人	人	
5) 平成24年9月の1か月間の医療保険の利用者において、90分以上の訪問看護を行ったにもかかわらず、「長時間訪問看護・指導加算」を算定できなかった利用者がある場合、その疾患や状態等の具体的な状況を教えてください。						

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

⑮平成24年9月の1か月間の医療保険の利用者のうち、1か月に13日以上訪問した利用者について、訪問日数別に人数をお書きください					
合計	13～15日	16～20日	21～25日	26日以上	
人	人	人	人	人	
⑯平成24年9月の1か月間の医療保険の利用者のうち、たんの吸引が行われている利用者についてお伺いします。					
1) 介護職員によってたんの吸引が行われている利用者の有無とその人数をお答えください。		1. 有→利用者数：( ) 人 2. 無			
2) 介護職員に対して、たんの吸引等についての手技の確認等を主なを目的に実施した「在宅患者訪問看護・指導料」の算定の有無、算定回数、訪問先での平均滞在時間をお答えください。		1. 有→算定回数：延べ( ) 回 →平均滞在時間：( ) 分 2. 無			
⑰「在宅移行管理加算」を算定した利用者数と、うち週4日以上訪問した週がある利用者数をお書きください。					
1) 「在宅移行管理加算」算定利用者数 (平成23年9月)	2) 「在宅移行管理加算」算定利用者数 (平成24年9月)	3) (うち) 週4日以上訪問した週がある利用者数			
人	人	人			
⑱厚生労働大臣の定める疾病等(別表7)や特別な管理(別表8)に該当する利用者以外で、週4日以上訪問する必要がある利用者はいますか。いる場合は、どのような利用者か、4日以上の訪問の必要性を具体的にお書きください。					
1. いない					
2. いる→(具体的に: ) 訪問する必要性: ( )					
⑲平成23年4月1日～9月30日までの半年間と、平成24年4月1日～9月30日までの半年間に亡くなった利用者数、「ターミナルケア加算」を算定した利用者、死亡場所が「在宅」であった利用者数、過去1年以内の入院履歴がない利用者数をお書きください。※「在宅」とは自宅及び医療機関以外の施設(特別養護老人ホーム等)を含みます。					
	1) 亡くなった利用者数	2) ターミナルケア加算算定利用者数	3) うち、在宅で死亡した利用者数	4) うち、過去1年以内の入院履歴がない利用者数	
平成23年4月～平成23年9月	人	人	人		
平成24年4月～平成24年9月	人	(A) 人	人	人	
⑳上記⑲の(A)欄に該当する利用者について、死亡前の1)直近の退院日と2)死亡日、3)最後の訪問日、4)最後から2番目の訪問日、5)死亡場所をご記入ください。6人以上該当者がいる場合は、死亡日が最近の方から5人までお書きください。					
	1) 直近の退院日	2) 死亡日	3) 最後の訪問日	4) 最後から2番目の訪問日	5) 死亡場所
1	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
2	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
3	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
4	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
5	1.平成( )年( )月( )日 2.入院経験なし・不明	( )月 ( )日	( )月 ( )日	( )月 ( )日	1. 自宅 2. 医療機関 3. その他
㉑平成24年9月の1か月間に、貴院の専門性の高い看護師が、他の訪問看護ステーション等の訪問看護師と利用者宅を同一日に訪問した件数をお書きください。				件	



※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

3. 入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護の実施状況についてお伺いします。

(1) 入院中の外泊日の訪問看護についてお伺いします。

①入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無とその対象実人数（各半年間）	平成 23 年 4 月～ 平成 23 年 9 月	1. 有（ ）人 2. 無
	平成 24 年 4 月～ 平成 24 年 9 月	1. 有（ ）人 2. 無
②【上記①で平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までに実績がある場合】 上記①について診療報酬の請求はありましたか。また、診療報酬請求があった場合、期間中の算定件数をお書きください。		1. 有（ ）件 2. 無

(2) 平成 24 年 4 月～9 月の新規利用者のうち、退院後訪問看護を利用し始めた人についてお伺いします。

①退院後 2 週間以内の利用開始者数	人
1) 上記①のうち、退院後 30 日以内に、再入院した利用者数	人
2) 上記①のうち、1 週間に訪問看護が頻回（4 回以上）に必要であるという指示が出た人	人
上記 2) のうち、要介護認定者数	人
3) 上記①のうち、1 週間に 4 日以上訪問した利用者数	人
上記 3) のうち、要介護認定者数	人

