

## 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25年度調査)の結果について

平成26年6月25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25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の実施について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成25年度においては、以下の5項目について調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査(P2～)
- (2) 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査(P25～)
- (3) 後発医薬品の使用状況調査(P41～)
- (4) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況調査(P64～)
- (5) 維持期リハビリテーション及び廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査(P95～)

この特別調査は外部委託により実施し、実施に当たっては受託者、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」において、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(2)は平成25年11月1日に、(3)は11月13日に、(4)は11月22日に、(1)及び(5)は11月29日に、それぞれ開催した中医協総会で報告を行った。

今般、検証部会として調査報告書案の検討を行い、その結果を取りまとめたので以下に報告する。

## 2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査」の結果について

### (1) 調査の目的

平成 24 年度診療報酬改定では、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結びつく体制の整備、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価、看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価など多岐にわたる改定が行われた。この他、多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進についても評価が行われた。

本調査では、上記の改定の結果、病院勤務医の負担軽減や処遇改善が進んでいるか、また、医師・看護職員の負担軽減のための医師事務作業補助者・看護補助者の配置や役割分担、薬剤師の病棟配置が進んでいるか等を把握することを目的とした。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### ① 病院調査

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目（例：総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、医師事務作業補助体制加算等）を算定している病院、またはチーム医療に関する診療報酬項目（例：栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、病棟薬剤業務実施加算等）を算定している病院、薬剤管理指導料を算定している病院の中から無作為抽出した病院 1,000 施設（以下、「届出施設」）を調査対象とし、平成 25 年 8 月に調査票を配布。回答は郵送により回収。
- 全国の病院の中から無作為抽出した、上記のいずれにも該当しない病院 500 施設（以下、「未届出施設」）を調査対象とし、平成 25 年 8 月に調査票を配布。回答は郵送により回収。

#### ② 医師調査

- ①の対象施設のうち、内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、産科・産婦人科、救急部門を対象とし、各診療科につき診療科責任者（例：部長・医長・科長）1 名、医師経験年数 5 年未満の医師 1 名、5 年以上の医師 1 名（診療科責任者を除く）の計 3 名、1 施設につき最大 24 名を調査対象とし、対象施設を通じて調査票を配布。回答は各医師から郵送により直接回収。

#### ③ 看護職員調査

- ①の対象施設において、入院基本料を算定している各病棟（最大 4 病棟）について、看護職員責任者 1 名、同じ病棟に 2 年を超えて勤務している看護師を 1 病棟につき 2 名（看護職員責任者を除く）、1 施設につき最大 12 名を調査対象とし、平成 25 年 8 月に対象施設を通じて調査票を配布。回答は各看護職員から郵送により回収。

#### ④ 薬剤師病棟業務調査

- ①の対象施設の薬剤部責任者及び薬剤師を対象とし、平成 25 年 8 月に対象施設を通じて調査票を配布。回答は各薬剤師から郵送により回収。
- 「薬剤部責任者票」は 1 施設につき 1 件、「病棟票」は全病棟を調査対象とし、

平成 25 年 8 月に対象施設を通じて調査票を配布。回答は郵送により回収。

⑤ 診療所調査

- 時間外対応加算を算定している全国の一般診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設を調査対象とし、平成 25 年 8 月に調査票を配布。回答は郵送により回収。
- 時間外対応加算を算定していない全国の一般診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設を調査対象とし、平成 25 年 8 月に調査票を配布。回答は郵送により回収。

(3) 回収の状況

- |            |        |                       |
|------------|--------|-----------------------|
| ① 病院票      | 有効回答数： | 456 件 (有効回答率 30.4%)   |
| ② 医師責任者票   | 有効回答数： | 1,294 件               |
| ③ 医師票      | 有効回答数： | 1,911 件               |
| ④ 看護職員責任者票 | 有効回答数： | 1,194 件               |
| ⑤ 看護職員票    | 有効回答数： | 1,882 件               |
| ⑥ 薬剤部責任者票  | 有効回答数： | 428 件                 |
| ⑦ 病棟票      | 有効回答数： | 2,625 件               |
| ⑧ 診療所票     | 有効回答数： | 1,091 件 (有効回答率 54.6%) |

(4) 検証部会としての評価

平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、①勤務医の負担を軽減するためのさらなる取組への評価、②チーム医療推進の取組に対する評価、③薬剤師の病棟配置や病棟業務に対する評価、④診療所における時間外対応に対する評価の見直しなどが行われた。

本調査では、上記の改定の内容を踏まえ、実際に勤務医の負担軽減や医療の質の向上にどのような影響を与えたかを把握するために、これらに関連した加算等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、勤務医の負担軽減や処遇改善の状況、チーム医療の取組状況とその効果、薬剤師の病棟における業務時間及び業務内容の実態などについて検証を行った。

現行
① 総合入院体制加算
② 医師事務作業補助体制加算
③ ハイリスク分娩管理加算
④ 急性期看護補助体制加算
⑤ 栄養サポートチーム加算
⑥ 呼吸ケアチーム加算
⑦ 小児入院医療管理料 1 及び 2
⑧ 救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合



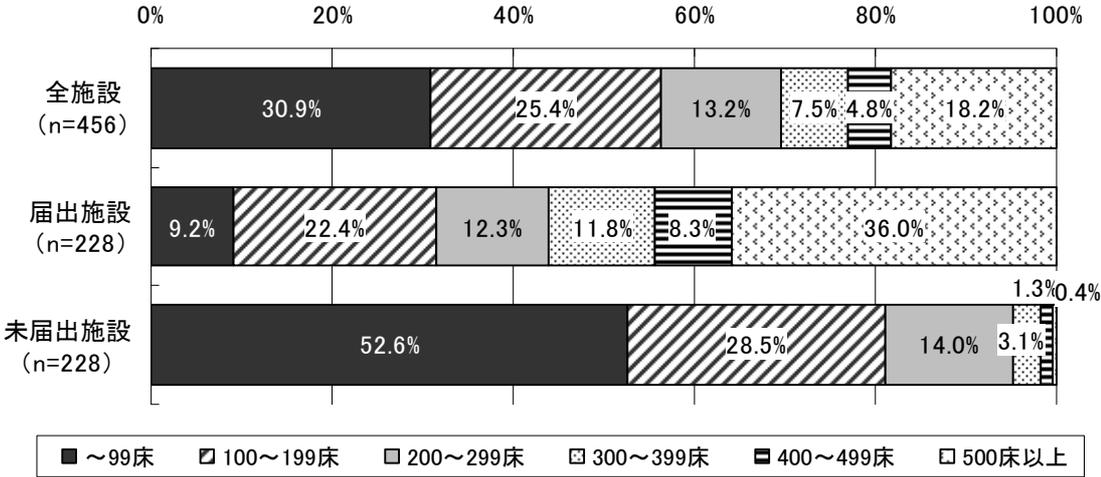
新たに追加
⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
⑩ 小児特定集中治療室管理料 (新) (1 日につき)
7 日以内 15,500 点
8~14 日以内 13,500 点
⑪ 精神科リエゾンチーム加算 (新) (週 1 回) 200 点
⑫ 病棟薬剤業務実施加算 (新) (週 1 回) 100 点



【看護補助者の夜間配置】	
(1日につき14日まで)	
○夜間50対1急性期看護補助体制加算	10点(新)
○夜間100対1急性期看護補助体制加算	5点(新)
【看護職員の夜間配置】	
(1日につき14日まで)	
○看護職員夜間配置加算	50点(新)

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善やチーム医療に関する施設基準を届け出ている病院(届出施設)の病床規模別施設数についてみると、「～99床」が9.2%、「100～199床」が22.4%、「200～299床」が12.3%、「300～399床」が11.8%、「400～499床」が8.3%、「500床以上」が36.0%であった。  
 一方、未届出施設では、「～99床」が52.6%、「100～199床」が28.5%、「200～299床」が14.0%、「300～399床」が3.1%、「400～499床」が1.3%、「500床以上」が0.4%であった。  
 未届出施設は200床未満が8割以上を占めており、届出施設と比較して特に「～99床」の割合が43.4ポイント高かった。

(P11、図表3 病床規模別施設数)



- 病床規模をみると、届出施設では平均 439.5 床、未届出施設では平均 124.1 床であり、届出施設と未届出施設では病床規模が大きく異なっている。

(P12、図表 4 病床規模)

(単位：床)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	456	281.8	290.9	166.0
届出施設	228	439.5	333.1	330.5
未届出施設	228	124.1	93.2	98.0

- 届出施設における看護師数をみると、平成 23 年 6 月は常勤 412.7 人、非常勤 14.7 人であったのが、平成 25 年 6 月には常勤 435.6 人、非常勤 15.6 人となっており、特に常勤が増加している。

また、看護補助者数は、平成 23 年 6 月が常勤 23.7 人、非常勤が 14.3 人であったのが、平成 25 年 6 月は常勤 25.0 人、非常勤 16.5 人となっており、常勤・非常勤ともに増加している。

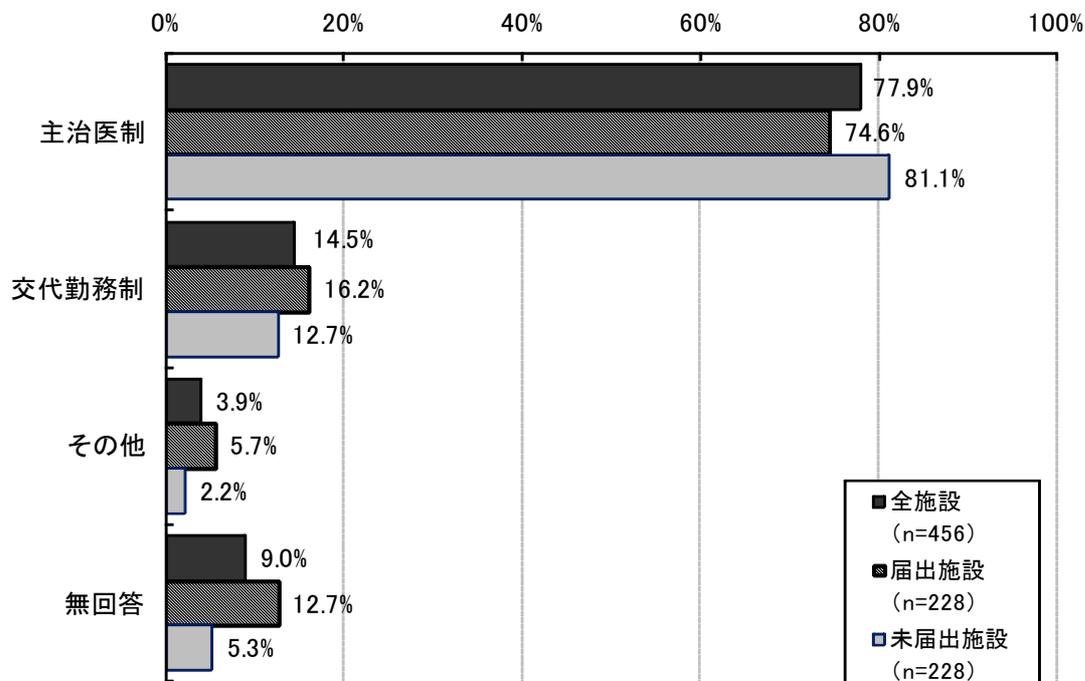
(P25、図表 23 1 施設あたり平均職員数<届出施設>)

(単位：人)

	平成 23 年 6 月		平成 25 年 6 月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師	153.9	40.8	154.3	44.9
歯科医師	10.0	3.7	10.0	4.2
看護師	412.7	14.7	435.6	15.6
(うち)保健師	8.7	0.1	11.5	0.0
(うち)助産師	16.3	0.3	17.6	0.5
【再掲】一般病棟勤務の看護師	280.2	3.9	292.1	4.0
准看護師	10.3	2.2	8.3	2.0
【再掲】一般病棟勤務の准看護師	3.3	0.5	3.4	0.5
【再掲】看護師・准看護師のうち、 短時間制職員制度利用者数	3.1	0.1	6.0	0.1
【再掲】看護師・准看護師のうち、 夜勤専従者数	4.9	0.3	5.5	0.2
看護補助者	23.7	14.3	25.0	16.5
薬剤師	22.7	0.8	25.3	1.2
【再掲】病棟専任(または担当)薬剤師	5.0	0.1	7.9	0.2
医師事務作業補助者	3.6	3.5	5.2	5.8
ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	3.8	0.4	4.6	0.3

- 医師の勤務形態についてみると、届出施設、未届出施設とも「主治医制」（届出施設 74.6%、未届出施設 81.1%）が最も多かった。「交代勤務制」は届出施設が 16.2%、未届出施設が 12.7%であった。

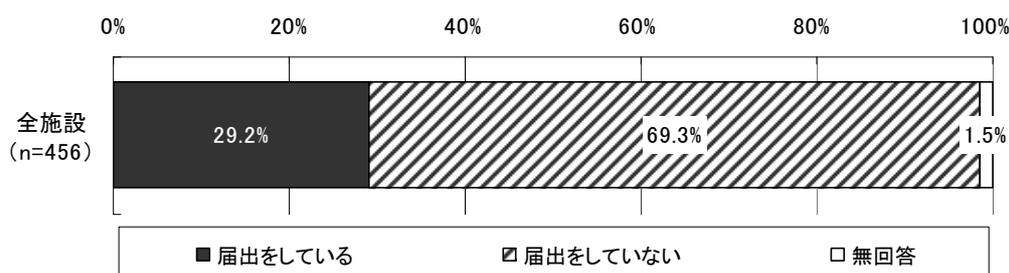
（P57、図表 107 医師の勤務形態（複数回答））



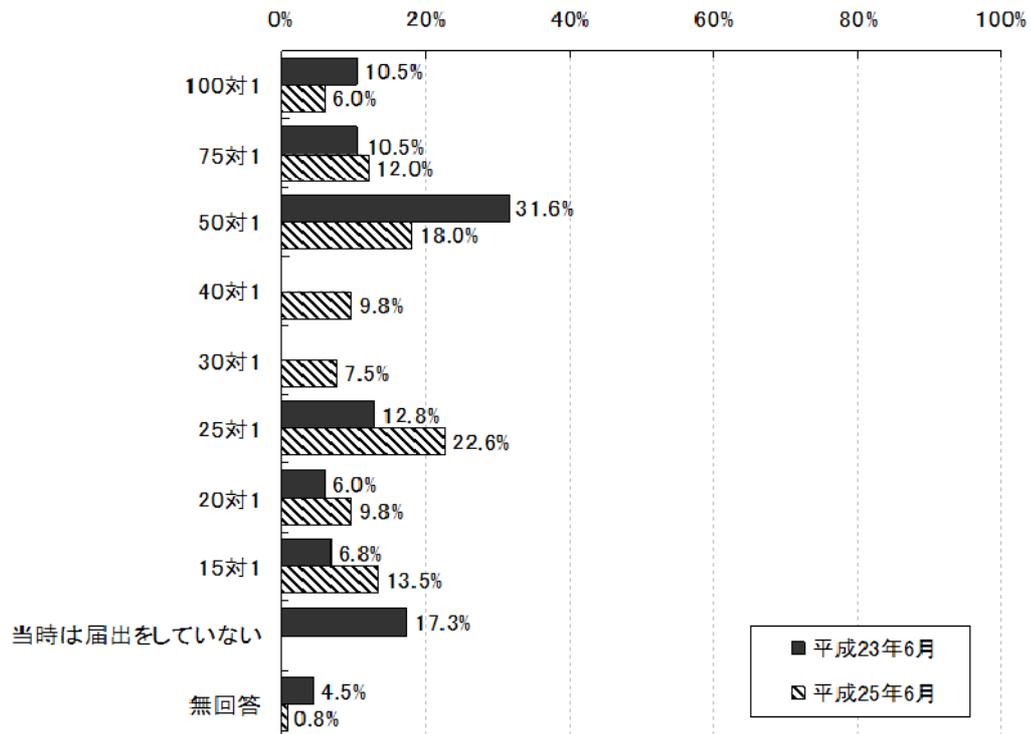
- 医師事務作業補助体制加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が 29.2%、「届出をしていない」が 69.3%であった。

また、「届出をしている」と回答した施設について、平成 23 年 6 月及び平成 25 年 6 月の届出状況をみると、「(平成 23 年 6 月) 当時は届出をしていない」が 17.3%であった。「100 対 1」は 10.5%から 6.5%に、「50 対 1」は 31.6%から 18.0%にそれぞれ減少した。一方、平成 25 年 6 月の届出状況をみると、平成 24 年度診療報酬改定で新設された「40 対 1」が 9.8%、「30 対 1」が 7.5%となった。また、「25 対 1」は 12.8%から 22.6%に、「20 対 1」は 6.0%から 9.8%に、「15 対 1」は 6.8%から 13.5%に、それぞれ増加した。

（P141、図表 197 医師事務作業補助体制加算の届出状況）

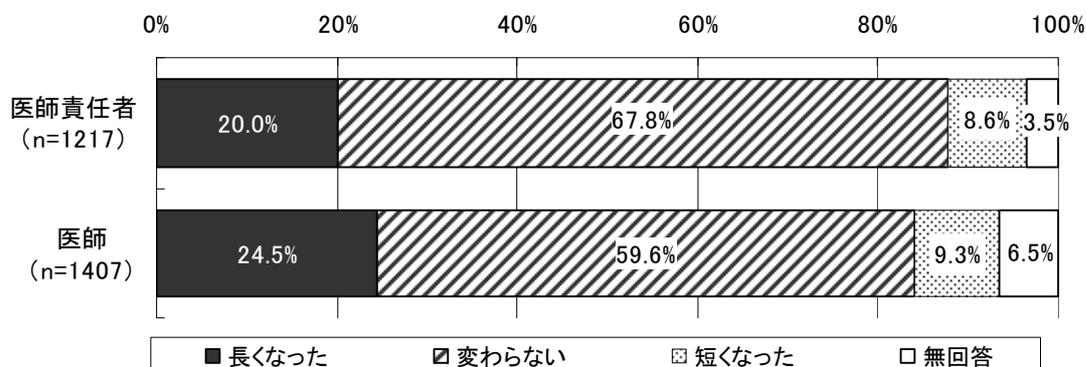


(P141、図表 198 医師事務作業補助体制加算の届出状況)



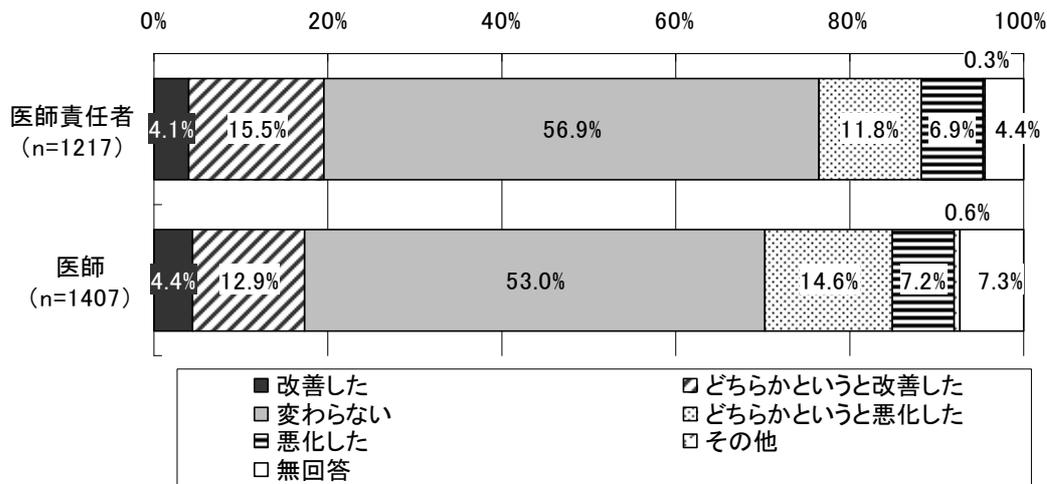
○ 対象施設で2年以上勤務している医師における勤務時間の変化をみると、医師責任者は「長くなった」が20.0%で、「変わらない」が67.8%、「減った」が8.6%であり、医師は「長くなった」が24.5%で、「変わらない」が59.6%、「減った」が9.3%であった。

(P184、図表 250 勤務時間の変化 (対象施設で2年以上勤務している医師))



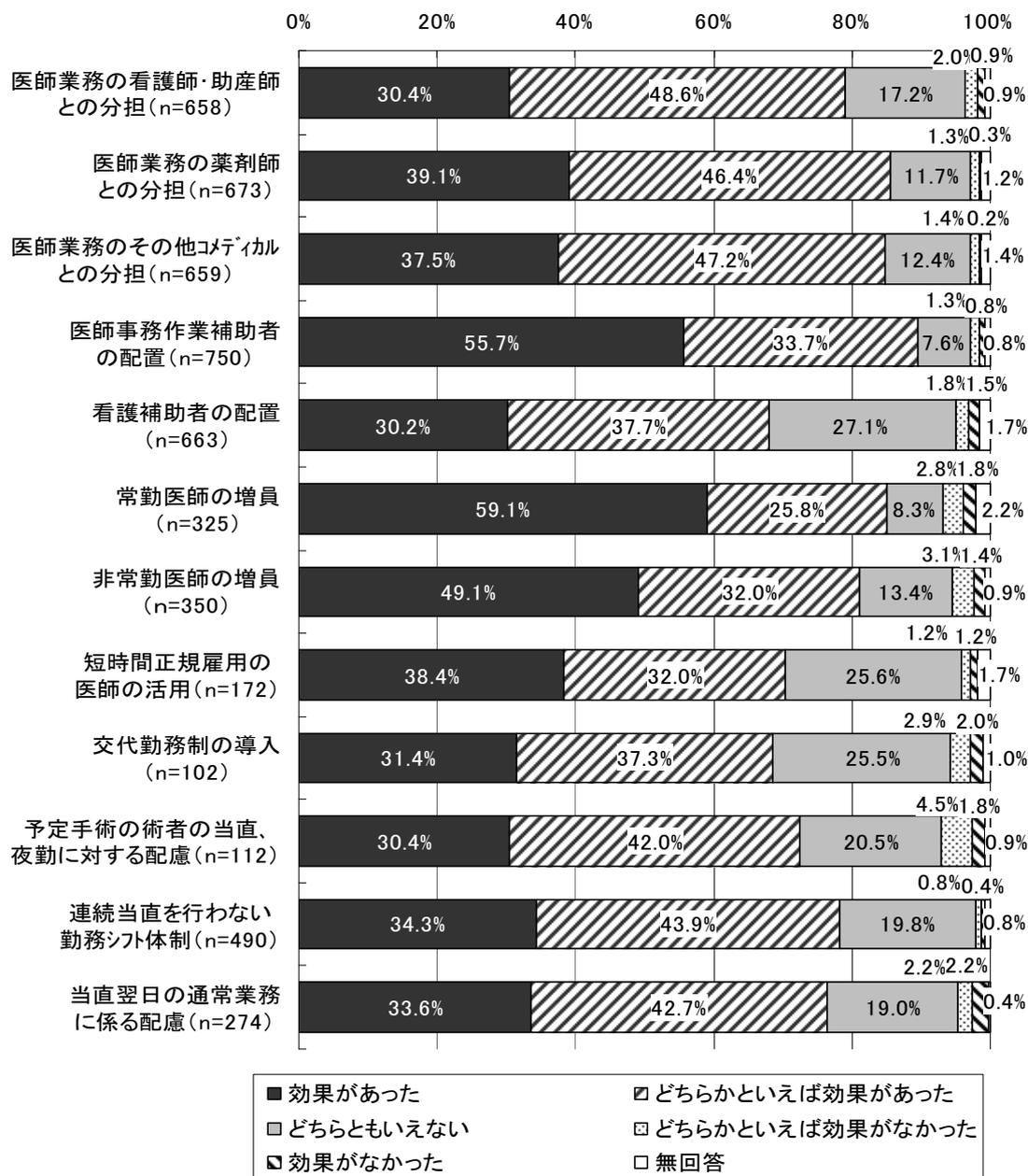
○ 対象施設で2年以上勤務している医師における総合的にみた勤務状況の変化をみると、医師責任者は「改善した」が4.1%で、「どちらかという改善した」が15.5%、「変わらない」が56.9%、「どちらかという悪化した」が11.8%、「悪化した」が6.9%であった。また、医師は「改善した」が4.4%で、「どちらかという改善した」が12.9%、「変わらない」が53.0%、「どちらかという悪化した」が14.6%、「悪化した」が7.2%であった。

(P188、図表 258 総合的にみた勤務状況の変化(対象施設で2年以上勤務している医師))

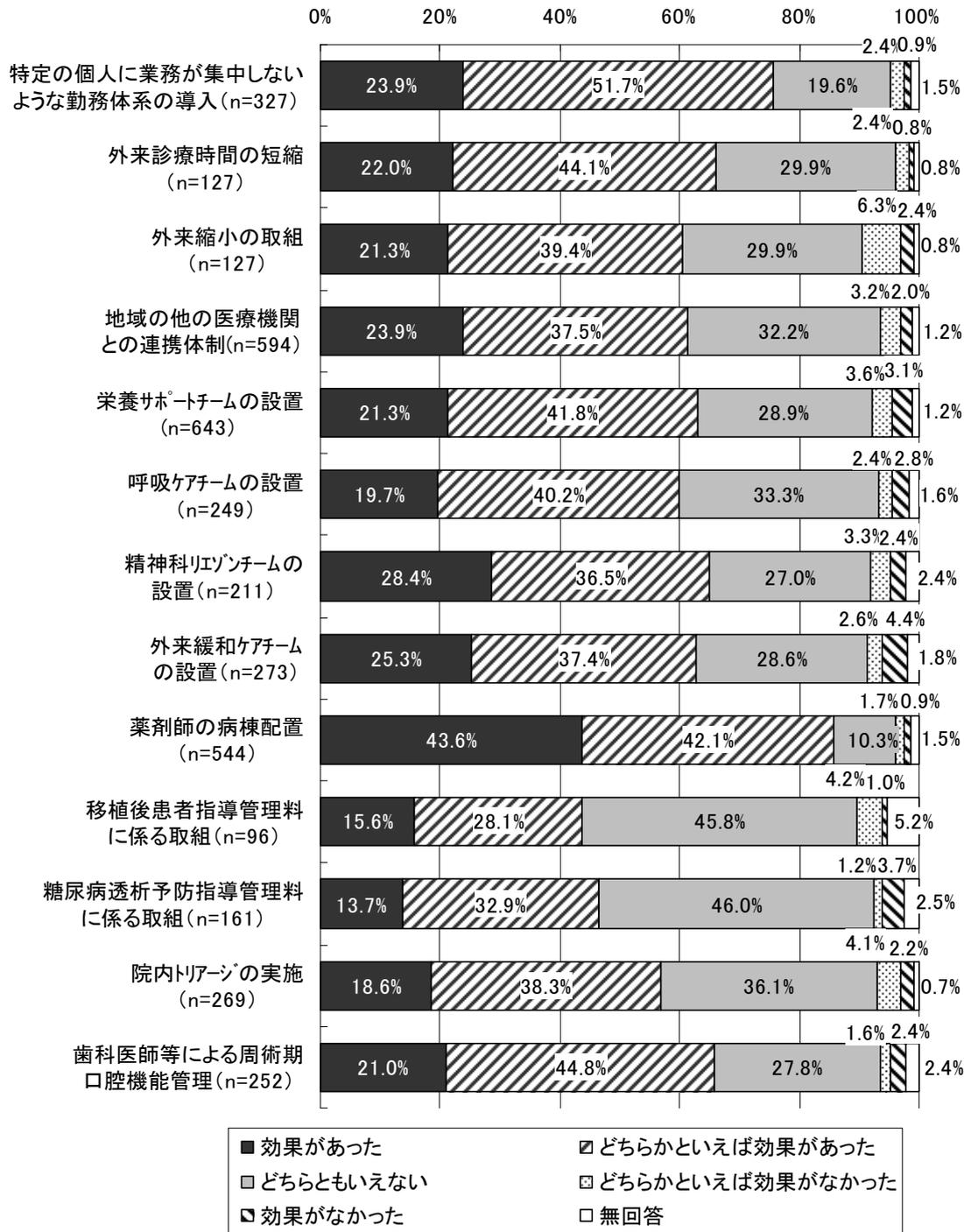


○ 診療科で取り組んでいる勤務医の負担の軽減策について医師責任者及び医師が「効果があった」、「どちらかといえば効果があった」と回答した割合が最も高かったのは「医師事務作業補助者の配置」（医師責任者 89.4%、医師 84.7%）であり、次いで「薬剤師の病棟配置」（医師責任者 85.7%、医師 79.1%）であった。その次に高かったのは医師責任者では「医師業務の薬剤師との分担」（85.5%）、「常勤医師の増員」（84.9%）であり、医師では「医師業務のその他コメディカルとの分担」（75.8%）、「常勤医師の増員」（75.4%）であった。

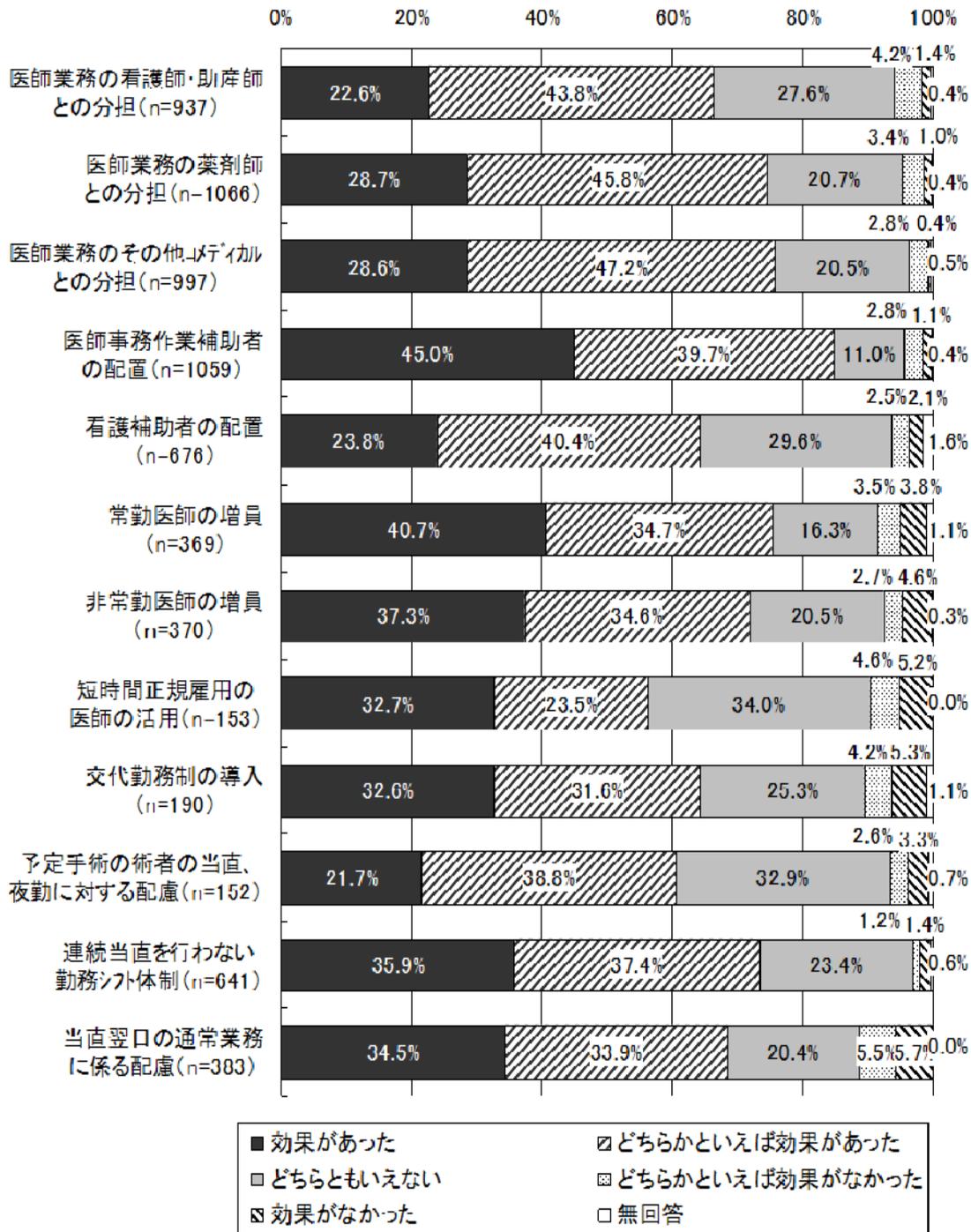
（P208、図表 278 診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果（取り組んでいると回答した医師責任者））



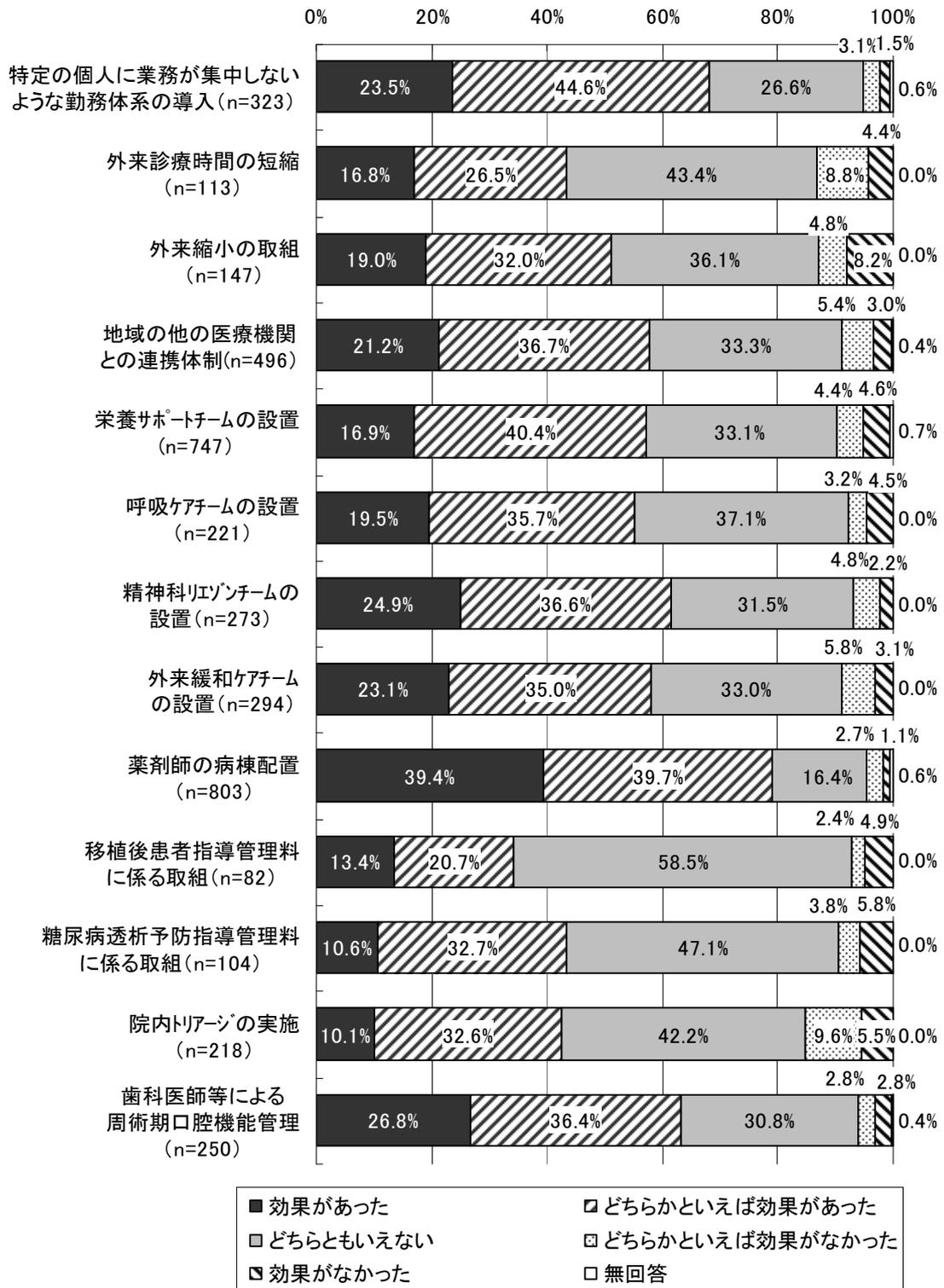
(P209、図表 279 診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果(取り組んでいると回答した医師責任者))



(P210、図表 280 診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果(取り組んでいると回答した医師))



(P211、図表 281 診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果(取り組んでいると回答した医師))

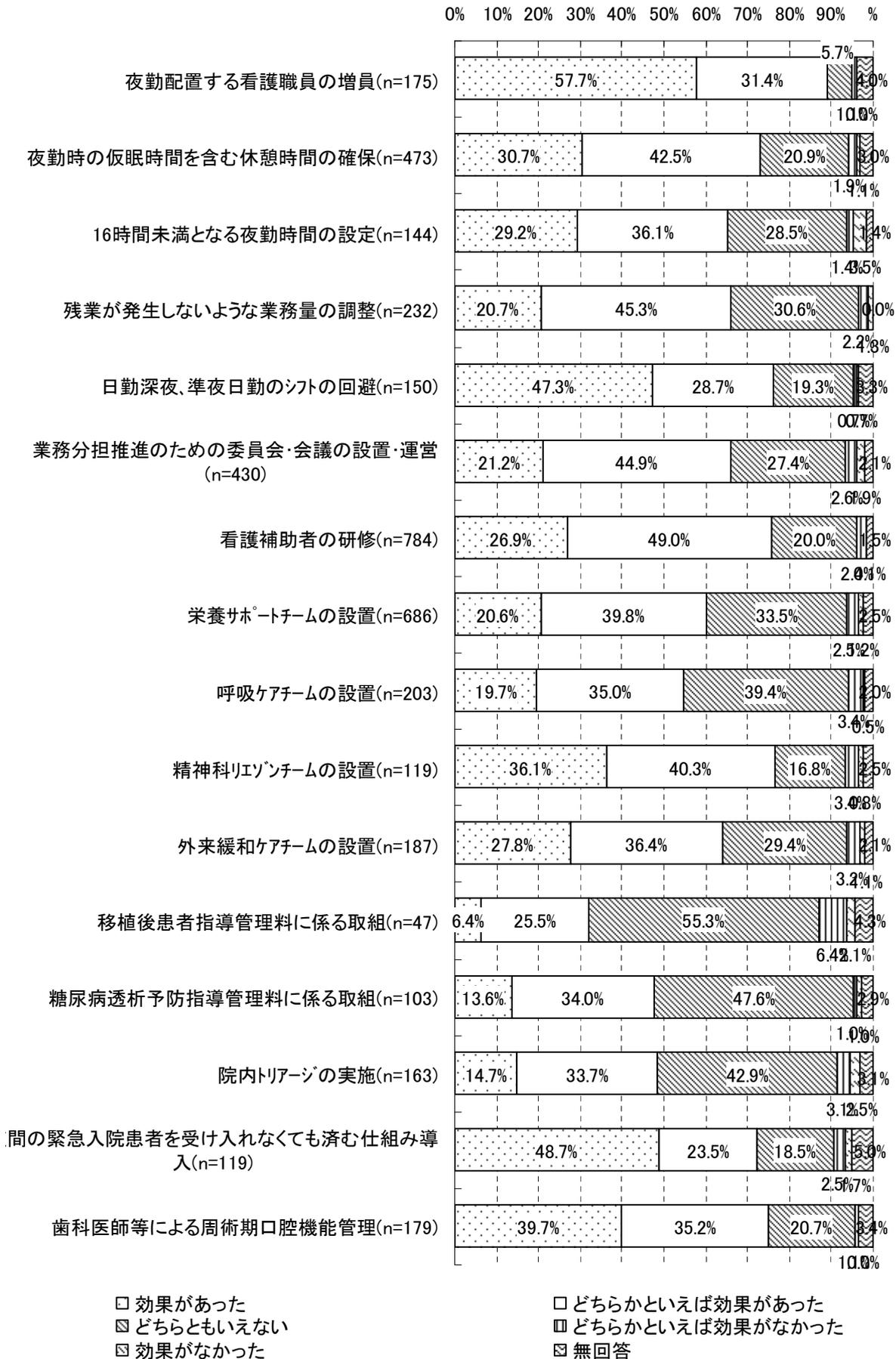


○ 看護職員における負担軽減策の効果について、「効果があった」、「どちらかといえ  
ば効果があった」と回答した割合が高かったのは「病棟クレークの配置」(92.3%)  
であり、次いで「夜勤配置する看護職員の増員」(89.1%)、「看護補助者の増員・  
業務分担」(88.0%)、「夜勤専従者の雇用・増員」(85.5%)であった。

(P262、図表 333 負担軽減策の効果 (各取組を実施している病棟))

