

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

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

1 特別調査（平成 24 年度調査）の実施について

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

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

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

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

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

(1) 調査の目的

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

(2) 調査方法及び調査の概要

<救急医療機関調査>

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

<精神科救急調査>

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

<救急外来患者調査>

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

(3) 回収の状況

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

(4) 主な結果

<救急医療機関調査>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<救急外来患者調査>

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

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

<精神科救急調査>

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

となっている。(194 ページ：図表 247)

※3) 平成 23 年度調査結果は 6.0%

※4) 平成 23 年度調査結果は 0.7%

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

※5) 平成 23 年度調査結果は 0.9%

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

※6) 平成 23 年度調査結果は 19.7%

※7) 平成 23 年度調査結果は 0.9%

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

(5) 検証部会としての評価

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

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

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

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

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

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

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

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

に関する評価が行われた。

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

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

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

3 「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

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

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

(2) 調査方法及び調査の概要

<入院医療機関調査>

全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料 2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設、及び②在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 500 施設の計 1,000 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

<在宅医療調査>

①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）の中から無作為抽出した 1,500 施設、②在宅療養支援病院 500 施設（「入院医療機関調査」の対象）、及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない全国の保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設の計 2,500 施設に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

<患者調査>

「在宅医療調査」の対象施設のうち、①及び②の対象施設において調査期間中に在宅医療を提供した患者（1 施設につき、医療区分 1～3 毎にそれぞれ 1 名、計 3 名）を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

(3) 回収の状況

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

2) 患者記入分 有効回収数：486人

うち、施設記入分と患者記入分とも回収できて、回答が一致したものは：364人

(4) 主な結果

<入院医療機関調査>

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

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

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

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

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

<在宅医療調査>

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

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

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

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

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

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

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

独)

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

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

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

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

- 平成24年4月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無について、「1回あった」と「複数回あった」を合わせると、「機能強化型在支診」は28.8%、「在支診」は19.6%、「在支診以外の診療所」は14.6%、「機能強化型在支病」は12.8%、「在支病」は12.6%であった。(126ページ：図表182)
- 他の医療機関との連携による効果をみる。「大いにあてはまる」と「あてはまる」を合わせた割合を示す。まず、「患者の在宅医療への移行がスムーズになった」ということに対して、「機能強化型在支診」は45.8%、「在支診」は31.8%、「在支診以外の診療所」は16.7%、「機能強化型在支病」は41.0%、「在支病」は15.6%であった。(140ページ：図表202)

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

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

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

<患者調査>

- 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度について、「満足」と「やや満足」を合わせた割合は95.6%であった。(256ページ：図表349)
- 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかについて、「とても思う」と「どちらかというと思う」を合わせた割合は97.0%であった。(259ページ：図表352)
- 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価について、「とてもよい」と「よい」を合わせた割合は95.4%であった。(261ページ：図表355)
- 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度について、「とても満足」と「やや満足」を合わせた割合は92.8%であった。(270ページ：図表364)

(5) 検証部会としての評価

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) 調査の目的

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

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

(2) 調査方法及び調査の概要

<訪問看護ステーション調査>

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

<保険医療機関調査>

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

<精神科訪問看護（病院）調査>

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

<利用者調査>

① 訪問看護ステーション及び保険医療機関の利用者

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

② 精神科訪問看護（病院）の利用者

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

（3）回収の状況

<施設・事業所調査>

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

<利用者調査>

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

（4）主な結果

<施設・事業所調査>

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

※1）平成23年度調査結果は68.6%

※2）平成23年度調査結果は11.8%

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

※3）平成23年度調査結果は1.0%

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

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

79 ページ：図表 143・146)

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

(104・105 ページ：図表 200・202)

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

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

<患者調査>

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

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

(5) 検証部会としての評価

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ジ：図表 38、収支状況 145 ページ：図表 275)

