

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

I. 調査の概要

1. 目的

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

2. 調査対象

本調査では、以下の 4 種類の調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

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

3. 調査方法

- ・ 対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・ 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」、「入院基本料等加

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

・「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」の患者調査については、「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」の対象施設を通じて、自記式調査票を対象患者に配布し、回答調査票は患者から本調査事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。

・調査実施時期は、以下のとおり。

①「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」

：平成24年11月1日～平成24年12月27日

②「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」

：平成24年11月1日～平成24年12月27日

③「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」

：平成24年10月25日～平成24年12月18日

④「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」

：平成24年10月25日～平成24年12月26日

4. 調査項目

【調査項目】

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

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

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

Ⅱ. 調査の結果

1. 回収結果

図表 1 回収の状況

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

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

2. 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査の結果

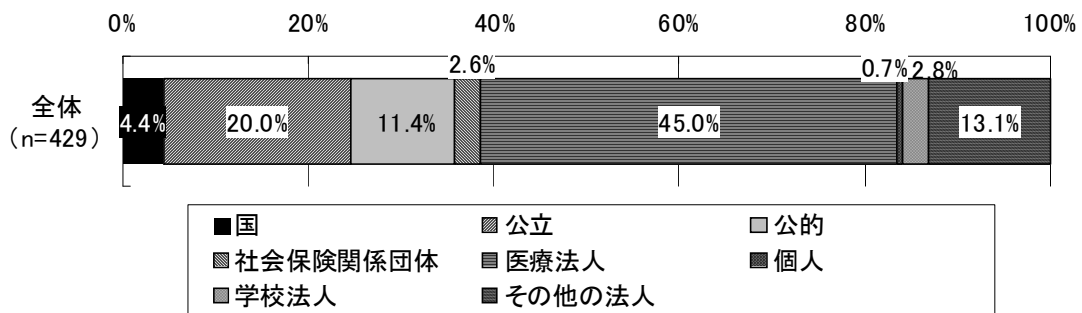
【調査対象等】

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

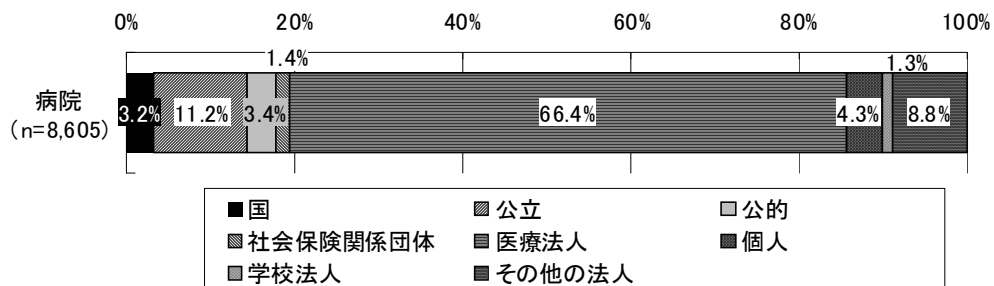
(1) 施設の概要

①開設者

図表 2 開設者

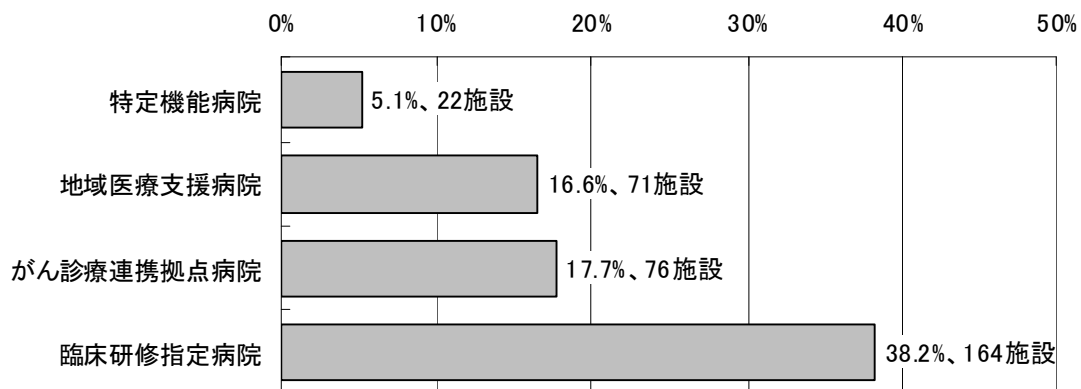


(ご参考) 全国の病院 (『平成 23 年 (2011) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告』より)



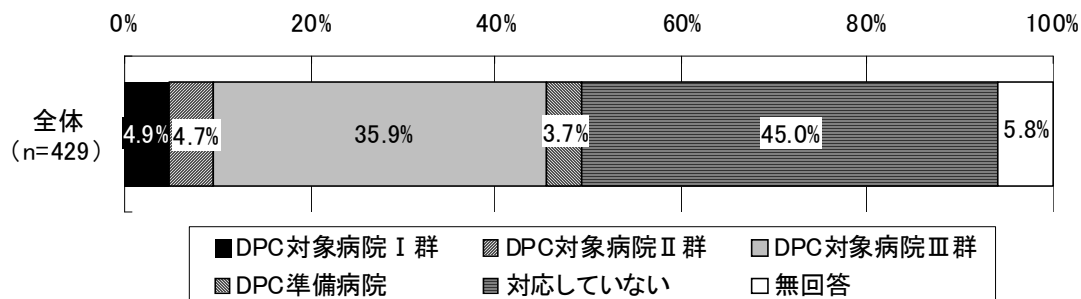
②病院種別

図表 3 病院種別 (n=429、複数回答)



③D P C 対応

図表 4 D P C 対応



④職員数

図表 5 1 施設あたり職員数 (n=414)

(単位：人)

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

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

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

⑤許可病床数

図表 6 1 施設あたり許可病床数 (n=429)

(単位：床)