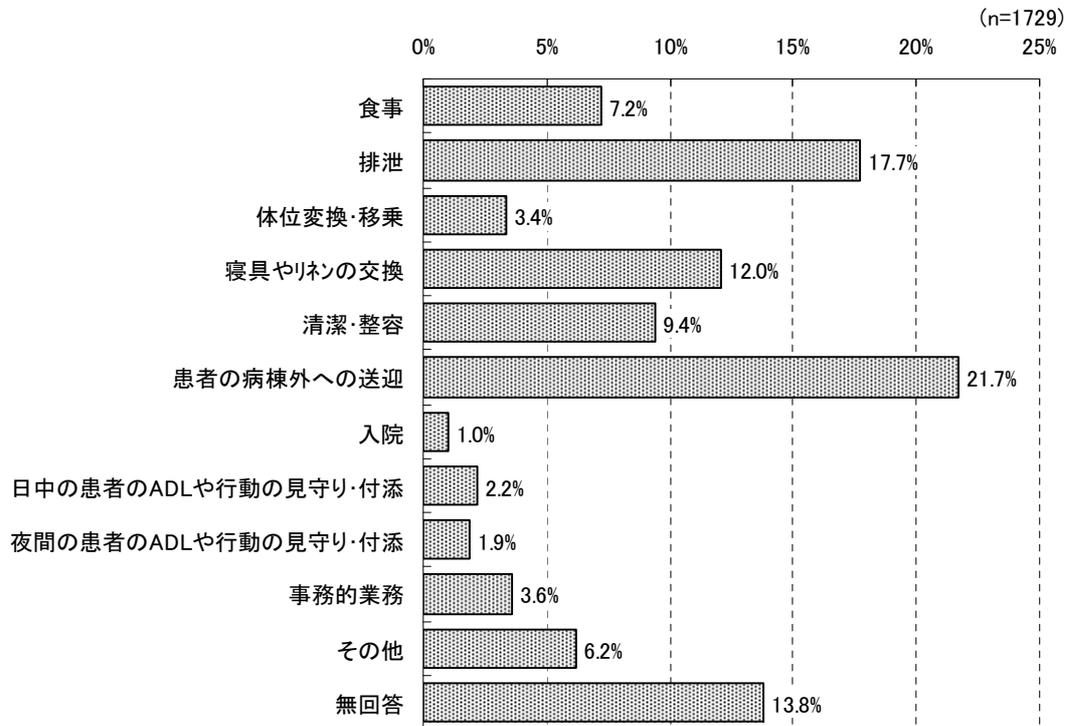


(P263、図表 334 負担軽減策の効果 (各取組を実施している病棟))



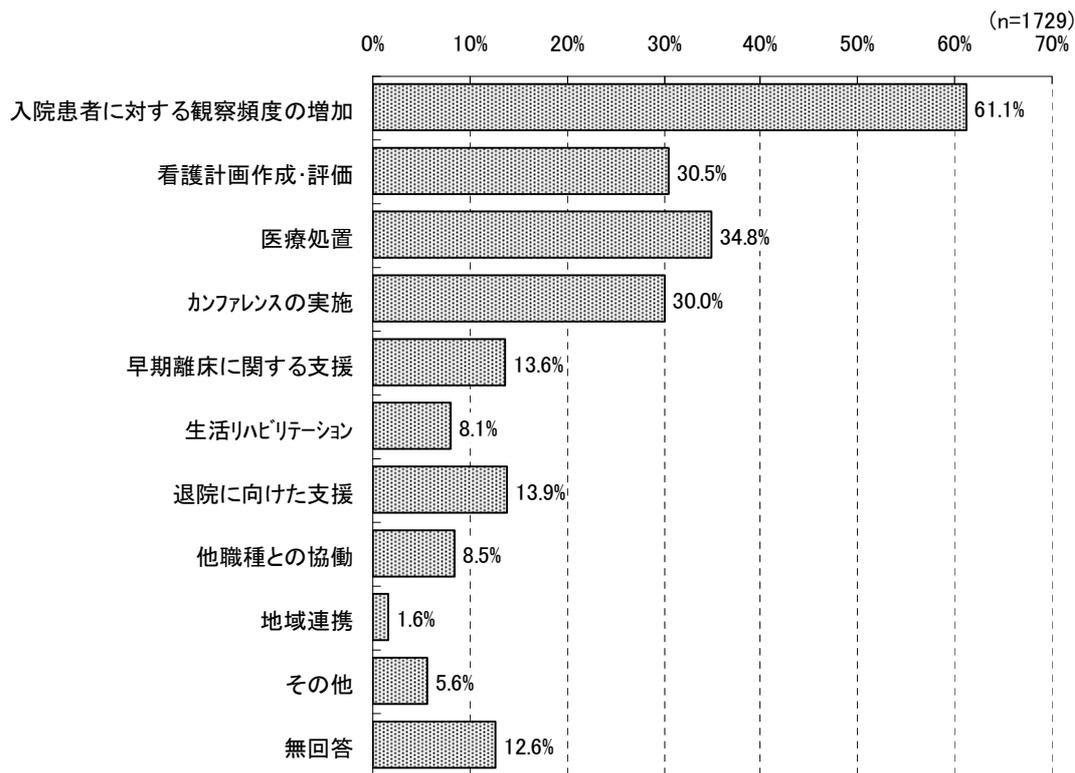
- 看護補助者の配置により負担が最も軽減されたと感じる業務についてみると、「患者の病棟外への送迎」が 21.7%で最も多く、次いで「排泄」(17.7%)、「寝具やリネンの交換」(12.0%)、「清潔・整容」(9.4%)、「食事」(7.2%) となった。

(P291、図表 369 看護補助者の配置により負担が最も軽減されたと感じる業務  
(勤務する病棟に看護補助者が配置されている回答者、単数回答))



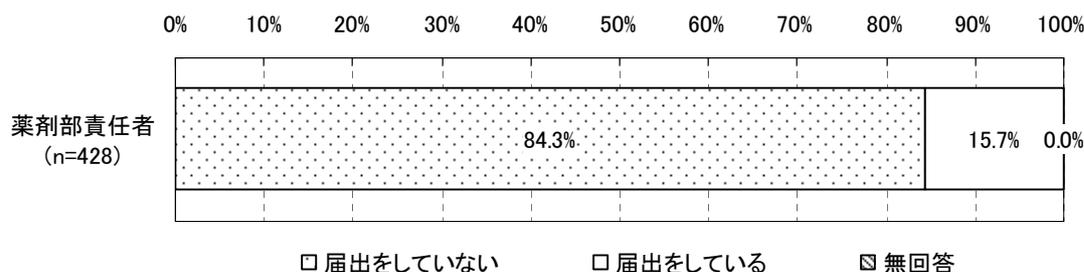
- 看護補助者に業務を移譲したことで時間を増やせた業務についてみると、「入院患者に対する観察頻度の増加」が61.1%で最も多く、次いで「医療処置」(34.8%)、「看護計画作成・評価」(30.5%)、「カンファレンスの実施」(30.0%)、「退院に向けた支援」(13.9%)、「早期離床に関する支援」(13.6%)となった。

(P292、図表 370 看護補助者に業務を移譲したことで時間を増やせた業務(勤務する病棟に看護補助者が配置されている回答者、複数回答))



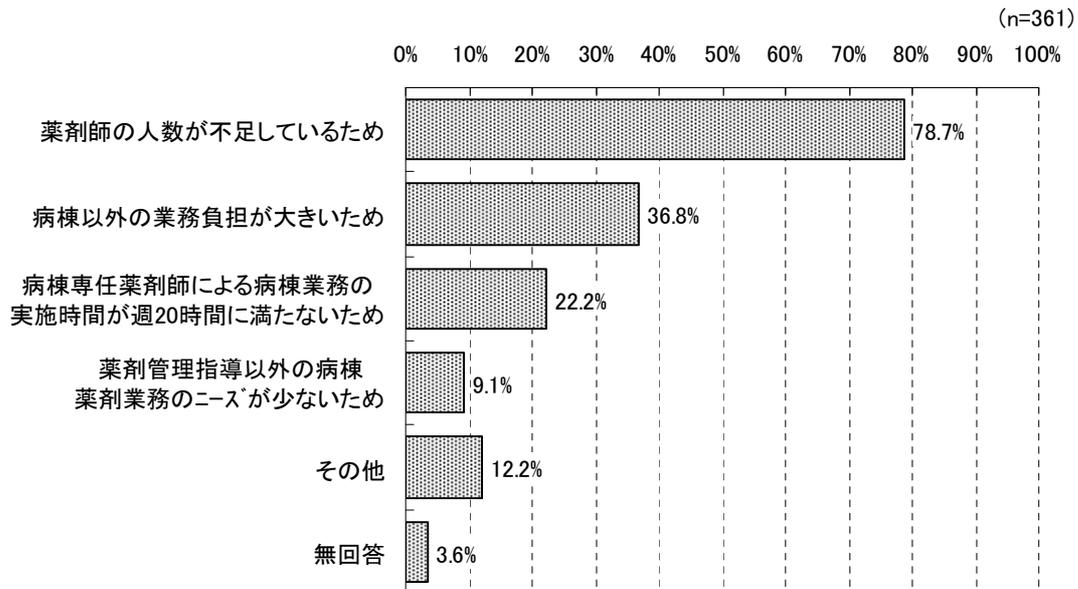
- 平成 25 年 6 月時点における病棟薬剤業務実施加算の届出状況についてみると、「届出をしていない」が84.3%、「届出をしている」が15.7%であった。

(P308、図表 388 平成 25 年 6 月時点における病棟薬剤業務実施加算の届出状況)



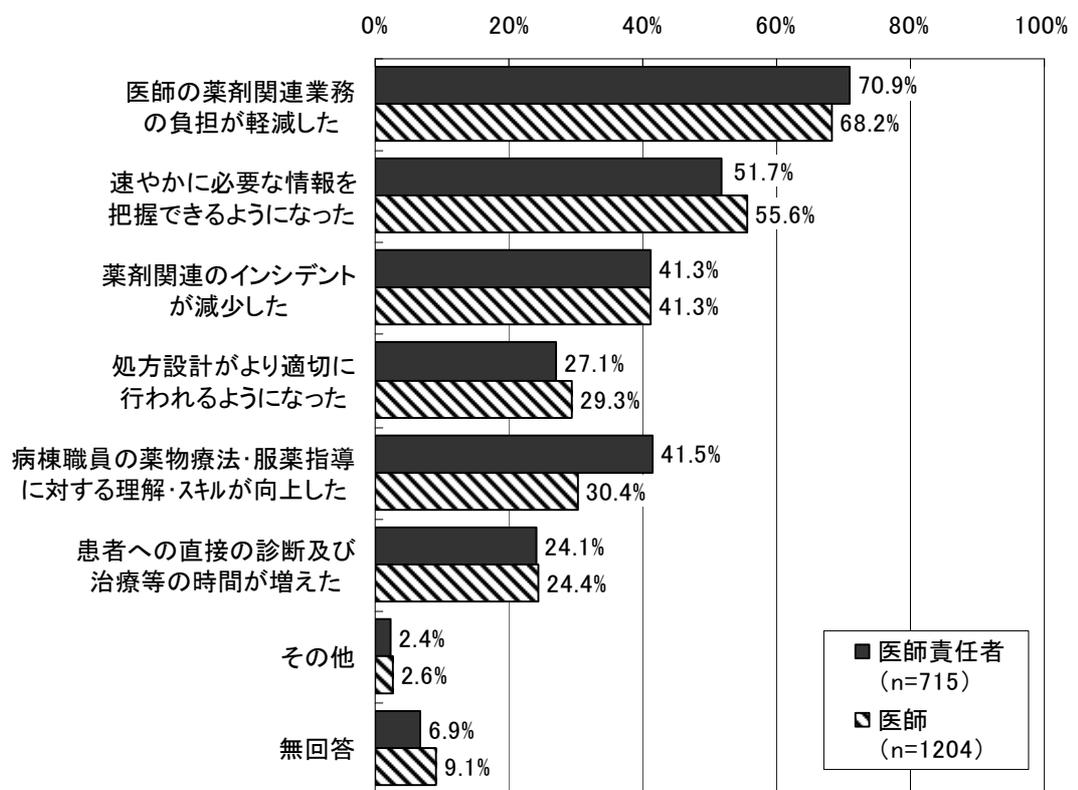
- 病棟薬剤業務実施加算を届出していない施設における、病棟薬剤業務実施加算の届出をしていない理由についてみると、「薬剤師の人数が不足しているため」が78.7%で最も多く、次いで「病棟以外の業務負担が大きいため」(36.8%)、「病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため」(22.2%)、「薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため」(9.1%)であった。

(P309、図表 389 病棟薬剤業務実施加算の届出をしていない理由 (病棟薬剤業務実施加算を届出していない施設、複数回答))



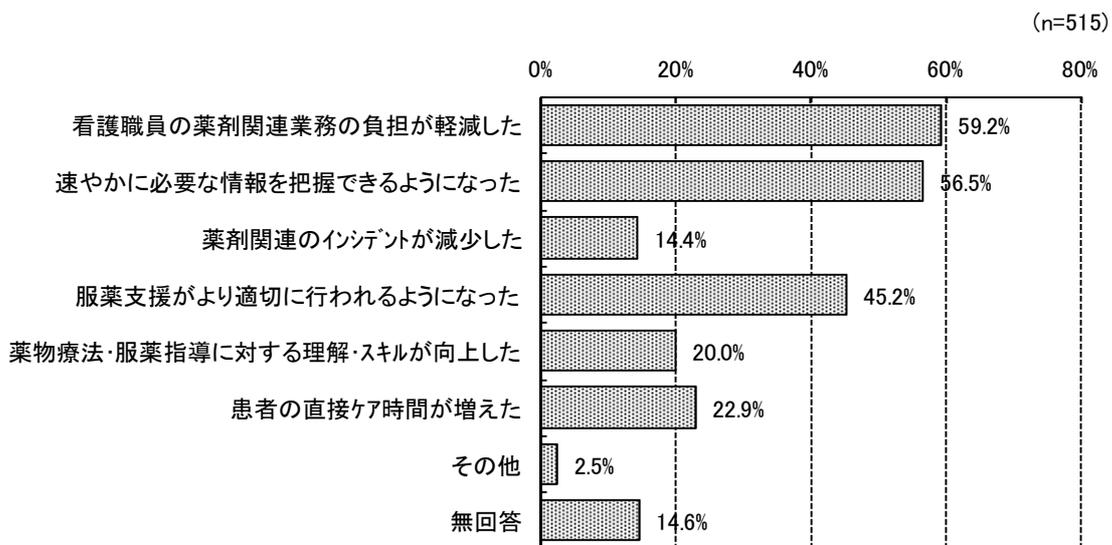
- 医師に対する薬剤師が病棟へ配置されたことによる影響（配置前との比較）をみると、医師責任者・医師ともに「医師の薬剤関連業務の負担が軽減した」（医師責任者 70.9%、医師 68.2%）が最も多く、次いで「速やかに必要な情報を把握できるようになった」（同 51.7%、55.6%）となった。この他、医師責任者では「病棟職員の薬物療法・服薬指導に対する理解・スキルが向上した」（41.5%）、「薬剤関連のインシデントが減少した」（41.3%）が、医師では「薬剤関連のインシデントが減少した」（41.3%）が4割以上となった。

（P229、図表 292 薬剤師が病棟へ配置されたことによる影響（配置前との比較）（病棟に薬剤師が配置されている病棟の医師、複数回答））



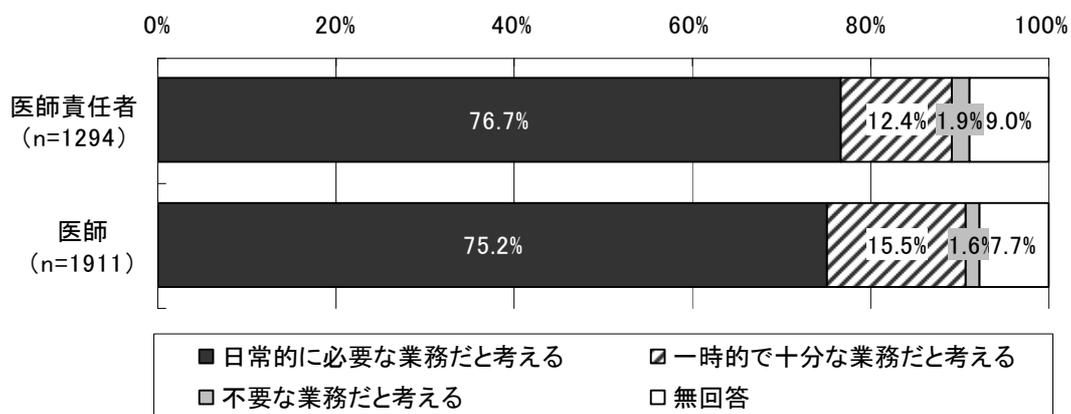
- 看護職員に対する薬剤師が配置されている病棟における病棟薬剤師の配置による効果についてみると、「看護職員の薬剤関連業務の負担が軽減した」が59.2%で最も多く、次いで「速やかに必要な情報を把握できるようになった」(56.5%)、「服薬支援がより適切に行われるようになった」(45.2%)となった。

(P269、図表 338 病棟薬剤師の配置による効果 (薬剤師が配置されている病棟、複数回答))



- 医師における薬剤師の病棟業務の必要性をみると、医師責任者では「日常的に必要な業務だと考える」が76.7%、「一時的で十分な業務だと考える」が12.4%、「不要な業務だと考える」が1.9%であった。医師では「日常的に必要な業務だと考える」が75.2%、「一時的で十分な業務だと考える」が15.5%、「不要な業務だと考える」が1.6%であった。

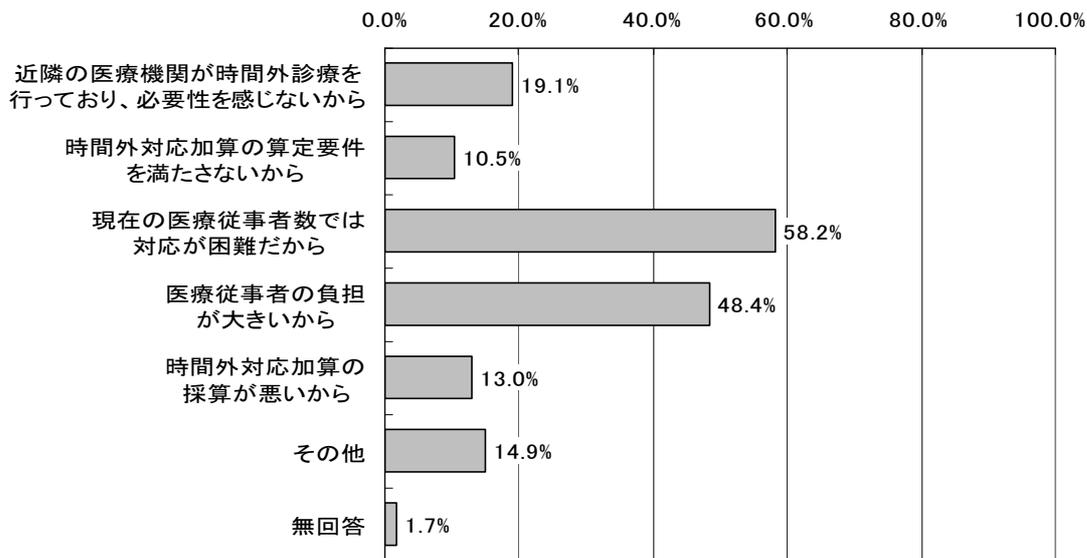
(P230、図表 293 薬剤師の病棟業務の必要性)



現行	改定後
<p data-bbox="268 286 544 315">【地域医療貢献加算】</p> <p data-bbox="715 611 778 640">3点</p> <p data-bbox="301 658 451 687">[算定要件]</p> <p data-bbox="325 705 831 969">① 標榜時間外の準夜帯において患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p data-bbox="325 938 767 967">② 原則として自院で対応する。</p>	<p data-bbox="873 286 1118 315">【時間外対応加算】</p> <p data-bbox="887 331 1398 360">○時間外対応加算 1 5点(新)</p> <p data-bbox="906 378 1056 407">[算定要件]</p> <p data-bbox="930 425 1445 551">① 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。</p> <p data-bbox="930 568 1374 598">② 原則として自院で対応する。</p> <p data-bbox="887 616 1398 645">○時間外対応加算 2 3点(改)</p> <p data-bbox="906 663 1056 692">[算定要件]</p> <p data-bbox="930 710 1445 925">① 標榜時間外の準夜帯において患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p data-bbox="930 943 1374 972">② 原則として自院で対応する。</p> <p data-bbox="887 990 1398 1019">○時間外対応加算 3 1点(新)</p> <p data-bbox="906 1037 1056 1066">[算定要件]</p> <p data-bbox="930 1084 1445 1348">① 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。</p> <p data-bbox="930 1366 1445 1442">② 当番日は原則として自院で対応する。</p> <p data-bbox="930 1460 1445 1536">③ 連携する医療機関は、3以下とする。</p> <p data-bbox="930 1554 1445 1630">④ 連携する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。</p>

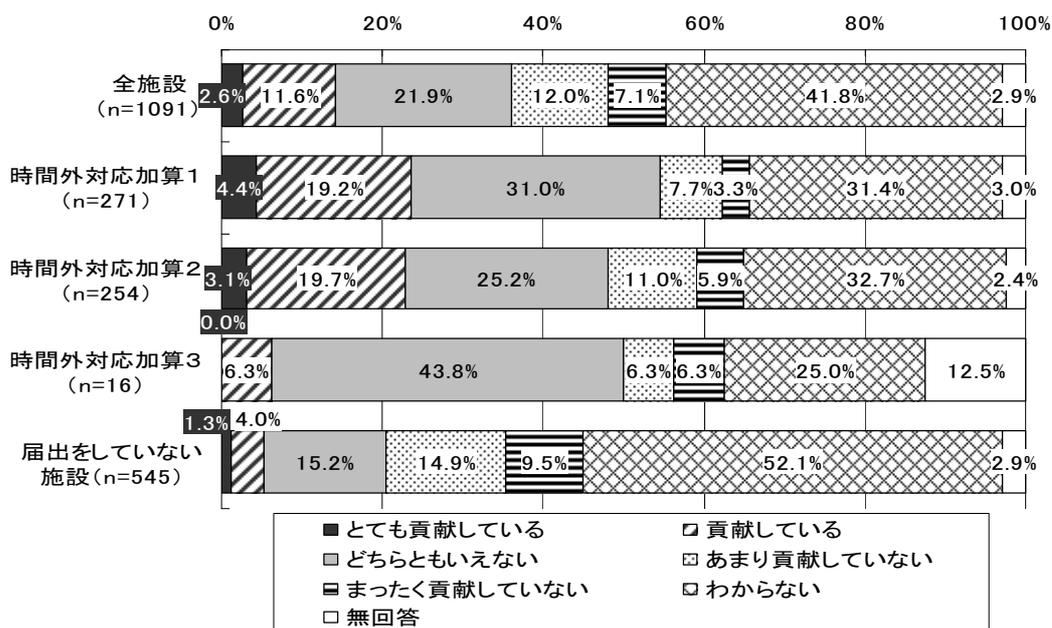
- 時間外対応加算の施設基準の届出をしていない施設における、時間外対応加算の届出をしていない理由についてみると、「現在の医療従事者数では対応が困難だから」が 58.2%で最も多く、次いで「医療従事者の負担が大きいから」(48.4%)、「近隣の医療機関が時間外診療を行っており、必要性を感じないから」(19.1%)となった。また、「時間外対応加算の算定要件を満たさないから」は 10.5%であった。

(P339、図表 427 時間外対応加算の届出をしていない理由(時間外対応加算の施設基準の届出をしていない施設、複数回答))



○ 時間外対応加算に対する評価についてみると、「とても貢献している」と「貢献している」を合わせた割合は、時間外対応加算1の施設では23.6%、時間外対応加算2の施設では22.8%となっており、時間外対応加算3の施設や時間外対応加算の届出をしていない施設と比較すると高かった。時間外対応加算3の施設では「どちらともいえない」が43.8%となっており、他の施設と比較して高かった。時間外対応加算の届出をしていない施設では「わからない」が52.1%と過半数を占めた。

(P341、図表 429 時間外対応加算に対する評価)



## 【まとめ】

- ア. 平成24年度改定で病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を要件とする診療報酬項目又はチーム医療に関する診療報酬項目を届け出ている病院について病床規模別で見ると、300床以上の病院の割合が50%を超えていることから、比較的規模が大きい病院で病院勤務医の負担軽減及び処遇改善が進んでいると考えられる。
- イ. 一方、届け出していないと回答した80%以上の病院が200床未満であることから比較的規模が小さい病院では病院勤務医の負担軽減及び処遇改善の取組みが遅れている可能性が考えられる。
- ウ. 看護補助者の雇用や役割分担により看護職員の負担軽減を促進するための評価を新設したところ、看護職員、看護補助者ともに増加しており、中でも短時間正職員制度利用者数（常勤）の伸びが大きく、短時間正職員制度の効果が表れたものと推測される。
- エ. 医師の勤務時間に関して、医師責任者の場合20.0%が「長くなった」と回答し、8.6%が「短くなった」と回答している。医師の場合24.5%が「長くなった」と回答し、9.3%が「短くなった」と回答している。
- オ. また、総合的にみた勤務状況において、医師責任者の場合「改善した」「どちらかといえば改善した」が19.6%で、「悪化した」「どちらかといえば悪化した」の18.7%を上回っているが、医師の場合「悪化した」「どちらかといえば悪化した」が21.8%で、「改善した」「どちらかといえば改善した」の17.3%を上回っており、医師側で勤務状況の改善を感じていないことから、さらなる改善の余地があると考えられる。
- カ. 病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策において、「効果があった」「どちらかといえば効果があった」と回答した割合が80%を超える項目も見受けられることに鑑みると、診療報酬における対応で一定の効果が得られたと考えられる。
- キ. 看護職員における負担軽減策として効果があると特に評価が高かったのは、「病棟クラークの配置」（92.3%）、「夜勤配置する看護職員の増員」（89.1%）、「看護補助者の増員・業務分担」（88.0%）、「夜勤専従者の雇用・増員」（85.5%）等であった。
- ク. 看護補助者を配置することにより「患者の病棟外への送迎」「排泄」「寝具やリネンの交換」などの業務負担が軽減され、「入院患者に対する観察頻度の増加」「医療処置」「看護計画作成・評価」「カンファレンスの実施」などの業務に時間を増やすことができたとしている。
- ケ. 病棟に薬剤師を配置することにより、医師責任者及び医師に対する調査において「薬剤関連のインシデントの減少」や「速やかに必要な情報を把握できる」などのメリットが認められており、薬剤師の病棟業務の必要性については、「日常的に必要な業務だと考える」との回答が7割を超えている。また、医師責任者、医師、看護職員の各調査において約80%の割合で医師及び看護職員の負担軽減に効果があると回答していることから、薬剤師による病棟薬剤業務を推進していくことは有効と考えられる。一方で、病棟薬剤業務実施加算を届け出ている施設の割

合は 15.7%であり、届け出ていない理由としては、「薬剤師の人数が不足しているため」「病棟以外の業務負担が大きい」と人員不足により病棟業務が行えていない現状が伺える結果となっていた。

- コ. 一般診療所に対して、時間外対応加算が地域の他病院の勤務医の負担軽減に貢献できたかどうかを尋ねたところ、「とても貢献している」「貢献している」の割合が全体で 14.2%でしかなく、なかなか実感としてわかりにくいことがうかがえる。一方で、時間外対応加算 1 と 2 の施設では届出をしていない施設や時間外対応加算 3 と比較するとこの割合が高くなっていることから、今後の普及を注視していく必要がある。
- サ. 勤務医の負担軽減については、診療報酬の見直し、チーム医療推進を図る等の取り組みを行い、一定の効果をあげてきているが、いまだに業務負担が解消されていないと感じている勤務医等が一定数いることから、それぞれの職務に専念できる環境整備について引き続き対策が必要と考えられる。

### 3 「歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理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

歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携を推進する観点から、平成 24 年度診療報酬改定において新設された、歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関における、がん患者等に対する歯科医師による周術期等の包括的な口腔機能の管理の評価や、歯科衛生士による周術期の専門的口腔衛生処置についての評価がどのような影響を与えたかを調査するために、これらを実施している保険医療機関に対して管理内容等の調査を行うとともに、患者に対して周術期等の口腔機能管理の満足度等について調査を実施した。

#### (2) 調査方法及び調査の概要

##### ① 歯科医療機関調査

- 以下のⅠ、Ⅱ、Ⅲに該当する保険医療機関に対し、平成 25 年 7 月に調査票を配布し、郵送により回収した。

Ⅰ 周術期口腔機能管理料を算定している医療機関（悉皆、718 施設）

Ⅱ 医科歯科を併設している病院（Ⅰを除く）（抽出、500 施設）

Ⅲ 歯科治療総合医療管理料の施設基準の届出をしている歯科診療所（Ⅰを除く）（抽出、1,000 施設）

##### ② 医科医療機関調査

- 歯科が併設されていない医科病院（無作為抽出、1,000 施設）に平成 25 年 7 月に調査票を配布し、郵送により回収した。

##### ③ 患者調査

- 上記①Ⅰの調査対象施設において、調査期間中に当該医療機関で周術期口腔機能管理を受けた患者（1 施設当たり 2 名（最大配付数：2 名×718 施設＝1,436 名））を調査対象とし、平成 25 年 7 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した。

#### (3) 回収の状況

- |            |                             |
|------------|-----------------------------|
| ① 歯科医療機関調査 | 有効回答数：1,351 施設（有効回答率 60.9%） |
| ② 医科医療機関調査 | 有効回答数： 313 施設（有効回答率 33.0%）  |
| ③ 患者調査     | 有効回答数： 259 人                |

#### (4) 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歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携・推進に関し、

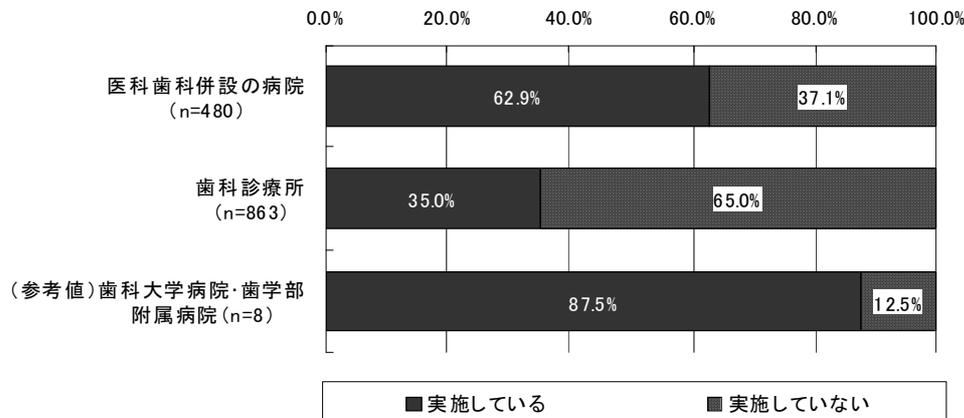
- ① 歯科を有する病院や、病院と連携した歯科医療機関におけるがん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等の評価
- ② 周術期に行う歯科衛生士の専門的口腔衛生処置についての評価

の2つについて検証を行う。

➤ がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価 (術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的)	
(新) 周術期口腔機能管理計画策定料	300点
【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】	
(新) 周術期口腔機能管理料 (I)	190点
【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】	
(新) 周術期口腔機能管理料 (II)	300点
【入院中の口腔機能の管理を評価】	
(新) 周術期口腔機能管理料 (III)	190点
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】	
➤ 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価	
(新) 周術期専門的口腔衛生処置	80点

○ 周術期口腔機能管理の実施状況についてみると、「実施している」の割合は医科歯科併設の病院では62.9%、歯科診療所で35.0%であった。

(P13、図表 11 周術期口腔機能管理の実施状況)



○ 周術期口腔機能管理実施施設における、平成25年6月の算定患者数についてみると、医科歯科併設の病院では周術期口腔機能管理計画策定料が平均17.8人、周術期口腔機能管理料 (I) が平均5.8人、周術期口腔機能管理料 (II) が平均23.3人、周術期口腔機能管理料 (III) が平均14.1人、周術期専門的口腔衛生処置が平均13.3人であった。歯科診療所では周術期口腔機能管理計画策定料が平均0.4人、周術期口腔機能管理料 (I) が平均0.3人、周術期口腔機能管理料 (III) が平均0.4人、周術期専門的口腔衛生処置が平均0.1人であった。

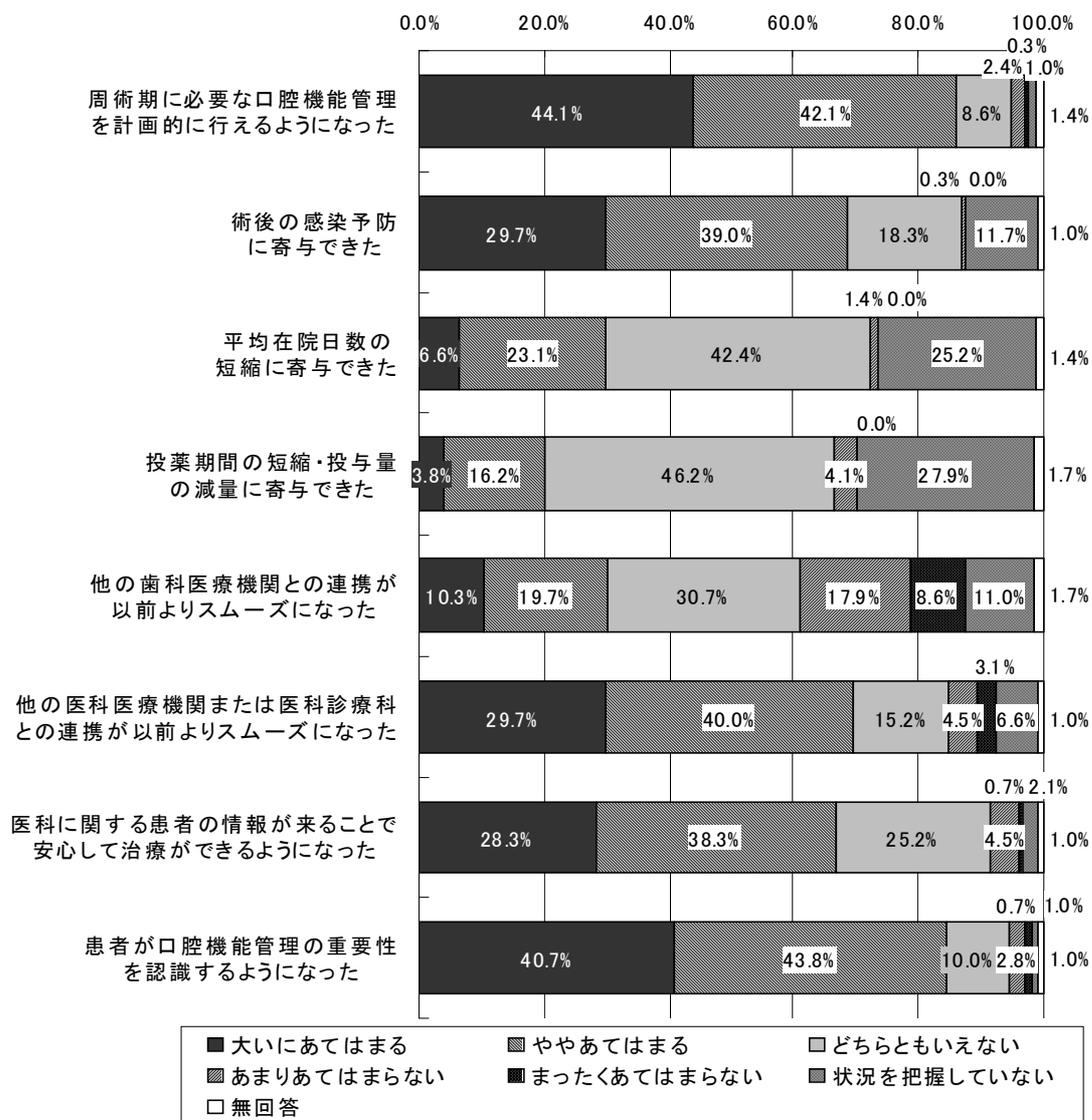
(P15~P19、図表 15・17・19・21・23 各診療報酬項目の算定患者数(周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月))

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院				
周術期口腔機能管理計画策定料	293	17.8	24.5	8.0
周術期口腔機能管理料(Ⅰ)	283	5.8	11.4	1.0
周術期口腔機能管理料(Ⅱ)	290	23.3	34.0	9.0
周術期口腔機能管理料(Ⅲ)	291	14.1	28.4	5.0
周術期専門的口腔衛生処置	288	13.3	22.5	2.5
歯科診療所				
周術期口腔機能管理計画策定料	287	0.4	1.4	0.0
周術期口腔機能管理料(Ⅰ)	286	0.3	2.0	0.0
周術期口腔機能管理料(Ⅲ)	279	0.4	2.3	0.0
周術期専門的口腔衛生処置	280	0.1	0.5	0.0

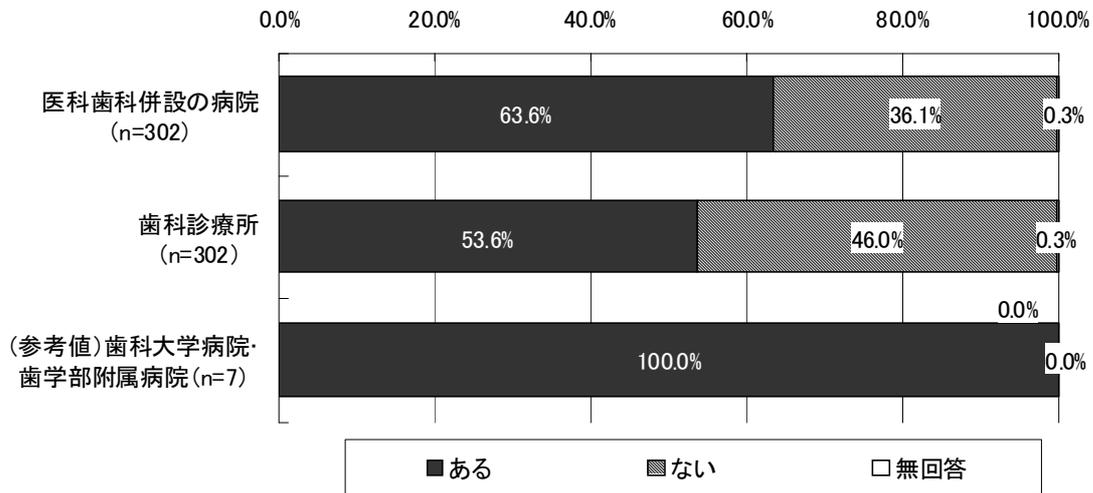
○ 医科歯科併設の病院において、周術期口腔機能管理の効果をみると、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」を合わせた割合は、「周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった」が 86.2%で最も多く、次いで「患者が口腔機能管理の重要性を認識するようになった」(84.5%)、「他の医科医療機関または医科診療科との連携が以前よりスムーズになった」(69.7%)、「術後の感染予防に寄与できた」(68.7%)、「医科に関する患者の情報が来ることで安心して治療ができるようになった」(66.6%) の順であった。

(P33、図表 37 周術期口腔機能管理を行うことによる効果 (周術期口腔機能管理を実施している施設) <医科歯科併設の病院>)



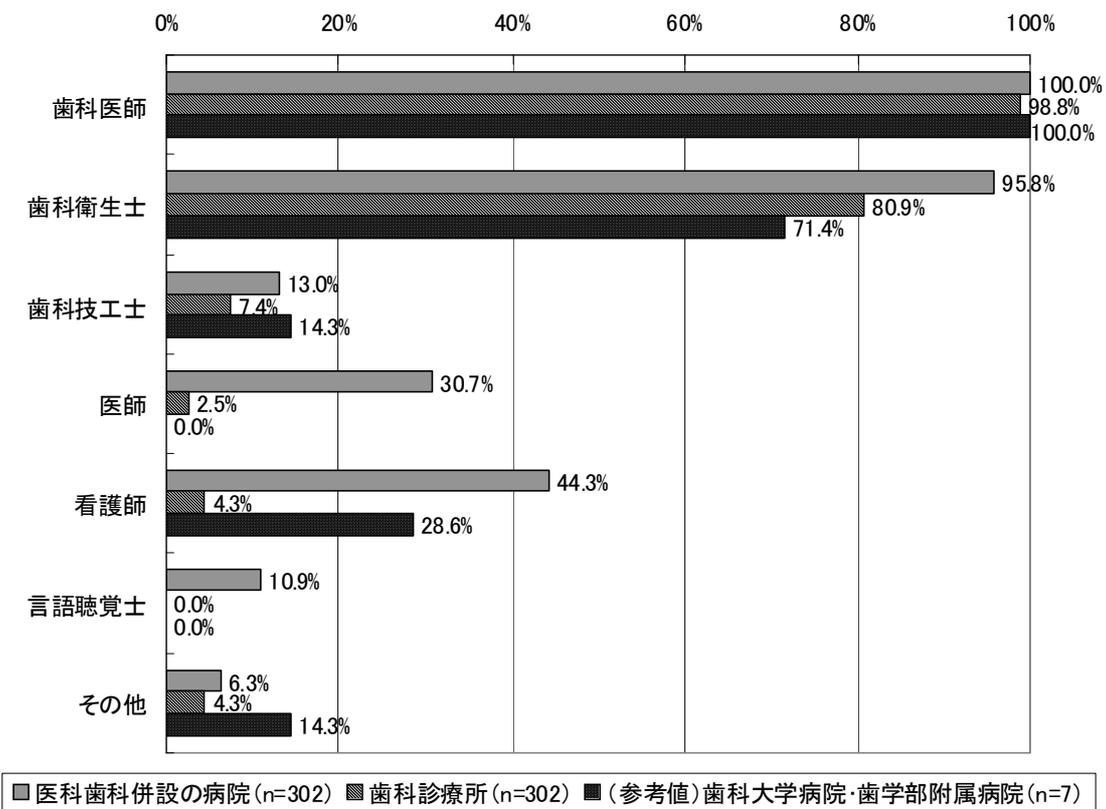
○ 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の有無についてみると、「ある」という回答割合は医科歯科併設の病院では63.6%、歯科診療所では53.6%であった。