(3) （利用者の詳細）平成 24 年 4 月～9 月に、退院直後、1 週間に訪問看護が頻回（4 回以上）に必要であるという指示が出た要介護認定者（申請中も含む）がいれば、直近の 1 名について、状態を教えてください。

①年齢	( ) 歳			
②要介護度 ※○は 1 つだけ	1. 要支援 1	2. 要支援 2	3. 要介護 1	4. 要介護 2
	5. 要介護 3	6. 要介護 4	7. 要介護 5	8. 申請中
③主な疾病 ※○は 1 つだけ	1. 脳血管疾患	2. 循環器疾患	3. 悪性新生物	4. 糖尿病
	5. 神経難病	6. その他神経系の疾患	7. 精神系の疾患	8. 認知症
	9. 骨折・筋骨格系	10. 呼吸器系疾患	11. その他（具体的に )	
④利用者の状態等 ※複数回答可	1. ターミナル期※	2. 真皮を越える褥瘡	3. 気管カニューレを使用	
	4. 家族への医療処置の指導	5. 状態変化（急変時）	6. その他（具体的に )	
	※「ターミナル期」とは、医師が余命約 6 か月以内と判断した場合を指します。			
⑤入院前の貴院からの訪問看護の有無	1. 有→頻度：週 ( ) 回程度		2. 無	
⑥入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無	1. 有		2. 無	
⑦入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無	1. 有		2. 無	
⑧入院中の病院・診療所への訪問の有無	1. 有		2. 無	
⑨退院当日の訪問の有無	1. 有		2. 無	
⑩退院後 2 週間以内の訪問回数（退院当日の訪問は除く）	( ) 回/1 週目		( ) 回/2 週目	
⑪退院後 30 日以内の再入院の有無	1. 14 日以内に入院した		2. 15 日～30 日以内に入院した	
	3. 30 日以内の再入院はなかった			

4. 夜間や緊急時の対応についてお伺いします。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の 1 か月間において、早朝・夜間・深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施している利用者はいますか。該当の利用者がいる場合、その利用者数と延べ訪問回数、利用料を徴収した利用者数（平成 23 年 9 月）、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数(平成 24 年 9 月)をお書きください。					
平成 23 年 9 月	1. 無 2. 有→利用者数：( ) 人、延べ訪問回数：( ) 回 →うち、利用料を徴収した利用者数：( ) 人				
平成 24 年 9 月	1. 無 2. 有→利用者数：( ) 人、延べ訪問回数：( ) 回 →うち、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数：( ) 人				
②上記①の平成 24 年 9 月において実績がある場合、訪問が必要な理由を教えてください。 ※複数回答可	1. たんの吸引 2. 人工呼吸器等の医療機器の管理 3. インシュリン注射 4. 点滴 5. 服薬介助（含点眼・点鼻・軟膏） 6. 浣腸・排便 7. その他のADL支援 8. その他（具体的に )				
③利用者に早朝、夜間、深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施しているにも関わらず、夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算の算定ができなかったケースがある場合、その理由は何か、教えてください。					
④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、訪問看護師が加算算定の有無に関わらず、緊急訪問を行った回数をお書きください。					
	早朝 (6 時～8 時)	日中 平日 休日		夜間 (18 時～22 時)	深夜 (22 時～6 時)
平成 23 年 9 月	回	回	回	回	回
平成 24 年 9 月	回	回	回	回	回

5. 専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問についてお伺いします。

①以下の利用者に対して、他施設・事業所の専門性の高い看護師 <sup>※注1</sup> による同一日訪問を実施しましたか。該当の利用者数（実人数）、平成 24 年 9 月の 1 か月間の訪問回数をお書きください。（※注 1：専門性の高い看護師とは、5 年以上褥瘡ケア又は緩和ケアの看護に従事した経験を有し、それぞれ 6 か月以上の適切な専門研修を修了した者）	
1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者はいますか。	1. いる→利用者数：( ) 人 2. いない→質問 2) へ
1) -1（該当の利用者がいる場合）他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。	1. 有→利用者数：( ) 人、延べ訪問回数：( ) 回 2. 無→質問 1) -3 へ
1) -2（上記 1) -1 で訪問がある場合）具体的な効果があれば、教えてください。	1. 痛みが緩和された 2. 利用者・家族が納得してケアを受けることができた 3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった 4. その他 ( )