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

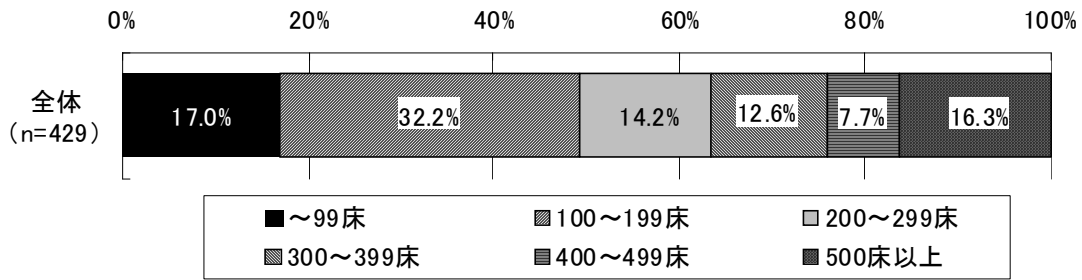
図表 7 1 施設あたり許可病床数 (該当病床がある施設)

(単位：床)

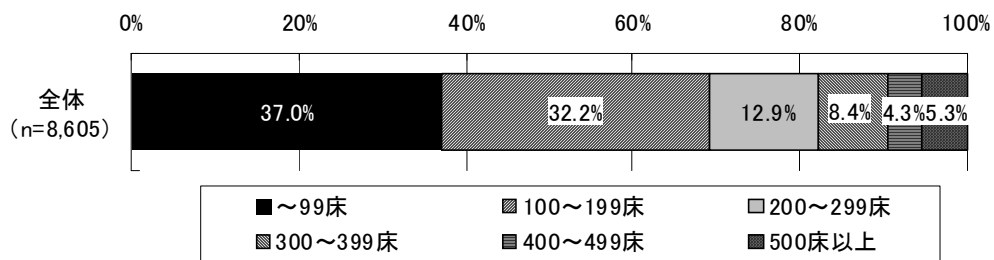
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	345	251.9	227.7	177.0
療養病床	134	89.5	82.7	60.0
精神病床	49	79.5	74.1	50.0
その他の病床	60	22.7	27.9	10.0
病院全体	429	285.0	226.4	200.0

(注) 各該当病床がある施設を集計対象とした。

図表 8 病床規模



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



⑥ 1日平均入院患者数

図表 9 1日平均入院患者数 (n=376)

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

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

図表 10 1日平均入院患者数 (該当病床がある施設)

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

(注) 各該当病床がある施設を集計対象とした。

(2) 院内感染防止対策の実施状況等

【留意点】

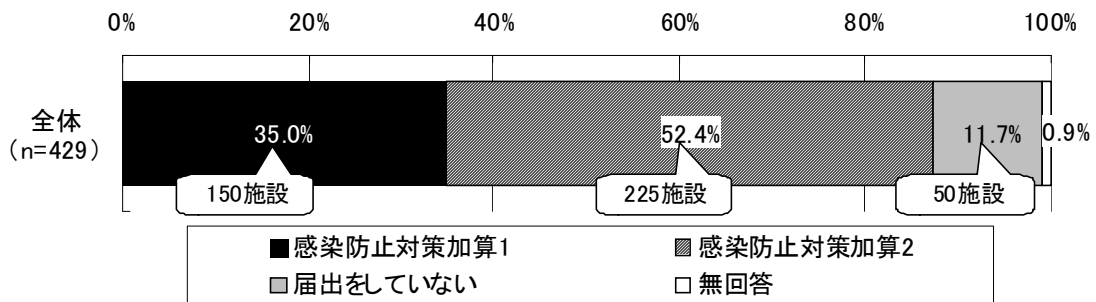
本調査の対象はp6に記載の通り、

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

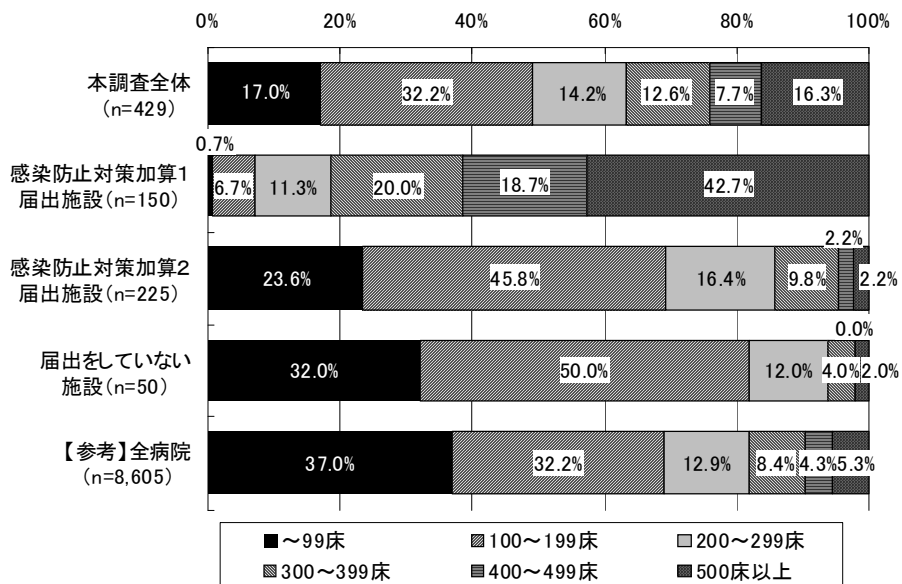
このため、この「(2) 院内感染防止対策の実施状況等」で図表中の「届出をしていない施設」というのは、「感染防止対策加算」の施設基準の届出は行っていないが「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている保険医療機関である。したがって、「感染防止対策」の施設基準の届出を行っていない病院の一般的な属性を代表するものではないことに留意する必要がある。