(P44、図表 47 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の有無 (周術期口腔機能管理実施施設))



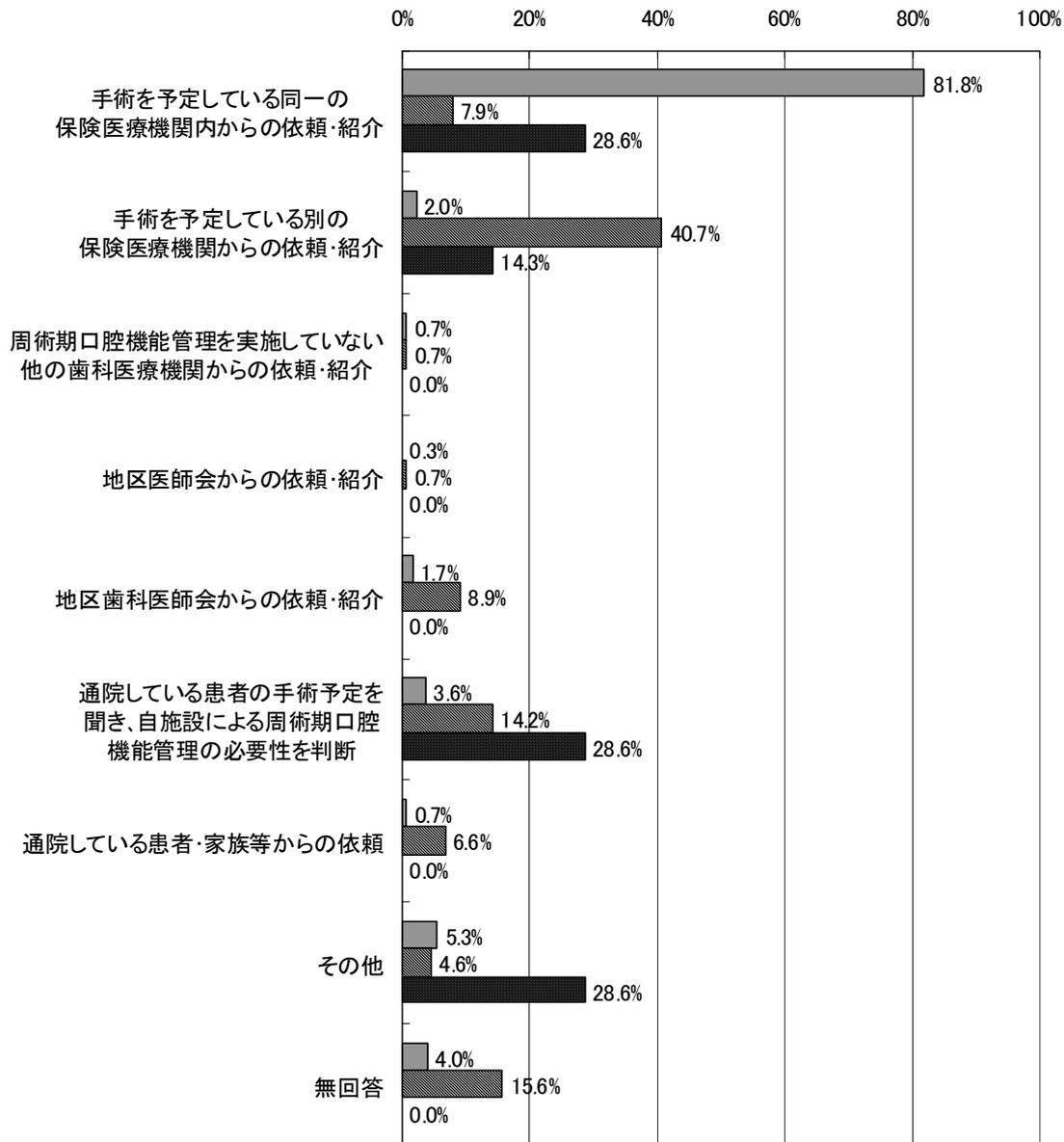
- 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門に参画している職種についてみると、医科歯科併設の病院、歯科診療所ともに、「歯科医師」(医科歯科併設の病院 100.0%、歯科診療所 98.8%) が最も高く、次いで「歯科衛生士」(同 95.8%、80.9%) であった。医科歯科併設の病院では、この他、「看護師」(44.3%)、「医師」(30.7%)、「歯科技工士」(13.0%)、「言語聴覚士」(10.9%) の割合が歯科診療所と比較して高かった。

(P45、図表 48 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門に参画している職種 (周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門がある施設、複数回答))



○ 周術期口腔機能管理を実施するきっかけとして最も多いものについてみると、医科歯科併設の病院では「手術を予定している同一の保険医療機関からの依頼・紹介」が81.8%で最も多かった。歯科診療所では、「手術を予定している別の保険医療機関からの依頼・紹介」が40.7%で最も多く、次いで「通院している患者の手術予定を聞き、自施設による周術期口腔機能管理の必要性を判断」(14.2%)であった。

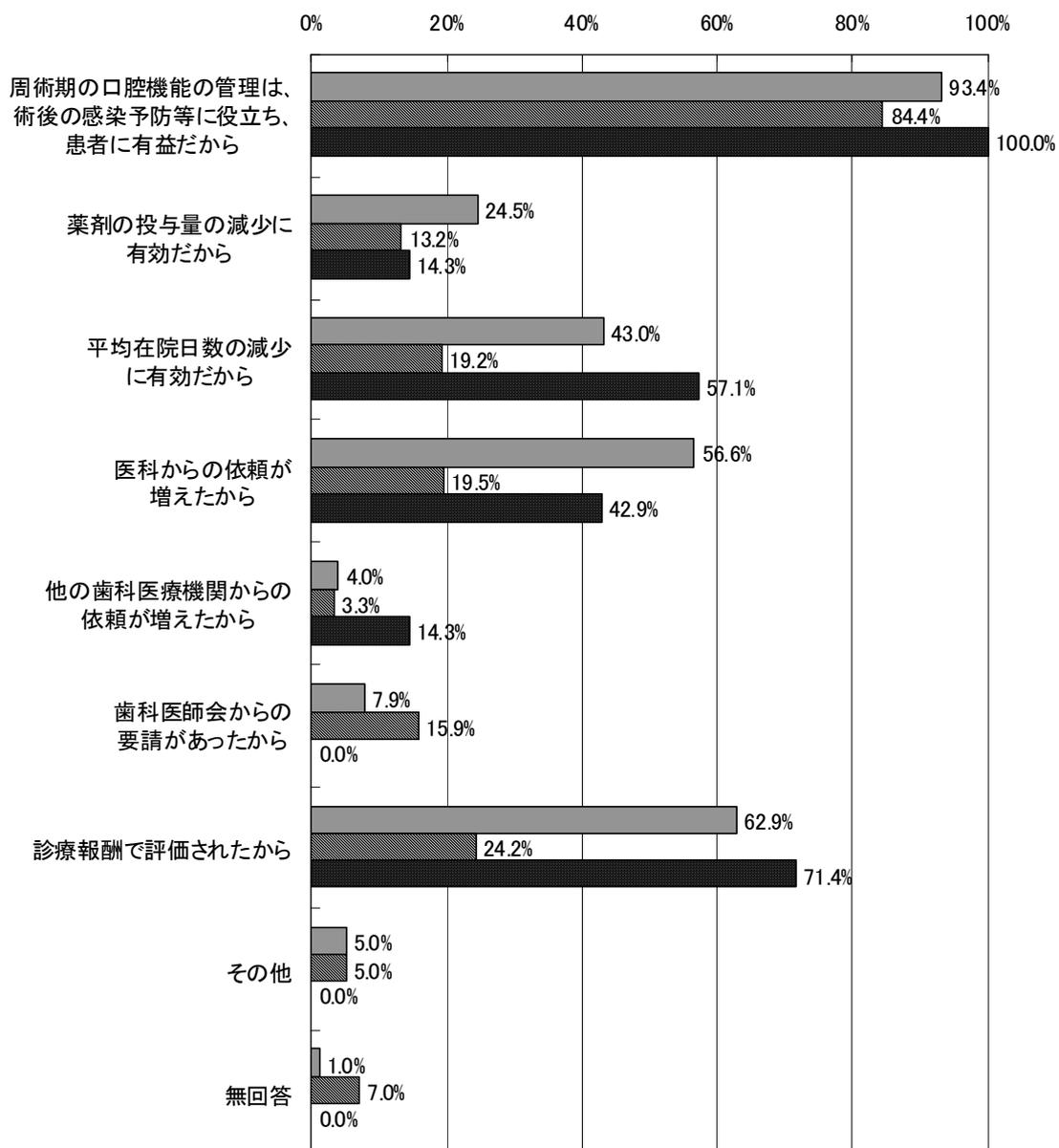
(P49、図表 51 周術期口腔機能管理を実施するきっかけとして最も多いもの(周術期口腔機能管理実施施設、単数回答))



■ 医科歯科併設の病院 (n=302) ■ 歯科診療所 (n=302) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=7)

- 周術期口腔機能管理を実施する理由についてみると、医科歯科併設の病院、歯科診療所ともに「周術期の口腔機能の管理は、術後の感染予防等に役立ち、患者に有益だから」それぞれが 93.4%、84.4%で最も多く、次いで「診療報酬で評価されたから」（それぞれ 62.9%、24.2%）となった。医科歯科併設の病院では、この他、「医科からの依頼が増えたから」（56.6%）、「平均在院日数の減少に有効だから」（43.0%）で 4 割以上の回答となった。

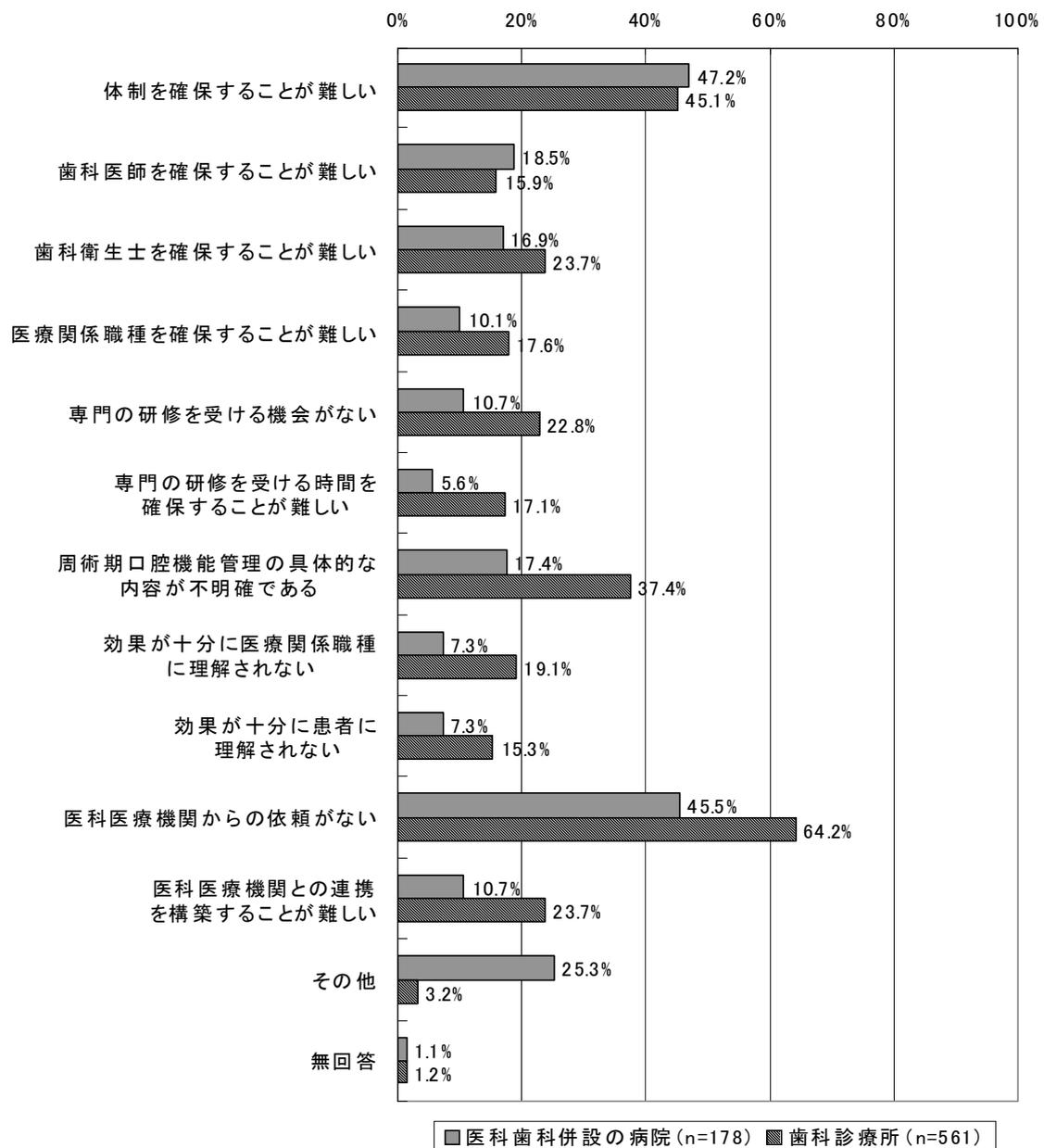
(P51、図表 52 周術期口腔機能管理を実施する理由（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）)



■ 医科歯科併設の病院 (n=302) ■ 歯科診療所 (n=302) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=7)

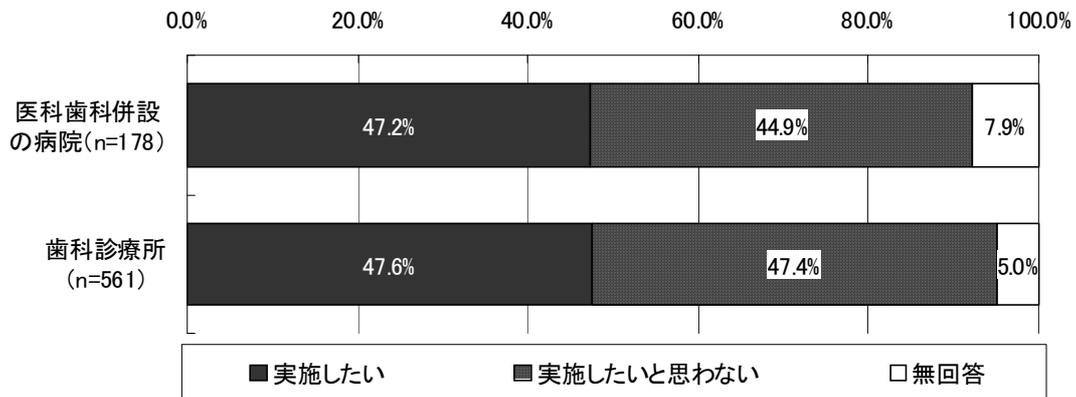
○ 周術期口腔機能管理の実施していない理由についてみると、医科歯科併設の病院では「体制を確保することが難しい」が47.2%で最も多く、次いで「医科医療機関からの依頼がない」(45.5%)、「歯科医師を確保することが難しい」(18.5%)であった。歯科診療所では「医科医療機関からの依頼がない」が64.2%で最も多く、次いで「体制を確保することが難しい」(45.1%)、「周術期口腔機能管理の具体的な内容が不明確である」(37.4%)であった。

(P70、図表71 周術期口腔機能管理を実施していない理由(実施していない施設、複数回答))



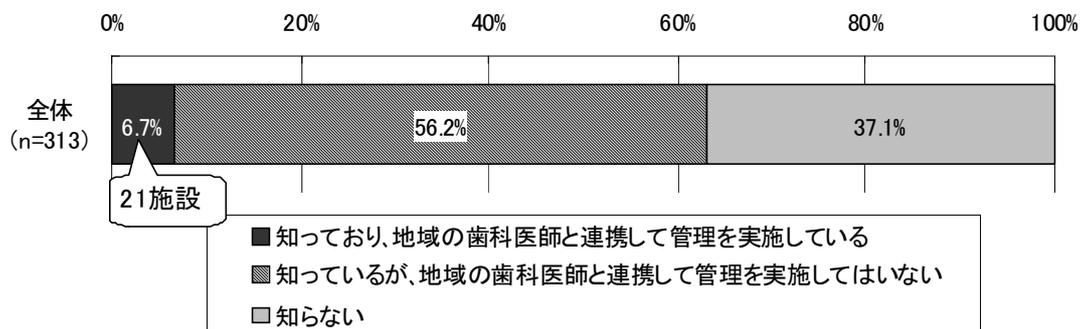
- 実施していない施設における周術期口腔機能管理に関する今後の実施意向についてみると、「実施したい」という施設の割合は、医科歯科併設の病院が47.2%、歯科診療所が47.6%であった。

(P72、図表 73 周術期口腔機能管理に関する今後の実施意向 (実施していない施設、複数回答))



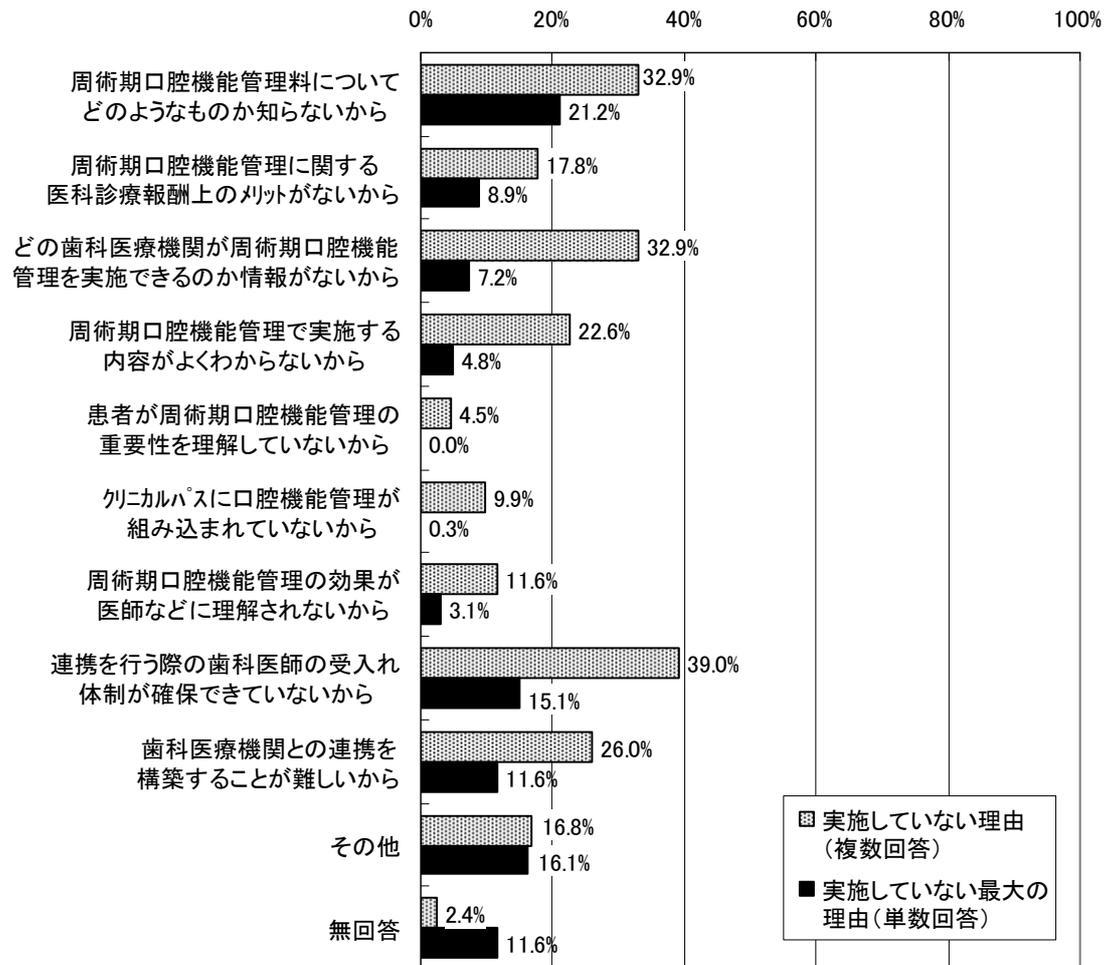
- 歯科のない医科医療機関における周術期口腔機能管理の実施の有無についてみると、「(周術期口腔機能管理を) 知っており、地域の歯科医師と連携して管理を実施している」が6.7% (21施設、以下、「実施施設」) であった。また、「(周術期口腔機能管理を) 知っているが、地域の歯科医師と連携して管理を実施してはいない」が56.2%で、「知らない」が37.1%であり、両者を合わせると93.3% (292施設、「未実施施設」) であった。

(P82、図表 77 周術期口腔機能管理の実施の有無 (医科医療機関))



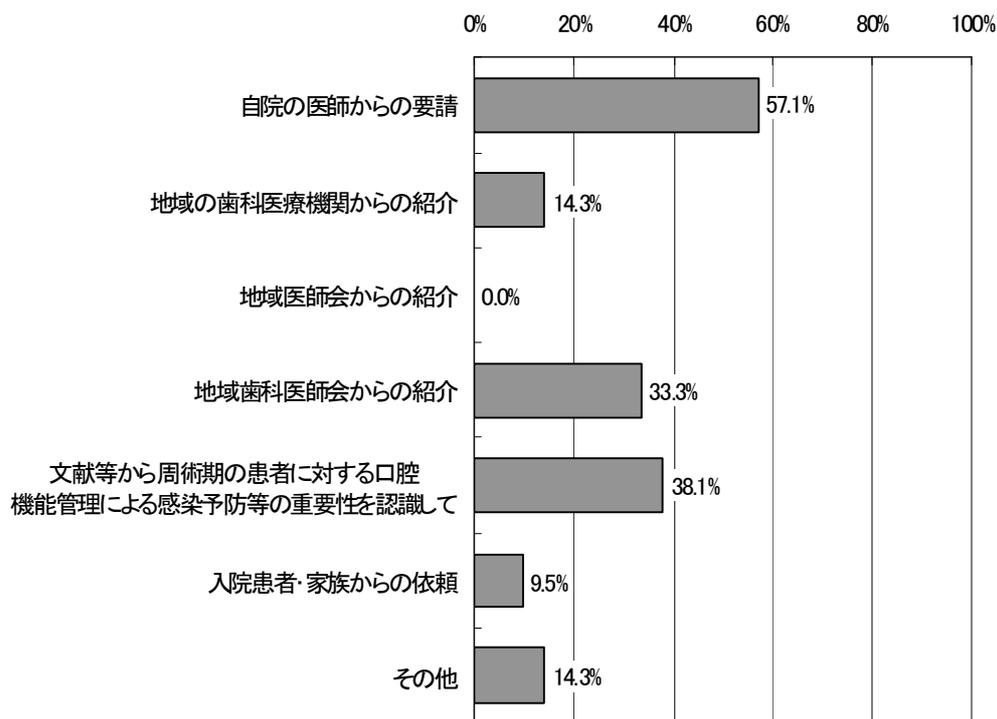
○ 歯科のない医科医療機関において、周術期口腔機能管理を実施していない最大の理由についてみると、「周術期口腔機能管理料についてどのようなものか知らないから」が 21.2%で最も多く、次いで「連携を行う際の歯科医師の受入れ体制が確保できていないから」(15.1%)、「歯科医療機関との連携を構築することが難しいから」(11.6%)であった。

(P108、図表 112 周術期口腔機能管理を実施していない理由(周術期口腔機能管理を実施していない医科医療機関))



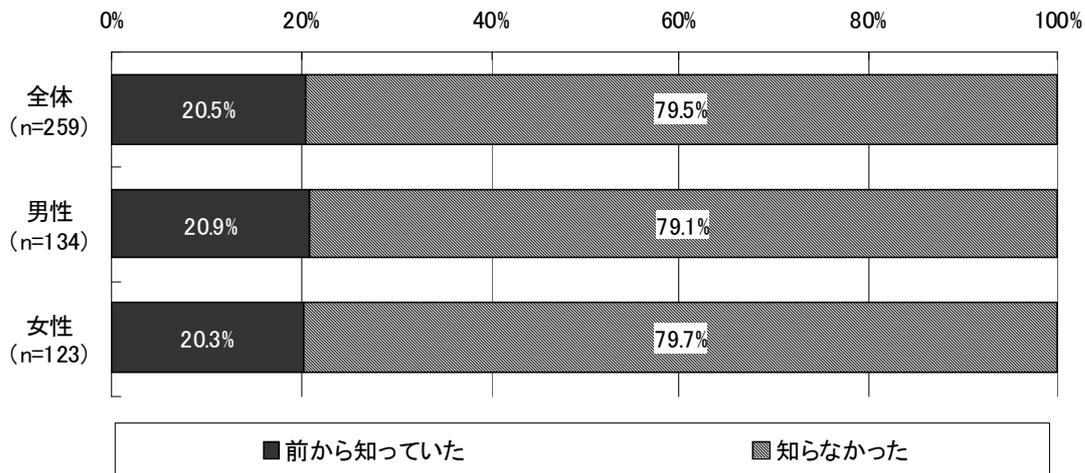
- 歯科のない医科医療機関における、歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけについてみると、「自院の医師からの要請」が 57.1%で最も多く、次いで「文献等から周術期の患者に対する口腔機能管理による感染予防等の重要性を認識して」が 38.1%、「地域歯科医師会からの紹介」が 33.3%、「地域の歯科医療機関からの紹介」が 14.3%、「入院患者・家族からの依頼」が 9.5%であった。

(P98、図表 99 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけ (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答))



○ 患者における周術期口腔機能管理の認知度についてみると、全体では「前から知っていた」が20.5%、「知らなかった」が79.5%であった。また、男性では「前から知っていた」が20.9%、「知らなかった」が79.1%で、女性では「前から知っていた」が20.3%、「知らなかった」が79.7%であり、男女による大きな差異はみられなかった。

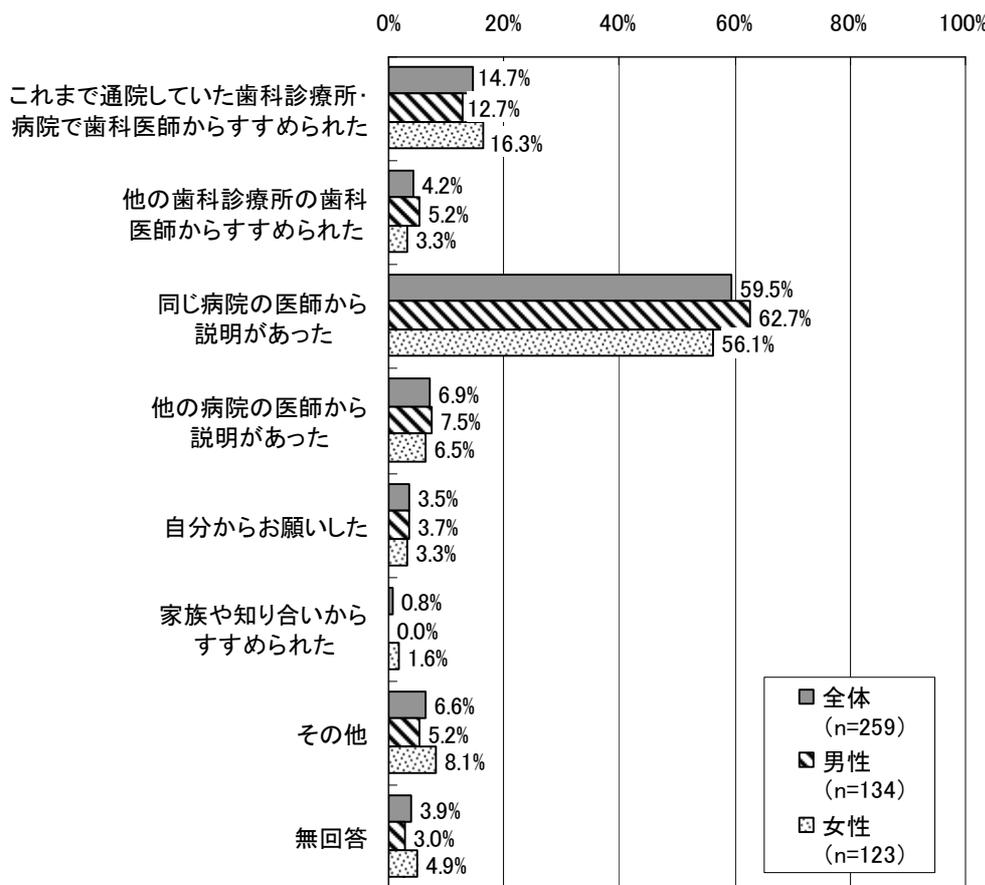
(P115、図表 120 周術期口腔機能管理の認知度 (男女別))



○ 患者における周術期口腔機能管理を受けたきっかけについてみると、全体では「同じ病院の医師から説明があった」が 59.5%で最も多く、次いで「これまで通院していた歯科診療所・病院で歯科医師からすすめられた」(14.7%)であった。

また、男女別にみると、男女ともに「同じ病院の医師から説明があった」(男性 62.7%、女性 56.1%)が最も多く、次いで「これまで通院していた歯科診療所・病院で歯科医師からすすめられた」(同 12.7%、16.3%)であった。男性は女性と比較して「同じ病院の医師から説明があった」の割合が6.6ポイント高かった。

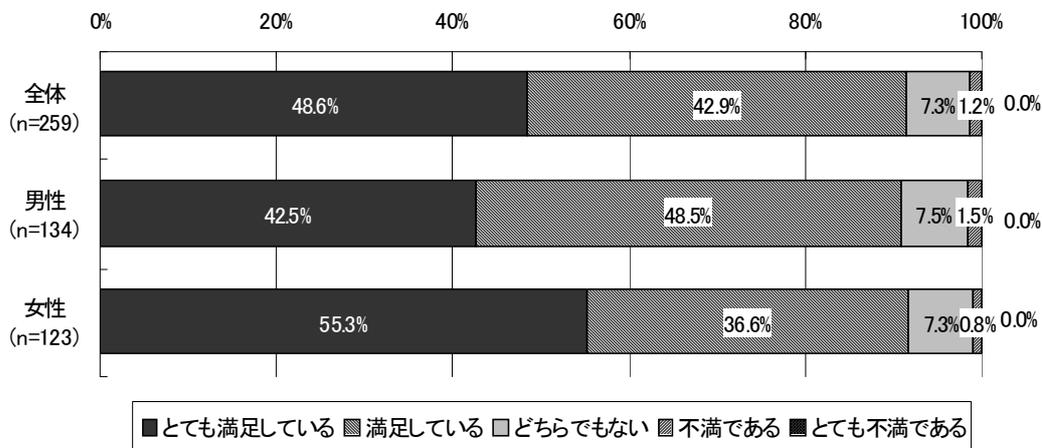
(P118、図表 124 周術期口腔機能管理を受けたきっかけ (男女別、単数回答))



○ 患者における周術期口腔機能管理を受けた満足度についてみると、全体では「とても満足している」が48.6%、「満足している」が42.9%で、両者を合わせると91.5%であった。「どちらでもない」は7.3%であった。また、「不満である」が1.2%、「とても不満である」が0.0%で、両者を合わせると1.2%であった。

また、男女別にみると、男性では「とても満足している」が42.5%、「満足している」が48.5%で、女性では「とても満足している」が55.3%、「満足している」が36.6%であった。女性は男性と比較して「とても満足している」の割合が12.8ポイント高かった。

(P126、図表 132 周術期口腔機能管理を受けた満足度 (男女別))



【まとめ】

ア. 周術期口腔機能管理については、医科歯科併設の病院の約63%、歯科診療所の約35%で実施されている。これらの施設が周術期口腔機能管理を実施している理由としては、「周術期の口腔機能の管理は、術後の感染予防等に役立ち、患者に有益だから」が最も多く、次いで「診療報酬で評価されたから」であり、平成24年度診療報酬改定は医療機関における周術期口腔機能管理の実施・普及という観点で一定程度効果があったものと考えられる。

イ. また、周術期口腔機能管理を行うことで、「周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった」、「患者口腔機能管理の重要性を認識するようになった」、「他の医科医療機関または医科診療科との連携が以前よりスムーズになった」、「医科に関する患者の情報が来ることで安心して治療ができるようになった」、「術後の感染予防に寄与できた」等について過半数の実施医療機関からその効果が認められた。患者における周術期口腔機能管理の認知度については約2割であるが、周術期口腔機能管理を実施した患者の満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると9割を超えており、実際に周術期口腔機能管理を受けた患者の満足度も高い。

ウ. 一方で、周術期口腔機能管理を実施するきっかけや歯科医療機関の歯科医師と

- 連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけでは、「自院からの依頼・紹介」の割合が高く、「他院からの依頼・紹介」の割合は低い傾向にある。
- エ. 実施していない施設、特に歯科診療所において実施していない最大の理由として「医科医療機関からの依頼がない」をあげており、歯科のない医科医療機関では、「周術期口腔機能管理料についてどのようなものか知らないから」、「歯科医療機関との連携を構築することが難しいから」をあげている。
- オ. 歯科のない医科医療機関では周術期口腔機能管理を実施している施設は約7%にとどまり、「知っているが、地域の歯科医師と連携して管理していないが約56%、「知らない」が約37%となっている。
- カ. こうした点を踏まえると、周術期口腔機能管理を普及するためには、医科と歯科の有効な連携策、医療機関や患者に対する有効な周知方法など具体策を検討することが必要であると考える。

## 4 「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

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により、保険薬局における一般名処方に記載された処方せんの受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識を把握し、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した。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### ① 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 1,500 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,500 施設に対し、平成 25 年 8 月に調査票を配布。

#### ② 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。

#### ③ 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 25 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）	回収数：	408 施設（回収率 54.4%）
② 保険薬局（品目ベース）	回収数：	391 施設（回収率 52.1%）
③ 診療所	回収数：	697 施設（回収率 34.9%）
④ 病院	回収数：	536 施設（回収率 35.7%）
⑤ 医師	回収数：	780 人
⑥ 患者	回収数：	1,003 人

### (4) 検証部会としての評価

平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、22 年度改定に引き続き、①保険薬局における「後発医薬品調剤体制加算」の見直しが行われた。また、②医療機関における「後発医薬品使用体制加算」の見直しや、③一般名で処方した場合の評価として「一般名処方加算」の新設、④処方せん様式の変更などが行われた。

本調査では、上記の改定の内容を踏まえ、保険薬局における一般名処方の処方せんの受付状況やその対応状況、医師・薬剤師・患者における後発医薬品使用についての意識、受け付けた処方せんについて後発医薬品に関する患者への説明及び調剤の状況、医療機関における後発医薬品の使用状況等について検証を行う。

平成 25 年度調査においては、連続性を担保しつつ、質問項目を削減したところ、平成 24 年度調査に比べて、7~14 ポイント回収率の改善が図られた。

<回収の状況>

- ① 保険薬局（処方せんベース） 回収率：54.4% ← 44.5%（24年度）
- ② 保険薬局（品目ベース） 回収率：52.1% ← 45.4%（24年度）
- ③ 診療所 回収率：34.9% ← 25.3%（24年度）
- ④ 病院 回収率：35.7% ← 21.5%（24年度）

① 保険薬局における後発医薬品の調剤状況の検証

現行		改定後	
<b>【後発医薬品調剤体制加算】</b> （処方せんの受付1回につき） 直近3か月間の医薬品の調剤数量 （調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。		<b>【後発医薬品調剤体制加算】</b> （処方せんの受付1回につき） 直近3か月間の医薬品の調剤数量 （調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。	
1	20%以上 6点	1	22%以上 5点（改）
2	25%以上 13点	2	30%以上 15点（改）
3	30%以上 17点	3	35%以上 19点（改）

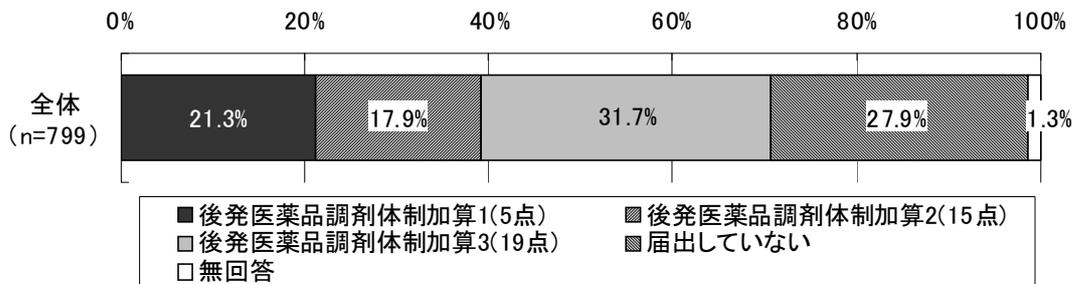
○ 後発医薬品調剤体制加算の届出状況について、「後発医薬品調剤体制加算 1」が21.3%、「後発医薬品調剤体制加算 2」が17.9%、「後発医薬品調剤体制加算 3」が31.7%であった。

また、過去3年間の届出状況の推移をみると、

- ・後発医薬品調剤体制加算 1 が、16.8% → 20.9% → 21.3%
- ・後発医薬品調剤体制加算 2 が、16.2% → 15.3% → 17.9%
- ・後発医薬品調剤体制加算 3 が、24.0% → 29.4% → 31.7%

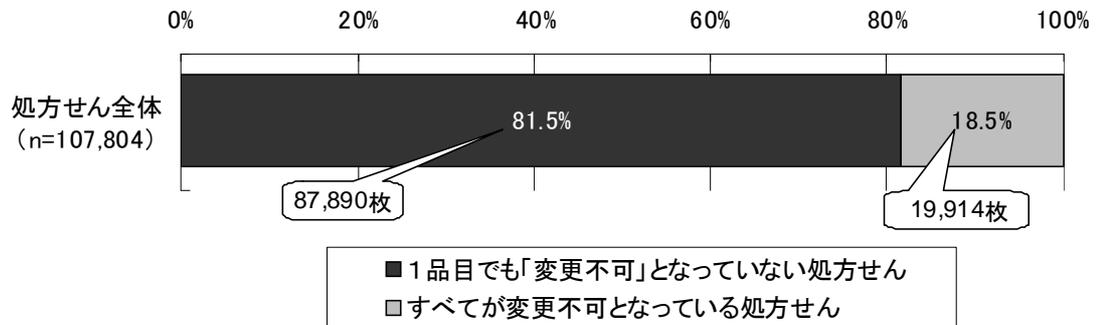
となっており、後発医薬品調剤体制加算 3 を届け出ている保険薬局の伸びが特に大きい。

（P15、図表 15 後発医薬品調剤体制加算の算定状況）



- すべての処方せんにおける、1品目でも「後発医薬品への変更不可」となっていない処方せんは、81.5%と昨年度より4.8ポイント増加している。

(P22、図表 22 すべての処方せんにおける、1品目でも「後発医薬品への変更不可」となっていない処方せんの状況(平成25年8月21日～8月27日1週間の処方せん枚数ベース))



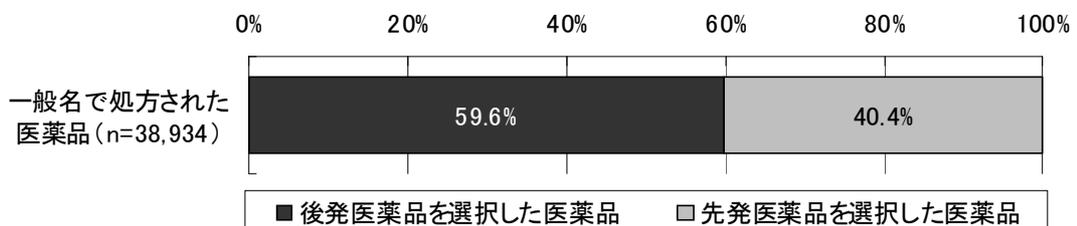
- 平成25年8月21日から8月27日までの1週間の取り扱い処方せん101,928枚に記載された医薬品367,201品目の記載内容について、
  - ①「一般名で処方された医薬品」が10.6%と昨年度より4.1ポイント減少、「先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品」が64.7%と昨年度より2.5ポイント減少、「後発医薬品名で処方された医薬品」が19.9%と昨年度より5.1ポイント増加した。
  - ②先発医薬品名で処方された医薬品のうち、「変更不可」となっていない医薬品目数は42.4%と昨年度より7.2ポイントも減少している。
  - ③後発医薬品名で処方された医薬品のうち、「変更不可」となっている医薬品目数は4.5%と昨年度より1.5ポイント増加している。

(P28、図表 29 1 週間の取り扱い処方せんに記載された医薬品の品目数と対応状況別品目数 (324 薬局、総処方せん 101,928 枚\*に記載された 367,201 品目数))