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

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

(1) 調査の目的

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

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

(2) 調査方法及び調査の概要

① 在宅歯科医療の実施状況調査

<施設調査>

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

<患者調査>

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

② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

<施設調査>

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

<患者調査>

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

③ 歯科医療に関する意向調査

<施設調査>

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

(3) 回収の状況

① 在宅歯科医療の実施状況調査

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

② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

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

③ 歯科医療に関する意向調査

- ・ 施設調査 有効回収数： 481 施設（有効回収率 48.1%）

(4) 主な結果

① 在宅歯科医療の実施状況調査

<施設調査>

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

※1) 平成 23 年度調査結果は 32.5%

※2) 平成 23 年度調査結果は 36.4%

※3) 平成 23 年度調査結果は 28.0%

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

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

※4) 平成 23 年度調査結果は 78.4%

※5) 平成 23 年度調査結果は 40.3%

※6) 平成 23 年度調査結果は 31.5%

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

※7) 平成 23 年度調査結果は 82.6%

※8) 平成 23 年度調査結果は 48.8%

※9) 平成 23 年度調査結果は 45.9%

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

※10) 平成 23 年度調査結果は 81.4%

※11) 平成 23 年度調査結果は 53.6%

※12) 平成 23 年度調査結果は 40.7%

※13) 平成 23 年度調査結果は 50.6%

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

※14) 平成 23 年度調査結果は 67.0%

※15) 平成 23 年度調査結果は 11.9%

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

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

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

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

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

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

※25) 平成 23 年度調査結果は 43.8%

<患者調査>

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

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

※26) 平成 23 年度調査結果は 45.4%

※27) 平成 23 年度調査結果は 22.7%

※28) 平成 23 年度調査結果は 13.8%

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

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

※29) 平成 23 年度調査結果は 30.6%

※30) 平成 23 年度調査結果は 19.9%

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

※31) 平成 23 年度調査結果は 31.8%

※32) 平成 23 年度調査結果は 24.1%

※33) 平成 23 年度調査結果は 12.8%

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

※34) 平成 23 年度調査結果は 91.9%

※35) 平成 23 年度調査結果は 62.9%

※36) 平成 23 年度調査結果は 7.7%

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

※37) 平成 23 年度調査結果は 52.3%

※38) 平成 23 年度調査結果は 39.3%

※39) 平成 23 年度調査結果は 14.8%

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

※40) 平成 23 年度調査結果は 95.5%

※41) 平成 23 年度調査結果は 0.4%

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

※42) 平成 23 年度調査結果は 96.8%

※43) 平成 23 年度調査結果は 0.4%

② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

<施設調査>

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

※44) 平成 23 年度調査結果は 40.6%

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

※46) 平成 23 年度調査結果は 19.4%

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

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

※47) 平成 23 年度調査結果は 88.7% (一般外来歯科診療)

94.1% (障害者歯科診療)

※48) 平成 23 年度調査結果は 50.7% (在宅歯科診療)

※49) 平成 23 年度調査結果は 23.6%

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

※50) 平成 23 年度調査結果は 37.5%

※51) 平成 23 年度調査結果は 88.9%

※52) 平成 23 年度調査結果は 77.8%

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

※53) 平成 23 年度調査結果は 72.4%

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

※55) 平成 23 年度調査結果は 48.1%

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

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

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

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

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

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

※56）平成 23 年度調査結果は 71.6%

※57）平成 23 年度調査結果は 23.4%

※58）平成 23 年度調査結果は 13.1%

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

※59）平成 23 年度調査結果は 48.7%

※60) 平成 23 年度調査結果は 27.7%

※61) 平成 23 年度調査結果は 15.5%

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

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

※63) 平成 23 年度調査結果は 100.0%

※64) 平成 23 年度調査結果は 100.0%

※65) 平成 23 年度調査結果は 97.4%

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

<患者調査>

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

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

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

※66) 平成23年度調査結果は74.1%

※67) 平成23年度調査結果は14.8%

※68) 平成23年度調査結果は9.3%

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

※69) 平成23年度調査結果は32.6%

※70) 平成23年度調査結果は35.2%

※71) 平成23年度調査結果は14.8%

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

※72) 平成23年度調査結果は95.3%

※73) 平成23年度調査結果は0.6%

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

※74) 平成23年度調査結果は71.8%

※75) 平成23年度調査結果は58.1%

※76) 平成23年度調査結果は64.2%

③ 歯科医療に関する意向調査

<施設調査>

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

ている。(175 ページ：図表 188 (複数回答))

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

(5) 検証部会としての評価

① 在宅歯科医療の実施状況調査

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

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

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

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

② 特別対応が必要な患者に対する歯科医療の実施状況調査

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

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

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

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

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

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

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

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

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

③ 歯科医療に関する意向調査

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

あった。(188 ページ：図表 201)

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

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

6 「医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果の調査」の結果について

(1) 調査の目的

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

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

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

(2) 調査方法及び調査の概要

① 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査

「感染防止対策加算」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為に抽出した 1,500 施設(病院)に対し、平成 24 年 11 月に調査票を配布。