①感染防止対策加算の施設基準の届出状況等

図表 11 感染防止対策加算の施設基準の届出状況



(参考) 病床規模 (感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

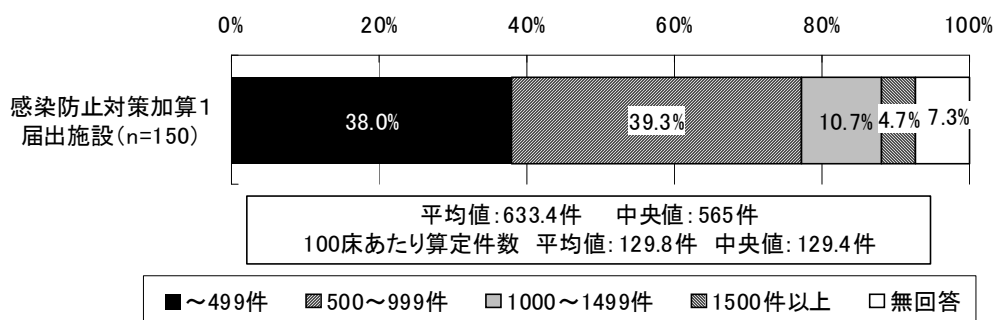


1) 感染防止対策加算 1 の状況

図表 12 感染防止対策加算 1 の施設基準の届出時期

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

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

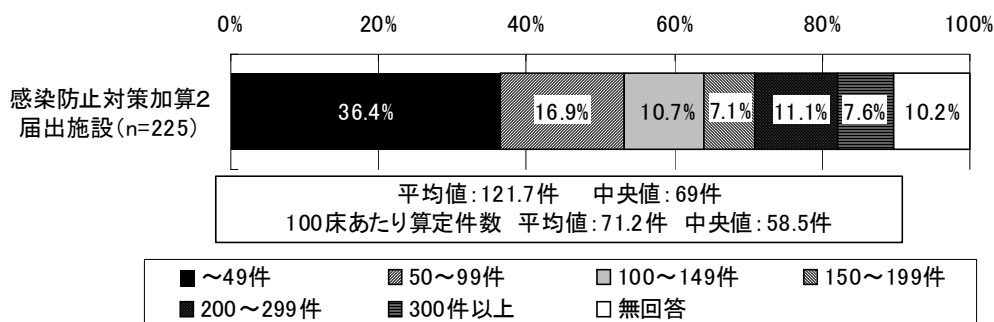


2) 感染防止対策加算 2 の状況

図表 14 感染防止対策加算 2 の施設基準の届出時期

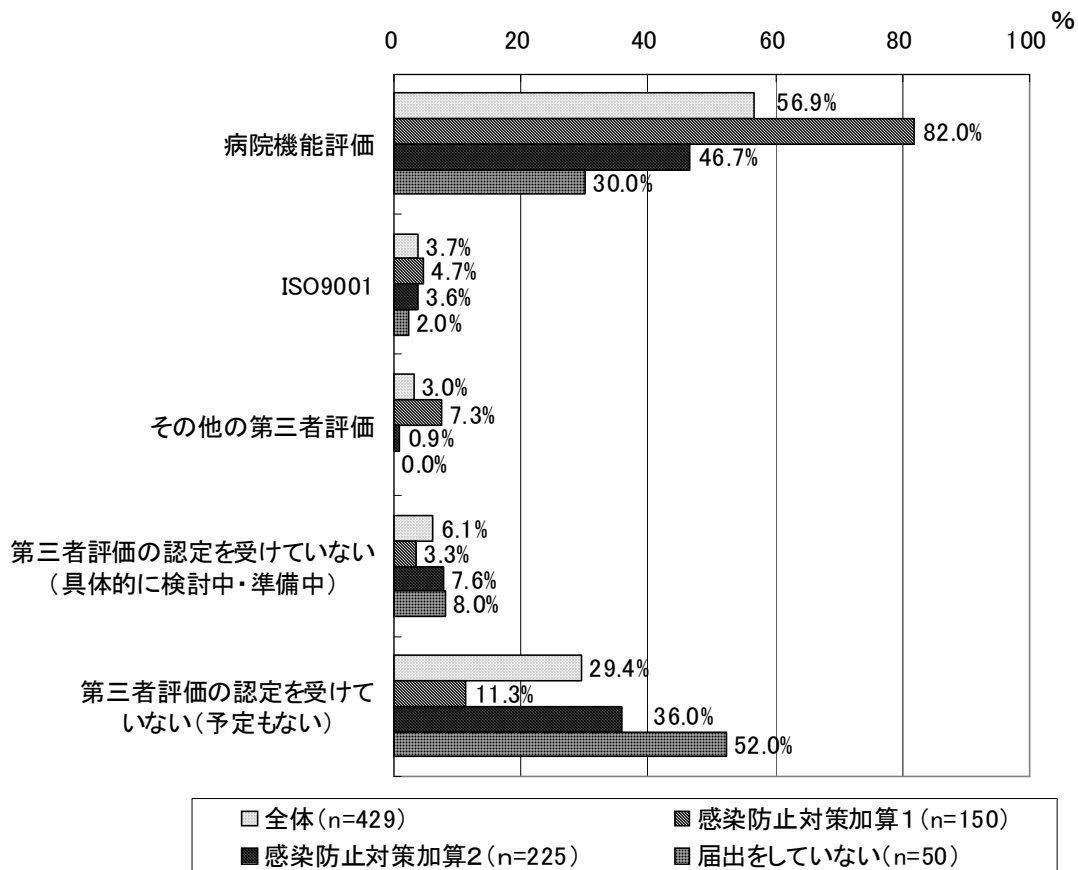
	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	180	80.0
平成 24 年 5 月	13	5.8
平成 24 年 6 月	14	6.2
平成 24 年 7 月	6	2.7
平成 24 年 8 月	0	0.0
平成 24 年 9 月	3	1.3
平成 24 年 10 月	4	1.8
無回答	5	2.2
全体	225	100.0