	(今回調査)		(参考)
	品目数	割合	前回調査
①一般名で処方された医薬品目数	38,934	10.6%	14.7%
②後発医薬品を選択した医薬品の品目数	23,220	6.3%	9.1%
③先発医薬品 (準先発品を含む) を選択した医薬品の品目数	15,714	4.3%	5.6%
④先発医薬品 (準先発品) 名で処方された医薬品目数	237,673	64.7%	67.2%
⑤「変更不可」となっていない医薬品目数	155,684	42.4%	49.6%
⑥先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品目数	22,311	6.1%	5.0%
⑦後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品目数	52,356	14.3%	16.2%
⑧患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品目数 (過去に確認済みの場合を含む)	35,025	9.5%	14.6%
⑨外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった医薬品目数	3,786	1.0%	1.3%
⑩後発医薬品名で処方された医薬品目数	73,082	19.9%	14.8%
⑪「変更不可」となっている医薬品目数	16,640	4.5%	3.0%
⑫その他 (漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品) の品目名で処方された医薬品目数	17,512	4.8%	3.3%
⑬処方せんに記載された医薬品目数の合計	367,201	100.0%	100.0%

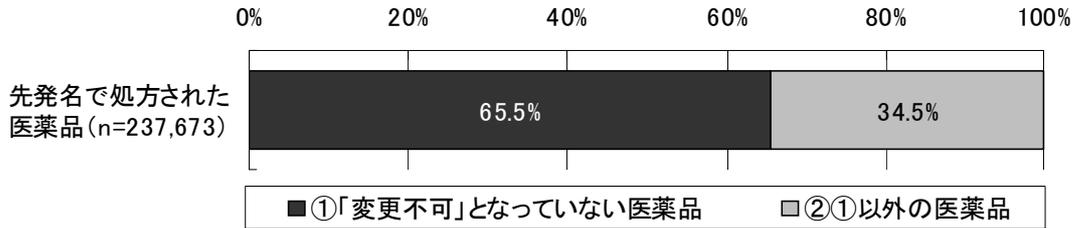
○ 「一般名で処方された医薬品目数」のうち「後発医薬品を選択した医薬品」は 59.6%と昨年度より 2.3 ポイント減少、「先発医薬品を選択した医薬品」は 40.4%と昨年度より 2.3 ポイント増加した。

(P30、図表 31 一般名で処方された医薬品 (n=38,934) における、後発医薬品の調剤状況)



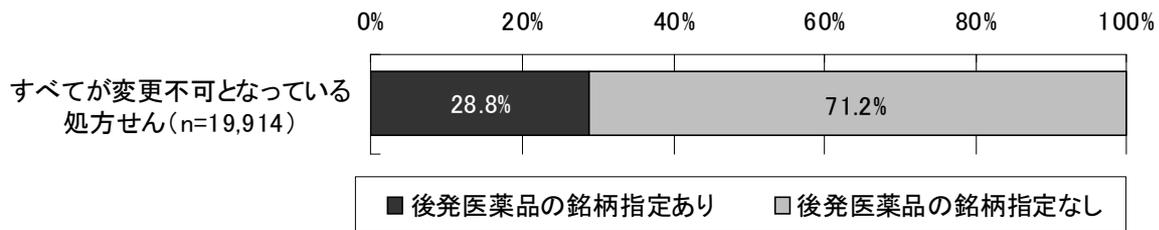
○ 「先発医薬品 (準先発品) 名で処方された医薬品目数」のうち「変更不可」となっていない医薬品目数」は 65.5%と昨年度より 8.3 ポイント減少した。

(P32、図表 32 先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品（n=237,673）における、「変更不可」の状況）



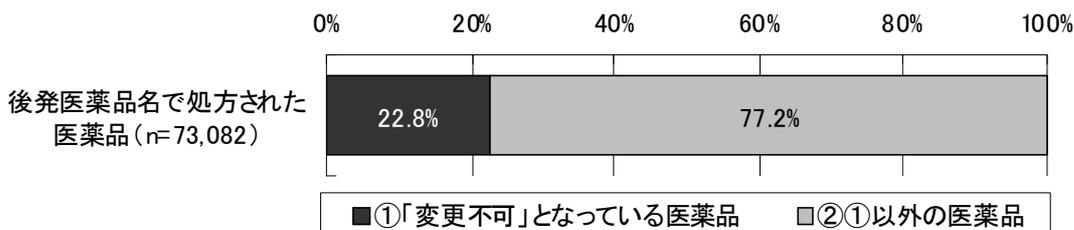
○ すべてが「変更不可」となっている処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定をしている処方せんの割合は28.8%と昨年度より1.9ポイント増加している。

(P24、図表 25 すべてが変更不可となっている処方せんのうち、後発医薬品の銘柄指定をしている処方せんの割合（平成25年8月21日～8月27日1週間の処方せん枚数ベース））



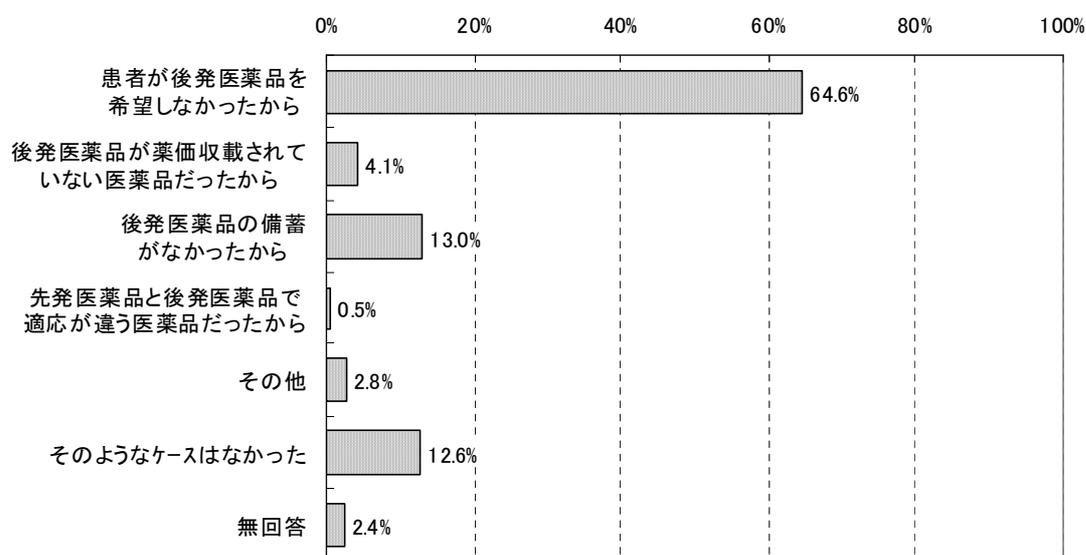
○ 「後発医薬品名で処方された医薬品目数」のうち「変更不可」となっている医薬品目数は22.8%と昨年度より2.5ポイント増加した。後発医薬品の銘柄指定をしている、すべてが「変更不可」となっている処方せんの割合が増加している中で、後発医薬品名で処方された医薬品目数も増加していることから（図表 29）、「変更不可」の後発医薬品名での処方が相乗的に増加しているものと思われる。

(P34、図表 35 後発医薬品名で処方された医薬品（n=73,082）における、「変更不可」の状況）



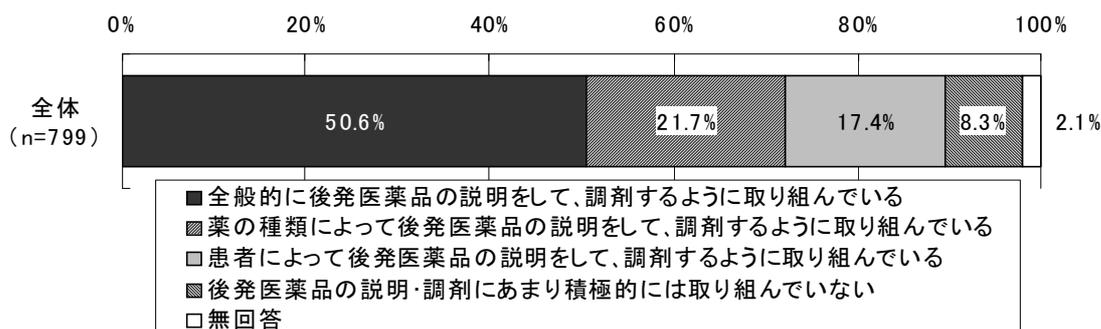
○ 一般名処方処方せんを持参した患者のうち後発医薬品を調剤しなかったケースについて最も多い理由をみると、「患者が後発医薬品を希望しなかったから」が64.6%で最も多く、次いで「後発医薬品の備蓄がなかったから」(13.0%)、「そのようなケースはなかった」(12.6%)、「後発医薬品が薬価収載されていない医薬品だったから」(4.1%)、「先発医薬品と後発医薬品で適応が違う医薬品だったから」(0.5%)であった。「患者が後発医薬品を希望しなかったから」は昨年度から7.6ポイント減少している。また、「後発医薬品の備蓄がなかったから」という薬局の理由については昨年度から5.6ポイント減少している。

(P35、図表 36 一般名処方処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースについての最も多い理由)



○ 後発医薬品の調剤に関する考えについて、「全般的に後発医薬品の説明をして、調剤するように取り組んでいる」が50.6%で最も多く、昨年度より21.1ポイント増加している。次いで「薬の種類によって後発医薬品の説明をして、調剤するように取り組んでいる」(21.7%)、「患者によって後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる」(17.4%)、「後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的には取り組んでいない」(8.3%)であった。

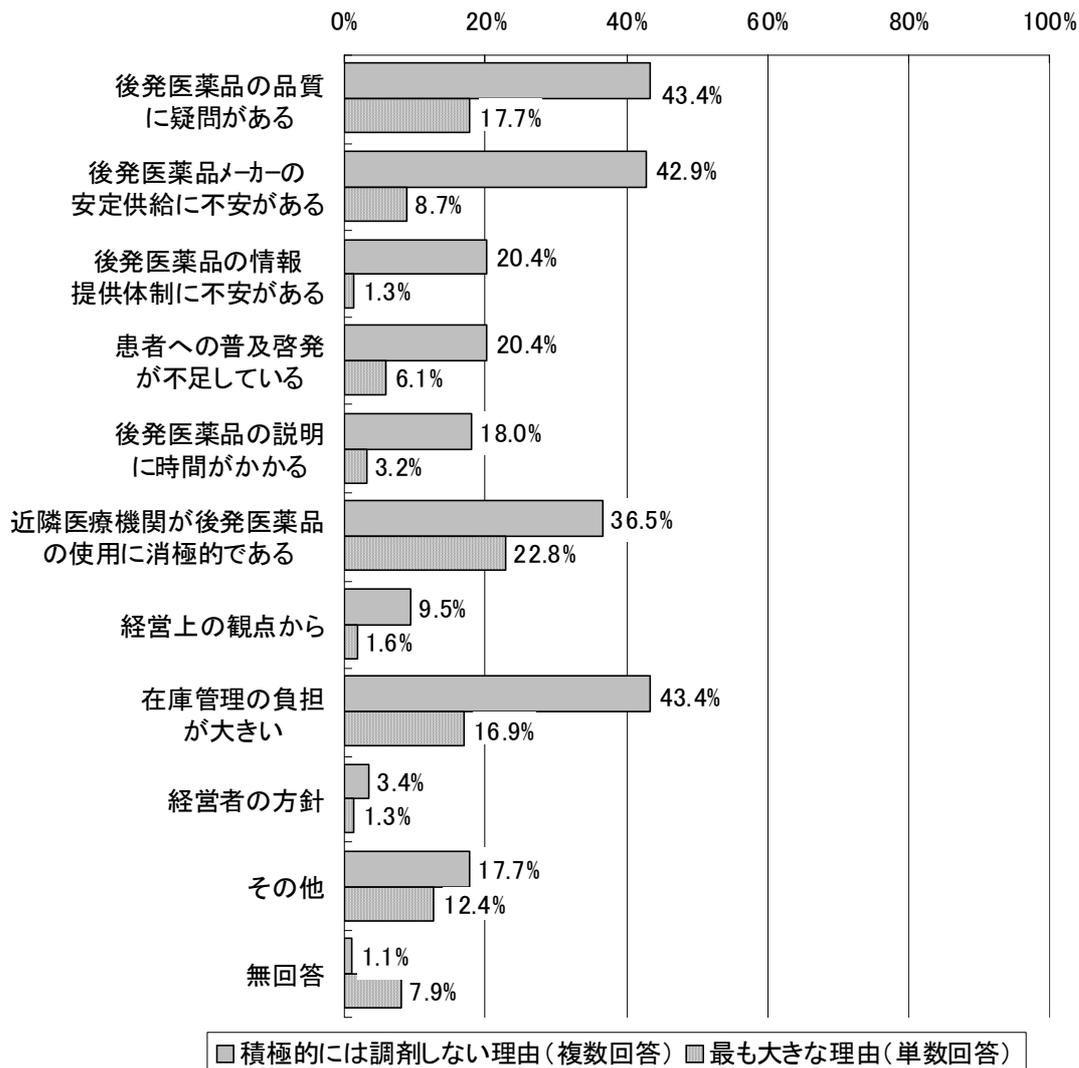
(P44、図表 45 後発医薬品の調剤に関する考え)



○ 後発医薬品をあまり積極的に調剤していない理由を尋ねたところ、「後発医薬品の品質に疑問がある」、「在庫管理の負担が大きい」（いずれも 43.4%）が最も多く、次いで「後発医薬品メーカーの安定供給に不安がある」（42.9%）、「近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」（36.5%）となった。

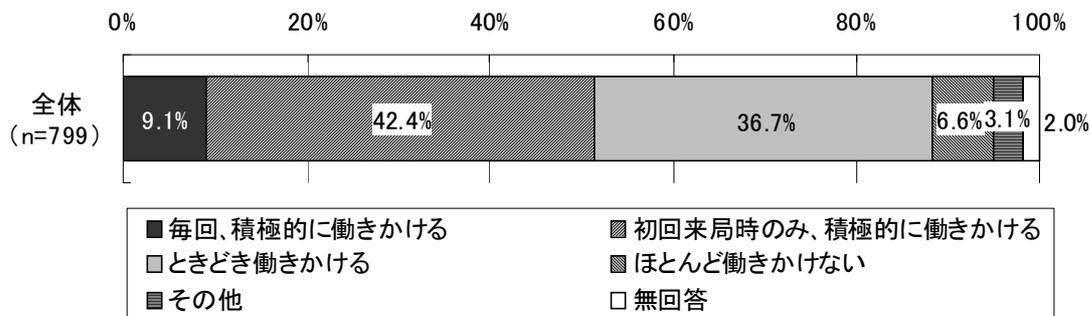
また、最も大きな理由についてみると、「近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」（22.8%）が最も多く、次いで「後発医薬品の品質に疑問がある」（17.7%）であった。

（P45、図表 46 あまり積極的には取り組んでいない理由）



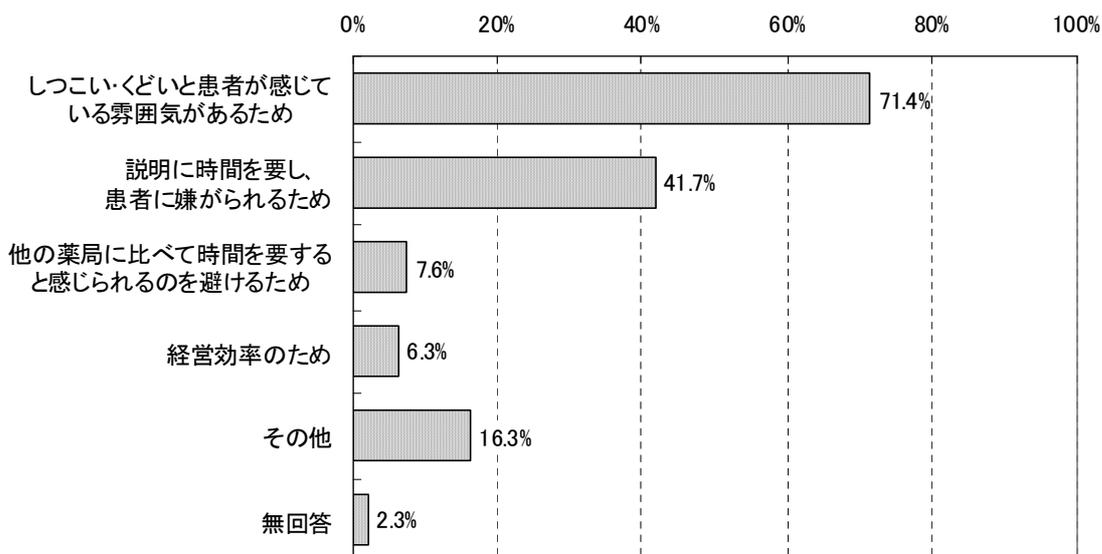
- 後発医薬品使用に関する患者への働きかけについてみると、「初回来局時のみ、積極的に働きかける」が42.4%で最も多く、次いで「ときどき働きかける」が36.7%、「毎回、積極的に働きかける」が9.1%、「ほとんど働きかけない」が6.6%であった。

(P48、図表 50 後発医薬品使用に関する患者への働きかけ)



- 積極的に働きかけない理由を尋ねたところ、「しつこい・くどいと患者が感じている雰囲気があるため」が71.4%で最も多く、次いで「説明に時間を要し、患者に嫌がられるため」が41.7%、「他の薬局に比べて時間を要すると感じられるのを避けるため」が7.6%、「経営効率のため」が6.3%となった。ほとんどが、患者に嫌がられるという理由で占められており、引き続き患者の理解を向上していくことが課題であると考えられる。

(P49、図表 51 後発医薬品使用に関して、毎回、積極的に働きかけない理由)

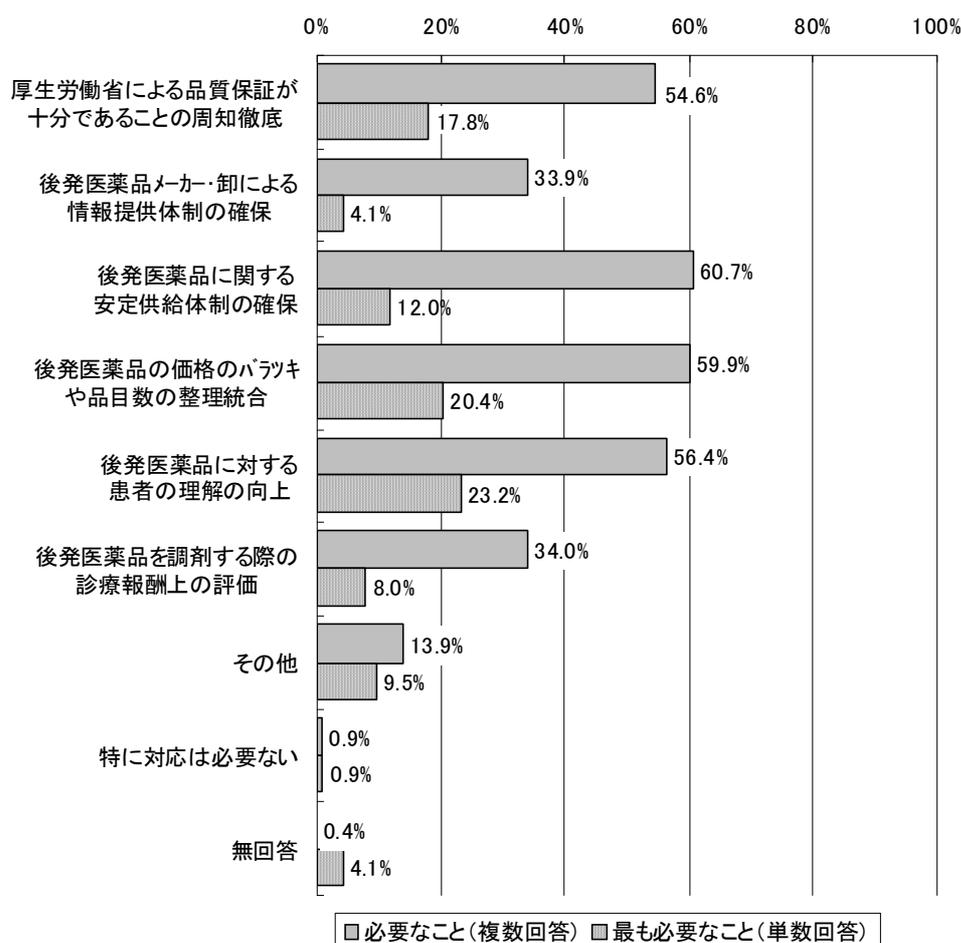


- 後発医薬品の調剤を積極的に進める上で必要なことについてみると、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が60.7%で最も多く、次いで「後発医薬

品の価格のバラツキや品目数の整理統合」(59.9%)、「後発医薬品に対する患者の理解の向上」(56.4%)、「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」(54.6%)と続いた。

また、最も必要なことをみると、「後発医薬品に対する患者の理解の向上」が23.2%で最も多く、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」(20.4%)、「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」(17.8%)、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」(12.0%)となった。

(P53、図表 56 薬剤師の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進める上で必要なこと)

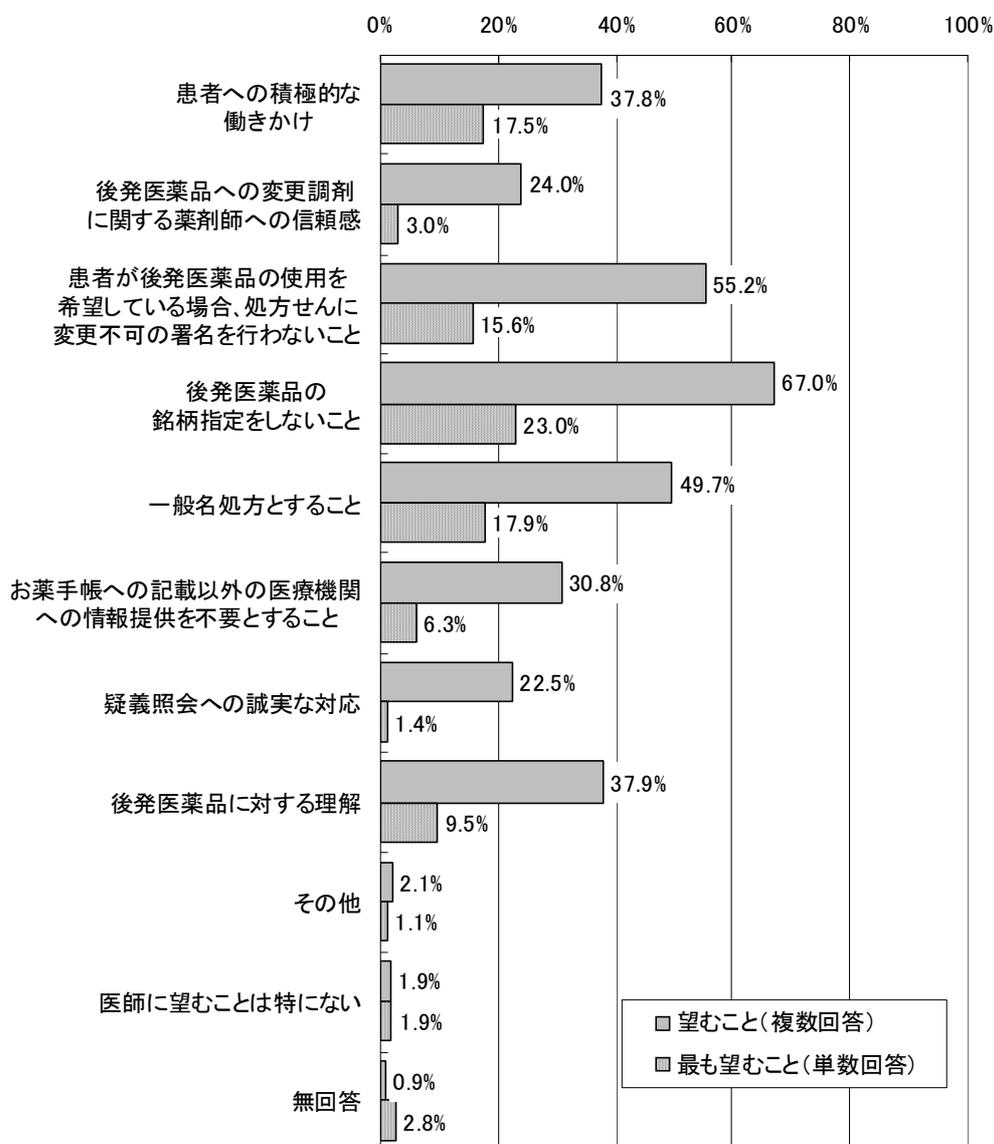


○ 後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことについてみると、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」が67.0%で最も多く、次いで「患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと」(55.2%)、「一般名処方とすること」(49.7%)、「後発医薬品に対する理解」(37.9%)、「患者への積極的な働きかけ」(37.8%)であり、昨年度と同様の結果(それぞれ、64.9%、52.7%、42.2%、34.3%)であった。

また、最も望むことをみると、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」が23.0%で最も多く、次いで「一般名処方とすること」(17.9%)、「患者への積極的な働き

かけ」(17.5%)であり、昨年度と同様の結果(それぞれ、24.3%、13.1%、12.2%)であった。

(P54、図表 57 後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと)

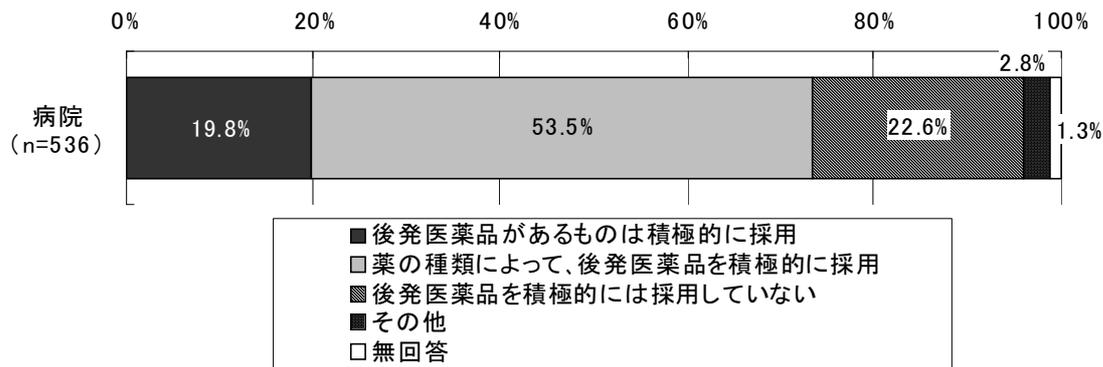


② 保険医療機関における後発医薬品の使用状況の検証

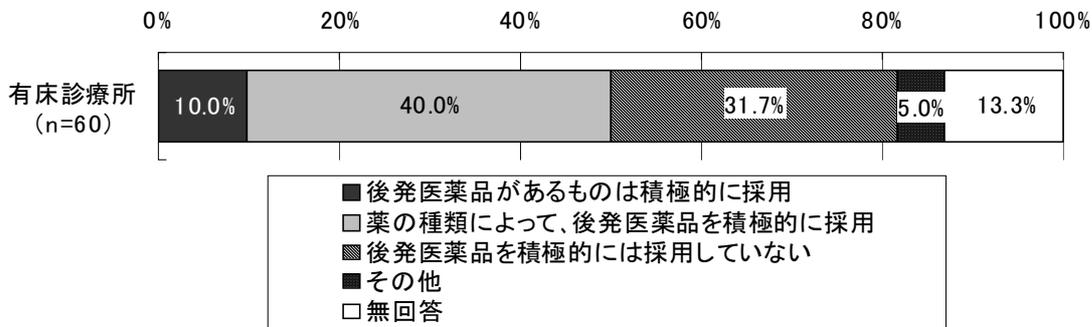
現行	改定後
<p>【後発医薬品使用体制加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">30点</p> <p>[施設基準] 保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 35点(新)</p> <p>2 28点(改)</p> <p>[施設基準] 1 保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち、後発医薬品の品目数が3割以上であること。 2 保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち、後発医薬品の品目数が2割以上3割未満であること。</p>
<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合</p> <p style="text-align: right;">40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合</p> <p style="text-align: right;">40点</p> <p>2 1以外の場合 68点 (注を追加) 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</p>
<p>【処方せん様式】 医師から処方された全ての医薬品についてジェネリック医薬品への変更の可否を明示するよう様式</p>	<p>【処方せん様式】 医師から処方された医薬品ごとにジェネリック医薬品への変更の可否を明示するよう様式を変更。</p>

- 後発医薬品の採用状況についてみると、病院では「後発医薬品があるものは積極的に採用」が19.8%であり、「薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用」が53.5%と合わせると73.3%が後発医薬品を採用していると、「後発医薬品を積極的に採用していない」が22.6%であった。一方、有床診療所においては、「後発医薬品があるものは積極的に採用」が10.0%であり、「薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用」が40.0%と合わせると50.0%が後発医薬品を採用していると、「後発医薬品を積極的に採用していない」が31.7%であった。

(P82、図表 81 病院における後発医薬品の採用状況)

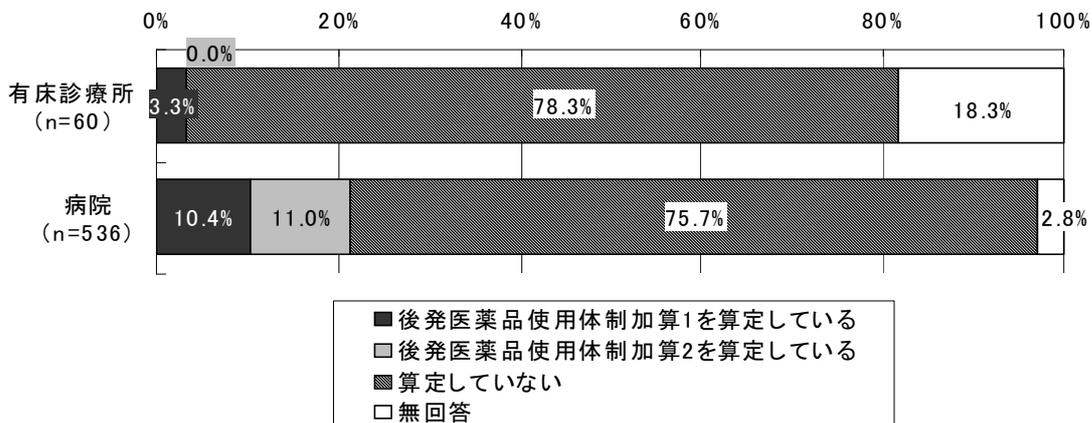


(P85、図表 84 有床診療所の入院医療における後発医薬品の採用状況)



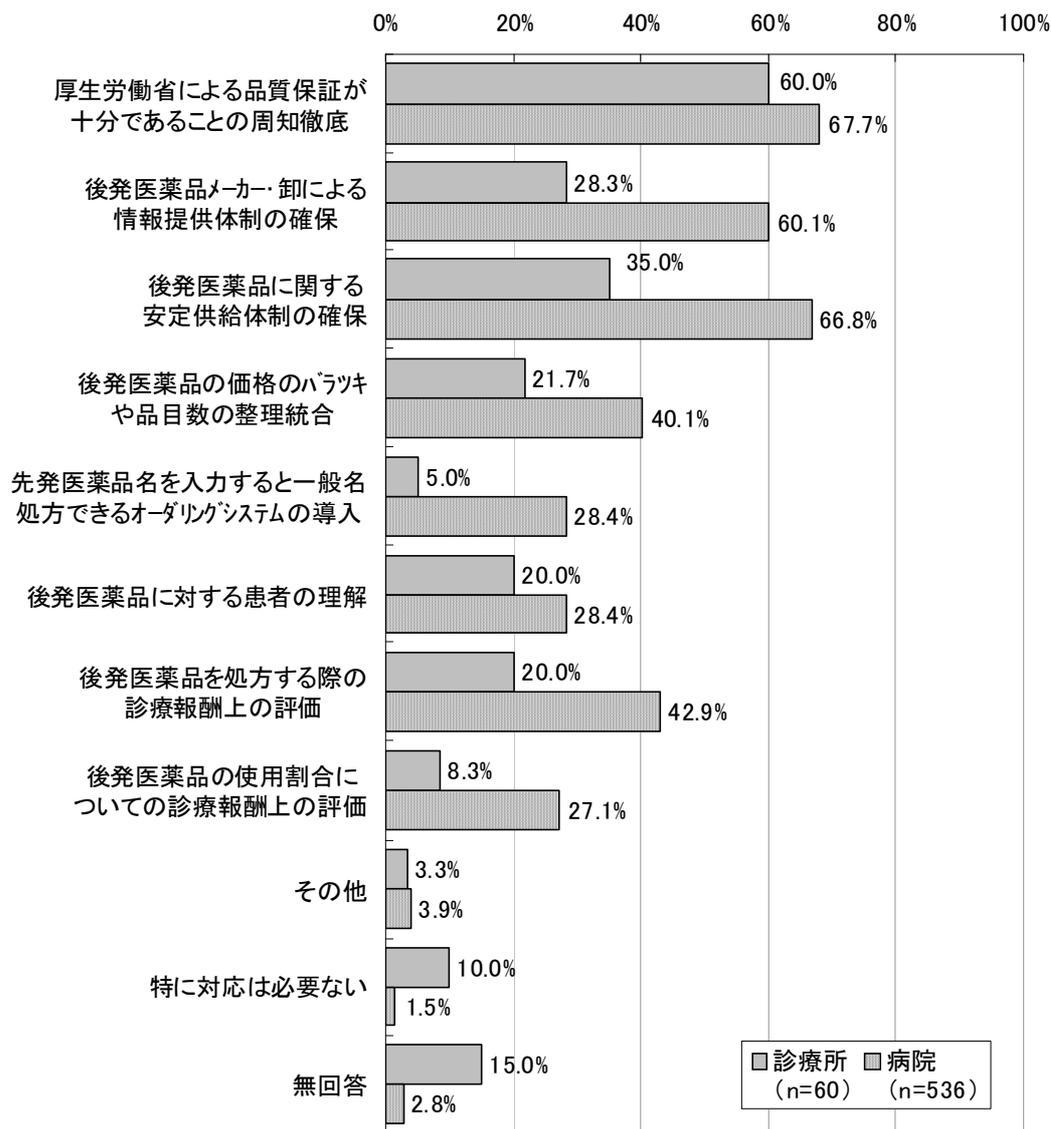
○ 後発医薬品使用体制加算の状況についてみると、有床診療所では「後発医薬品使用体制加算 1 を算定している」が 3.3%、「算定していない」が 78.3%であり、病院では「後発医薬品使用体制加算 1 を算定している」が 10.4%、「後発医薬品使用体制加算 2 を算定している」が 11.0%と合わせて 21.4%が後発医薬品使用体制加算を算定しているとしており、「算定していない」が 75.7%であった。病院に比べて有床診療所の無回答率が高かった。

(P87、図表 86 後発医薬品使用体制加算の状況)



○ 今後どのような対応が進めば施設として入院患者等に後発医薬品の使用を進めてもよいかについてみると、診療所、病院ともに「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」（診療所 60.0%、病院 67.7%）が最も多く、次いで「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」（同 35.0%、66.8%）、「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」（同 28.3%、60.1%）であり、昨年度と同様の傾向が見られた。

（P88、図表 87 今後どのような対応が進めば施設として入院患者等に後発医薬品の使用を進めてもよいか（複数回答））



- 1 か月間の処方せん料・一般名処方加算の算定回数についてみると、診療所では処方せん料が平均 762.1 回（標準偏差 807.7、中央値 619.5）、一般名処方加算が平均 311.9 回（標準偏差 556.9、中央値 66.0）であり、病院では処方せん料が平均 3,127.1 回（標準偏差 5,628.1、中央値 1,276.5）、一般名処方加算が平均 296.0 回（標準偏差 893.9、中央値 0.0）であった。一般名処方加算の算定状況については、診療所、病院ともに施設ごとの差が大きいことがうかがえる。

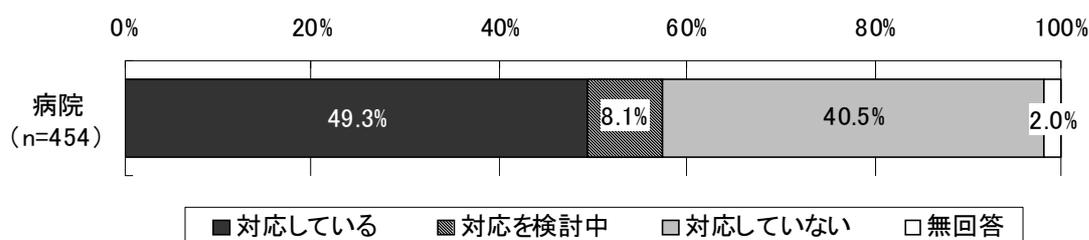
(P90、図表 89 1 か月間の処方せん料・一般名処方加算の算定回数)

		平均値	標準偏差	中央値
診療所 (n=448)	処方せん料	762.1	807.7	619.5
	一般名処方加算	311.9	556.9	66.0
病院 (n=456)	処方せん料	3,127.1	5,628.1	1,276.5
	一般名処方加算	296.0	893.9	0.0

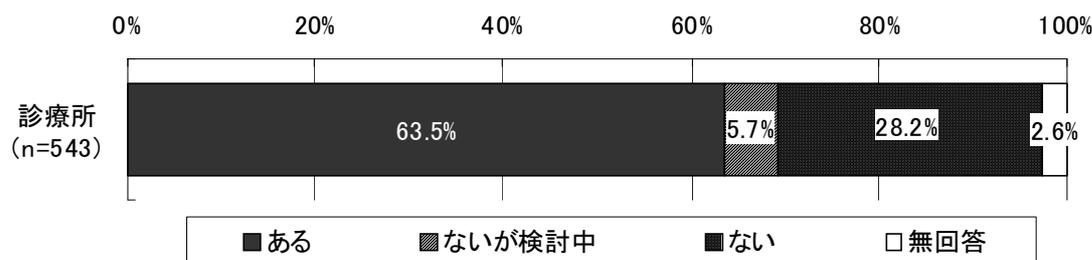
- 一般名処方による処方せん発行への対応状況についてみると、病院では「対応している」が 49.3%、「対応を検討中」が 8.1%、「対応していない」が 40.5%であり、診療所では、「ある」が 63.5%、「ないが検討中」が 5.7%、「ない」が 28.2%であった。

約半数の病院では一般名処方に対応しているとされているが、実際に加算の算定状況（図表 89）を勘案すると、加算の対象とならない一般名処方が多くなされている可能性がある。

(P92、図表 92 病院における一般名処方による処方せん発行への対応状況)

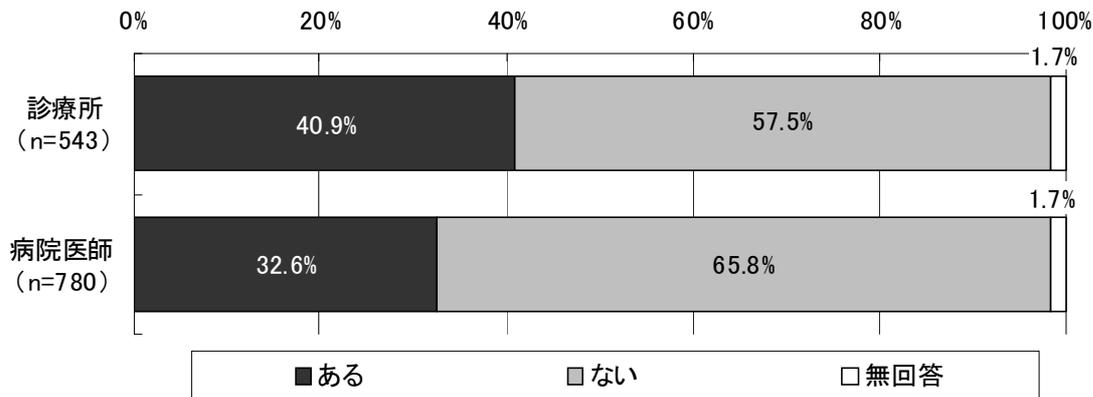


(P94、図表 94 診療所における一般名処方による処方せん発行の有無)



- 平成 25 年 4 月以降に後発医薬品への「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ついてみると、診療所では「ある」が 40.9%（昨年度 40.3%）、「ない」が 57.5%（昨年度 56.3%）であり、病院医師では「ある」が 32.6%（昨年度 31.9%）、「ない」が 65.8%（昨年度 65.3%）であった。

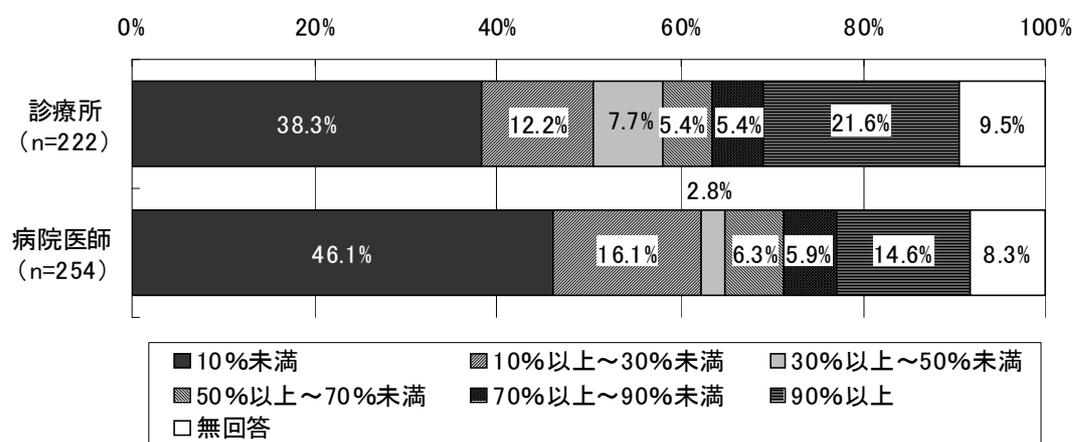
（P98、図表 99 後発医薬品への「変更不可」欄にチェックした処方せんの発行経験の有無）