② 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査

上記①の対象施設において、調査期間中に患者相談窓口を利用した患者(1 施設につき最大 6 名)を調査対象とし、平成 24 年 11 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

③ 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査

「有床診療所入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為に抽出した 1,000 施設(有床診療所)に対し、平成 24 年 10 月に調査票を配布。

④ 療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査

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

(3) 回収の状況

- ① 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査
回収数： 433 施設 (回収率 28.9%)
有効回収数： 429 施設 (有効回収率 28.6%)
- ② 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査
回収数： 624 人
有効回収数： 624 人
- ③ 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査
回収数： 495 施設 (回収率 49.5%)
有効回収数： 487 施設 (有効回収率 48.7%)
- ④ 療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査
回収数： 294 施設 (回収率 47.4%)
有効回収数： 265 施設 (有効回収率 42.7%)

(4) 主な結果

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

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

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

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

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

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

- 患者サポート体制充実加算の届出をしている施設において、患者相談窓口の状況について尋ねたところ、「独立している（専門部署）」と回答した施設が60.7%と最も多く、ついで「医療安全対策加算の窓口と兼用」が27.3%であった。（90ページ：図表91）
- 患者相談支援業務に直接関与している1施設あたりの職員数は「看護師・保健師・助産師」が平均1.86人と最も多く、次いで「社会福祉士」が平均1.77人で、合計は平均5.64人であった。（90ページ：図表92）
- 医療安全対策加算の施設基準の届出の有無について、69.7%が「あり」と回答し、患者サポート体制充実加算の届出の有無別でみると、「届出ありの施設」では76.4%、「届出なしの施設」では48.0%であった。（92ページ：図表94）
- 患者相談支援窓口の有無について、90.4%が「あり」と回答し、患者サポート体制充実加算の届出の有無別でみると、「届出ありの施設」では97.2%、「届出なしの施設」では68.0%が患者相談支援窓口を設置している。（93ページ：図表95）
- 患者サポート体制充実加算の届出施設における患者相談支援窓口が行っている業務内容としては、「患者・家族からの相談への対応」（98.7%）が最も多く、以下「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議」（85.2%）、「担当医師から患者等への説明の際の同席」（72.2%）、「マニュアル作成・見直し」（60.9%）「患者相談対応と対応内容についてのデータ化」（59.0%）であった。（98ページ：図表99（複数回答））
- 患者相談支援体制を充実させることによる効果について、「大いにあてはまる」、「ややあてはまる」と回答した割合を合わせたものが最も多いのは、「患者等の相談に適切に応じることができるようになった」（75.5%）で、以下「各部門間の連携・調整がスムーズになった」（62.1%）、「医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった」（61.1%）、「医療従事者が協力的になった（52.3%）」であった。（101ページ：図表101）

② 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査

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

合わせたものが84.1%であった。(122 ページ：図表 122)

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

③ 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査 (有床診療所を対象)

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

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

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

④ 療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査

- 平成 24 年 9 月 30 日時点での療養環境に関する届出状況を見ると、「診療所療養病床療養環境加算の届出を行っている」施設が 2.3%、「診療所療養病床療養環境改善加算の届出を行っている」施設が 31.3%、「いずれの届出も行っていない」施設が 57.4%であった。(197 ページ：図表 229) この「いずれの届出も行っていない」施設に今後の予定を尋ねたところ、診療所療養病床療養環境加算の「届出を行う予定はない」と回答した施設は 94.1%であった。(197 ページ：図表 230)
- 療養病床についての今後の増改築の予定を尋ねたところ、診療所療養病床療養環境改善加算を届け出ている施設では、「増築の予定が具体的にある」(2.4%)、「全面的な改築の予定が具体的にある」(6.0%)、「具体的な時期は未定だが、増築または全面的な改築を予定している」(45.8%)という回答となり、それらを合わせると 54.2%となった。(208 ページ：図表 245)

(5) 検証部会としての評価

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

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

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

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

<医師調査>

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

<患者調査>

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

(3) 回収の状況

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

(4) 主な結果

<保険薬局調査>

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

※1) 平成23年度調査結果は24.0%

※2) 平成23年度調査結果は16.8%

※3) 平成23年度調査結果は16.2%

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

(13ページ:図表12)