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



3) 第三者評価の認定状況

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

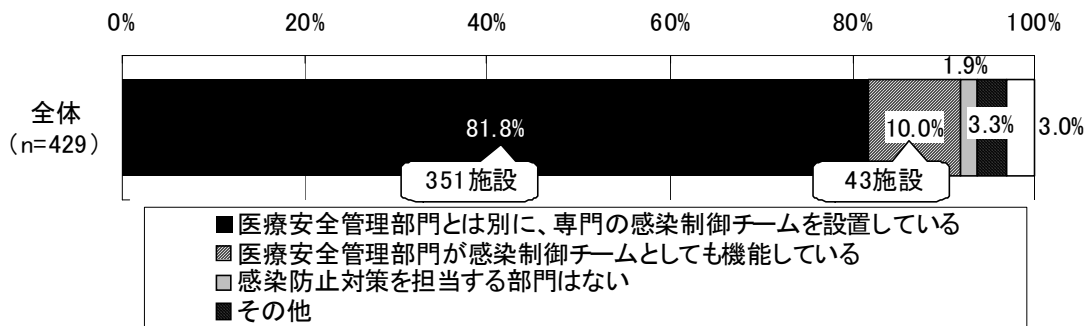


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

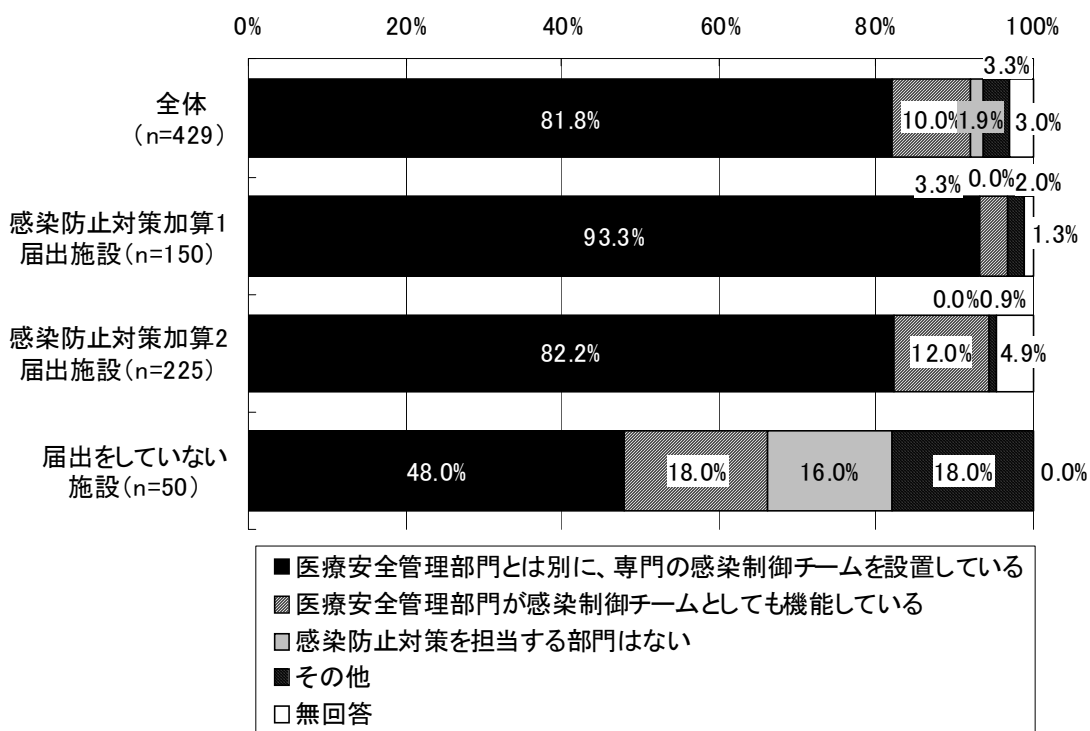
②院内感染防止対策の体制

1) 院内感染防止対策部門の状況

図表 17 院内感染防止対策部門の状況

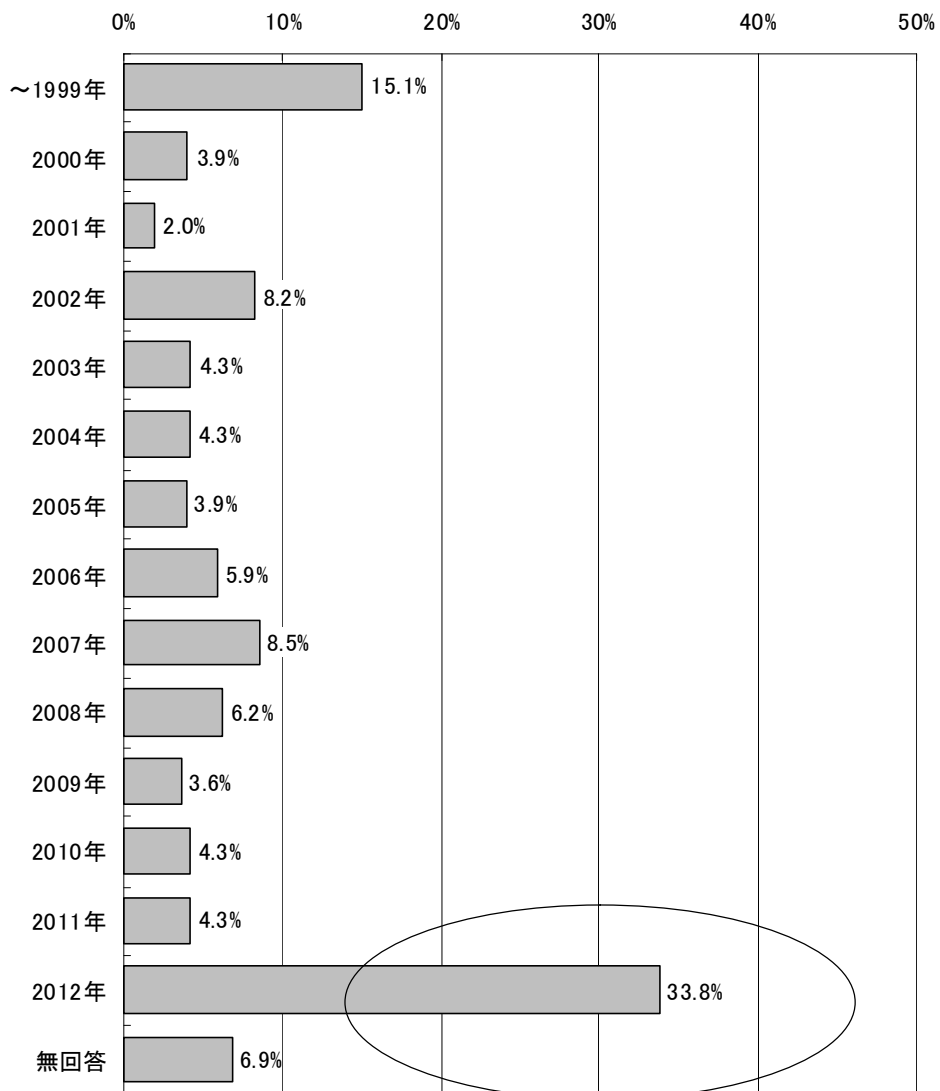


図表 18 院内感染防止対策部門の状況
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