- 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄にチェックした処方せんの割合についてみると、診療所では「10%未満」が 38.3%（昨年度 35.1%）で最も多く、次いで「90%以上」(21.6%)（昨年度 25.3%）、「10%以上～30%未満」(12.2%)（昨年度 11.0%）であった。病院医師では「10%未満」が 46.1%（昨年度 41.1%）で最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(16.1%)（昨年度 17.1%）、「90%以上」(14.6%)（昨年度 10.3%）であった。

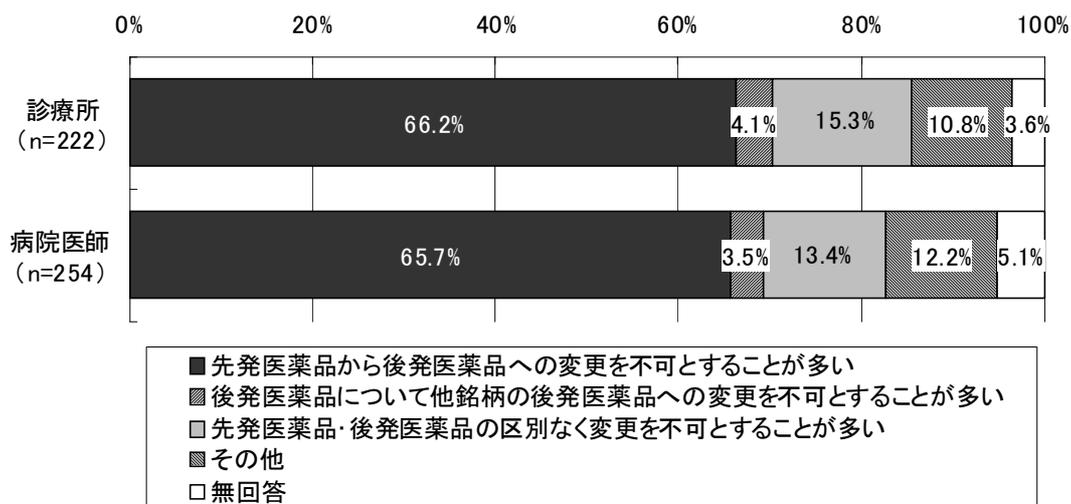
後発医薬品への「変更不可」の欄にチェックした処方せんの発行経験については、昨年度と比べて大きな変化がない中で、診療所の「変更不可」欄にチェックした処方せんの割合は減少傾向にあるといえる。

（P99、図表 100 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄にチェックした処方せんの割合）



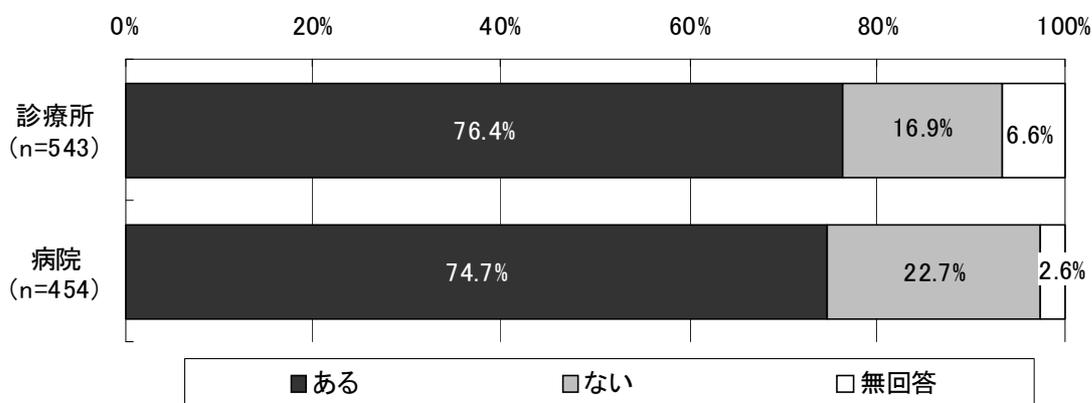
- 一部の医薬品について「変更不可」とするケースとして最も多いものをみると、診療所・病院医師ともに「先発医薬品から後発医薬品への変更を不可とすることが多い」（診療所 66.2%、病院医師 65.7%）が最も多く、次いで「先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更を不可とすることが多い」（同 15.3%、13.4%）があり、「後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更を不可とすることが多い」も診療所では 4.1%、病院医師では 3.5%であった。

(P100、図表 101 一部の医薬品について「変更不可」とするケースとして最も多いもの)



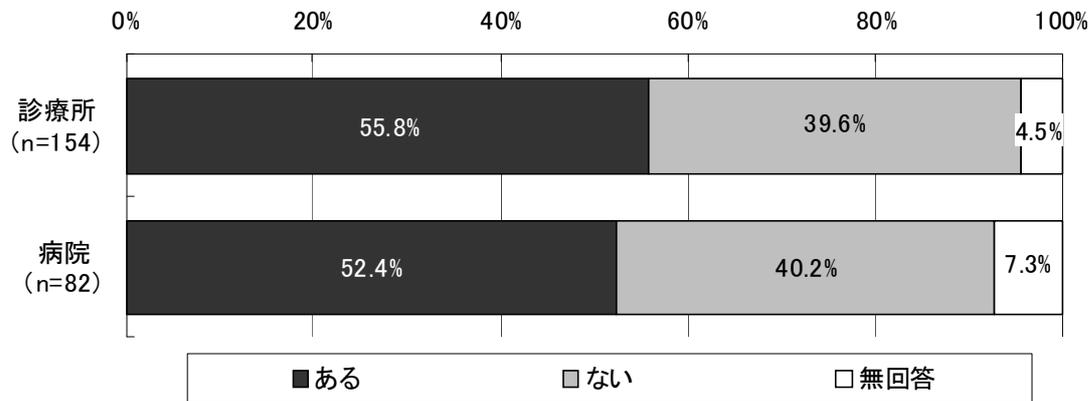
- 患者から後発医薬品の処方求められた経験の有無についてみると、診療所では「ある」が 76.4%、「ない」が 16.9%であった。また、病院では「ある」が 74.7%、「ない」が 22.7%であった。

(P102、図表 103 患者から後発医薬品の処方求められた経験の有無)



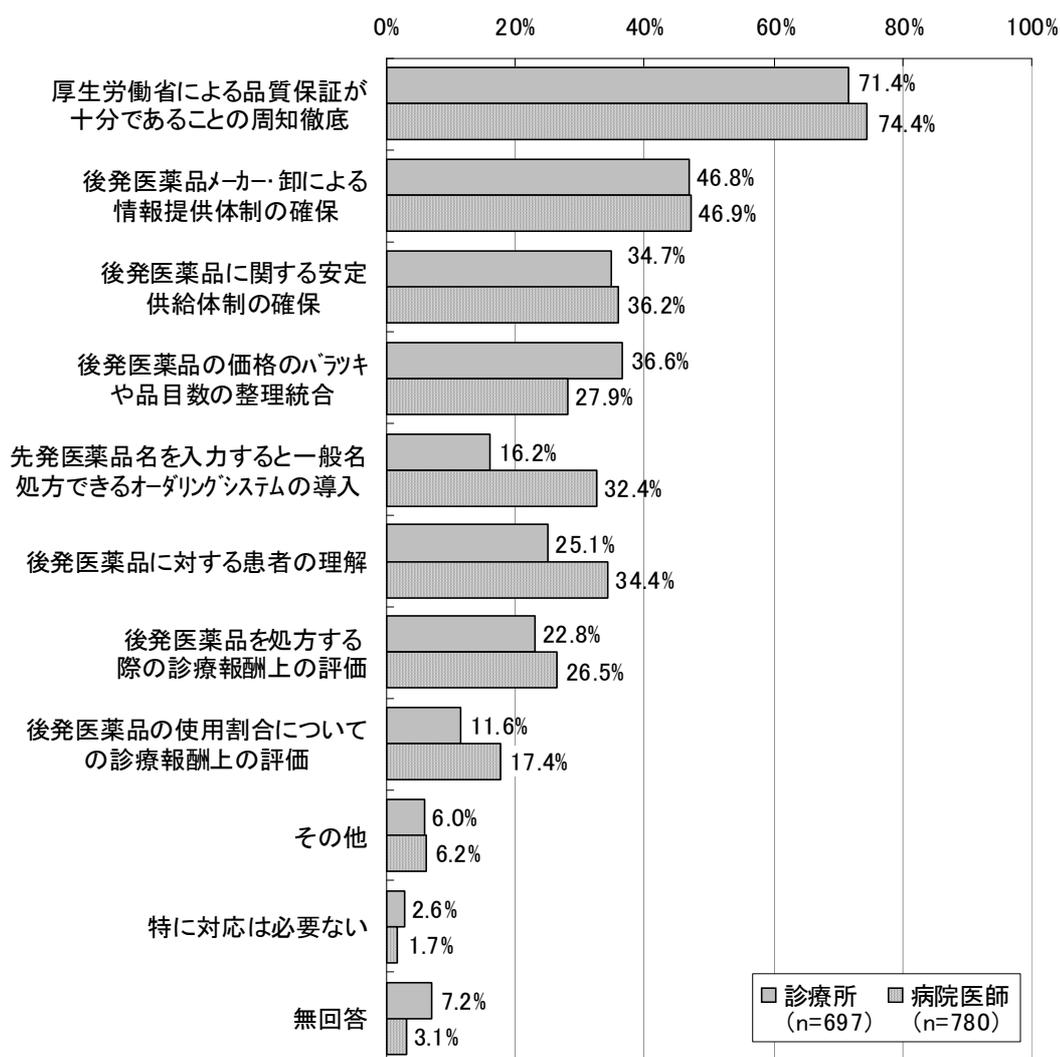
- 院外処方せんを発行していない施設における、患者から後発医薬品の処方求められた経験の有無についてみると、診療所では「ある」が55.8%、「ない」が39.6%であった。また、病院では「ある」が52.4%、「ない」が40.2%であった。

(P108、図表 109 患者から後発医薬品の処方求められた経験の有無) (院外処方せんを発行していない施設)



- 後発医薬品の処方を進めるための環境について、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尋ねたところ、診療所、病院医師ともに「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」（診療所 71.4%、病院医師 74.4%）が最も多く、次いで「後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保」（同 46.8%、46.9%）であった。

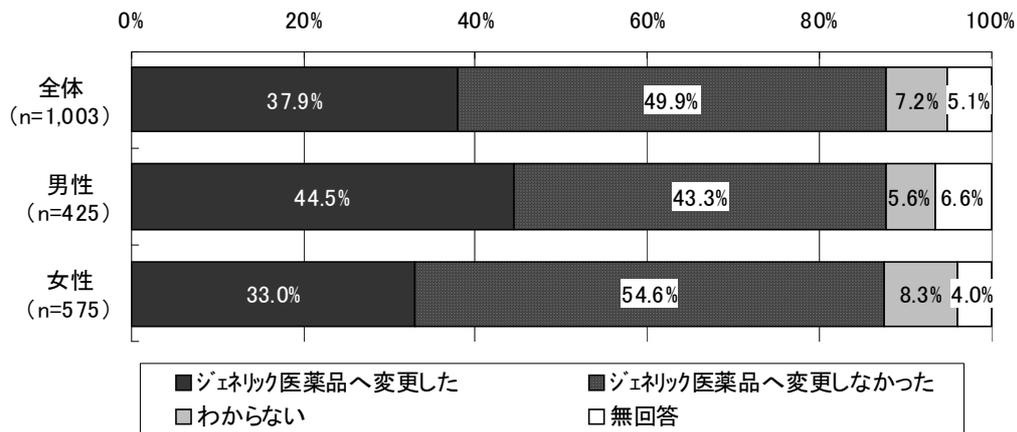
（P112、図表 113 どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いか（医師ベース、複数回答））



③ 患者における後発医薬品の使用状況の検証

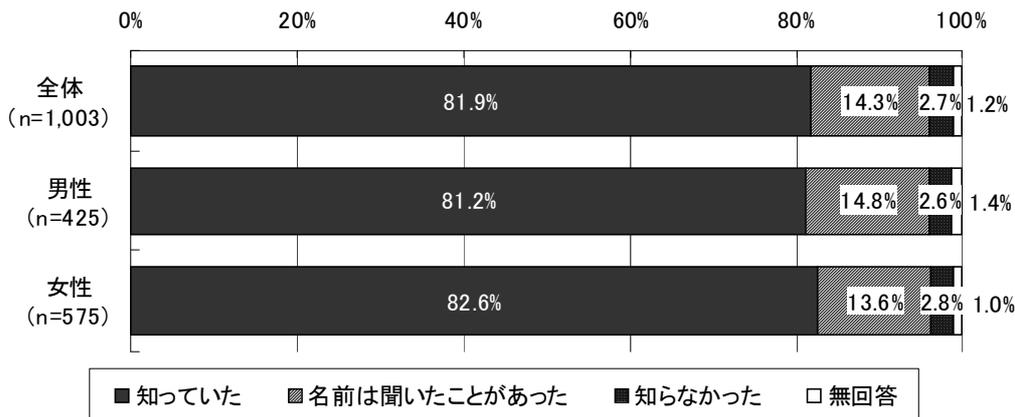
- 先発医薬品からジェネリック医薬品への変更の有無についてみると、全体では「ジェネリック医薬品へ変更した」が37.9%、「ジェネリック医薬品へ変更しなかった」が49.9%、「わからない」が7.2%となった。

(P139、図表 124 薬局における、先発医薬品からジェネリック医薬品への変更の有無(男女別))



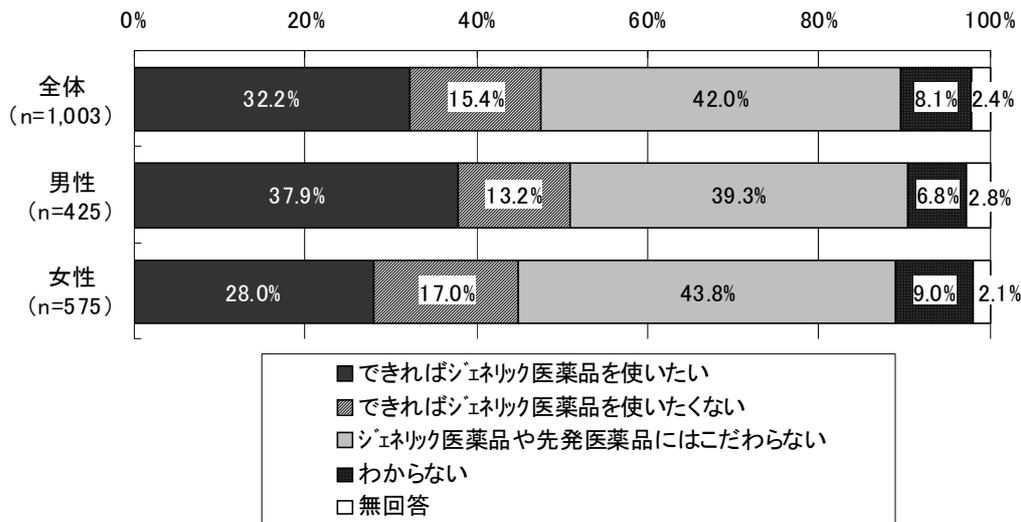
- ジェネリック医薬品に対する認知度についてみると、全体では「知っていた」が81.9%、「名前は聞いたことがあった」が14.3%、「知らなかった」が2.7%であった。

(P145、図表 130 ジェネリック医薬品に対する認知度(男女別))



- ジェネリック医薬品の使用に関する考えについてみると、全体では「できればジェネリック医薬品を使いたい」が32.2%、「できればジェネリック医薬品を使いたくない」が15.4%、「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」が42.0%、「わからない」が8.1%であった。

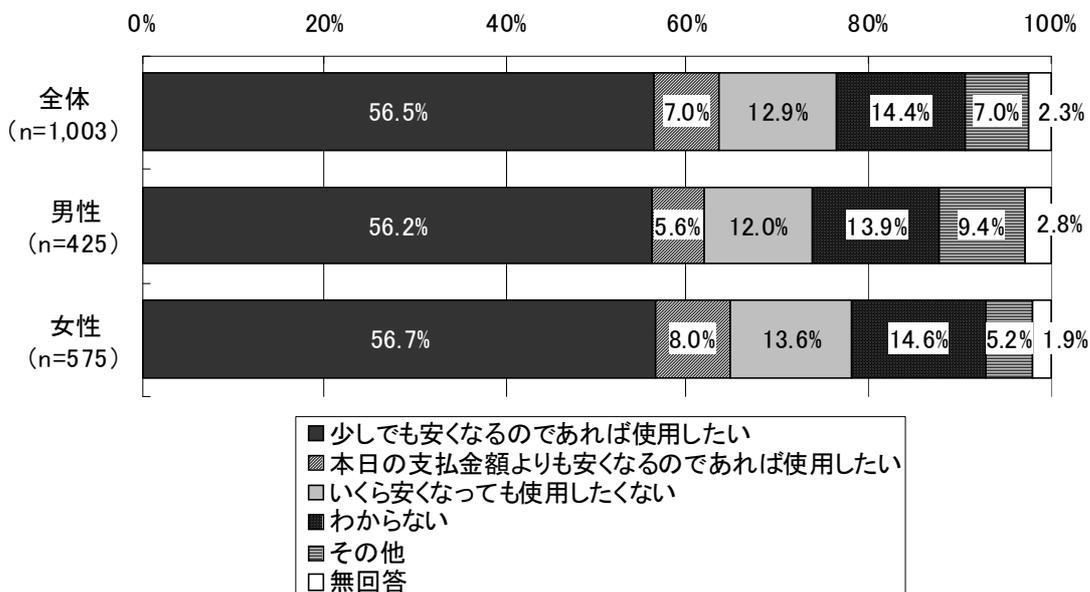
(P183、図表 168 ジェネリック医薬品の使用に関する考え (男女別))



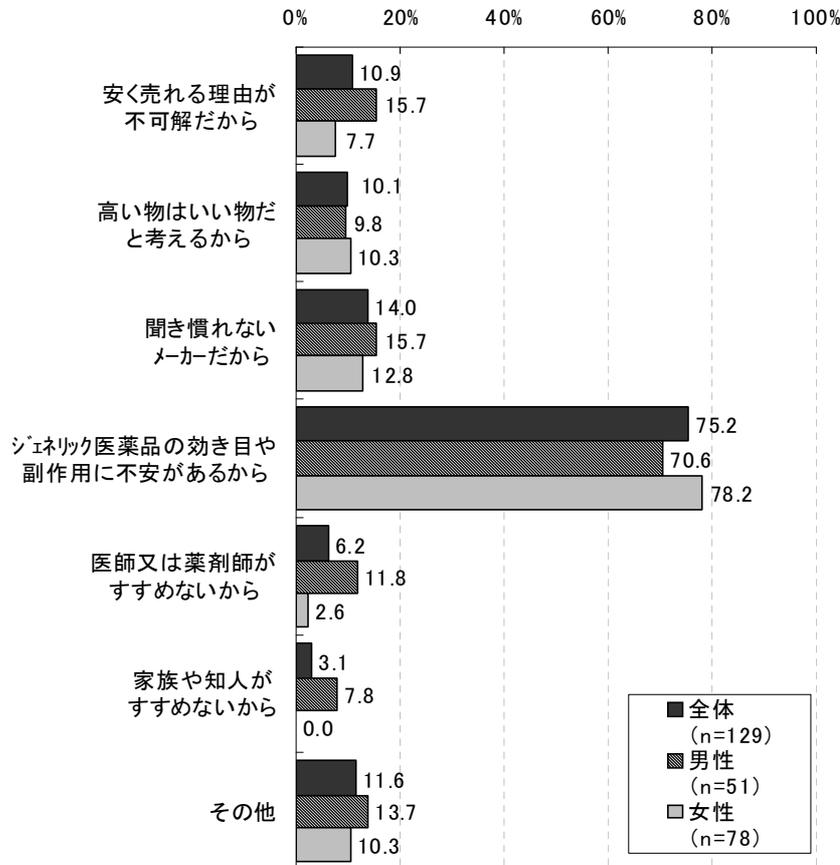
○ ジェネリック医薬品に関する使用意向 (自己負担との関係) についてみると、全体では「少しでも安くなるのであれば使用したい」が56.5%、「本日の支払金額よりも安くなるのであれば使用したい」が7.0%、「いくら安くなっても使用したくない」が12.9%、「わからない」が14.4%であった。

また、いくら安くなっても使用したくない」と回答した人に、理由を尋ねたところ、「ジェネリック医薬品の効き目や副作用に不安があるから」が75.2%で最も多く、次いで「聞き慣れないメーカーだから」(14.0%)、「安く売れる理由が不可解だから」(10.9%)、「高い物はいい物だと考えるから」(10.1%)であった。

(P185、図表 170 ジェネリック医薬品に関する使用意向 (自己負担との関係) (男女別))



(P189、図表 175 ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない理由  
 (「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人、男女別、複数回答))



【まとめ】

- ア. 後発医薬品調剤体制加算の算定要件の見直しの結果（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）、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 3を算定している薬局の割合が 31.7%と最も多く、また、後発医薬品調剤体制加算を算定している薬局の総数の割合（70.9%）も、前回調査（65.6%）よりも増加していることから、この加算の見直しが保険薬局の後発医薬品調剤の増加に貢献している一方で、依然として 27.9%の保険薬局が後発医薬品調剤体制加算を算定していない状況である。
- イ. 1 週間の取り扱い処方せんに記載された医薬品の品目数（367,201 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 64.7%、「後発医薬品名で処方された医薬品目数」は 19.9%、「一般名で処方された医薬品目数」は 10.6%であり、一般名で処方された医薬品は先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品に比べて著しく少ない。一品目でも後発医薬品への変更不可となっていない処方せんは 81.5%となっているが、先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品 64.7%の 34.5%（(64.7%－42.4%) ÷ 64.7%）が「変更不可」

とされている。この値は昨年度より 8.3 ポイント増加している。

一方、すべてが「変更不可」とされている処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せんは 28.8%と昨年度より 1.9 ポイント増加しており、後発医薬品名で処方された医薬品目数のうち、「変更不可」とされている医薬品品目数は 22.8%と昨年度より 2.7 ポイント増加していることから、今後、後発医薬品名で処方されている医薬品において「変更不可」の理由について詳細に調査、分析する必要がある。

- ウ. 一般名で処方された医薬品における後発医薬品の調剤状況でみると、59.6%と約 6 割の患者が後発医薬品を選択していることから、一般名処方による後発医薬品の使用促進の効果はあったと考えられるが、処方された医薬品目数全体の 10.6%しか一般名で処方されていないことから、引き続き一般名による処方を増やす必要があると思われる。
- エ. 一般名処方の処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースの 64.6%が「患者が希望しない」ことを理由にしており、昨年度より 7.6 ポイント減少しているものの、患者の理解向上が今後の後発医薬品の使用促進において重要であると考えられる。
- オ. 後発医薬品の調剤に関する考えについて、「全般的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる」が 50.6%と最も多く、昨年度より 21.1 ポイントも増加していることから、薬局において後発医薬品の調剤への取組は急速に伸展していると思われる。
- カ. 後発医薬品の使用が進む一方で、保険薬局があまり積極的には取り組んでいない最大の理由として、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」(22.8%)、「後発医薬品の品質に疑問がある」(17.7%)、「在庫管理の負担が大きい」(16.9%)が上位を占めており、昨年度の調査結果と同様の理由(それぞれ、28.5%、7.7%、18.5%)となっている。「品質に疑問がある」とした回答が 10 ポイント増加しているが昨年度では、「後発医薬品の効果に疑問がある」(10.0%)という選択肢があったことを考慮すると調査結果に大きな変化は見られないと思われる。
- キ. 後発医薬品使用に関して、毎回、積極的に働きかけない理由としては、71.1%が「しつこい・くどいと患者が感じている雰囲気があるため」としており、後発医薬品に関する患者の理解を得るには、今しばらく丁寧な説明を続ける必要があると思われる。
- ク. 後発医薬品の調剤を進めていくために、薬剤師が医師に望むこととしては「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」(67.0%)、「患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと」(55.2%)となっており、「一般名処方とすること」(49.7%)並びに「後発医薬品に対する理解」(37.9%)及び「患者への積極的な働きかけ」(37.8%)を上回っており、後発医薬品の使用を促進する上で、今後検討する必要があると考えられる。
- ケ. 薬剤師が積極的に後発医薬品を調剤していない理由として、「後発医薬品の品質に疑問がある」が最も多いこと、また、医師の立場としても「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」を最も必要であると回答していることから、引き続き、国やメーカーなどによる品質に対する信頼性の確保が必要であると思われる。

コ. 患者における後発医薬品の認知度は81.9%とかなり高く、「できればジェネリック医薬品を使いたい」(32.2%)及び「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(42.0%)との回答が併せて74.2%である一方で、先発医薬品からジェネリック医薬品の変更の有無については、49.9%が「ジェネリック医薬品へ変更しなかった」と回答していることから、ジェネリック医薬品に対して患者はそれほど否定的ではないものの、後発医薬品への切り替えに対して馴染み切れなないと思われる。また、「ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない」と回答した患者のうち、「ジェネリック医薬品の効き目や副作用に不安があるから」後発医薬品を使用したくないと考えている患者が75.2%もいることから、後発医薬品に対する不安を解消していくために、医薬関係者において、患者の不安を解消するよう丁寧に説明を行う必要があると考えられる。

## 5 「慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況調査」の結果について

### (1) 調査の目的

平成 24 年度改定において、精神療養病棟における重症患者の受入れや退院支援部署による退院調整の評価、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化の観点からの精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、認知症における入院日数に応じた評価体系の見直し、認知症の早期診断をより一層推進する観点からの認知症専門診断管理料の更なる評価など、より質の高い精神医療の充実、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図るための評価を行った。

本調査では、これらの評価の見直しや加算の創設等による精神科病棟における職員の配置状況の変化、精神療養病棟における患者の受入状況や退院調整の状況、診療状況の変化、精神科患者の地域への移行や認知症治療の推進状況等の把握を目的として調査を行った。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### ① 施設調査

- 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料 1、2 のいずれかの施設基準の届出のある保険医療機関 977 施設に対し、平成 25 年 8 月に調査票を郵送にて配布（施設調査に関する「施設票」の他、下記②③の調査票を同封）。回答調査票を郵送にて回収した。
- 回答者は管理者・開設者またはその代理人。

#### ② 病棟調査

- 上記「①施設調査」の対象施設における精神療養病棟、認知症治療病棟を調査対象とした「精神療養病棟票」、「認知症治療病棟票」を、平成 25 年 8 月に施設票と合わせて各施設に配布。上記①と合わせて郵送にて回収した。
- 回答者は各病棟責任者。

#### ③ 患者調査

- 上記「②病棟調査」の各病棟に入院している患者（1 施設につき最大 10 名）を調査対象とした「精神療養病棟患者票」、「認知症治療病棟患者票」を、平成 25 年 8 月に施設票と合わせて各施設に配布。上記①と合わせて回収した。
- 上記「①施設調査」の対象施設で提供している精神科デイ・ケア等を調査日に利用した患者（1 施設につき最大 5 名）を調査対象とした「外来患者票」を、平成 25 年 8 月に施設票と合わせて各施設に配布。上記①と合わせて回収した。
- 回答者は対象患者を担当する看護師または精神保健福祉士等。

### (3) 回収の状況

- |          |                            |
|----------|----------------------------|
| ① 施設調査   | 有効回答数： 294 施設（有効回答率 30.1%） |
| ② 病棟調査   |                            |
| ・精神療養病棟票 | 有効回答数： 245 病棟（有効回答率 29.2%） |

・認知症治療病棟票 有効回答数： 139 病棟（有効回答率 28.3%）

③ 患者調査

・精神療養病棟患者票 有効回答数：2,355 人  
 ・認知症治療病棟患者票 有効回答数：1,361 人  
 ・外来患者票 有効回答数：1,034 人

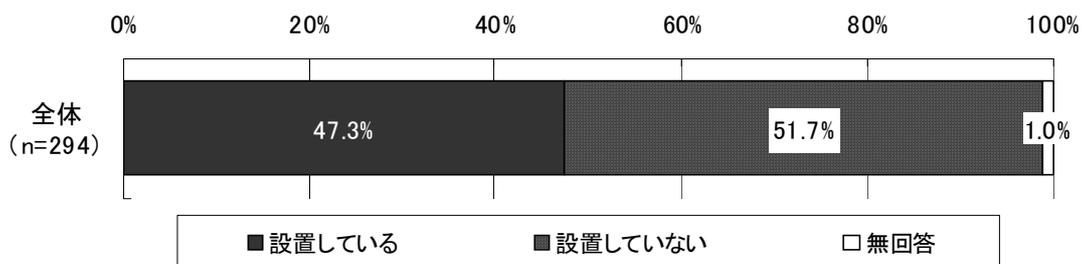
(4) 検証部会としての評価

平成 24 年 4 月の診療報酬改定において、①精神科慢性期入院医療の評価として、より重症な患者を受け入れている精神療養病棟を評価する観点から、精神療養病棟入院料に係る「重症者加算」の見直しや、退院支援部署による支援で精神療養病棟に入院している患者が退院した場合を評価する「退院調整加算」の新設など、②地域における精神医療の評価として、「精神科デイ・ケア」等の要件の見直しや、「通院・在宅精神療法」で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、「認知療法・認知行動療法」の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化の観点からの「精神科継続外来支援・指導料」の見直しなど、③認知症入院医療の評価として、「認知症治療病棟入院料」の見直しや、夜間に十分な看護補助者を配置することにより手厚い体制で看護を行っている場合を評価する「認知症夜間対応加算」の新設など、④認知症患者の外来診療の評価として、認知症の早期診断をより一層推進する観点から、「認知症専門診断管理料」の見直しや、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合を評価する「認知症療養指導料」の新設の他、重度認知症患者デイ・ケア料における「夜間ケア加算」の新設や、長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携を評価するものとして「地域連携認知症集中治療加算」及び「地域連携認知症支援加算」が新設されたこと等について検証を行った。

【施設全体に関する事項】

○ 精神療養病棟、認知症治療病棟に入院している患者の退院調整に係る評価が行われたが、施設として退院支援を担当する専門部署を「設置している」という施設が 47.3%、「設置していない」という施設が 51.7%であった。

(P59、図表 112 退院支援を担当する専門部署の設置状況【施設調査】)



- 退院支援を担当する専門部署を設置している施設のうち、「平成 24 年 4 月～」（平成 24 年度診療報酬改定以降）に設置した施設が 20.1%であった。

（P59、図表 113 退院支援を担当する専門部署の設置時期【施設調査】）

設置時期	施設数	割合
～平成 20 年 3 月	41	29.5%
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	30	21.6%
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	27	19.4%
平成 24 年 4 月～	28	20.1%
不明	13	9.4%
合計	139	100.0%

- 退院支援を担当する専門部署の体制をみると、平成 23 年 6 月と比較して、専従・専任ともに職員数が増加している。

（P60、図表 114 退院支援を担当する専門部署の体制、平均値、n=126【施設調査】）

（単位：人）

	平成 23 年 6 月		平成 25 年 6 月	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	0.02	0.31	0.02	0.42
2) 看護師・准看護師	0.07	0.98	0.13	1.14
3) 作業療法士	0.02	0.20	0.02	0.27
4) 精神保健福祉士	0.98	0.95	1.25	1.43
5) 社会福祉士	0.16	0.04	0.17	0.06
6) 臨床心理技術者	0.07	0.10	0.11	0.25
7) その他	0.00	0.06	0.01	0.09
8) 合計	1.31	2.64	1.73	3.66

- （注）・退院支援を担当する専門部署を設置している施設のうち、職員数について回答のあった 126 施設を対象とした。  
 ・「その他」の内容として、「薬剤師」、「医事課職員」、「事務職」が挙げられた。

【精神療養病棟に関する事項】

現行	改定後
<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>○重症者加算 40点 〔算定要件〕 GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>○重症者加算 1 60点(新) 〔算定要件〕 精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であって、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</p> <p>○重症者加算 2 30点(改) 〔算定要件〕 GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>

- 精神療養病棟の在院患者におけるGAF尺度のスコア別患者数を平成23年6月と平成25年6月とで比較すると、「40～31点」が減少し、30点以下の患者数が増加している。

(P89、図表 145 GAF 尺度のスコア別患者数【病棟調査】)

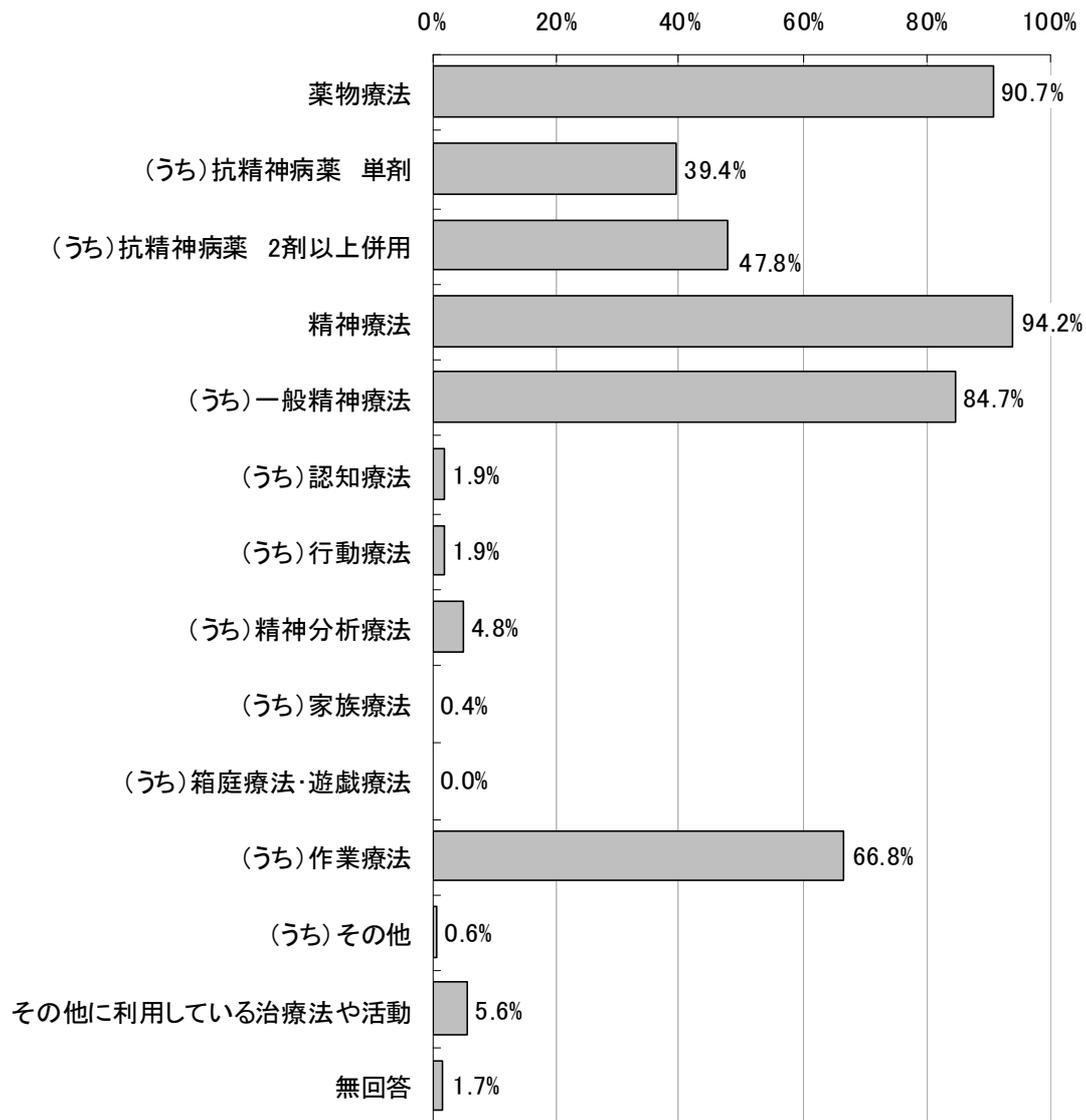
(単位：人)

	平成23年6月			平成25年6月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
100～91点	0.5	6.7	0.0	0.0	0.2	0.0
90～81点	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3	0.0
80～71点	0.1	0.8	0.0	0.1	0.6	0.0
70～61点	0.2	0.9	0.0	0.2	1.0	0.0
60～51点	0.6	1.7	0.0	0.9	4.2	0.0
50～41点	3.0	8.5	0.0	2.3	6.1	0.0
40～31点	37.8	35.0	31.0	24.9	23.7	17.0
30～21点	51.8	39.0	42.0	62.5	40.5	57.0
20～11点	18.2	20.8	14.0	20.5	20.4	16.0
10～1点	6.3	12.0	2.0	6.4	12.5	3.0
0点	0.2	1.1	0.0	0.2	1.0	0.0
不明	3.5	21.2	0.0	1.9	17.0	0.0
合計	120.5	70.7	110.0	119.1	67.1	107.0

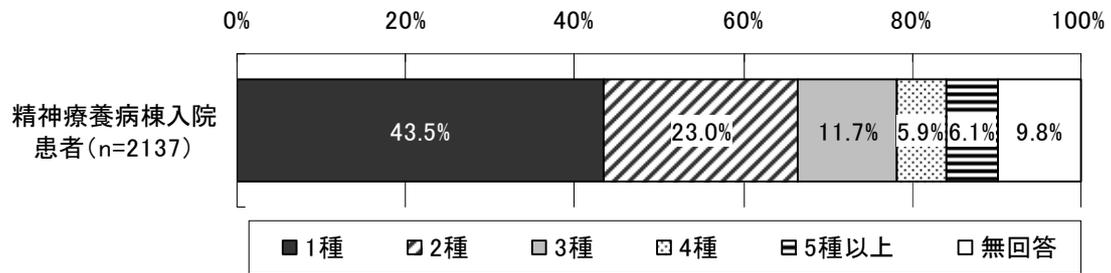
(注) すべての項目について記入があり、合計人数が「精神療養病棟の在院患者数」と一致した191施設を集計対象とした。

- 精神療養病棟に入院している患者の主傷病に対して実施している診療内容をみると、「精神療法」が94.2%、「薬物療法」が90.7%であった。このうち、薬物療法で使用している抗精神病薬の種数をみると、「1種」が43.5%、「2種」が23.0%、「3種」が11.7%、「4種」が5.9%、「5種以上」が6.1%であった。

(P136、図表 208 主傷病に対して実施している診療内容(精神療養病棟入院患者、複数回答、n=2,355【患者調査】)



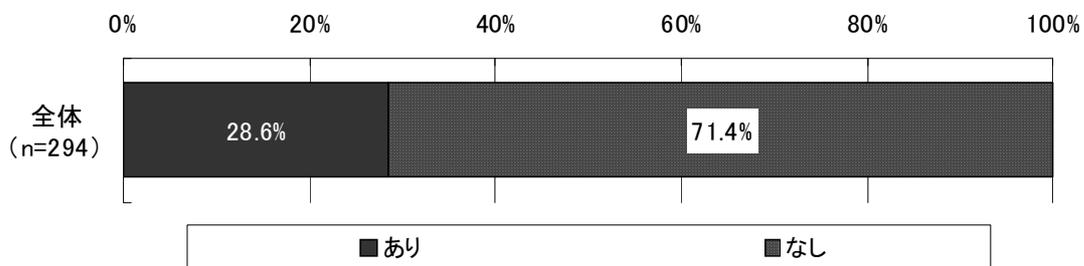
(P137、図表 209 薬物療法で使用している抗精神病薬の種数(主傷病に対して薬物療法を受けている患者)【患者調査】)



<b>【退院調整加算】</b>
(退院時に1回) 500点(新)
〔算定要件〕
退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

○ 精神療養病棟退院調整加算の届出状況について、「あり」が28.6%、「なし」が71.4%であった。

(P33、図表 54 精神療養病棟退院調整加算の届出状況【施設調査】)



- 平成 25 年 6 月時点の精神療養病棟の在院患者について在院期間別患者数をみると、平成 23 年 6 月と比較して「5 年超」の患者数は若干減少したものの、依然として入院患者のおよそ半数を占めている。また、入院患者のうち 8 割以上が在院期間「1 年超」となっている。

(P88、図表 144 在院期間別患者数【病棟調査】)