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

<p>1) -3 (上記 1) -1 で訪問がない場合) 理由を教えてください。 ※主なもの1つに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから</li> <li>2. 専門性の高い看護師が当院にいるから</li> <li>3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから</li> <li>4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから</li> <li>5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから</li> <li>6. 利用者の経済的負担 (自己負担) が増えるから</li> <li>7. 利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから</li> <li>8. 医療事故が発生した際の利用者への責任の所在について不明確であるから</li> <li>9. その他 (具体的に )</li> </ol>
<p>2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の利用者はいますか。</p>	<p>1. いる→利用者数 : ( ) 人    2. いない→質問 3) へ</p>
<p>2) -1 (該当の利用者がいる場合) 他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有→利用者数 : ( ) 人、延べ訪問回数 : ( ) 回</li> <li>2. 無→質問 2) -3 へ</li> </ol>
<p>2) -2 (上記 2) -1 で訪問がある場合) 具体的な効果があれば、教えてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 褥瘡の治癒が促進した</li> <li>2. 利用者・家族が納得してケアを受けることができた</li> <li>3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった</li> <li>4. その他 ( )</li> </ol>
<p>2) -3 (上記 2) -1 で訪問がない場合) 理由を教えてください。 ※主なもの1つに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから</li> <li>2. 専門性の高い看護師が当院にいるから</li> <li>3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから</li> <li>4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから</li> <li>5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから</li> <li>6. 利用者の経済的負担 (自己負担) が増えるから</li> <li>7. 利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから</li> <li>8. 医療事故が発生した際の利用者への責任の所在について不明確であるから</li> <li>9. その他 (具体的に )</li> </ol>
<p>3) 緩和ケアや褥瘡ケア以外で、専門性の高い看護師との同一日訪問ができればよいと思われるケースがあれば、教えてください。</p>	<p>具体的に :</p>
<p>②貴施設では、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、「複数名訪問看護加算」の算定ができる<b>複数名の職員</b> (保健師、助産師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者) が同時に訪問を行った利用者はいましたか。</p>	
<p>平成 23 年 9 月</p>	<p>1. 無    2. 有→利用者数 (実人数) : ( ) 人、延べ訪問回数 : ( ) 回</p>
<p>平成 24 年 9 月</p>	<p>1. 無    2. 有→利用者数 (実人数) : ( ) 人、延べ訪問回数 : ( ) 回</p>
<p>③平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、看護職員 (保健師、助産師、看護師又は准看護師) が看護補助者と同時に訪問した利用者はいましたか。</p>	
<p>平成 23 年 9 月</p>	<p>1. 無    2. 有→利用者数 (実人数) : ( ) 人、延べ訪問回数 : ( ) 回</p>
<p>平成 24 年 9 月</p>	<p>1. 無    2. 有→利用者数 (実人数) : ( ) 人、延べ訪問回数 : ( ) 回</p>

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

④平成24年9月に該当利用者がいた場合、その目的 ※複数回答可	1. 保清 2. 体位保持・体位変換 3. 物品等の準備や片づけ 4. 服薬管理や点滴の見守り 5. 迷惑行為等があったときの連絡や防御 6. その他（具体的に )
⑤平成24年9月に該当利用者がいた場合、看護補助者との同時訪問による効果 ※複数回答可	1. 利用者の安全・安楽が確保できた 2. ケアの充実・追加ができた 3. 家族介護者の休養・休息が確保できた 4. 滞在時間の短縮ができた 5. 看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）の負担軽減ができた 6. その他（具体的に )