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



詳細内訳

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

2) 感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数

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

【全体、n=387】

（単位：人）

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

【感染防止対策加算 1 の届出施設、n=144】

(単位：人)

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

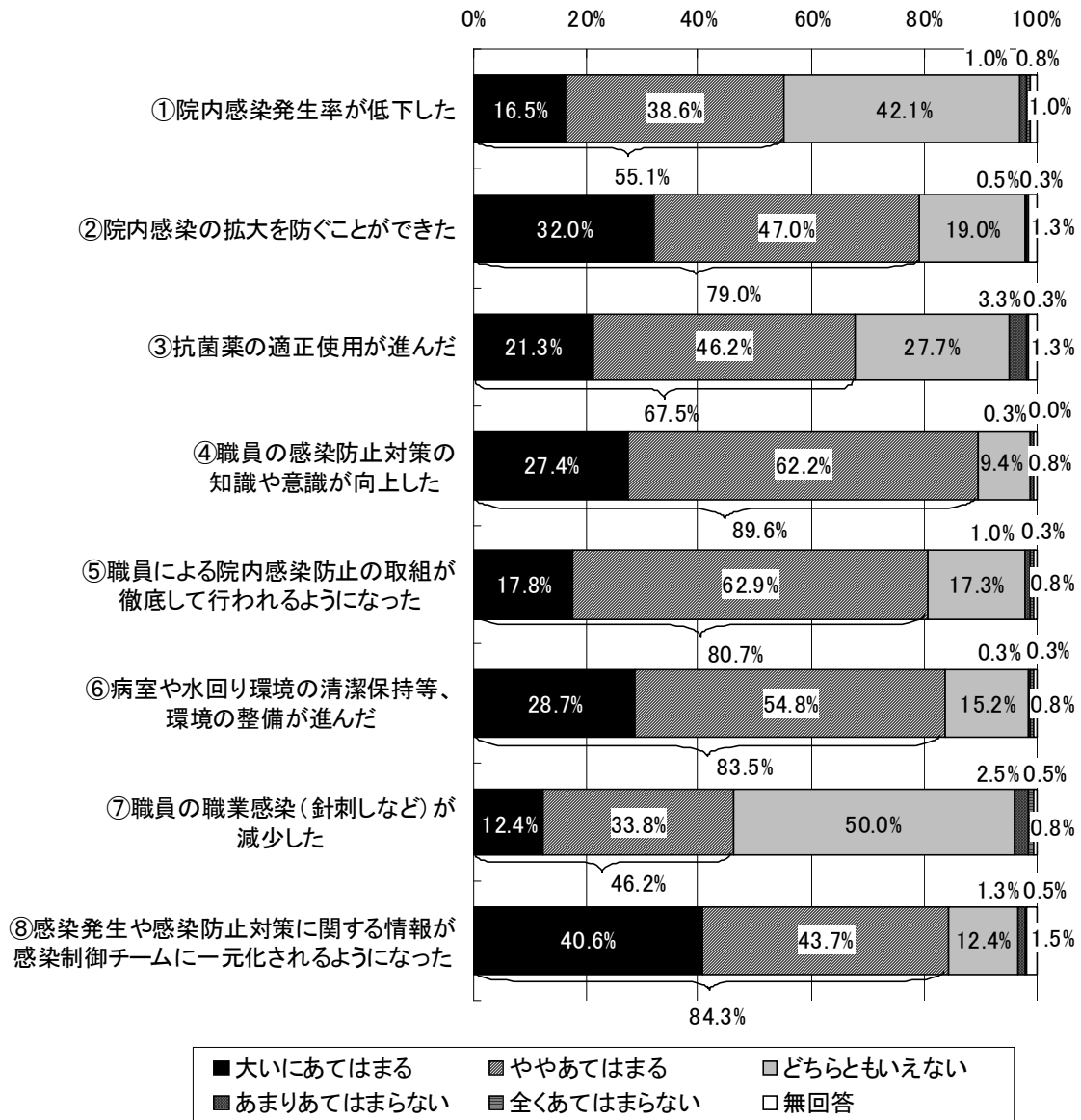
【感染防止対策加算2の届出施設、n=211】

(単位：人)