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

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

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

※5) 平成23年度調査結果は69.0%

※6) 平成23年度調査結果は31.0%

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

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

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

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

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

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

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

※9)平成23年度調査結果は38.6%

※10)平成23年度調査結果は29.4%(薬効によって取り組んでいる)

※11)平成23年度調査結果は25.2%

※12)平成23年度調査結果は48.5%

※13) 平成 23 年度調査結果は 48.5%

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

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

※15) 平成 23 年度調査結果は 5.7%

※16) 平成 23 年度調査結果は 15.0%

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

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

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

※18) 平成 23 年度調査結果は 8.7%

※19) 平成 23 年度調査結果は 19.6%

※20) 平成 23 年度調査結果は 11.5%

※21) 平成 23 年度調査結果は 8.2%

※22) 平成 23 年度調査結果は 37.3%

※23) 平成 23 年度調査結果は 21.1%

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

※24) 平成 23 年度調査結果は 54.5%

※25) 平成 23 年度調査結果は 81.1%

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

※26) 平成 23 年度調査結果は 43.2%

※27) 平成 23 年度調査結果は 43.1%

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

※29) 平成 23 年度調査結果は 37.0%

<医療機関調査、医師調査>

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

※30) 平成 23 年度調査結果は 40.8% (21.0+19.8)、

※31) 平成 23 年度調査結果は 19.2% (15.5+3.7)

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

※32) 平成 23 年度調査結果は 7,607 円

※33) 平成 23 年度調査結果は 1,263 円

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

※34) 平成 23 年度調査結果は 25.9%

※35) 平成 23 年度調査結果は 61.0%

※36) 平成 23 年度調査結果は 18.5%

※37) 平成 23 年度調査結果は 24.4%

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

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

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

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

※40) 平成 23 年度調査結果は 63.8% (24.1+39.7)

※41) 平成 23 年度調査結果は 85.0% (40.8+44.2)

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

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

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

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

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

※43) 平成 23 年度調査結果は 16.2%

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

※44) 平成 23 年度調査結果は 35.8%

※45) 平成 23 年度調査結果は 43.0%

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

※46) 平成 23 年度調査結果は 63.3%

※47) 平成 23 年度調査結果は 70.1%

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

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

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

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

※48）平成 23 年度調査結果は 28.4%

※49）平成 23 年度調査結果は 14.7%

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

※50）平成 23 年度調査結果は 63.2

※51）平成 23 年度調査結果は 47.7%

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

数回答)

※52) 平成 23 年度調査結果は 68.6%

※53) 平成 23 年度調査結果は 45.6%

※54) 平成 23 年度調査結果は 30.2%

※55) 平成 23 年度調査結果は 71.5%

※56) 平成 23 年度調査結果は 52.1%

※57) 平成 23 年度調査結果は 35.4%

<患者調査>

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

※61) 平成 23 年度調査結果は 69.8%

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

※62) 平成 23 年度調査結果は 14.3%

※63) 平成 23 年度調査結果は 32.6%

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

※64) 平成 23 年度調査結果は 48.4%

※65) 平成 23 年度調査結果は 15.9%

※66) 平成 23 年度調査結果は 19.8%

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

※67) 平成 23 年度調査結果は 46.6%

※68) 平成 23 年度調査結果は 13.4%

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

※69) 平成 23 年度調査結果は 50.1% (安くなった)

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

※70) 平成 23 年度調査結果は 10.4%

※71) 平成 23 年度調査結果は 48.3%

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

※72) 平成 23 年度調査結果は 40.7%

※73) 平成 23 年度調査結果は 38.0%

※74) 平成 23 年度調査結果は 18.3%

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

※75) 平成 23 年度調査結果は 42.1%

※76) 平成 23 年度調査結果は 27.9%

※77) 平成 23 年度調査結果は 17.6%

※78) 平成 23 年度調査結果は 9.8%

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

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

※79) 平成 23 年度調査結果は 39.9%

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

(5) 検証部会としての評価

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

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

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

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

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

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

③ 医療機関における後発医薬品使用体制加算の見直しの検証

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

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

① 保険薬局に関して

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

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

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

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

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

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

② 医療機関・医師に関して

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

療における後発医薬品の処方も進んでいることを把握できる。

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

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

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

③ 患者に関して

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

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

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

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

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

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

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

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

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

たい。

④ 三つの調査結果の関連付け（項目によって）

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

保証が十分であることの周知徹底」の二つである。

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

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

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

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

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

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