6. 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携についてお伺いします。

①平成24年9月の1か月間で、要介護認定者のうち医療保険の訪問看護を利用している者であって、 <b>併設以外</b> の居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの利用者数をお書きください。	( ) 人
②上記①の利用者を担当している介護支援専門員・地域包括支援センター職員数は何人ですか。実人数をお書きください。（1人の介護支援専門員が複数の利用者を担当している場合は、1人と数えてください。）	( ) 人
③上記②のうち、平成24年9月の1か月間に貴施設が連絡をとった人数をお書きください。	( ) 人
④居宅介護支援事業所および地域包括支援センターからの相談内容で、多いのはどのような内容ですか。	

7. 訪問看護を続けていく上での課題や経営上の課題等をお書きください。

【大規模化について】

【経営上の問題】

【訪問看護ステーションとの連携について】

【人員の確保について】

【診療報酬の問題について】

【その他何でも】

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。12月12日までにご返送ください。



※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑧訪問看護の実施状況 ※複数回答可	1. 訪問看護（医療保険） 2. 訪問看護（介護保険） 3. 精神科訪問看護 4. 精神科訪問看護（医療観察法） 5. その他（具体的に：_____）
----------------------	--

※精神科訪問看護を実施していない場合は以下の質問の回答は不要です。同封の返信用封筒に入れて返送してください。ご協力ありがとうございました。

2. 貴施設における訪問看護の実施状況についてお伺いします。

①精神科訪問看護を開始した時期		西暦（_____）年（_____）月			
②精神科訪問看護に携わる職員数を常勤換算*でお答えください。 ※平成23年9月30日（H23）及び平成24年9月30日（H24）時点の状況					
	保健師・看護師	准看護師	作業療法士	精神保健福祉士	看護補助者
H23	_____	_____	_____	_____	_____
H24	_____	_____	_____	_____	_____
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで） ■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間） ■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）					
③平成23年10月～平成24年9月の間に、同一開設者の訪問看護事業所（新設・既存）への職員の異動はありましたか。					
1. 新設事業所への異動があった		2. 既存事業所への異動があった			
3. 特に異動はなかった		4. 同一開設者は他に訪問看護事業所を有していない			
④精神科訪問看護部門の管理者は、貴施設において勤続何年目ですか。		（_____）年目			

3. 貴施設での精神科訪問看護以外の訪問看護（介護保険も含む）の利用者数、訪問回数についてお伺いします。

①平成23年9月と平成24年9月の各1か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。					
	1) 利用者数（人数）： 医療保険と介護保険の合計	2) 左記1)のうち 医療保険の利用者数（人数）	3) 左記2)のうち 医療保険と介護保険の両方を使った利用者数（人数）	4) 訪問回数（回数）： 医療保険と介護保険の合計	5) 左記4)のうち 医療保険の訪問回数（回数）
平成23年9月	_____人	_____人	_____人	_____回	_____回
平成24年9月	_____人	_____人	_____人	_____回	_____回
②上記①の平成24年9月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数		医療	_____人	介護	_____人

4. 精神科訪問看護について、利用者の人数、訪問回数等をお答えください。

①平成24年9月の1か月間の利用者のうち、新規の利用者数		（_____）人										
②平成24年9月の1か月間の、精神科訪問看護の利用者について、疾患別・年齢別・精神障害者保健福祉手帳の級別利用者数をお書きください。 ※疾患別人数は、1名の利用者に複数の疾患がある場合は、主傷病名に基づきお書きください。												
	40歳未満（人）				40歳以上65歳未満（人）				65歳以上（人）			
	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明	1級	2級	3級	なし・不明
統合失調症												
気分障害												
認知症												
その他												