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

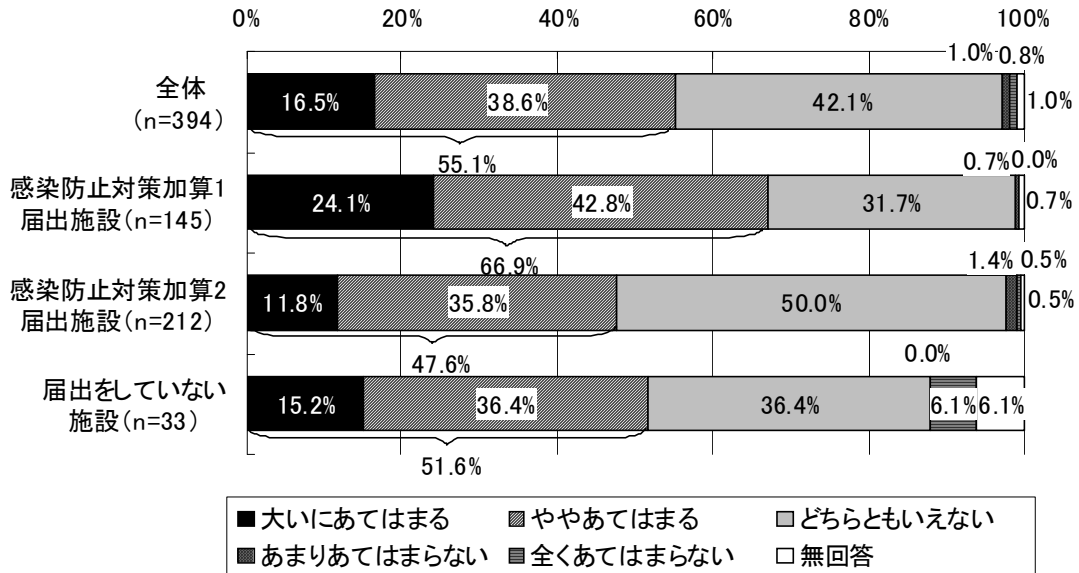
③感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果

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



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

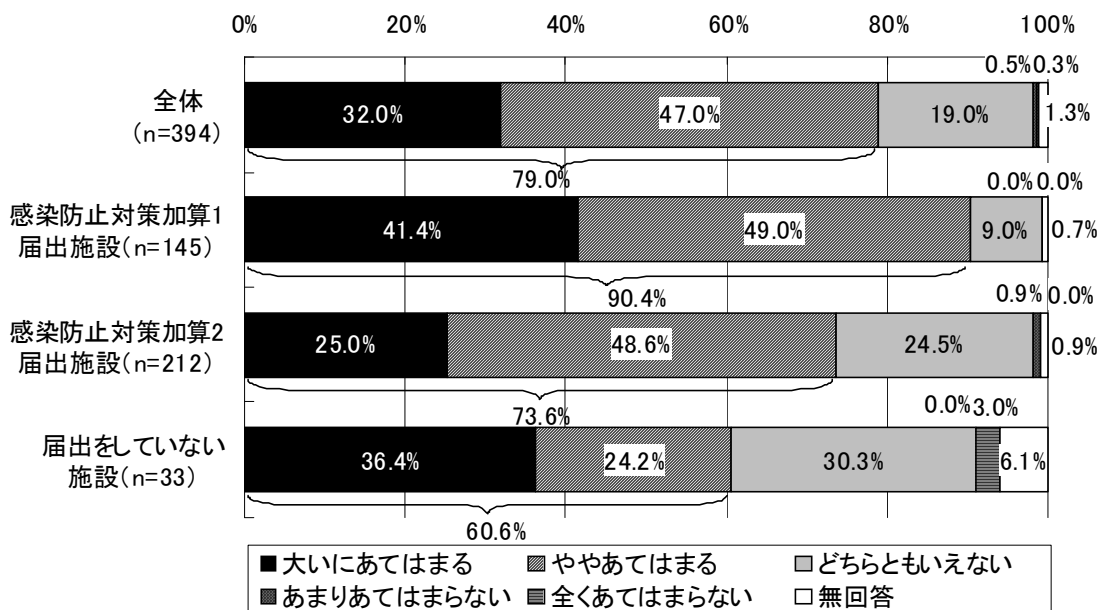
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

図表 23 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～②院内感染の拡大を防ぐことができた～

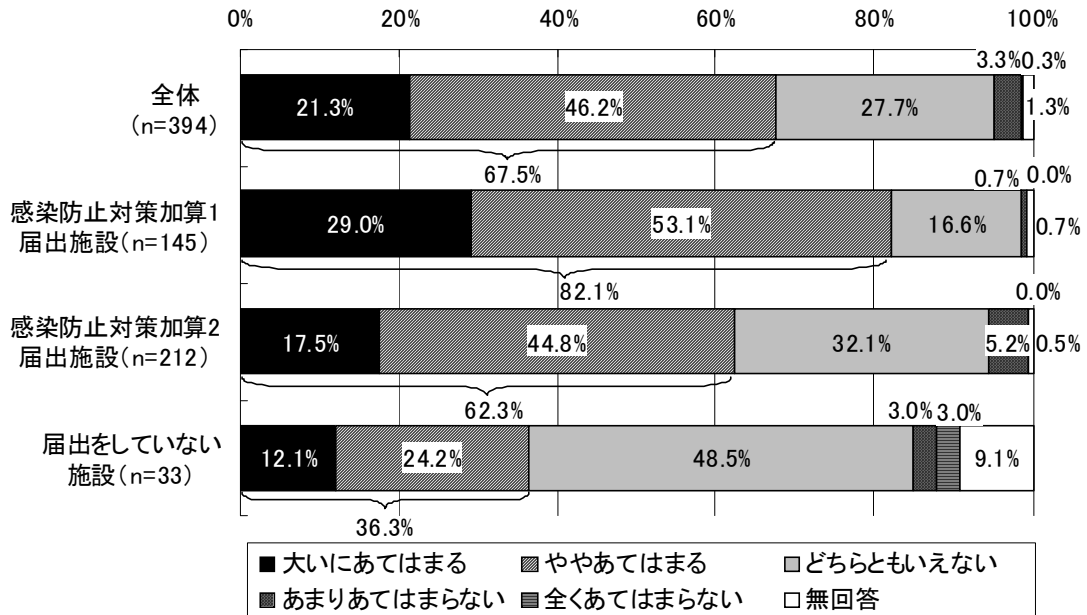
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