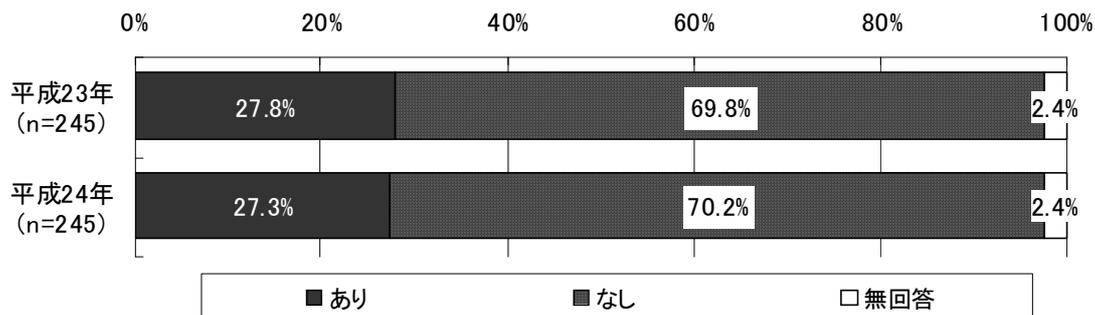
(単位：人)

	平成 23 年 6 月			平成 25 年 6 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1 か月以内	3.0	4.9	2.0	2.5	3.2	1.0
1 か月超 3 か月以内	4.0	4.1	3.0	4.6	5.1	3.0
3 か月超 6 か月以内	5.8	5.1	4.5	6.1	5.2	5.0
6 か月超 1 年以内	8.1	6.6	7.0	8.5	6.8	7.0
1 年超 5 年以内	37.8	26.1	33.0	37.7	23.9	34.5
5 年超	63.8	43.0	55.0	62.0	43.4	51.0
合計	122.5	72.6	110.0	121.3	68.9	107.5

(注) すべての項目について記入があり、合計人数が「精神療養病棟の在院患者数」と一致した 222 施設を集計対象とした。

- 精神科地域移行実施加算の届出状況をみると、平成 24 年時点では「あり」が 27.3%であり、平成 23 年と比較して変化はみられなかった。

(P92、図表 148 精神科地域移行実施加算の届出状況【施設調査】)



- 平成 25 年 6 月 1 か月間に精神療養病棟から退院・転院した患者数は、1 施設あたり平均 4.35 人であった。このうち、退院・転院前に「退院支援計画」を作成し退院調整を行った患者数は 1.44 人であり、精神療養病棟退院調整加算を算定した患者数は 0.86 人であった。また、「精神科退院指導料」を算定した患者数は平均 1.71 人で、このうち「精神科地域移行支援加算」を算定した患者数は 0.38 人であった。

(P94、図表 151 精神療養病棟における退院支援の実施状況等(平成 25 年 6 月、n=237)【病棟調査】)

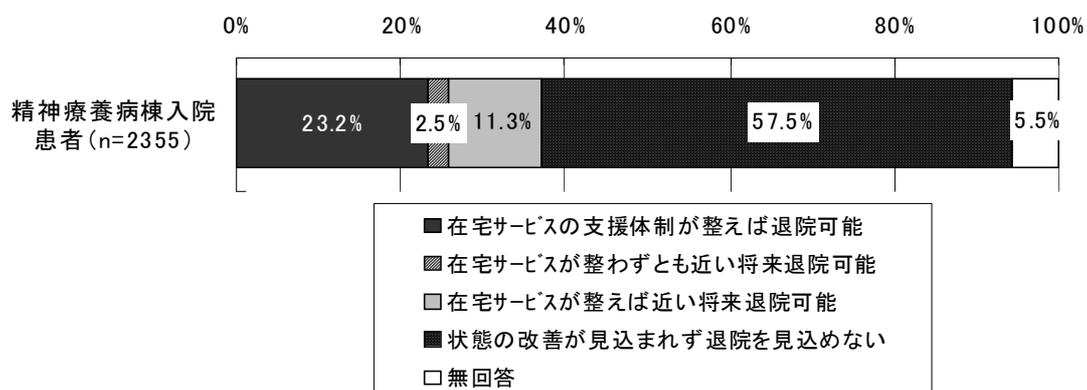
(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
1)精神療養病棟からの退院・転院患者数	4.35	4.59	3.00
2)上記 1)のうち、精神科訪問看護指示書を交付した患者数	0.32	0.93	0.00
3)同一法人・関連法人の訪問看護ステーションを選定・利用の患者数	0.27	0.91	0.00
4)それ以外の訪問看護ステーションを選定・利用の患者数	0.02	0.13	0.00
5)退院・転院前に「退院支援計画」を作成し、退院調整を行った患者数	1.44	2.71	0.00
6)上記 5)のうち、精神療養病棟退院調整加算を算定した患者数	0.86	2.25	0.00
7)退院・転院前、退院時に地域の関係者とカンファレンスを開催した患者数	0.76	1.57	0.00
8)退院・転院に先立って患家等を訪問し、退院後の療養上の指導を行った患者数	0.45	1.07	0.00
9)精神科退院前訪問指導料を算定した患者数	0.36	1.00	0.00
10)上記 9)のうち、看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合を算定した患者数	0.29	0.88	0.00
11)上記 1)のうち、精神科退院指導料を算定した患者数	1.71	2.96	1.00
12)上記 11)のうち、精神科地域移行支援加算を算定した患者数	0.38	1.21	0.00

(注) 精神療養病棟からの退院・転院患者数について記載のあった 237 施設を集計対象とした。

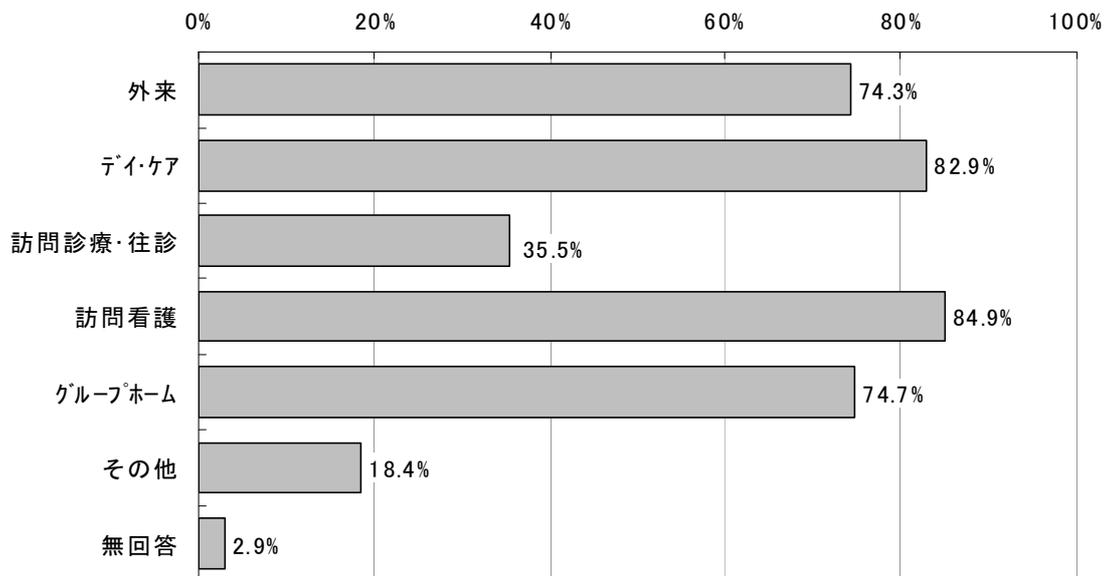
- 精神療養病棟入院患者における退院の見通しをみると、57.5%が「状態の改善が見込まれず退院を見込めない」という回答であった。一方で、「在宅サービスの支援体制が整えば退院可能」な患者が 23.2%、「在宅サービスが整わずとも近い将来退院可能」が 2.5%、「在宅サービスが整えば近い将来退院可能」が 11.3%、「在宅サービスが整えば近い将来退院可能」が 11.3%であった。

(P142、図表 217 退院の見通し【患者調査】)



- 精神療養病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスについてみると、「訪問看護」が84.9%で最も多く、次いで「デイ・ケア」(82.9%)、「グループホーム」(74.7%)、「外来」(74.3%)となった。

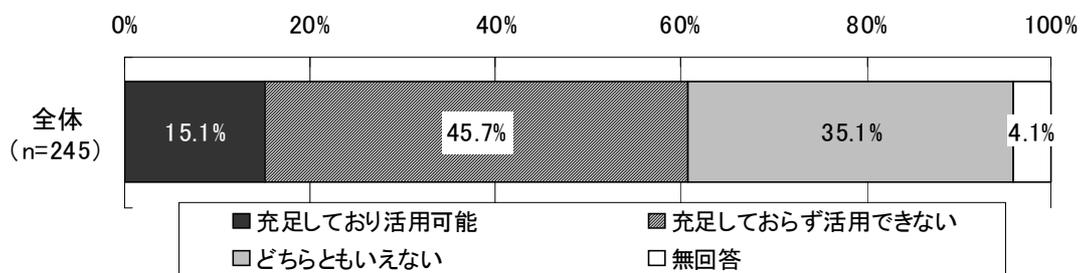
(P95、図表 152 精神療養病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービス、複数回答、n=245【病棟調査】)



(注)「その他」の内容として、「ヘルパー」(7件)、「入所施設」(6件)、「地域活動支援センター」(5件)、「作業所」(3件)、「介護施設」(2件)、「ACT」(同旨含め2件)、「援護寮」(2件)等が挙げられた。

- 精神療養病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスの充足度と活用可能性についてみると、「充足しておらず活用できない」が45.7%で、「充足しており活用可能」(15.1%)を大きく上回った。

(P95、図表 153 精神療養病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスの充足度と活用可能性【病棟調査】)



【精神科デイ・ケア等に関する事項】

【精神科ショート・ケア】	
(1 日につき)	
1 小規模なもの	275 点
2 大規模なもの	330 点

【精神科デイ・ケア】	
(1 日につき)	
1 小規模なもの	590 点
2 大規模なもの	700 点

(改)〔算定要件〕

それぞれの「2 大規模なもの」については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。

(新) 入院中の患者が精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを利用した場合、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

現行	改定後
<b>【精神科デイ・ナイト・ケア】</b> (1 日につき) 1,040 点	<b>【精神科デイ・ナイト・ケア】</b> (1 日につき) 1,000 点 (改) ○疾患別等診療計画加算 40 点 (新) 〔算定要件〕 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

○ 精神科ショート・ケア（大規模なもの）の 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 40.8 件で、平成 25 年 6 月が平均 55.7 件となっており、算定件数は増加した。このうち、「退院予定の入院中の患者に対して実施した場合」について平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 0.1 件であった。

(P36、図表 62 精神科ショート・ケア（大規模なもの）の算定件数（各 1 か月分）  
【施設調査】)

(単位：件)

		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
大規模なもの(330 点)	回答施設数	113	120
	平均値	40.8	55.7
	標準偏差	73.8	93.9
	中央値	19.0	25.5
退院予定の入院中の患者に対して実施した場合	回答施設数		76
	平均値		0.1
	標準偏差		0.6
	中央値		0.0

- 精神科デイ・ケア（大規模なもの）の 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 376.1 件で、平成 25 年 6 月が平均 347.0 件であった。このうち、「退院予定の入院中の患者に対して実施した場合」について平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 4.4 件であった。

（P39、図表 69 精神科デイ・ケア（大規模なもの）の算定件数（各 1 か月分）【施設調査】）

（単位：件）

		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
大規模なもの(700 点)	回答施設数	149	154
	平均値	376.1	347.0
	標準偏差	399.2	365.5
	中央値	262.0	211.5
退院予定の入院中の患者に対して実施した場合	回答施設数		102
	平均値		4.4
	標準偏差		39.5
	中央値		0.0

- 精神科デイ・ナイト・ケアの 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 245.2 件で、平成 25 年 6 月が平均 203.8 件であった。

さらに、精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算について平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 200.3 件であった。同様に早期加算をみると、平均 37.6 件であった。

（P42、図表 76 精神科デイ・ナイト・ケアの算定件数（各 1 か月分）【施設調査】）

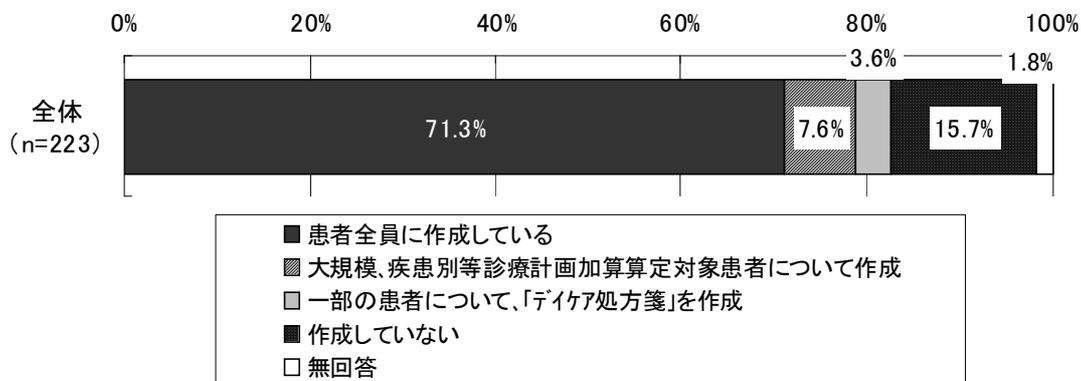
（単位：件）

		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
精神科デイ・ナイト・ケア	回答施設数	78	81
	平均値	245.2	203.8
	標準偏差	382.1	302.4
	中央値	75.5	68.0
疾患別等診療計画加算	回答施設数		62
	平均値		200.3
	標準偏差		311.7
	中央値		53.5
早期加算	回答施設数		64
	平均値		37.6
	標準偏差		66.0
	中央値		11.0

- 精神科デイ・ケア等の実施時における「疾患等に応じた診療計画」の作成状況を見ると、施設基準届出施設の 71.3%が「患者全員に作成している」という回答であった。次いで「大規模、疾患別等診療計画加算算定対象患者について作成」が

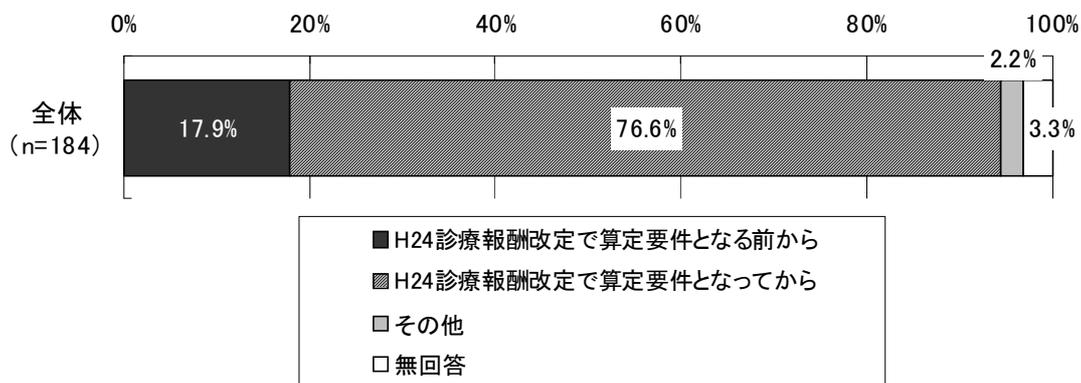
7.6%であった。

(P67、図表 121 精神科デイ・ケア等の実施時における「疾患等に応じた診療計画」の作成状況、施設基準届出施設【施設調査】)



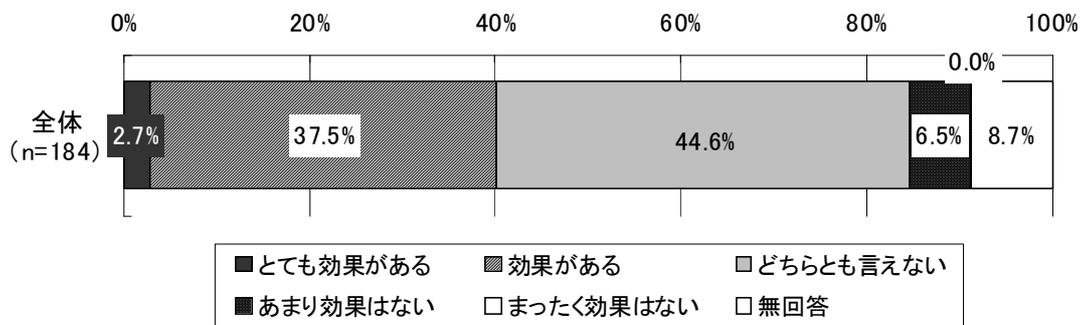
○ 「疾患等に応じた診療計画」の作成開始時期をみると、「平成 24 年診療報酬改定で算定要件となってから」が 76.6%となっており、「算定要件となる前から」を大きく上回った。

(P68、図表 122 「疾患等に応じた診療計画」の作成開始時期、施設基準届出施設【施設調査】)



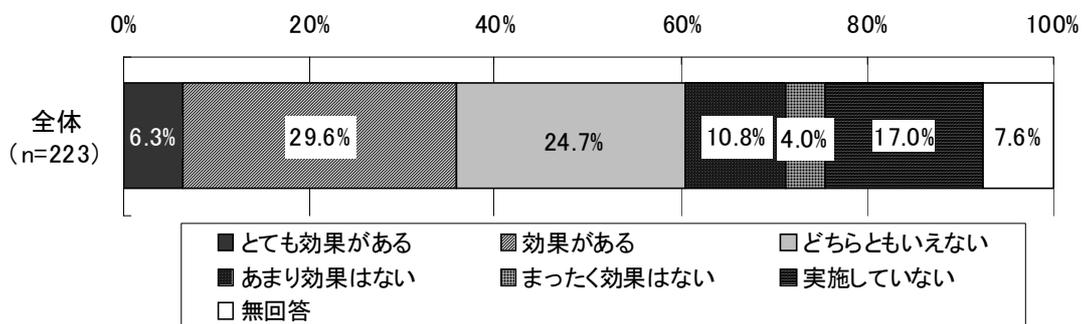
- 「疾患等に応じた診療計画」に基づくプログラム実施による、患者の地域移行上の効果をみると、「とても効果がある」、「効果がある」を合わせた割合は40.2%であった。一方、「どちらとも言えない」も44.6%あった。

(P70、図表 125 「疾患等に応じた診療計画」に基づくプログラム実施による、患者の地域移行上の効果（診療計画を作成している施設）【施設調査】）



- 平成 24 年度診療報酬改定で、退院予定の入院患者に対する精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの算定が可能になったことでスムーズな退院を行う上での効果があったかどうかを尋ねたところ、「とても効果がある」「効果がある」と回答した施設が35.9%であった。「どちらともいえない」が24.7%となったものの、「あまり効果はない」「まったく効果はない」を合わせた割合14.8%を大きく上回っている。また、「実施していない」と回答した施設や無回答の施設を除くと、効果があると回答した施設の割合は半数近くとなっている。

(P75、図表 130 平成 24 年度診療報酬改定で、退院予定の入院患者に対する精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの算定が可能になったことでスムーズな退院を行う上での効果があったか（届出のある施設）【施設調査】）



【通院・在宅精神療法等に関する事項】

現行	改定後
【通院・在宅精神療法 1】 (1 回につき) 500 点	【通院・在宅精神療法 1】 (1 回につき) 700 点 (改)
	【通院・在宅精神療法 2】 ○特定薬剤副作用評価加算 (月 1 回) 25 点 (新)

○ 通院・在宅精神療法 1 の 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 22.7 件で、平成 25 年 6 月が平均 18.1 件であった。

また、通院・在宅精神療法 2 の 1 施設当たりの算定件数をみると、30 分以上では平成 23 年 6 月が平均 23.3 件、平成 25 年 6 月が平均 28.8 件で、30 分未満では平成 23 年 6 月が平均 669.2 件、平成 25 年 6 月が平均 669.3 件であった。

(P44、図表 77 通院・在宅精神療法の算定件数 (各 1 か月分)【施設調査】)

(単位：件)

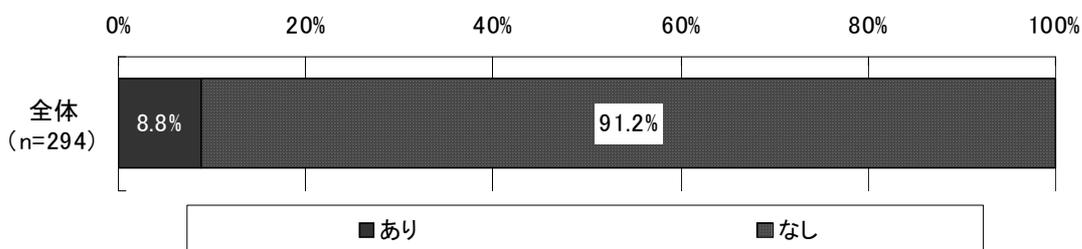
		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
通院・在宅精神療法 1	回答施設数	225	238
	平均値	22.7	18.1
	標準偏差	26.9	20.2
	中央値	16.0	13.5
通院・在宅精神療法 2 イ 30 分以上の場合	回答施設数	231	238
	平均値	23.3	28.8
	標準偏差	28.2	31.8
	中央値	12.0	20.0
(うち)特定薬剤副作用評価 加算	回答施設数		167
	平均値		0.5
	標準偏差		2.2
	中央値		0.0
通院・在宅精神療法 2 ロ 30 分未満の場合	回答施設数	237	248
	平均値	669.2	669.3
	標準偏差	631.3	578.6
	中央値	532.0	501.5
注 3 20 歳未満加算	回答施設数		188
	平均値		10.6
	標準偏差		24.0
	中央値		3.0

現行	改定後
<p>【認知療法・認知行動療法】 (1日につき) 420点</p>	<p>【認知療法・認知行動療法 1】 (1日につき) 500点(新) 【算定要件】</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関 であること。</p> <p>② 精神科救急医療体制の確保に協 力等を行っている精神保健指定医 が行った場合に算定する。</p> <p>【認知療法・認知行動療法 2】 (1日につき) 420点(改)</p>

- 認知療法・認知行動療法については、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っ  
ている精神保健指定医が認知療法・認知行動療法を実施した場合を別に評価するた  
め、認知療法・認知行動療法 1 が新設された。

この認知療法・認知行動療法の届出状況をみると、「あり」が8.8%、「なし」が  
91.2%であった。

(P45、図表 78 認知療法・認知行動療法の届出状況【施設調査】)



- 認知療法・認知行動療法 1 について平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 0.9 件であった。  
 認知療法・認知行動療法 2 について 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 0.3 件で、平成 25 年 6 月が平均 0.1 件であった。

(P46、図表 80 認知療法・認知行動療法の算定件数 (各 1 か月分)【施設調査】)

(単位：件)

		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
認知療法・認知行動療法 1	回答施設数		21
	平均値		0.9
	標準偏差		1.3
	中央値		0.0
認知療法・認知行動療法 2	回答施設数	18	20
	平均値	0.3	0.1
	標準偏差	0.6	0.4
	中央値	0.0	0.0

現行	改定後
<b>【精神科継続外来支援・指導料】</b> (1 日につき) 55 点	<b>【精神科継続外来支援・指導料】</b> (1 日につき) 55 点 [算定要件] (改) 当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が 3 剤以上の場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。  ○特定薬剤副作用評価加算 (月 1 回) 25 点 (新) [算定要件] 抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度 (DIEPSS) を用いて副作用の重症度評価を行った場合に算定する。

- 精神科継続外来支援・指導料については、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が 2 剤以下の場合と 3 剤以上の場合に分けて評価が行われるとともに、特定薬剤副作用評価加算が新設された。

精神科継続外来支援・指導料について 1 施設当たりの算定件数をみると、平成 23 年 6 月が平均 28.6 件で、平成 25 年 6 月が平均 25.2 件であった。

このうち、3 剤以上について平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 2.4 件

であったが、特定薬剤副作用評価加算の算定件数は平均 0.0 件であった。

(P47、図表 81 精神科継続外来支援・指導料の算定件数 (各 1 か月分)【施設調査】)

(単位：件)

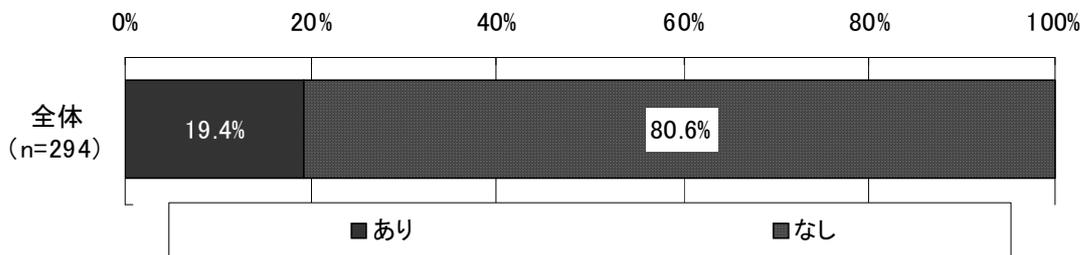
		平成 23 年 6 月	平成 25 年 6 月
精神科継続外来支援・指導料	回答施設数	173	184
	平均値	28.6	25.2
	標準偏差	51.2	42.1
	中央値	9.0	9.0
(うち)3剤以上	回答施設数		125
	平均値		2.4
	標準偏差		11.2
	中央値		0.0
(うち)特定薬剤副作用評価加算	回答施設数		121
	平均値		0.0
	標準偏差		0.3
	中央値		0.0

【認知症治療病棟入院料】	
○認知症夜間対応加算 (1日につき)	84点(新)

○ 認知症夜間対応加算の届出状況については、「あり」が 19.4%、「なし」が 80.6% であった。

また、平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 93.4 件であった。

(P51、図表 88 認知症夜間対応加算の届出状況【施設調査】)



(P51、図表 90 認知症夜間対応加算の算定件数 (平成 25 年 6 月 1 か月分)【施設調査】)

(単位：件)

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
52	93.4	215.0	21.0

【認知症治療病棟入院料に関する事項】

現行	改定後
<p>【認知症治療病棟入院料 1】 (1日につき)</p> <p>イ 60日以内の期間 1,450点                      □ 61日以上期間                      1,180点</p> <p>【認知症治療病棟入院料 2】 (1日につき)</p> <p>イ 60日以内の期間 1,070点                      □ 61日以上期間                      970点</p>	<p>【認知症治療病棟入院料 1】 (1日につき)</p> <p>イ 30日以内の期間 1,750点 (改)                      □ 31日以上60日以内の期間                      イ 60日以内の期間 1,450点 (改)                      ハ 61日以上期間 1,160点 (改)</p> <p>【認知症治療病棟入院料 2】 (1日につき)</p> <p>イ 30日以内の期間 1,270点 (改)                      □ 31日以上60日以内の期間                      イ 60日以内の期間 1,070点 (改)                      ハ 61日以上期間 950点 (改)</p>

- 認知症治療病棟を有する施設は調査票発送時点では全国で429施設であった。回答のあった施設における、認知症治療病棟の1施設当たりの病棟数は平均1.32病棟で、許可病床数は平均70.0床であった。改定前後で大きな変化はみられなかった。

(P104、図表159 病棟数と許可病床数【病棟調査】)

	平成23年6月(n=135)			平成25年6月(n=139)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
認知症治療病棟病棟数(病棟)	1.32	0.79	1.00	1.32	0.74	1.00
認知症治療病棟許可病床数(床)	70.1	42.5	60.0	70.0	40.9	60.0

- 認知症治療病棟の在院患者における年齢階級別患者数をみると、平成 25 年 6 月は平均 66.9 人の在院患者となっているが、このうち「75 歳以上」が 51.5 人で在院患者の 77.0%を占めている。「40 歳未満」は 0.0 人、「40 歳以上 55 歳未満」が 0.4 人、「55 歳以上 65 歳未満」が 3.1 人で合わせると 65 歳未満は 3.5 人であった。平成 23 年 6 月と比較して年齢階級別患者数の構成に大きな変化はみられなかった。

(P104、図表 160 年齢階級別患者数、n=124【病棟調査】)

(単位：人)

	平成 23 年 6 月			平成 25 年 6 月		
	平均値	標準 偏差	中央値	平均値	標準 偏差	中央値
40 歳未満	0.1	0.3	0.0	0.0	0.4	0.0
40 歳以上 55 歳未満	0.4	0.8	0.0	0.4	0.7	0.0
55 歳以上 65 歳未満	3.9	3.6	3.0	3.1	3.3	2.0
65 歳以上 75 歳未満	11.9	8.8	10.0	11.8	8.7	10.0
75 歳以上	52.4	36.6	39.5	51.5	35.4	40.5
合計	68.6	42.0	54.0	66.9	41.8	53.0

(注) すべての項目について記入があり、合計人数が「認知症治療病棟の在院患者数」と一致した 124 施設を集計対象とした。

- 認知症患者について、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図ることとした結果、認知症治療病棟入院料を算定している病棟の平均在院日数は、平成23年4月～6月が平均531.2日で、平成25年4月～6月が平均506.1日であり、25.1日減少している。

また、入院期間別の構成割合について平成23年6月と平成25年6月とを比較すると認知症治療病棟入院料1の「30日以内の期間」が3.2ポイント増加、認知症治療病棟入院料2の「30日以内の期間」は7.4ポイント増加している。

(P16、図表 15 平均在院日数【施設調査】)

(単位：日)

	平成23年4月～6月				平成25年4月～6月			
	施設数	平均値	標準偏差	中央値	施設数	平均値	標準偏差	中央値
精神病床	254	471.3	423.3	361.6	255	460.5	397.8	356.0
精神病棟入院基本料	182	395.7	442.5	295.4	182	361.1	357.2	272.1
特定機能病院入院基本料								
精神科救急入院料	18	60.2	45.5	50.4	22	59.0	45.8	50.4
精神科救急・合併症入院料	0	-	-	-	0	-	-	-
精神科急性期治療病棟入院料	69	71.5	33.6	64.8	72	68.5	35.0	64.0
児童・思春期精神科入院医療管理料	2	806.1	979.9	806.1	3	797.4	1,313.5	54.5
精神療養病棟入院料	222	1,323.5	1,495.8	874.6	226	1,155.5	1,058.2	802.0
認知症治療病棟入院料	129	531.2	455.2	404.0	134	506.1	452.9	388.4
一般病床	25	415.2	822.5	83.7	27	358.0	570.6	75.0
療養病床								
結核病床								
感染症病床								
病院全体	258	457.9	420.2	355.4	262	432.5	372.2	347.8

(P49、図表 86 認知症治療病棟入院料1の算定件数(各1か月分)【施設調査】)

	平成23年6月		平成25年6月	
	算定件数 (件)	構成割合 (%)	算定件数 (件)	構成割合 (%)
イ 30日以内の期間	12.4	1.3%	42.3	4.5%
ロ 31日以上60日以内の期間	56.0	6.0%	38.7	4.1%
ハ 61日以上	868.5	92.7%	857.9	91.4%
合計	936.9	100.0%	938.9	100.0%

(P50、図表 87 認知症治療病棟入院料 2 の算定件数 (各 1 か月分)【施設調査】)

	平成 23 年 6 月		平成 25 年 6 月	
	算定件数 (件)	構成割合 (%)	算定件数 (件)	構成割合 (%)
イ 30 日以内の期間	0.3	0.7%	3.3	8.1%
ロ 31 日以上 60 日以内の期間	7.0	14.2%	2.3	5.6%
ハ 61 日以上の期間	42.0	85.1%	35.7	86.3%
合計	49.3	100.0%	41.3	100.0%

- 平成 25 年 6 月 1 か月間に認知症治療病棟から退院・転院した患者数は、1 施設あたり平均 4.47 人であった。このうち、退院・転院前に「退院支援計画」を作成し退院調整を行った患者数は 0.74 人であり、認知症治療病棟退院調整加算を算定した患者数は 0.19 人であった。また、「精神科退院指導料」を算定した患者数は平均 1.23 人で、このうち「精神科地域移行支援加算」を算定した患者数は 0.08 人であった。

(P110、図表 166 認知症治療病棟における退院支援の実施状況等 (平成 25 年 6 月、n=132)【病棟調査】)

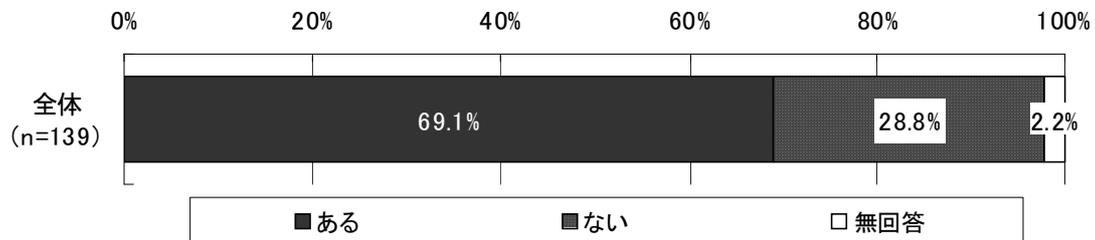
(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
1) 認知症治療病棟からの退院・転院患者数	4.47	3.63	3.00
2) 上記 1) のうち、精神科訪問看護指示書を交付した患者数	0.07	0.31	0.00
3) 同一法人・関連法人の訪問看護ステーションを選定・利用の患者数	0.02	0.15	0.00
4) それ以外の訪問看護ステーションを選定・利用の患者数	0.03	0.17	0.00
5) 退院・転院前に「退院支援計画」を作成し、退院調整を行った患者数	0.74	1.60	0.00
6) 上記 5) のうち、認知症治療病棟 注 2 退院調整加算を算定した患者数	0.19	0.57	0.00
7) 退院・転院前、退院時に地域の関係者とカンファレンスを開催した患者数	0.89	1.67	0.00
8) 退院・転院に先立って患者等を訪問し、退院後の療養上の指導を行った患者数	0.23	0.69	0.00
9) 精神科退院前訪問指導料を算定した患者数	0.10	0.31	0.00
10) 上記 9) のうち、看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合を算定した患者数	0.07	0.26	0.00
11) 上記 1) のうち、精神科退院指導料を算定した患者数	1.23	2.07	0.00
12) 上記 11) のうち、精神科地域移行支援加算を算定した患者数	0.08	0.31	0.00
13) 地域連携認知症集中治療加算を算定した患者数	0	0	0

(注) 記入があった 132 施設を集計対象とした。

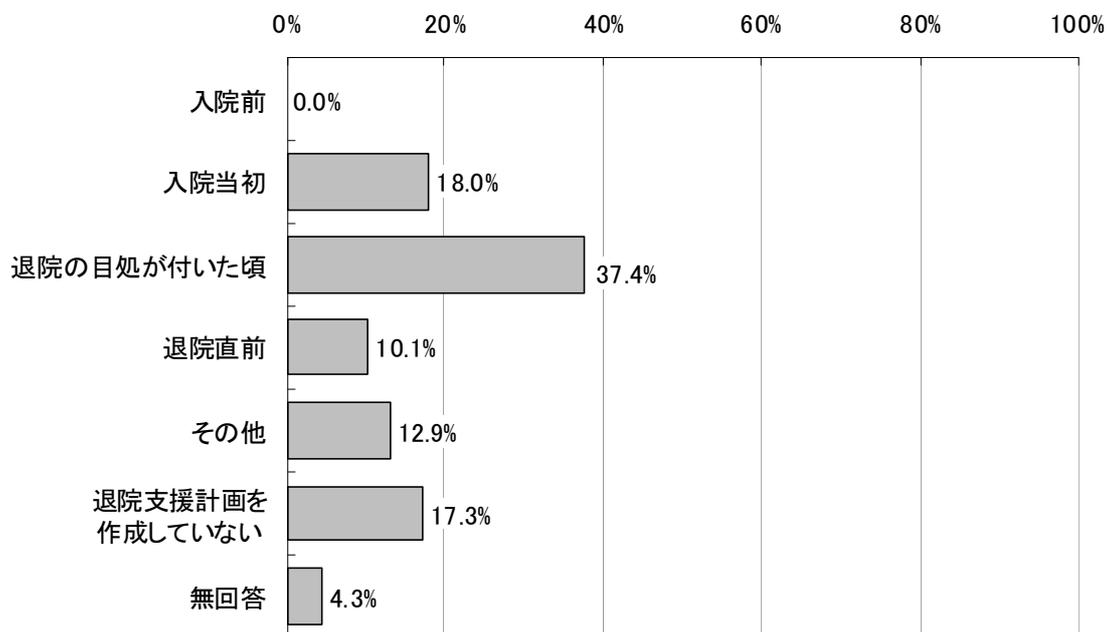
- 認知症治療病棟入院患者に対する退院調整部門の関与の有無をみると、「ある」が69.1%、「ない」が28.8%であった。

(P111、図表 167 認知症治療病棟入院患者に対する退院調整部門の関与の有無【病棟調査】)



- 認知症治療病棟入院患者に対する退院支援計画作成のタイミングをみると、「退院の目処が付いた頃」が37.4%で最も多く、次いで「入院当初」(18.0%)であった。「退院支援計画を作成していない」が17.3%であった。

(P111、図表 168 認知症治療病棟入院患者に対する退院支援計画作成のタイミング【病棟調査】)

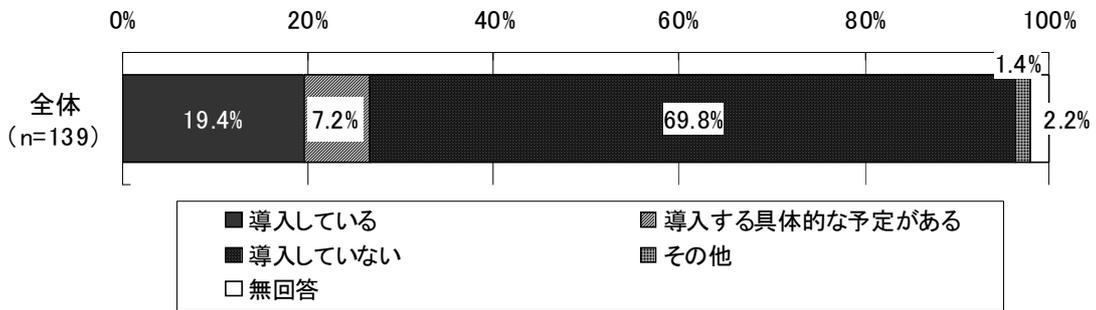


(注)「その他」の内容として、「入院後6か月経過時」(5件)、「問題となる症状が落ち着いた時」(3件)、「入院1週目に家族を含めた関係者会議を開催し、計画、立案」(2件)、「入院1か月程度でカンファレンスを開催し、計画書を作成している」、「入院期間が3か月を過ぎた頃」、「家族の希望」、「ケースに合わせて」、「退院後の方向性が決まった時」、「定期的に作成」等が挙げられた。

- 認知症治療に関するクリニカルパスの導入状況をみると、「導入している」が19.4%、「導入する具体的な予定がある」が7.2%、「導入していない」が69.8%

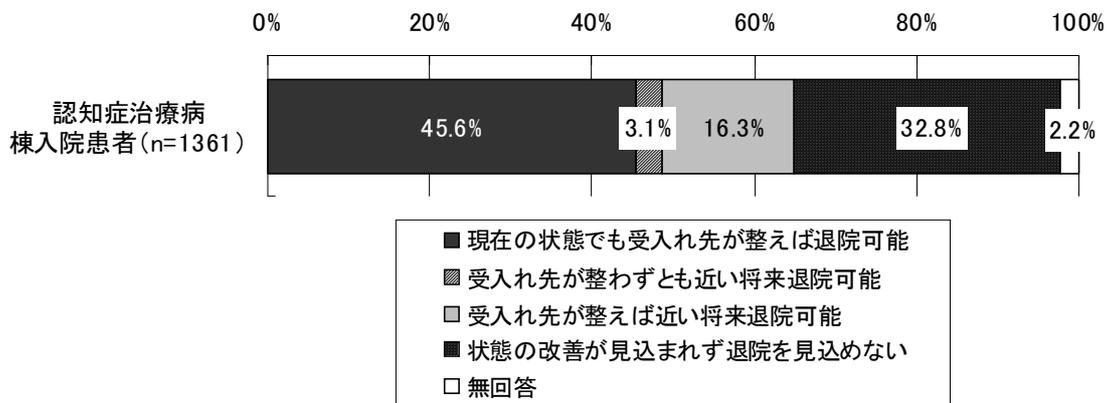
であった。

(P112、図表 169 認知症治療に関するクリニカルパスの導入状況【病棟調査】)



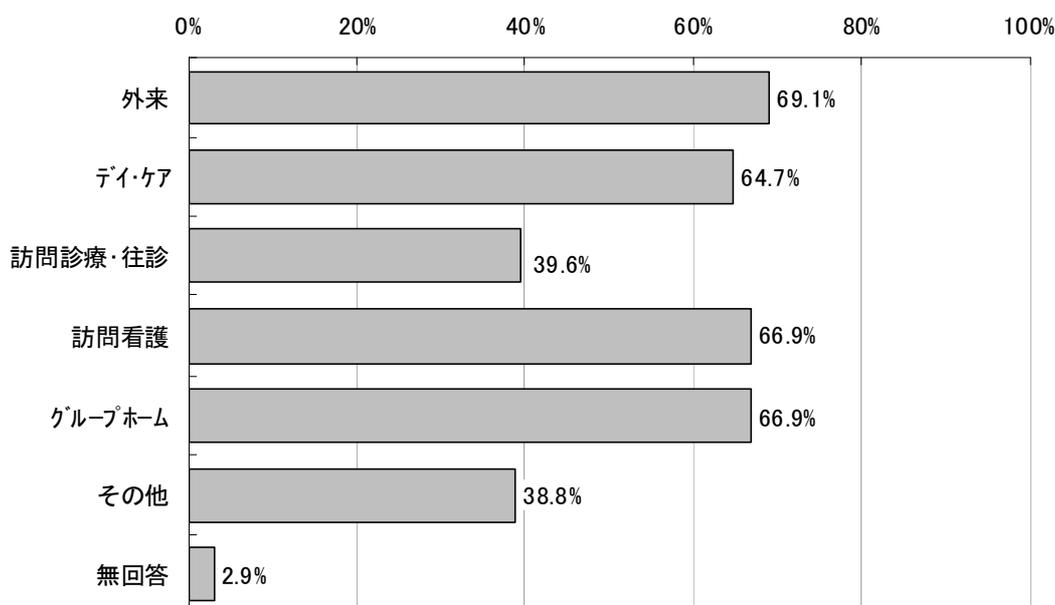
- 認知症治療病棟入院患者における退院の見通しをみると、「現在の状態でも受入先が整えば退院可能」が45.6%で最も多かった。また、「受入先が整わずとも近い将来退院可能」が3.1%、「受入先が整えば近い将来退院可能」が16.3%、「状態の改善が見込まれず退院を見込めない」が32.8%であった。