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

③上記②の合計のうち、定期的に通院している人数（精神科以外への通院も含む）		( ) 人		
④上記②の合計のうち、家族に対し、訪問看護を実施したことがある利用者数 （平成 24 年 9 月の 1 か月間）		( ) 人		
⑤上記②の合計のうち、退院後 3 か月以内の期間の利用者数		( ) 人		
⑥平成 23 年 9 月の 1 か月間の精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数		( ) 回		
		30 分未満	30 分以上	合計
⑦平成 24 年 9 月の 1 か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定回数	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	回	回	回
	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）	回	回	回
⑧精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）（障害者施設への訪問）（平成 24 年 9 月の 1 か月間）について、1) 施設への訪問延べ日数、2) 対象としている利用者総数（対象人員）、3) 算定回数（合計）をお書きください。				
1) 施設への訪問延べ日数	2) 対象人員	3) 算定回数（合計）		
日	人	回		
⑨長時間精神科訪問看護加算（1 回につき 520 点）の算定回数（平成 24 年 9 月の 1 か月間）				( ) 回
⑩貴院では、精神科訪問看護・指導料を算定している利用者のうち、平成 24 年 9 月の 1 か月間に <u>複数名の職員</u> （保健師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者）が同時に訪問を行った利用者はいましたか。保健師又は看護師の他に同行した職員の職種別にその加算回数をお書きください。				
保健師、看護師	作業療法士	准看護師	精神保健福祉士	看護補助者
回	回	回	回	回
⑪精神科訪問看護・指導料を算定している利用者のうち、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算の算定回数 （平成 24 年 9 月の 1 か月間）		夜間・早朝訪問看護加算	深夜訪問看護加算	
		回	回	
⑫精神科緊急訪問看護加算の算定回数（平成 24 年 9 月の 1 か月間）		( ) 回		
⑬1 週間に訪問看護が頻回（4 回以上）に必要であるという指示がでた件数（平成 24 年 9 月の 1 か月間）		( ) 件		
⑭⑬の指示が出た理由について、具体的にお書きください。				
⑮平成 24 年 9 月の 1 か月間の医療保険の利用者のうち、1 か月に 13 日以上訪問した利用者について、訪問日数別に人数をお書きください				
合計	13～15 日	16～20 日	21～25 日	26 日以上
人	人	人	人	人
⑯精神科訪問看護・指導料は介護保険被保険者には、末期の悪性腫瘍等の利用者及び急性増悪等により一時的に頻回な訪問看護が必要である利用者に限るが、それ以外に精神科訪問看護が必要な対象者がいる場合、具体的にお書きください。				





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)  
**訪問看護の利用状況や効果等についての調査 調査票**

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、訪問看護の利用状況やお考えについておうかがいする  
 ものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数字、  
 ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。  
 この調査票のご回答者は、利用者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- |                      |
|----------------------|
| 1. 利用者ご本人もしくは家族の方の代筆 |
| 2. ご家族の方(具体的に )      |
| 3. その他(具体的に )        |

1. 利用者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性                      2. 女性	② 年齢	(                      ) 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる    2. いない		
③-1 : ③で1の場合: 日中も同居のご家族はいらっしゃいますか。	1. いる    2. いない		
③-2 : ③で2の場合: 別居で、介護をしてくれるご家族・親戚等 はいらっしゃいますか。	1. いる    2. いない		
④ お住まいの状況	1. 一戸建て 2. 集合住宅(マンション・アパート等) 3. サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム 4. その他(                      )		
⑤ 要介護度	1. なし(非該当・未申請)    2. 要支援1                      3. 要支援2 4. 要介護1                      5. 要介護2                      6. 要介護3 7. 要介護4                      8. 要介護5                      9. 申請中		
⑥ 訪問看護以外に、 利用している 医療・介護サービス (複数回答可)	1. 訪問診療・往診                      2. 外来受診 3. 歯科の訪問診療                      4. 薬剤師の訪問 5. デイケア                                  6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護                      8. 訪問リハビリテーション 9. 通所介護                                  10. 通所リハビリテーション 11. ショートステイ                      12. 福祉用具貸与 13. その他(                      )		
【訪問診療・往診を利用し ている場合】 ⑥-1 医師は、どのくらい の頻度で自宅に来てく れますか。	1. 1週間に2、3度                      2. 1週間に1度 3. 1か月に2、3度                      4. 1か月に1度 5. 2～3か月に1度                      6. 決まっていない 7. わからない                              8. その他(具体的に                      )		



④-4 退院後、訪問看護師が来るまでの期間はよかったですか。

※〇は1つだけ

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. ちょうどよかった→質問⑤へ | 2. もっと早く来て欲しかった       |
| 3. 早すぎた→質問⑤へ     | 4. わからない・どちらでもない→質問⑤へ |

④-5 【外泊日または退院当日に訪問看護を受けた場合のみお伺いします】

外泊日または退院当日に訪問看護を受けて、在宅療養生活に向けて、どのように思いましたか。※〇は1つだけ

- |           |               |           |
|-----------|---------------|-----------|
| 1. 自信がついた | 2. 課題がわかった    | 3. 不安になった |
| 4. わからない  | 5. その他（具体的に ) |           |