図表 24 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
～③抗菌薬の適正使用が進んだ～

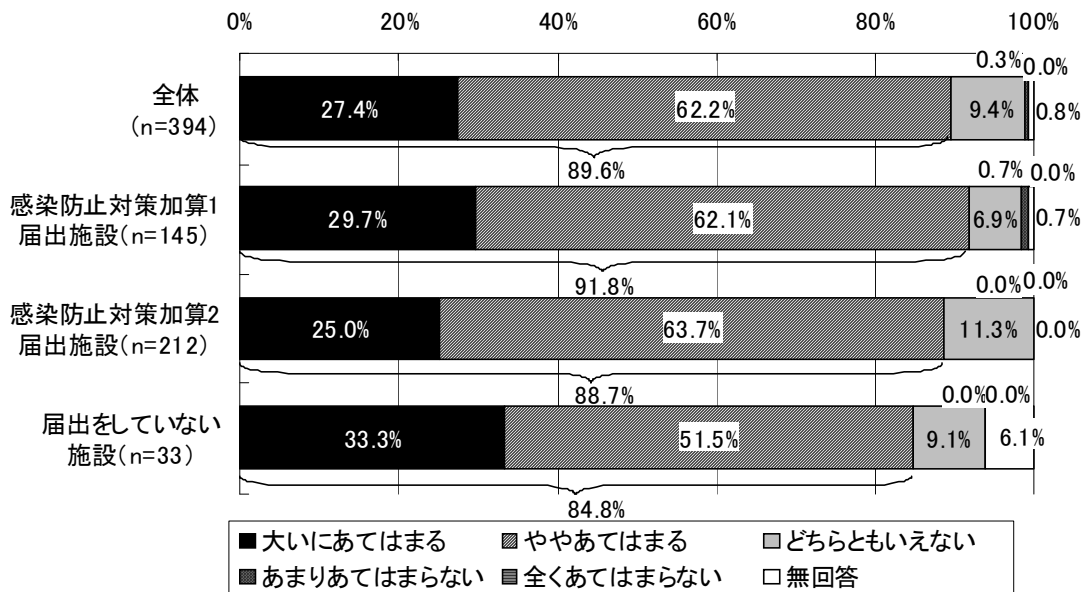
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

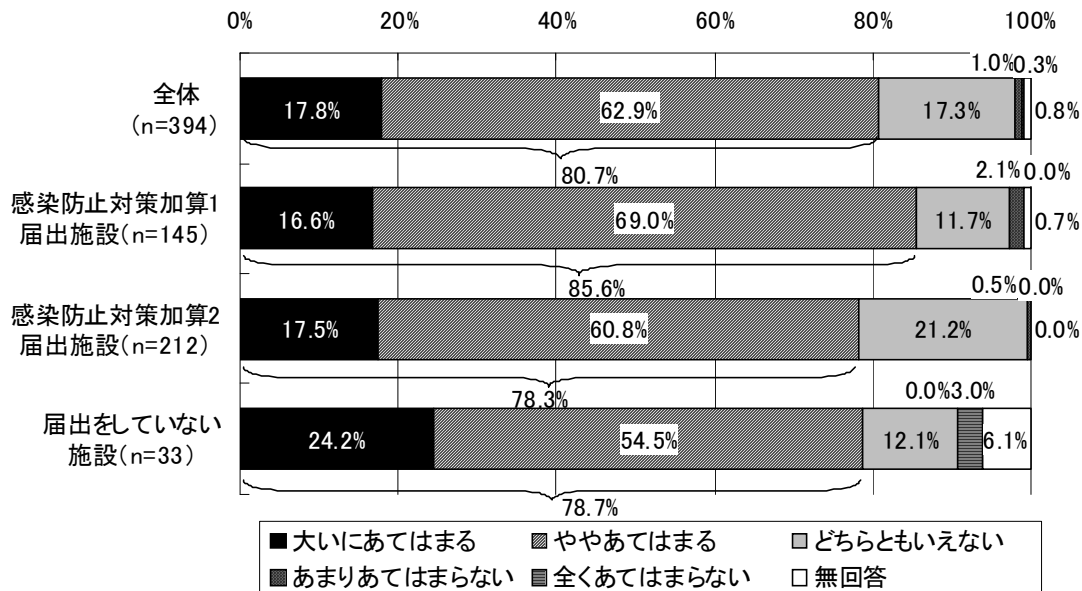
図表 25 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
～④職員の感染防止対策の知識や意識が向上した～

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



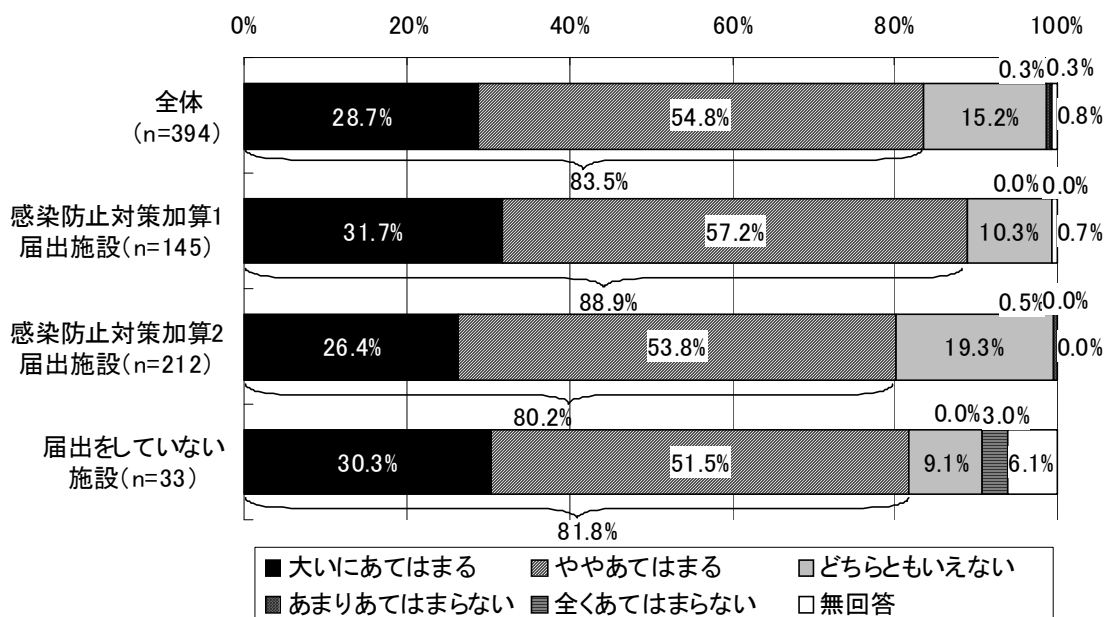
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 26 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑤職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