(P165、図表 260 退院の見通し【患者調査】)



- 認知症治療病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスについてみると、「外来」が69.1%で最も多く、次いで「訪問看護」、「グループホーム」（いずれも66.9%）、「デイ・ケア」（64.7%）であった。

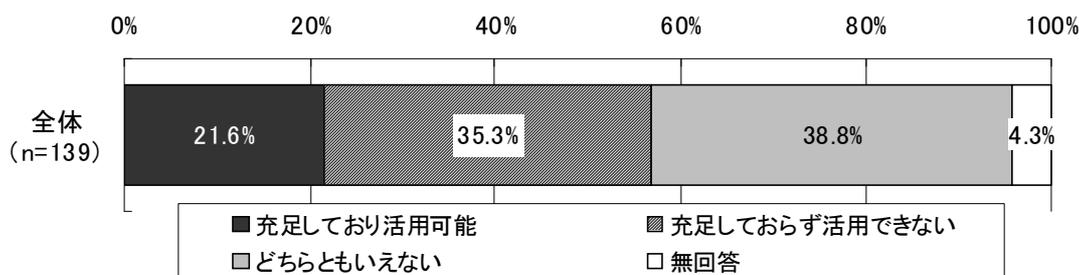
（P113、図表 172 認知症治療病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービス、複数回答、n=139【病棟調査】）



（注）「その他」の内容として、「介護保険施設」、「介護老人保健施設」、「特別養護老人ホーム」、「低料金で入居、入所できる施設」、「居宅介護支援事業所」、「地域包括支援センター」、「24時間訪問看護」、「訪問・通所リハ」、「夜間も対応できるサービス（ナイトケア等）」、「重度認知症デイケア」等が挙げられた。

- 認知症治療病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスの充足度と活用可能性についてみると、「充足しておらず活用できない」が35.3%で、「充足しており活用可能」（21.6%）よりも多かった。また、「どちらともいえない」が38.8%で最も多かった。

（P113、図表 173 認知症治療病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスの充足度と活用可能性【病棟調査】）



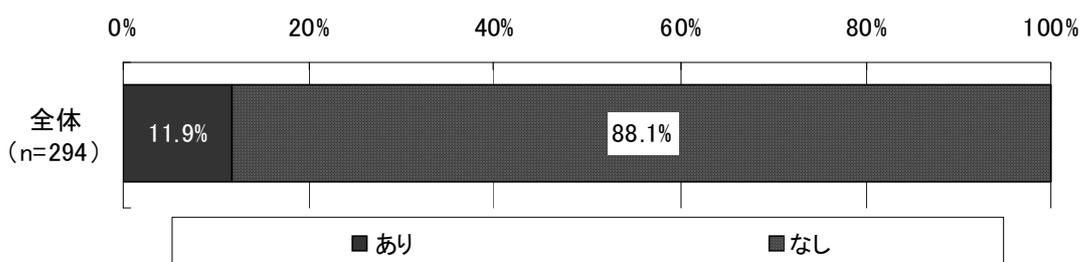
【認知症専門診断管理料等に関する事項】

現行	改定後
【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点	【認知症専門診断管理料1】 (1人につき1回) 700点(改)
	【認知症専門診断管理料2】 (3月に1回) 300点(新)

○ 認知症専門診断管理料1の届出状況をみると、「あり」が11.9%、「なし」が88.1%であった。

また、認知症専門診断管理料2の届出状況をみると、「あり」が4.4%、「なし」が95.6%であった。

(P53、図表94 認知症専門診断管理料1の届出状況【施設調査】)

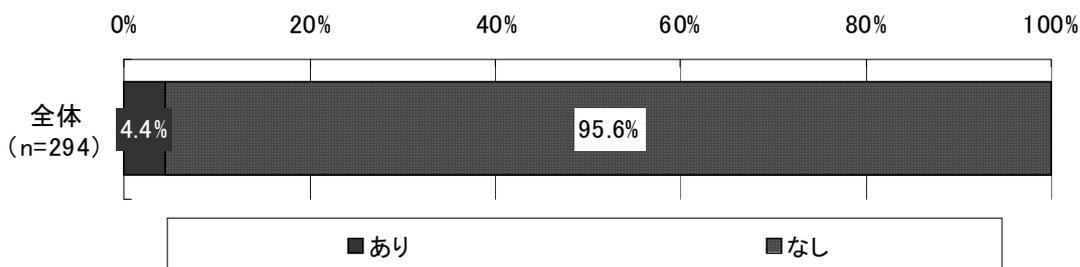


(P53、図表96 認知症専門診断管理料1の算定件数(各1か月分)【施設調査】)

(単位：件)

	平成23年6月	平成25年6月
回答施設数	27	34
平均値	4.9	5.0
標準偏差	8.3	8.0
中央値	0.0	2.0

(P54、図表97 認知症専門診断管理料2の届出状況【施設調査】)



(P54、図表 99 認知症専門診断管理料 2 の算定件数 (平成 25 年 6 月 1 か月分)  
【施設調査】)

(単位：件)

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
12	0.7	1.6	0.0

- 認知症疾患医療センターにおける認知症専門診断管理料の算定患者数をみると、平成 23 年 6 月は平均 3.45 人であったのが平成 25 年 6 月には平均 4.54 人と増加している。

(P76、図表 132 認知症専門診断管理料 1 の算定患者数 (認知症疾患医療センター) 【病棟調査】)

(単位：人)

	平成 23 年 6 月 (n=33)			平成 25 年 6 月 (n=39)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全算定患者数	3.45	6.72	0.00	4.54	5.62	2.00
40 歳未満	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
40 歳以上 55 歳未満	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
55 歳以上 65 歳未満	0.09	0.29	0.00	0.05	0.22	0.00
65 歳以上 75 歳未満	0.36	0.86	0.00	0.62	1.41	0.00
75 歳以上	3.00	5.89	0.00	3.87	4.75	2.00
他医療機関の療養病棟に入院中の患者				0.04	0.20	0.00

(注) 平成 25 年 6 月は「認知症専門診断管理料 1」の算定患者数。

【認知症療養指導料】
(月 1 回、6 月まで) 350 点 (新)
〔算定要件〕
専門医療機関において認知症専門診断管理料 1 を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して 6 月に限り算定する。

- 認知症療養指導料について、平成 25 年 6 月の算定件数をみると、平均 0.0 件であった。

(P57、図表 106 認知症療養指導料の算定件数 (平成 25 年 6 月 1 か月分) 【施設調査】)

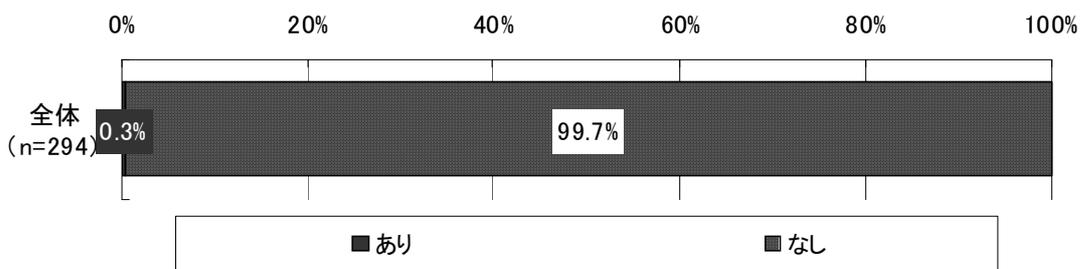
(単位：件)

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
87	0.0	0.0	0.0

<b>【重度認知症患者デイ・ケア料】</b>	
○夜間ケア加算 (1日につき)	100点(新)
〔算定要件〕	
① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。	
② 当該療法を算定した日から起算して1年以内に限る。	

○ 重度認知症患者デイ・ケア料（夜間ケア加算）の届出状況をみると、「あり」が0.3%、「なし」が99.7%であった。

（P56、図表 103 重度認知症患者デイ・ケア料（夜間ケア加算）の届出状況【施設調査】）



○ 重度認知症患者デイ・ケア料（夜間ケア加算）について平成25年6月の算定件数を見ると、算定実績はなかった。

（P56、図表 105 重度認知症患者デイ・ケア料（夜間ケア加算）の算定件数（平成25年6月1か月分）【施設調査】）

(単位：件)

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
1	0.0	-	0.0

【地域連携認知症集中治療加算】（退院時）	1,500点（新）
【地域連携認知症支援加算】（再転院時）	1,500点（新）
〔算定要件〕	
① 療養病棟、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、BPSD等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。	
② 療養病棟及び有床診療所療養病床から認知症治療病棟に紹介し、60日以内に紹介元の療養病棟及び有床診療所療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。	

- 地域連携認知症集中治療加算及び地域連携認知症支援加算について、平成25年6月の算定件数をみると、ともに平均0.0件であった。

（P57、図表107 地域連携認知症集中治療加算の算定件数（平成25年6月1か月分）【施設調査】）

（単位：件）

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
87	0.0	0.0	0.0

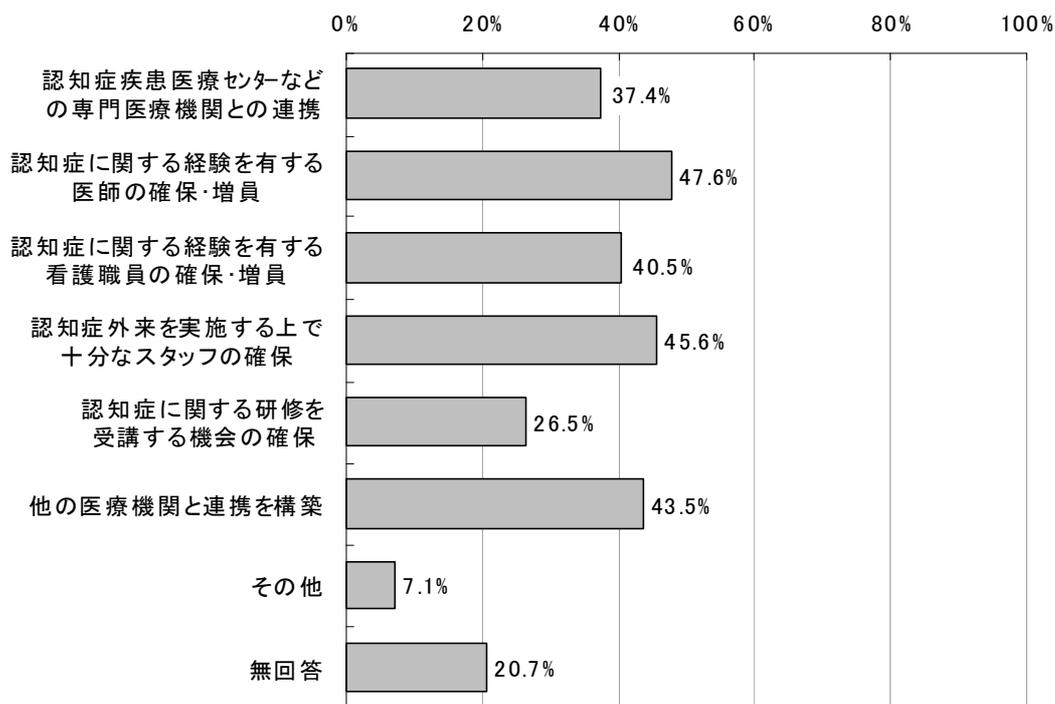
（P57、図表108 地域連携認知症支援加算の算定件数（平成25年6月1か月分）【施設調査】）

（単位：件）

回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
87	0.0	0.0	0.0

- 認知症外来を実施する上での課題をみると、「認知症に関する経験を有する医師の確保・増員」が 47.6%で最も多く、次いで「認知症外来を実施する上で十分なスタッフの確保」(45.6%)、「他の医療機関と連携を構築」(43.5%)、「認知症に関する経験を有する看護職員の確保・増員」(40.5%) となった。

(P80、図表 139 認知症外来を実施する上での課題(複数回答、n=294)【施設調査】)



#### 【まとめ】

- ア. 精神医療において、慢性期の入院患者の平均在院期間が長期間に及んでいること、また、入院医療から地域医療への移行が進んでいないことが、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証調査から明らかになった。
- イ. その結果を踏まえ、平成 24 年度診療報酬改定において、退院支援や地域医療への移行に向けた支援の強化を図った。退院支援の専門部署を設置している施設は半数程度であるが、このうちのおよそ 2 割が 24 年度改定以降に設置した施設であった。また、改定前の平成 23 年 6 月と比較すると、平成 25 年 6 月の退院支援の専門部署の職員数が増加している。また、精神病棟入院基本料を算定している病棟の平均在院日数を平成 23 年度と平成 25 年度で比較して 395.7 日から 361.1 日 (-34.6 日) へ、精神療養病棟入院料を算定している病棟の平均在院日数については 1,323.5 日から 1,155.5 日 (-168 日) へ、認知症治療病棟入院料を算定している病棟の平均在院日数については 531.2 日から 506.1 日 (-25.1 日) へそれぞれ減少している。
- ウ. 精神療養病棟入院患者の約 6 割が「状態の改善が見込まれず退院を見込めない」という状況であるものの、一方で、現在あるいは近い将来に退院が見込める患者

が約 4 割となっている。こうした患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスとして「訪問看護」、「(精神科) デイ・ケア」、「グループホーム」、「(精神科) 外来」に対するニーズが高かった。

- エ. 平成 24 年度診療報酬改定では、精神科ショート・ケア及び精神科デイ・ケアの「大規模なもの」については疾患ごとの診療計画を作成した場合に算定できることとなった。また、精神科デイ・ナイト・ケアについては「疾患別等診療計画加算」として評価されることになった。疾患等に応じた診療計画を作成している施設のうち 76.6%が 24 年度改定で算定要件となったことを受けて作成するようになったと回答している。また、加算算定対象患者に限らず患者全員に作成している施設が 7 割以上となっており、24 年度改定を受けて疾患等に応じた診療計画作成が広く普及したといえる。
- オ. この疾患等診療計画に基づくプログラム実施によって患者の地域移行上効果があったかを尋ねたところ、「どちらともいえない」という施設が 44.6%あったものの、「とても効果がある」「効果がある」と効果を認めた施設が 40.2%あった。
- カ. さらに、24 年度改定では退院予定の入院患者に対する精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの算定が可能となったが、これによりスムーズな退院を行う上で効果があったかを尋ねた結果、実施している施設の半数近くが効果があると回答している。
- キ. 認知症の入院医療については、認知症治療病棟入院料における入院 30 日以内の期間の評価が行われた。この結果、平成 25 年 6 月における入院日数のうち、入院 30 日以内の日数の割合が 2 年前より高くなっており、平均在院日数の短縮にも寄与したと考えられる。認知症治療病棟入院患者に対して約 7 割の施設では退院調整部門の関与があると回答している。しかしながら、認知症治療病棟入院患者の 45.6%が「現在の状態でも受入先が整えば退院可能」となっており、依然としてスムーズな退院が行えていない状況といえる。認知症治療病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービスとして「外来」、「訪問看護」、「グループホーム」、「デイ・ケア」が挙げられた。
- ク. 認知症の外来医療については、認知症専門診断管理料 1 の評価が引き上げられた。認知症疾患医療センターにおける認知症専門診断管理料 1 の算定患者数は平成 23 年 6 月が平均 3.45 人であるのに対し、平成 25 年 6 月は平均 4.54 人と増加している。しかしながら、認知症専門診断管理料 1・2 や重度認知症患者デイ・ケア料夜間加算の届出施設は少なく、これらの算定件数や認知症療養指導料、地域連携認知症集中治療加算、地域連携認知症支援加算などの算定件数をもみても実績がほとんどなかった。認知症外来を実施する上での課題として「認知症に関する経験を有する医師の確保・増員」や「認知症外来を実施する上で十分なスタッフの確保」、「他の医療機関との連携を構築」などスタッフの確保や他機関との連携体制の構築が挙げられた。
- ケ. 精神医療において、より質の高い医療を実施する施設に対して評価を行った各

種施設基準については、ある程度の成果を上げているとみることが出来るが、長期入院患者や認知症入院患者を地域医療へ移行させることについては、十分な効果を上げているとまでは言えず、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進するには、地域における精神医療や地域へ移行させた場合の評価などの対策が必要になると考えられる。

## 6 「維持期リハビリテーション及び廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査」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、回復期リハビリテーションにおける「質の評価」の一層の充実に加え、発症早期から、また急性期から連続したリハビリテーションの実施について、評価を行った。また、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行った。さらに、在宅患者に対して実施する訪問リハビリテーションや外来リハビリテーションを実施することについての評価を行った。

これらの各種リハビリテーション実施に対しての評価の充実による保険医療機関の提供体制の状況や、生活期（維持期）リハビリテーションの提供状況、患者の状態の改善の状況がどのように変化しているのか等について調査を行った。

### (2) 調査方法及び調査の概要

#### ① 病院調査

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院500施設、
  - ・上記以外で、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定している病院500施設及び運動器リハビリテーション料を算定している病院500施設、
- の、合計1,500施設に対し、平成25年8月に調査票を配布。

#### ② 診療所調査

- ・全国の診療所のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定している診療所500施設、運動器リハビリテーション料を算定している診療所500施設の合計1,000施設に対し、平成25年8月に調査票を配布。

#### ③ 回復期リハビリテーション病棟調査

- ・上記①の調査対象施設において「回復期リハビリテーション病棟」を有している場合、回復期リハビリテーション病棟1、2、3の別にそれぞれ1病棟を調査対象とし、平成25年8月に調査票を配布。

#### ④ 入院患者調査

- ・上記①の調査対象病院の「一般病床」または「療養病床」（回復期リハビリテーション病棟を除く）に入院中の患者のうち、調査日に「脳血管疾患等リハビリテーション料」または「運動器リハビリテーション料」を算定した患者のうち、当日にリハビリテーションを実施した順に10人を調査対象とし、平成25年8月に調査票を配布。

#### ⑤ 外来患者調査

- ・上記①、②の調査対象施設の外来患者のうち、調査日に「脳血管疾患等リハビリテーション料」または「運動器リハビリテーション料」を算定した患者のうち、当日に受付をした順に5人を調査対象とし、平成25年8月に調査票を配布。

(3) 回収の状況

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| ① 病院調査             | 有効回答数： 540 件（有効回答率 36.0%） |
| ② 診療所調査            | 有効回答数： 412 件（有効回答率 41.2%） |
| ③ 回復期リハビリテーション病棟調査 | 有効回答数： 202 件（病棟数）         |
| ④ 入院患者調査           | 有効回答数：4,207 件（患者数）        |
| ⑤ 外来患者調査           | 有効回答数：3,352 件（患者数）        |

(4) 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、回復期リハビリテーションにおける「質の評価」の一層の充実に加え、発症早期又は急性期から連続したリハビリテーションの実施について評価が行われた。また、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しが行われた。さらに、在宅患者に対して実施する訪問リハビリテーションや外来リハビリテーションを実施することについての評価が行われた。これらの各種リハビリテーション実施に対する評価の充実により、保険医療機関における提供体制の状況や生活期（維持期）リハビリテーションの提供状況、患者の状態の改善の状況がどのように変化したのか等について検証を行った。

現行	改定後
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】注 2（1 単位につき） 早期リハビリテーション加算 45 点</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】注 2（1 単位につき） 1 初期加算 （14 日以内） ※リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 45 点（新） 2 早期リハビリテーション加算 （15 日以上 30 日以内） 30 点（改）</p>
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】注 2（1 単位につき） 早期リハビリテーション加算 45 点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】注 2（1 単位につき） 1 初期加算 （14 日以内） ※ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 45 点（新） 2 早期リハビリテーション加算 （15 日以上 30 日以内） 30 点（改）</p>

○ 平成 23 年と平成 25 年の「心大血管疾患リハビリテーション料」の実人数についてみると、病院では、それぞれ平均 25.0 人と平均 25.5 人であり、そのうち、早期加算算定者はそれぞれ平均 22.1 人と平均 20.3 人であった。平成 25 年の初期加算の算定者は平均 16.6 人であった。

診療所では、平成 23 年はなし、平成 25 年は 1 件のみで早期加算・初期加算の算定者はなかった。

(P23、図表 25 心大血管疾患リハビリテーション料 (実人数)【病院】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
心大血管疾患リハビリテーション料	35	25.0	20.6	20.0	43	25.5	21.8	19.0
早期加算算定者	31	22.1	20.1	15.0	41	20.3	19.9	16.0
(うち)初期加算算定者					39	16.6	16.2	10.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

(P24、図表 27 心大血管疾患リハビリテーション料 (実人数)【診療所】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
心大血管疾患リハビリテーション料	-	-	-	-	1	3.0	-	3.0
早期加算算定者	-	-	-	-	1	0.0	-	0.0
(うち)初期加算算定者					1	0.0	-	0.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

- 平成 23 年と平成 25 年の「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）」の実人数についてみると、病院では、それぞれ平均 53.6 人と平均 55.7 人であり、そのうち標準的算定日数を超えた患者が平均 12.8 人と平均 14.2 人、早期加算算定者が平均 16.8 人と平均 18.3 人であり、診療所では、それぞれ平均 8.8 人と平均 8.5 人であり、そのうち標準的算定日数を超えた患者が平均 1.5 人と平均 1.4 人、早期加算算定者が平均 4.4 人と平均 5.6 人であった。

(P26、図表 33 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）（実人数）【病院】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
廃用症候群以外の場合	392	53.6	46.9	43.0	429	55.7	50.7	44.0
標準的算定日数を超えた患者	333	12.8	22.0	3.0	385	14.2	23.9	4.0
(うち)維持期ハの患者	318	7.4	17.2	0.0	364	8.3	18.2	1.0
(うち)要介護被保険者等	277	2.4	7.4	0.0	344	4.4	10.7	0.0
早期加算算定者	354	16.8	23.6	7.5	374	18.3	27.4	7.0
(うち)初期加算算定者					355	10.8	21.6	2.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

(P27、図表 35 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）（実人数）【診療所】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
廃用症候群以外の場合	49	8.8	9.4	5.0	51	8.5	10.1	4.0
標準的算定日数を超えた患者	47	1.5	3.4	0.0	47	1.4	3.4	0.0
(うち)維持期ハの患者	47	1.4	3.4	0.0	46	1.2	3.2	0.0
(うち)要介護被保険者等	46	0.4	1.0	0.0	45	0.6	1.6	0.0
早期加算算定者	45	4.4	7.6	1.0	45	5.6	8.9	1.0
(うち)初期加算算定者					41	3.8	8.4	0.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

○ 平成 23 年と平成 25 年の「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）」の実人数についてみると、病院では、それぞれ平均 27.9 人と平均 31.8 人であり、そのうち標準的算定日数を超えた患者が平均 2.2 人と平均 2.6 人、早期加算算定者が平均 15.6 人と平均 18.9 人であり、診療所では、それぞれ平均 4.5 人と平均 3.9 人であり、そのうち標準的算定日数を超えた患者が平均 0.4 人と平均 0.5 人、早期加算算定者が平均 3.0 人と平均 2.1 人であった。

(P28、図表 37 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）（実人数）【病院】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
廃用症候群の場合	346	27.9	29.1	18.0	385	31.8	34.2	20.0
標準的算定日数を超えた患者	291	2.2	5.0	0.0	341	2.6	5.4	0.0
(うち)維持期ハの患者	279	1.2	3.4	0.0	327	1.5	3.7	0.0
(うち)要介護被保険者等	256	0.5	1.7	0.0	315	0.9	2.5	0.0
早期加算算定者	302	15.6	20.7	7.5	328	18.9	27.7	8.0
(うち)初期加算算定者					314	12.4	21.7	3.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

(P29、図表 39 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）（実人数）【診療所】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
廃用症候群の場合	24	4.5	3.1	4.0	31	3.9	2.9	3.0
標準的算定日数を超えた患者	21	0.4	1.2	0.0	25	0.5	1.5	0.0
(うち)維持期ハの患者	21	0.4	1.2	0.0	25	0.5	1.5	0.0
(うち)要介護被保険者等	21	0.2	1.1	0.0	25	0.4	1.4	0.0
早期加算算定者	21	3.0	3.3	1.0	28	2.1	2.8	1.0
(うち)初期加算算定者					25	1.1	2.4	0.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

- 平成 23 年と平成 25 年の「運動器リハビリテーション料」の実人数についてみると、病院では、それぞれ平均 47.1 人と平均 50.0 人であり、そのうち標準的算定日数を超えた患者が平均 3.5 人と平均 4.6 人、早期加算算定者が平均 24.7 人と平均 28.2 人であり、診療所では、それぞれ平均 10.5 人と平均 10.8 人であった。うち標準的算定日数を超えた患者が平均 0.7 人と平均 1.0 人、早期加算算定者が平均 5.2 人と平均 5.1 人であった。

(P31、図表 43 運動器リハビリテーション料 (実人数)【病院】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
運動器リハビリテーション料	411	47.1	43.1	35.0	439	50.0	45.8	37.0
標準的算定日数を超えた患者	345	3.5	6.9	1.0	394	4.6	11.5	1.0
(うち)維持期ハの患者	327	2.3	6.1	0.0	380	3.3	10.6	0.0
(うち)要介護被保険者等	298	1.0	3.8	0.0	368	2.2	8.9	0.0
早期加算算定者	379	24.7	29.4	13.0	403	28.2	34.1	15.0
(うち)初期加算算定者					376	18.7	28.3	4.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

(P32、図表 45 運動器リハビリテーション料 (実人数)【診療所】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
運動器リハビリテーション料	66	10.5	8.2	9.0	79	10.8	8.6	9.0
標準的算定日数を超えた患者	59	0.7	1.4	0.0	67	1.0	2.4	0.0
(うち)維持期ハの患者	59	0.5	1.3	0.0	65	0.7	2.3	0.0
(うち)要介護被保険者等	56	0.3	0.9	0.0	65	0.5	1.9	0.0
早期加算算定者	59	5.2	7.2	2.0	66	5.1	7.2	2.0
(うち)初期加算算定者					62	3.5	6.5	0.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

- 平成 23 年と平成 25 年の「呼吸器リハビリテーション料」の実人数についてみると、病院では、それぞれ平均 10.5 人と平均 10.8 人であり、そのうち早期加算算定者が平均 7.5 人と平均 8.2 人であり、診療所では、それぞれ平均 2.6 人と平均 4.1 人であり、そのうち早期加算算定者が平均 1.6 人と平均 3.3 人であった。

(P33、図表 47 呼吸器リハビリテーション料 (実人数)【病院】)

(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
呼吸器リハビリテーション料	164	10.5	13.6	6.0	193	10.8	14.1	6.0
早期加算算定者	154	7.5	12.0	4.0	186	8.2	12.9	3.0
(うち)初期加算算定者					177	6.3	11.2	2.0

(注) 各年 7 月 1 か月。

(P34、図表 49 呼吸器リハビリテーション料 (実人数)【診療所】)

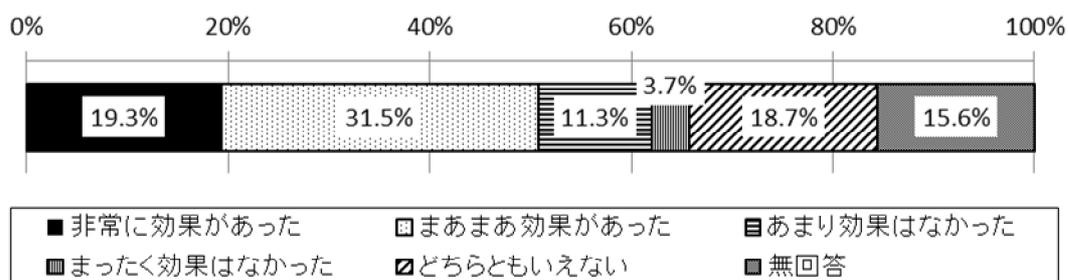
(単位：人)

	平成 23 年				平成 25 年			
	件数	平均値	標準偏差	中央値	件数	平均値	標準偏差	中央値
呼吸器リハビリテーション料	7	2.6	1.5	2.0	8	4.1	4.7	1.5
早期加算算定者	7	1.6	1.1	1.0	6	3.3	4.6	1.0
(うち)初期加算算定者					5	2.6	3.2	1.0

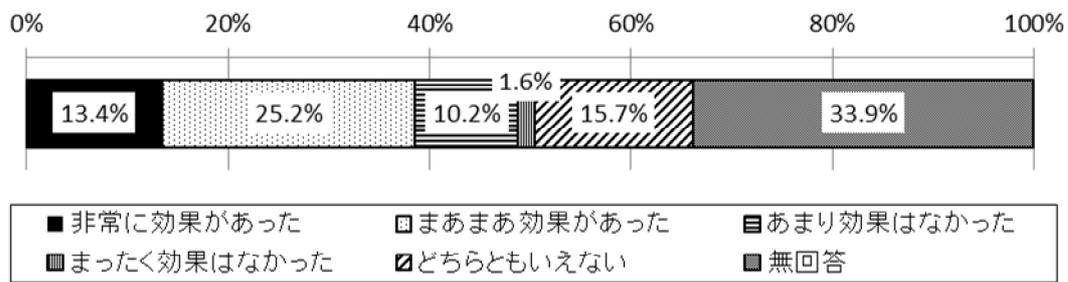
(注) 各年 7 月 1 か月。

- 初期リハビリテーション加算の効果についてみると、病院では「まあまあ効果があった」が 31.5%で最も多く、次いで「非常に効果があった」(19.3%)、「どちらともいえない」(18.7%) であり、診療所では、「まあまあ効果があった」が 25.2%で最も多く、次いで「どちらともいえない」(15.7%)、「非常に効果があった」(13.4%) であった。

(P39、図表 57 初期リハビリテーション加算の効果【病院】)



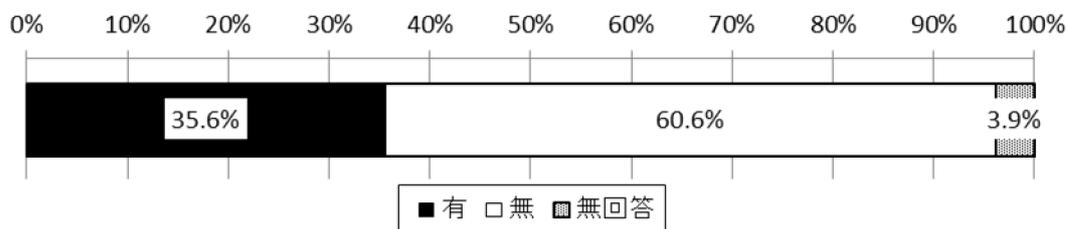
(P39、図表58 初期リハビリテーション加算の効果【診療所】)



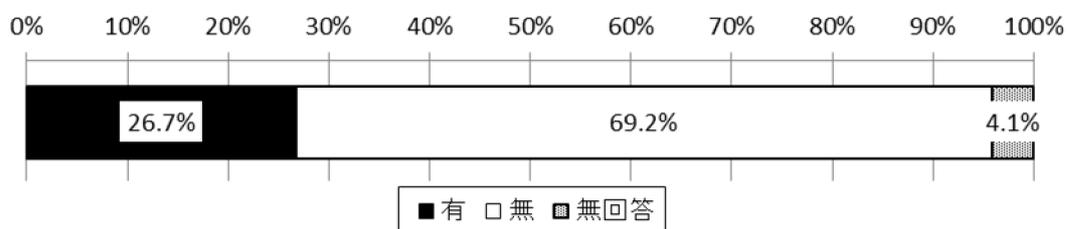
【外来リハビリテーション診療料】	
1 外来リハビリテーション診療料 1 (7日につき)	69点(新)
2 外来リハビリテーション診療料 2 (14日につき)	104点(新)

○ 外来リハビリテーション診療料の届出状況を見ると、病院では「有」が35.6%、診療所では「有」が26.7%であった。

(P42、図表61 外来リハビリテーション診療料の届出の有無【病院】)



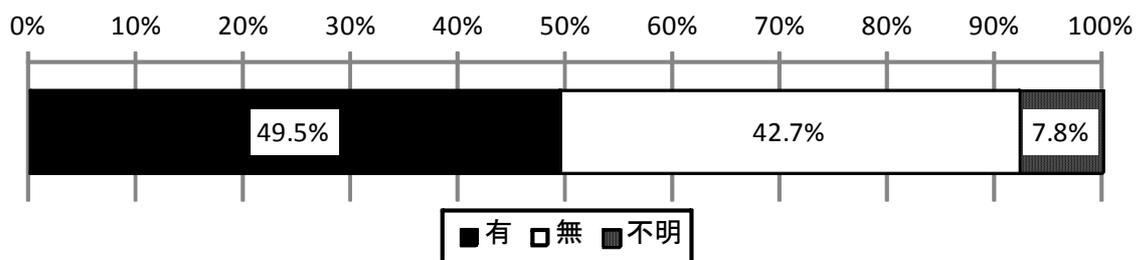
(P42、図表62 外来リハビリテーション診療料の届出の有無【診療所】)



○ 病院の外来リハビリテーション診療料の算定の有無をみると、「有」が49.5%、「無」が42.7%であった。

「有」と回答した施設のうち、「外来リハビリテーション診療料1」の1か月間の算定人数が平均29.2人、算定回数は平均101.1回、「外来リハビリテーション診療料2」の算定人数が平均39.1人、算定回数は平均68.9回であった。

(P43、図表63 外来リハビリテーション診療料の算定の有無(届出有の場合)【病院】)



(P43、図表64 外来リハビリテーション診療料の算定人数【病院】)

(単位：人)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
外来リハビリテーション診療料1	58	29.2	46.2	11.5
外来リハビリテーション診療料2	89	39.1	43.4	27.0
合計	95	54.4	61.7	39.0

(P43、図表65 外来リハビリテーション診療料の算定回数【病院】)

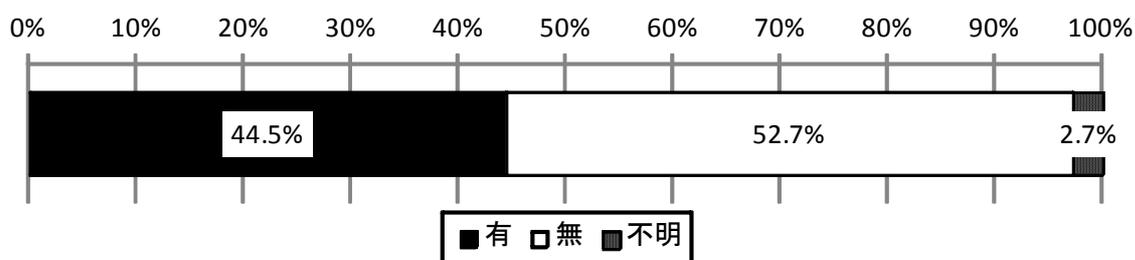
(単位：回)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
外来リハビリテーション診療料1	60	101.1	166.8	35.0
外来リハビリテーション診療料2	90	68.9	88.0	44.0
合計	96	127.8	174.8	67.5

○ 診療所の外来リハビリテーション診療料の算定の有無をみると、「有」が44.5%、「無」が52.7%であった。

「有」と回答した施設のうち、「外来リハビリテーション診療料1」の1か月間の算定人数が平均36.8人、算定回数は平均124.3回、「外来リハビリテーション診療料2」の算定人数が平均98.8人、算定回数は平均328.3回であった。

(P44、図表66 外来リハビリテーション診療料の算定の有無(届出有の場合)【診療所】)



(P44、図表67 外来リハビリテーション診療料の算定人数【診療所】)

(単位：人)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
外来リハビリテーション診療料1	23	36.8	56.5	15.0
外来リハビリテーション診療料2	35	98.8	154.1	31.0
合計	46	93.5	147.5	35.5

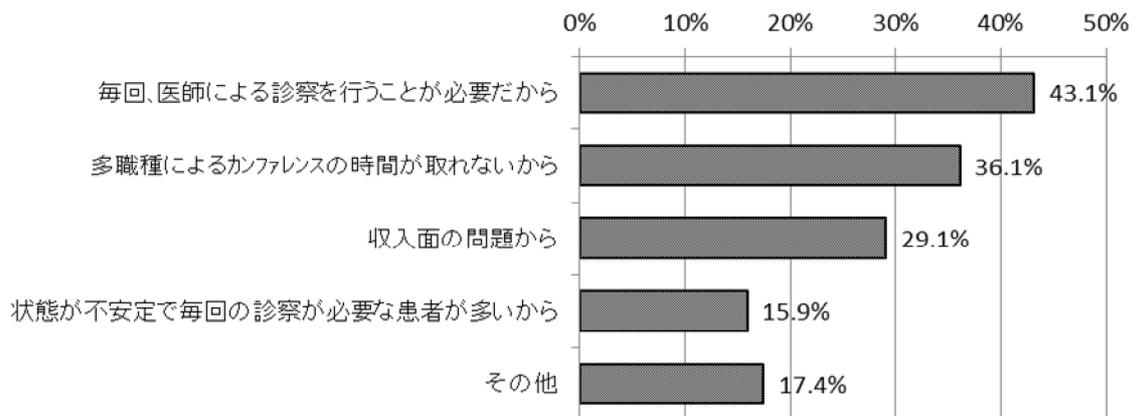
(P44、図表68 外来リハビリテーション診療料の算定回数【診療所】)

(単位：回)

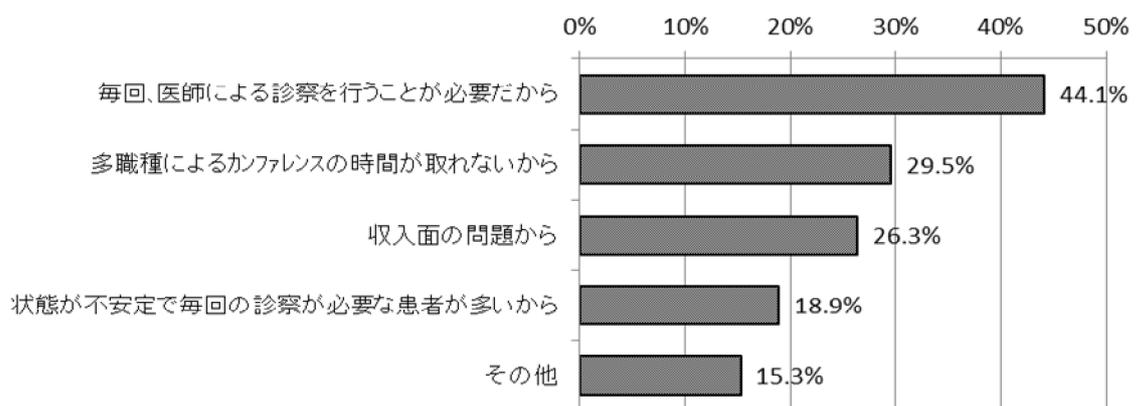
	件数	平均値	標準偏差	中央値
外来リハビリテーション診療料1	24	124.3	236.7	11.5
外来リハビリテーション診療料2	37	328.3	695.9	91.0
合計	49	308.8	630.2	88.0

- 外来リハビリテーション診療料の届出をしていない理由をたずねたところ、病院では「毎回、医師による診察を行うことが必要だから」が43.1%で最も多く、次いで「多職種によるカンファレンスの時間が取れないから」(36.1%)、「収入面の問題から」(29.1%)であり、診療所では「毎回、医師による診察を行うことが必要だから」が44.1%で最も多く、次いで「多職種によるカンファレンスの時間が取れないから」(29.5%)、「収入面の問題から」(26.3%)であった。

(P45、図表 69 外来1 ハビリテーション診療料の届出をしていない理由 (複数回答)【病院】)



(P46、図表 71 外来リハビリテーション診療料の届出をしていない理由 (複数回答)【診療所】)