⑤ ここ1か月の間に訪問看護師はどのくらいの頻度で来ましたか。 ※〇は1つだけ

- |               |               |            |
|---------------|---------------|------------|
| 1. 毎日         | 2. 1週間に2、3度   | 3. 1週間に1度  |
| 4. 1か月に2、3度   | 5. 1か月に1度     | 6. 決まっていない |
| 7. わからない・わすれた | 8. その他（具体的に ) |            |

⑥ 訪問看護師が自宅に来るときは、何名で来ますか。 ※〇は1つだけ

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 1. いつも複数名で来る | 2. 複数名で来ることがある |
| 3. いつも1人で来る  | 4. 決まっていない     |

⑦ 自宅に来る訪問看護師の訪問頻度はどう思いますか。 ※〇は1つだけ

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1. もっと多く来て欲しい | 2. ちょうどよい        |
| 3. もっと少なくてよい  | 4. わからない・どちらでもない |

⑧ 自宅に来る訪問看護師の対応に満足していますか。 ※〇は1つだけ

- |               |              |                       |
|---------------|--------------|-----------------------|
| 1. とても満足→質問⑨へ | 2. やや満足→質問⑨へ |                       |
| 3. やや不満       | 4. とても不満     | 5. わからない・どちらでもない→質問⑨へ |

⑧-1 ↓ ↓  
どのような点がご不満でしょうか。具体的な理由を教えてください。

⑨ 早朝・夜間・深夜（午前8時以前または午後8時以降）に訪問看護を利用したことはありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |             |
|-------|-------------|
| 1. はい | 2. いいえ→質問⑩へ |
|-------|-------------|

→ ⑨-1 昨年も早朝・夜間・深夜（午前8時以前または午後8時以降）に訪問看護を利用したことはありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |             |
|-------|-------------|
| 1. はい | 2. いいえ→質問⑩へ |
|-------|-------------|

⑨-2 【⑨-1で「1. はい」を選んだ場合のみお伺いします】早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用料金の自己負担額は、昨年と比べてどう変化しましたか。※○は1つだけ

1. 高くなった      2. 安くなった      3. 変わらない

⑩ 夜間や休日に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように訪問看護師から言われていますか。 ※○は1つだけ

1. 訪問診療の医師      2. 訪問看護師      3. ケアマネジャー  
5. 救急車（119番）      6. その他（具体的に      ）  
7. 特に訪問看護師から言われたことはない

⑪ 夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅に来てくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. 連絡したことがある      2. 連絡したことはない      3. わからない・わすれた

→ ⑪-1 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○はいくつでも

1. 電話で状況を伝えるとすぐに来てくれた  
2. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した  
3. 電話で相談にのってくれ、翌朝に来てくれた  
4. わからない・わすれた  
5. その他（具体的に      ）

⑫ 訪問看護に求めることは何ですか。上位3つまで選んでください※○は3つまで

1. 24時間対応してくれる。      2. 病状が重くなっても対応してくれる。  
3. 頻回な訪問でも対応してもらえる。      4. 必要に応じ複数名で訪問してもらえる。  
5. 入退院時に病院と連絡調整してくれる。      6. 訪問看護ステーションが家の近くにある。  
7. いつも決まった看護師が対応してくれる。      8. その他（具体的に      ）

⑬ 在宅で医療を受けることはどう思いますか。 ※○はいくつでも

1. 在宅では不安であり、本当は病院に入院して医療を受けたい  
2. 在宅では家族の負担が大きく、本当は介護施設などに入所したい  
3. 在宅で医療を受けることにより、住み慣れた環境で生活を続けられるのでよい  
4. 在宅で医療を受けることにより、安心感が得られる  
5. わからない・どちらともいえない

⑭ 訪問看護サービスについてご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。12月21日までにご返送ください。

利用者ID

※この「利用者票（施設・事業所記入分）」は、医療関係者の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