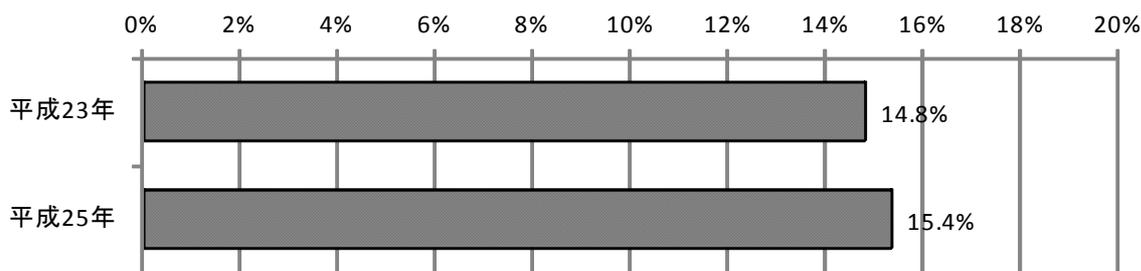


現行	改定後
<b>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】</b> （1 単位につき） 1 同一建物居住者以外の場合 <p style="text-align: right;">300 点</p> 2 同一建物居住者の場合 255 点 <b>〔算定要件〕</b> 患者 1 人につき、1 と 2 を合わせて週 6 単位に限り算定する。	<b>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】</b> （1 単位につき） 1 同一建物居住者以外の場合 <p style="text-align: right;">300 点</p> 2 同一建物居住者の場合 255 点 <b>〔算定要件〕</b> （改） 患者 1 人につき、1 と 2 を合わせて週 6 単位に限り算定する。ただし、1 月にパーセル指数又は FIM が 5 点以上悪化した場合は、6 月に 1 回、14 日に限り 1 と 2 を合わせて 1 日 4 単位に限り算定する。

○ 病院における、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定がある施設の割合をみると、平成 23 年が 14.8%、平成 25 年が 15.4%であった。算定した人数は平成 23 年 7 月が平均 11.1 人、平成 25 年 7 月が平均 9.4 人であった。

診療所における、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定がある施設の割合をみると、平成 23 年が 10.4%、平成 25 年が 13.3%であった。算定した人数は平成 23 年 7 月が平均 12.6 人、平成 25 年 7 月が平均 9.1 人であった。

（P62、図表 105 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定がある施設の割合【病院】、n=540）



（注）算定人数または算定回数について 1 人または 1 単位以上の回答があったもの。

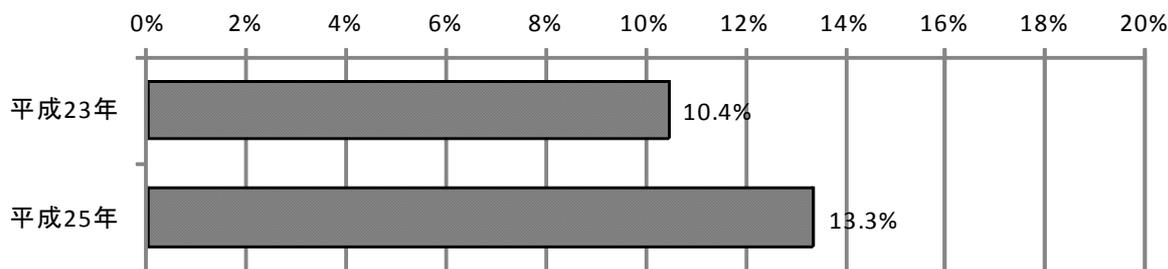
（P62、図表 106 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定人数【病院】）

（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
平成 23 年 7 月	78	11.1	19.2	3.0
平成 25 年 7 月	83	9.4	17.1	3.0

（注）算定人数が 1 人以上あった対象について集計した。

(P63、図表 108 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定がある施設の割合【診療所】、n=412)



(注) 算定人数または算定回数について1人または1単位以上の回答があったもの。

(P63、図表 109 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定人数【診療所】)

(単位：人)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
平成23年7月	41	12.6	47.3	4.0
平成25年7月	55	9.1	17.1	3.0

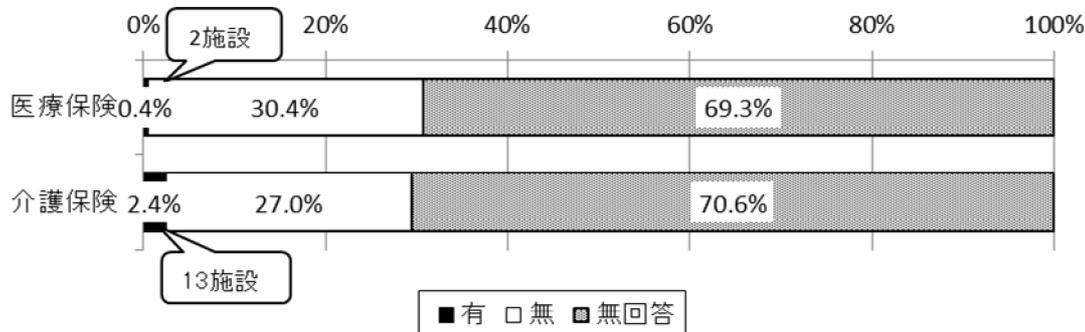
(注) 算定人数1人以上あった対象について集計した。

- 一時的・集中的なリハビリテーションの実施の有無を尋ねたところ、病院においては、「医療保険」では「有」が0.4% (2施設)、「無」が30.4%であり、「介護保険」では「有」が2.4% (13施設)、「無」が27.0%であった。

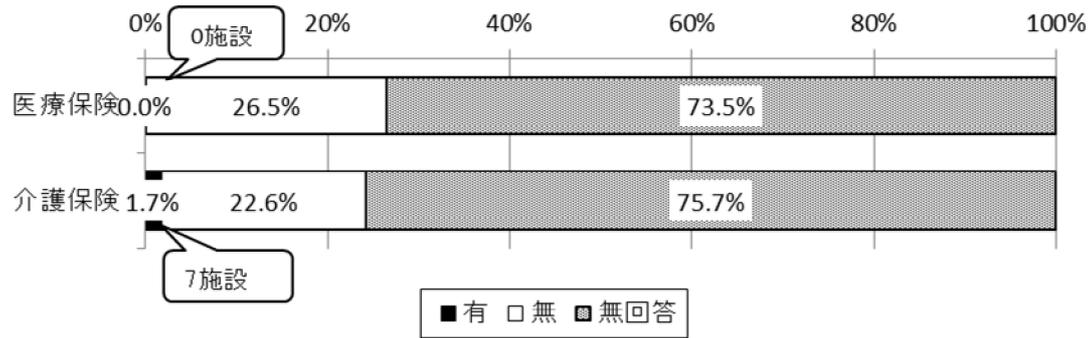
診療所においては、「医療保険」では「有」が0.0% (0施設)、「無」が26.5%であり、「介護保険」では「有」が1.7% (7施設)、「無」が22.6%であった。

※ 一時的・集中的なリハビリテーションとは、訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作 (ADL) が低下した場合に実施することである。

(P65、図表 113 一時的・集中的なリハビリテーションの実施の有無【病院】)



(P65、図表 114 一時的・集中的なリハビリテーションの実施の有無【診療所】)



○ 「病院」における一時的・集中的なリハビリテーションの実施患者数、ADL が戻った人数についてみると、「医療保険」での「集中的な訪問リハ実施患者」の合計値は3人で、このうち3人が「ADL が戻った患者」であった。「介護保険」での「集中的な訪問リハ実施患者」は36人で、このうち77.8%の28人が「ADL が戻った患者」であった。

「診療所」における一時的・集中的なリハビリテーションの実施患者数、ADL が戻った人数についてみると、「介護保険」での「集中的な訪問リハ実施患者」は12人で、このうち66.7%の8人が「ADL が戻った患者」であった。

(P66、図表 115 一時的・集中的なリハビリテーション実施患者数、ADL が戻った人数【病院】)

(単位：人)

	件数	合計値	全体に対する比率	平均値	標準偏差	中央値
医療保険:集中的な訪問リハ実施患者	2	3		1.5	0.7	1.5
うち、ADL が戻った患者	2	3	100.0%	1.5	0.7	1.5
介護保険:集中的な訪問リハ実施患者	11	36		3.3	4.7	1.0
うち、ADL が戻った患者	11	28	77.8%	2.5	4.8	1.0

(注)「ADL が戻った患者」とは、平成25年4月～7月の4か月間に、急性増悪等のため一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施した患者のうち、急性増悪等前のADLに戻った患者を指す(以下、同様)。

(P66、図表 116 一時的・集中的なリハビリテーション実施患者数、ADL が戻った人数【診療所】)

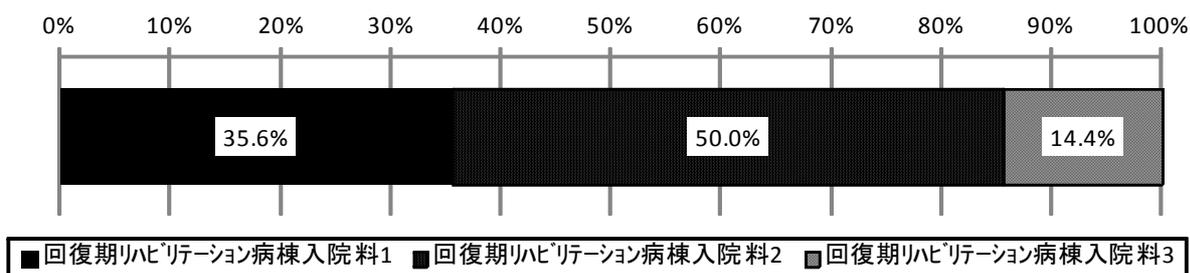
(単位：人)

	件数	合計値	全体に対する比率	平均値	標準偏差	中央値
介護保険:集中的な訪問リハ実施患者	7	12		1.7	0.8	2.0
うち、ADL が戻った患者	7	8	66.7%	1.1	0.9	1.0

現行	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】(1日につき)	【回復期リハビリテーション病棟入院料】(1日につき)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,900点(新)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,750点(改)
	3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,600点

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟における診療報酬についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」が50.0%で最も多く、次いで「回復期リハビリテーション病棟入院料1」(35.6%)、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」(14.4%)であった。

(P77、図表 131 算定診療報酬、n=202)



○ 平成25年7月1か月間の新入棟患者数(1病棟あたり)についてみると、「全体」では平均17.1人であった。「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では平均18.2人、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では平均16.4人、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では平均16.8人であった。

(P98、図表 157 新入棟患者数(平成25年7月))

(単位：人)

	件数	合計 (全回答 病棟)	平均値 (1病棟あたり)	標準偏差	中央値
全体	196	3,348	17.1	7.3	16.0
回復期リハビリテーション病棟入院料1	68	1,239	18.2	6.2	18.0
回復期リハビリテーション病棟入院料2	100	1,638	16.4	7.3	15.5
回復期リハビリテーション病棟入院料3	28	471	16.8	9.3	15.5

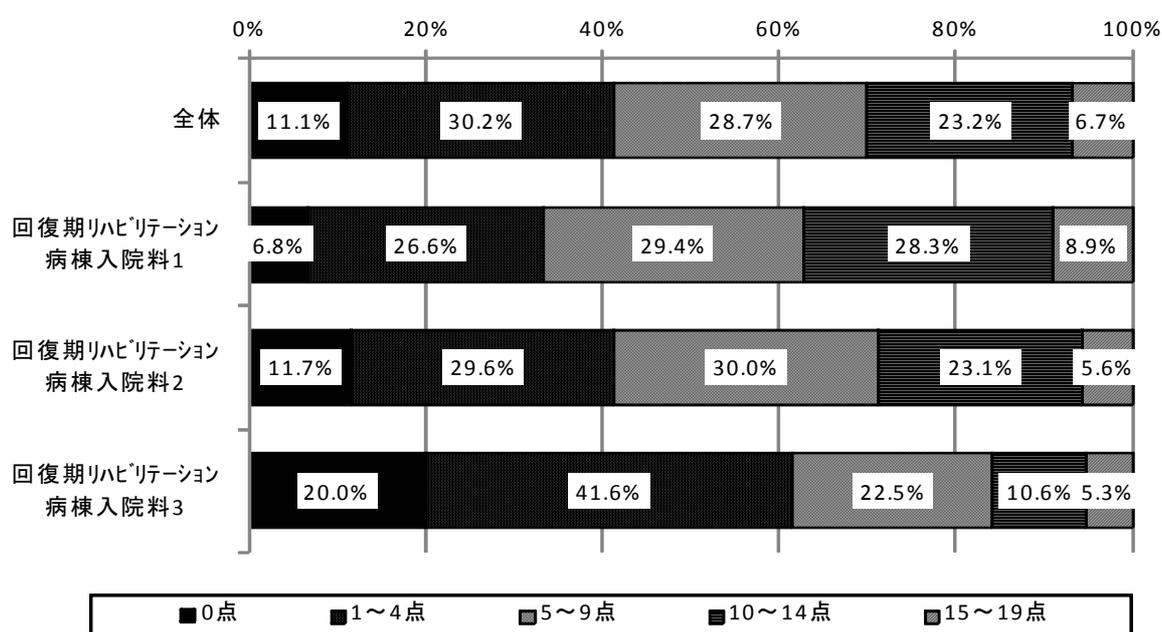
○ 新入棟患者における入棟時の日常生活機能評価別構成比をみると、「全体」では「1～4点」が30.2%で最も多く、次いで「5～9点」(28.7%)、「10～14点」(23.2%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では「5～9点」が29.4%で最も多く、次いで「10～14点」(28.3%)、「1～4点」(26.6%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では、「5～9点」が30.0%で最も多く、次いで「1～4点」(29.6%)、「10～14点」(23.1%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では、「1～4点」が41.6%で最も多く、次いで「5～9点」(22.5%)、「0点」(20.0%)であった。

(P101、図表 160 新入棟患者の入棟時の日常生活機能評価別構成比)



○ 入棟時の看護必要度A項目の合計点数が1点以上の新入棟患者数についてみると、「全体」では平均2.6人、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では平均4.0人、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では平均2.1人、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では平均0.8人であった。

(P102、図表 161 入棟時の看護必要度A項目の合計点数が1点以上の新入棟患者数)

(単位：人)

	件数	合計(全回答病棟)	平均値(1病棟あたり)	標準偏差	中央値
全体	120	313	2.6	2.4	2.0
回復期リハビリテーション病棟入院料1	44	177	4.0	2.0	4.0
回復期リハビリテーション病棟入院料2	60	123	2.1	2.4	1.0
回復期リハビリテーション病棟入院料3	16	13	0.8	1.4	0.0

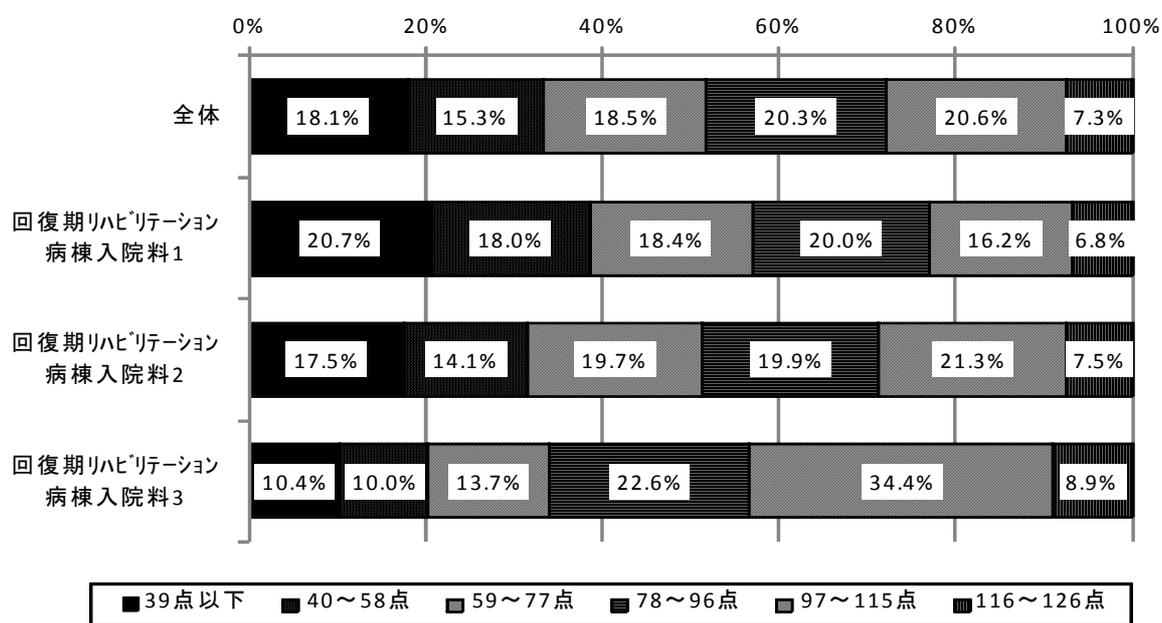
○ 入棟時のFIM 指数別構成比をみると、「全体」では「97～115点」が20.6%で最も多く、次いで「78～96点」(20.3%)、「59～77点」(18.5%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では「39点以下」が20.7%で最も多く、次いで「78～96点」(20.0%)、「59～77点」(18.4%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では「97～115点」が21.3%で最も多く、次いで「78～96点」(19.9%)、「59～77点」(19.7%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では「97～115点」が34.4%で最も多く、次いで「78～96点」(22.6%)、「59～77点」(13.7%)であった。

(P104、図表 163 新入棟患者の入棟時のFIM指数別構成比)



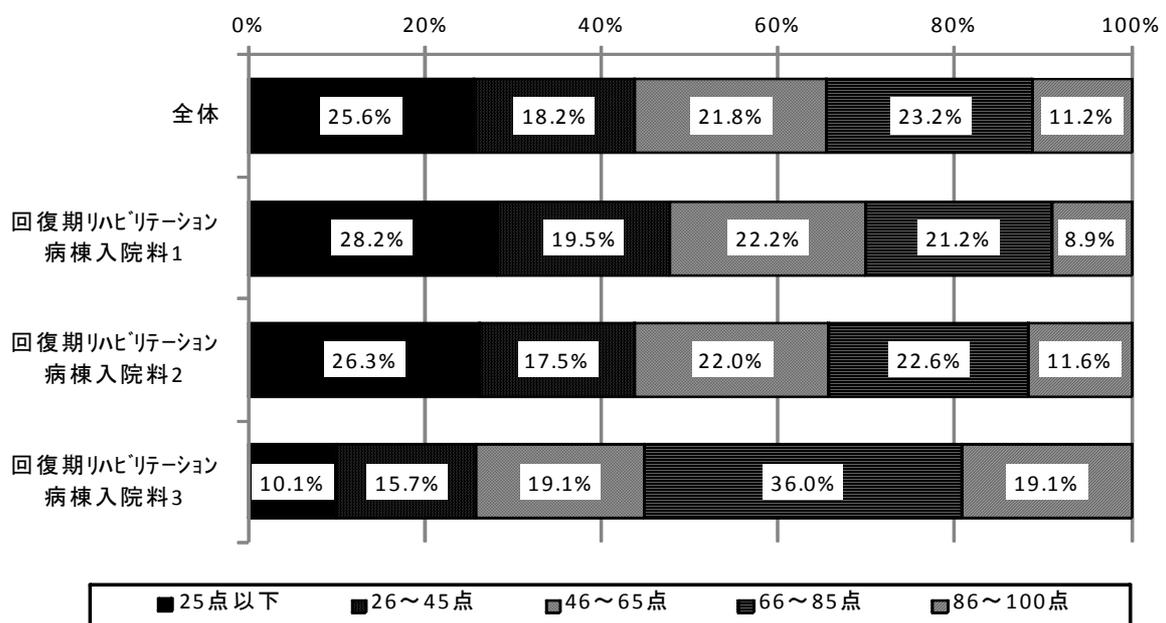
○ 新入棟患者の入棟時のバーセル指数別構成比についてみると、「全体」では「25点以下」が25.6%で最も多く、次いで「66～85点」(23.2%)、「46～65点」(21.8%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では「25点以下」が28.2%で最も多く、次いで「46～65点」(22.2%)、「66～85点」(21.2%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では「25点以下」が26.3%で最も多く、次いで「66～85点」(22.6%)、「46～65点」(22.0%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では「66～85点」が36.0%で最も多く、次いで「46～65点」、「86～100点」(それぞれ19.1%)であった。

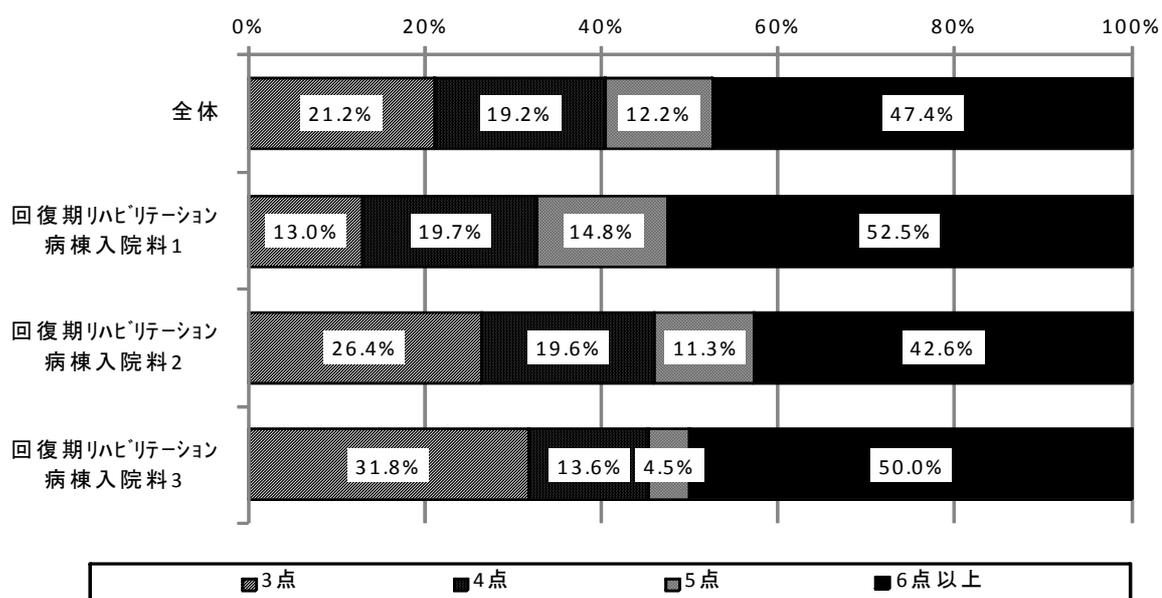
(P105、図表 164 新入棟患者の入棟時のバーセル指数別構成比)



○ 退棟患者における日常生活機能評価の改善点数についてみると、「全体」、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」で「6点以上」が最も多く、それぞれ47.4%、52.5%、42.6%、50.0%であった。

「全体」、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では次いで「3点」が多く、それぞれ21.2%、26.4%、31.8%であった。「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では次いで「4点」（19.7%）であった。

(P108、図表 168 日常生活機能評価の改善点数 (退棟患者))



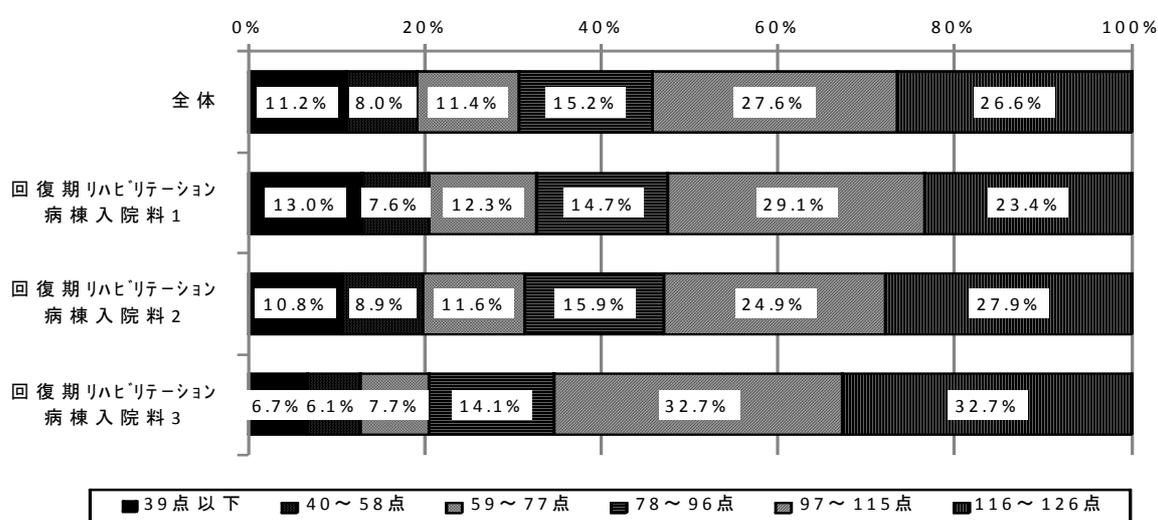
○ 退棟患者における退棟時のFIM指数についてみると、「全体」では「97～115点」が27.6%で最も多く、次いで「116～126点」(26.6%)、「78～96点」(15.2%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」では「97～115点」が29.1%で最も多く、次いで「116～126点」(23.4%)、「78～96点」(14.7%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料2」では「116～126点」が27.9%で最も多く、次いで「97～115点」(24.9%)、「78～96点」(15.9%)であった。

「回復期リハビリテーション病棟入院料3」では「97～115点」、「116～126点」がそれぞれ32.7%で最も多く、次いで「78～96点」(14.1%)であった。

(P109、図表 169 退棟時のFIM指数(退棟患者))

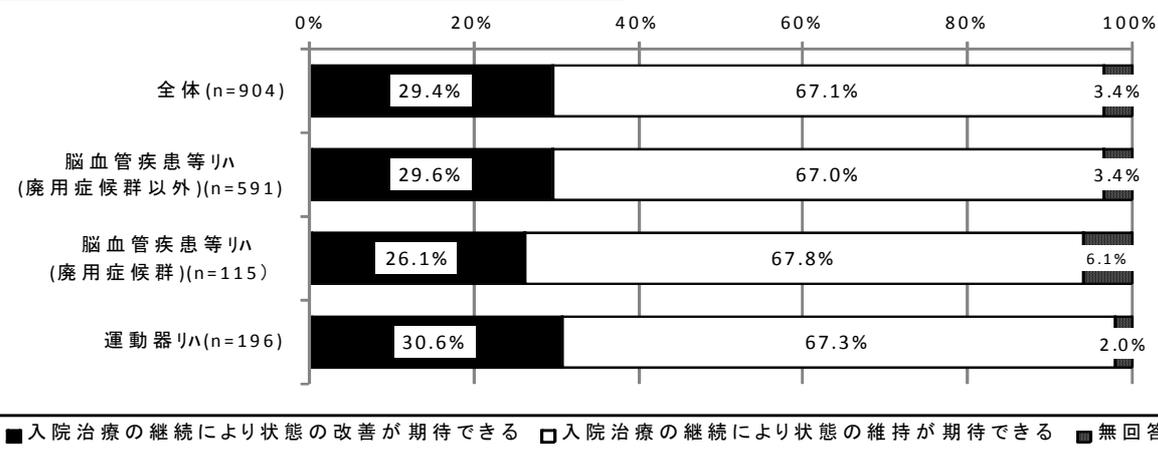


現行	改定後
<b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b> (1単位につき)	<b>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</b> (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記点数を算定する。
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ □以外の場合           245点 □ 廃用症候群の場合       235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ □以外の場合           221点(改) □ 廃用症候群の場合       212点(改)
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ □以外の場合           200点 □ 廃用症候群の場合       190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ □以外の場合           180点(改) □ 廃用症候群の場合       171点(改)
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ □以外の場合           100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ □以外の場合           90点(改)

<input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 100点  <b>【運動器リハビリテーション料】</b> (1単位につき)  1 運動器リハビリテーション料 (I) 175点 2 運動器リハビリテーション料 (II) 165点 3 運動器リハビリテーション料 (III) 80点	<input type="checkbox"/> 廃用症候群の場合 90点 (改)  <b>【運動器リハビリテーション料】</b> (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記点数を算定する。 1 運動器リハビリテーション料 (I) 158点 (改) 2 運動器リハビリテーション料 (II) 149点 (改) 3 運動器リハビリテーション料 (III) 80点 (改)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

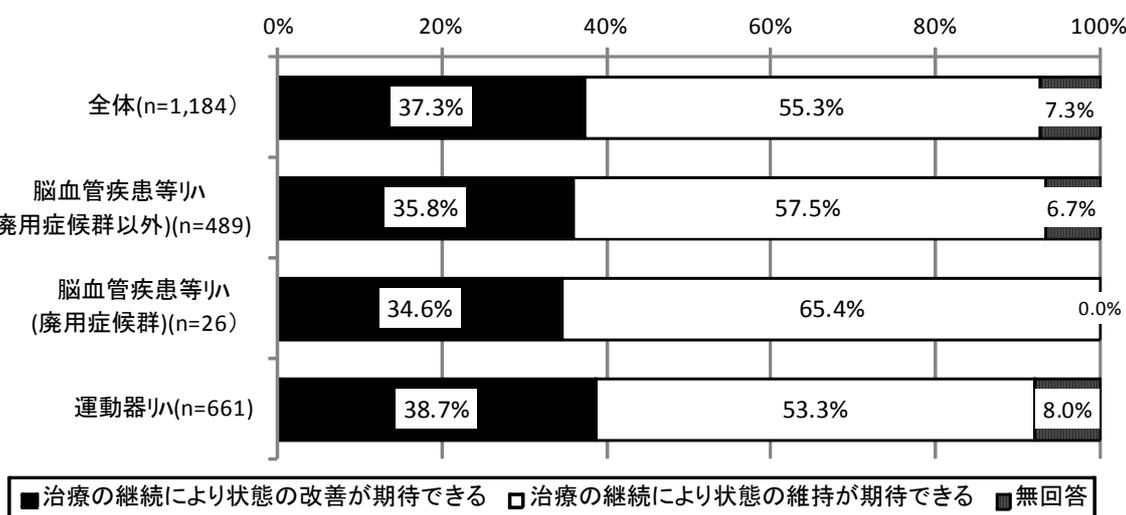
○ 入院患者のうち、リハビリテーション料の標準算定日数を超えて算定している患者の状態についてみると、「全体」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群以外）」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群）」、「運動器リハ」のいずれの場合も「入院治療の継続により状態の維持が期待できる」が最も多く、それぞれ67.1%、67.0%、67.8%、67.3%であった。

(P154、図表 227 患者の状態【入院患者】)



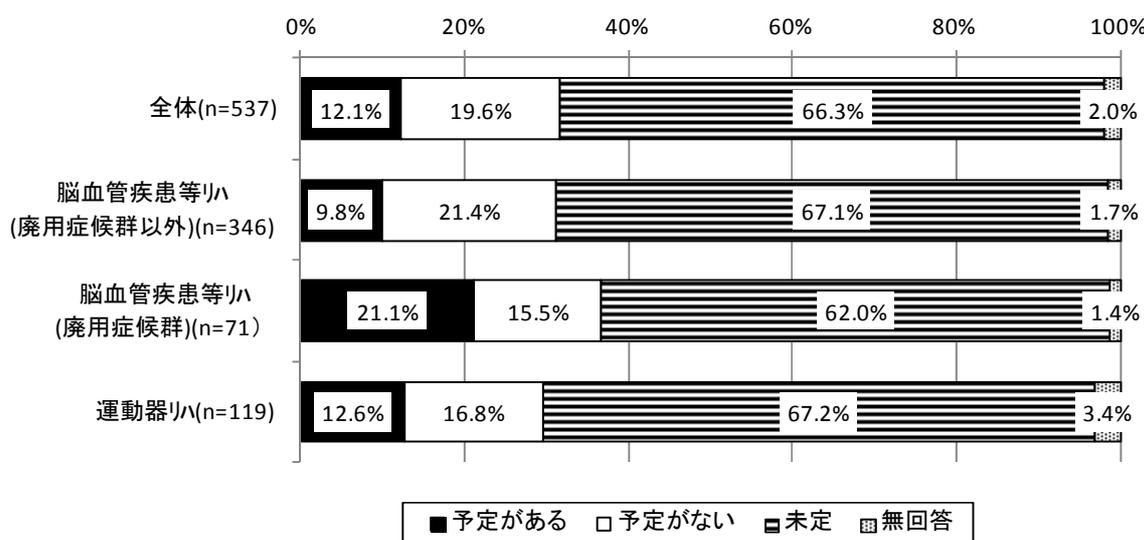
- 外来患者のうち、リハビリテーション料の標準算定日数を超えて算定している患者の状態についてみると、「全体」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群以外）」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群）」、「運動器リハ」のいずれの場合も「治療の継続により状態の維持が期待できる」が最も多く、それぞれ55.3%、57.5%、65.4%、53.3%であった。

(P155、図表 228 患者の状態【外来患者】)



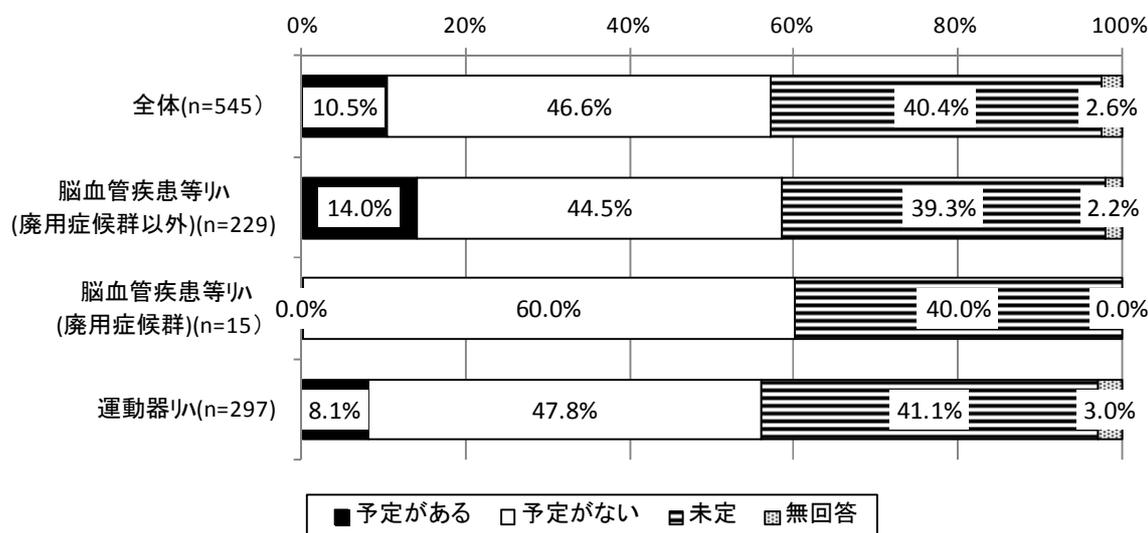
- 入院患者における退院後の介護保険でのリハビリテーション利用予定の有無についてみると、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群）」では「予定がある」が21.1%で、他と比較して相対的に高かった。

(P156、図表 229 退院後、介護保険でのリハビリテーションの利用予定の有無【入院患者】)



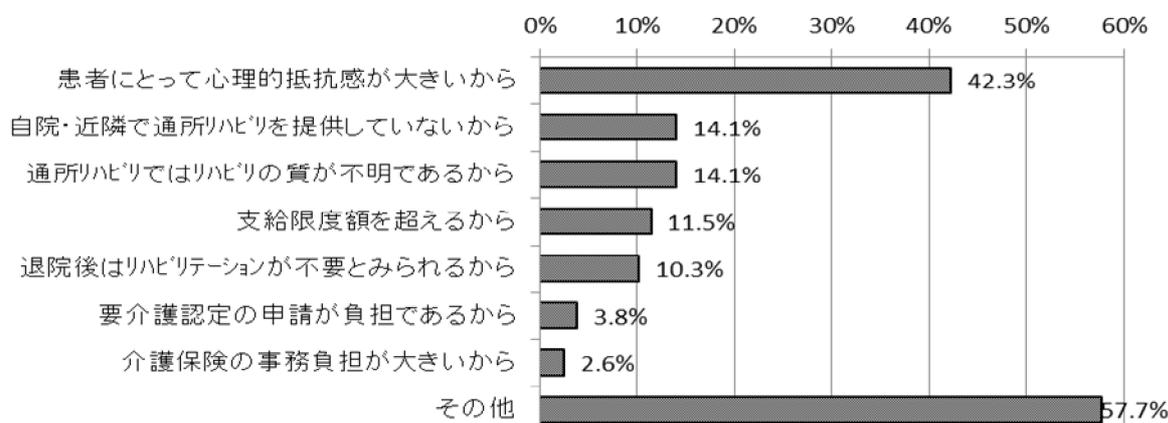
- 外来患者における今後の介護保険でのリハビリテーション利用予定の有無についてみると、「全体」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群以外）」、「脳血管疾患等リハ（廃用症候群）」、「運動器リハ」のいずれの場合も「予定がない」が最も多く、それぞれ46.6%、44.5%、60.0%、47.8%であった。

(P157、図表 230 今後、介護保険でのリハビリテーションの利用予定の有無【外来患者】)



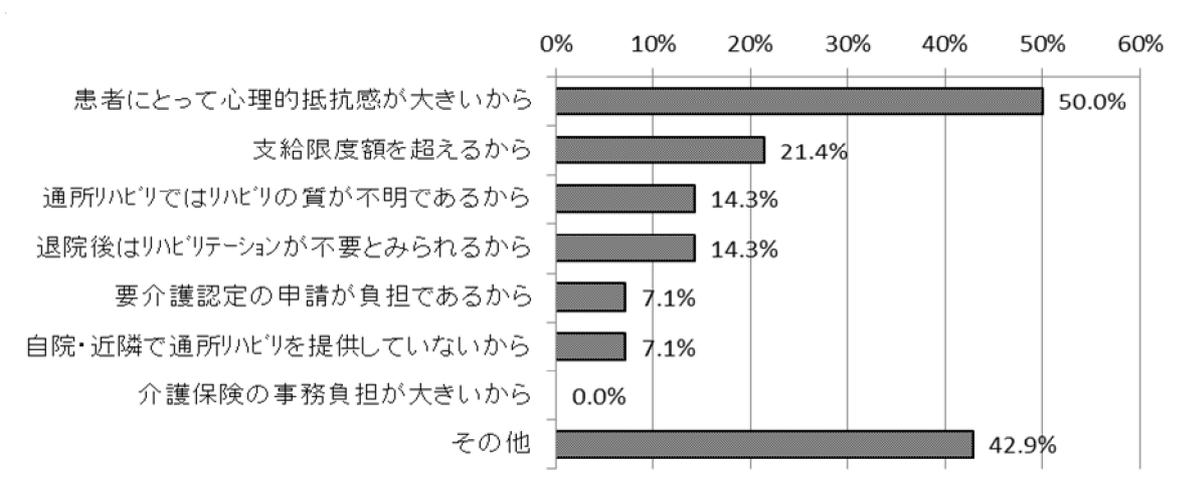
- 介護保険に移行できない理由をみると、病院では「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」が42.3%で最も多く、次いで「自院・近隣で通所リハビリを提供していないから」、「通所リハビリではリハビリの質が不明であるから」（それぞれ14.1%）であり、診療所では「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」が50.0%で最も多く、次いで「支給限度額を超えるから」（21.4%）、「通所リハビリではリハビリの質が不明であるから」「退院後はリハビリテーションが不要とみられるから」（それぞれ14.3%）であった。

(P37、図表 55 介護保険に移行できない理由（複数回答）【病院】)



(注) 「その他」の内容として、「医療依存度が高いため」、「医療処置が必要だから」、「家族の受け入れが難しいから」等が挙げられた。

(P38、図表 56 介護保険に移行できない理由(複数回答)【診療所】)



(注) 「その他」の内容として、「身体状況が不安定である」、「医療行為が頻回に必要なため」、「家族・本人の希望」等が挙げられた。

#### 【まとめ】

- ア. 平成 24 年診療報酬改定では、発症早期より開始するリハビリテーションの有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直したところ、早期加算算定者のうち約 6 割が初期加算の算定者であった。また、初期加算の効果については、「非常に効果があった」「まあまあ効果があった」を合わせると、病院では 50.8%、診療所では 38.6%であり、一定程度の効果はあったものと考えられる。
- イ. 外来リハビリテーション料の新設について、外来リハビリテーション診療料の届出の有無で「有」と回答した割合は、病院が 35.6%、診療所が 26.7%であり、そのうち外来リハビリテーション診療料の算定の有無で「有」と回答した割合は、病院が 49.5%、診療所が 44.5%とともに 5 割未満であった。届出をしていない理由として病院、診療所とも「毎回、医師による診察を行うことが必要だから」(病院: 43.1%、診療所: 44.1%) が最も多いことから、対象となる患者が少ないことも考えられる。
- ウ. さらに、患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、より充実した体制で状態改善や在宅復帰を十分行っている回復期リハビリテーション病棟の新たな評価を創設している。本調査では、新設された回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を届け出ている病棟が、調査に回答した回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟全体の 35.6%であった。
- 当該調査結果によると回復期リハビリテーション病棟入院料 1 に入院していた患者について、新規入棟患者の日常生活機能評価は、「15～19 点」が 8.9%、「10～14 点」が 28.3%であり、回復期リハビリテーション病棟入院料 2・3 と比較した場合、より重症の患者が回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の病棟に入院していた。さらに回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の退棟患者の日常生活機能評価の改善点数は、「6 点以上」が 52.5%、「5 点」が 14.8%であり、回復期リハビリテーション病棟入院料 2・

3と比較した場合、退棟患者の日常生活機能がより改善されていたことが確認できた。

エ. 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、本調査結果では、維持期のリハビリテーションを医療保険で受けている者の数が増加していたことに加え、今後介護保険でのリハビリテーションの利用予定があると回答した割合は、「入院患者」では12.1%、「外来患者」では10.5%であった。また、介護保険に移行できない理由を調査したところ、「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」(病院:42.3%、診療所:50.0%)が最も多く、移行が進んでいない状況であった。引き続き、介護保険におけるリハビリテーションへの移行が進むよう検討する必要がある。