① 性別	1. 男性      2. 女性	② 年齢	(      ) 歳		
③ 在宅移行前の入院・入所場所	0. 特に入院・入所はしていない（→④へ進んでください） 1. 病院（一般病床）      2. 病院（療養病床） 3. 病院（その他）      4. 診療所 5. 介護老人保健施設      6. 介護老人福祉施設 7. その他（      ）				
直近の退院・退所日	平成（      ）年（      ）月（      ）日				
④ （15歳未満の方）NICUの入院経験の有無	1. 有      2. 無				
⑤ （15歳未満の方）超重症児・準超重症児スコア	1. 超重症児      2. 準超重症児      3. その他				
⑥ 要介護度	訪問看護開始時	0. なし      1. 要支援1・2      2. 要介護1      3. 要介護2 4. 要介護3      5. 要介護4      6. 要介護5      7. 申請中			
	直近	0. なし      1. 要支援1・2      2. 要介護1      3. 要介護2 4. 要介護3      5. 要介護4      6. 要介護5      7. 申請中			
⑦ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	訪問看護開始時	1. J    2. A    3. B    4. C			
	直近	1. J    2. A    3. B    4. C			
⑧ 認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立      1. I      2. II 3. III      4. IV      5. M				
⑨ 障害者手帳などの種類 （複数回答可）	1. 身体障害者手帳（      ）級 2. 療育手帳（      ）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（      ）級 4. 申請中    5. 手帳なし    6. わからない				
⑩ 現在在宅療養を続けている原因の病名 （指示書にある傷病名を転記ください） （複数回答可）	1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患 3. 悪性新生物      4. 糖尿病 5. 精神系の疾患      6. 神経難病 7. その他の神経系の疾患    8. 呼吸器系の疾患 9. 骨折・筋骨格系      10. 認知症 11. その他（具体的に      ）				
⑪ 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）	1. 有      2. 無				
⑫ 別表第八に掲げる特別な管理の有無	1. 有      2. 無				
⑬ ターミナル期かどうか （医師が余命6か月以内と判断）	1. ターミナル期である 2. ターミナル期ではない				

⑭ 褥瘡の状態	NPUAP 分類	0. なし 2. グレードⅡ 4. グレードⅣ 6. 確認していない	1. グレードⅠ 3. グレードⅢ 5. 判定不能	
	DESIGN分類:深さ	0. d0 4. D4	1. d1 5. D5	2. d2 6. U
⑮ 訪問看護が提供したケア内容（複数回答可）				
1. ターミナル期のケア 2. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. インシュリン注射 10. 点滴・中心静脈栄養・注射（9.以外） 11. 膀胱（留置）カテーテルの管理 12. 人工肛門・人工膀胱の管理 13. 人工呼吸器の管理 14. 気管切開の処置 15. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 16. がん末期の疼痛管理 17. 慢性疼痛の管理（16.以外） 18. リハビリテーション 19. 口腔ケア 20. 合併症予防ケア 21. 頻回の観察・アセスメント 22. 看護師による家族支援 23. 看護師による他サービスの連絡調整 24. その他（具体的に ）				
⑯ 貴事業所・施設でこの利用者に訪問看護を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月頃			
⑰ 訪問看護の種別	1. 訪問看護基本療養費 2. 在宅患者訪問看護・指導料 3. 精神科訪問看護基本療養費 4. 精神科訪問看護・指導料			
⑱ 訪問看護の加算等の状況 （平成24年11月） （複数回答可）	1. 特別管理加算・在宅移行管理加算 2. 複数名訪問看護加算 ⇒（a 看護師、リハビリ職 b 准看護師 c 看護補助者 d 精神保健福祉士） 3. 専門性の高い看護師による訪問⇒（a 緩和ケア b 褥瘡ケア） 4. 夜間・早朝訪問看護加算 5. 深夜訪問看護加算 6. 緊急訪問看護加算 7. 難病等複数回訪問加算 8. 長時間訪問看護加算 9. 乳幼児加算・幼児加算 10. 退院支援指導加算 11. 24時間対応体制加算・連絡体制加算 12. 退院時共同指導加算			
⑲ 貴事業所からの訪問日数（平成24年11月1か月間）	（ ）日			
うち、緊急訪問を行った日数	（ ）日			
⑳ 特別訪問看護指示書の交付の有無（平成24年11月）	1. 有 2. 無			