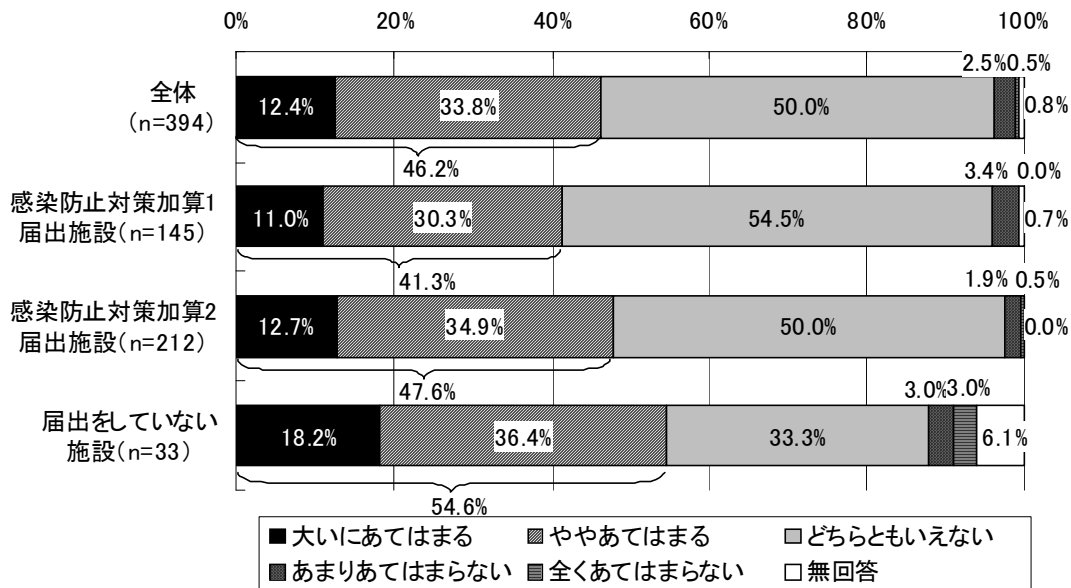
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 27 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑥病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



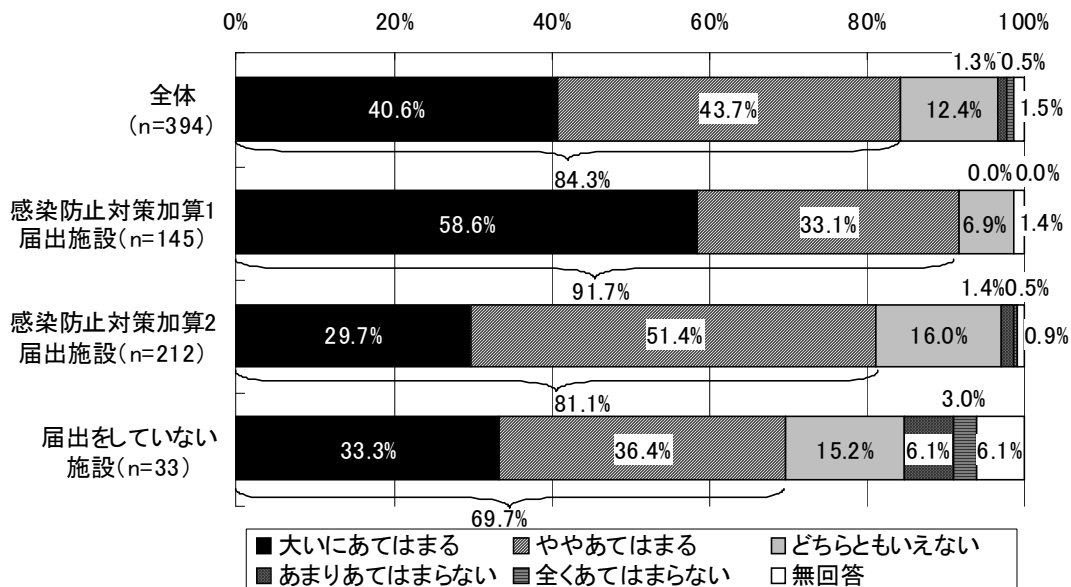
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 28 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑦職員の職業感染（針刺しなど）が減少した～
 （感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



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

図表 29 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑧感染発生や感染防止対策に関する情報が感染制御チーム（感染防止対策部門）に一元化されるようになった～
 （感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



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

図表 30 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
(感染制御チームを設置している施設、自由記述形式)

- 院内ラウンド実施を通じた効果（職員の意識付け、整理整頓、問題への迅速な対応など）
 - ・院内ラウンドを実施するようになり、院内の感染防止対策に関する現状の把握ができるようになった。
 - ・院内ラウンドを行うことで、各部署における感染対策についての意識が高まった（整理、整頓、速乾式手指消毒剤使用量）。
 - ・週 1 回のラウンドにより職員の院内感染防止に対する知識が向上し、リンクナースへの指導が適切に行えるようになった。
 - ・毎週ラウンドを実施することにより、課題にタイムリーに対応できるようになった。
 - ・ラウンド回数を増加することができ、感染防止対策の改善が進んだ。
 - ・病棟をラウンドすることにより、病棟ごとにバラバラだった対策が統一されるようになった。
 - ・定期的にラウンドを実施することで、現場の問題点が明確になった。管理者の協力が得られやすくなった。
 - ・外部講師によるラウンドで、各部署、指摘された事項について職種の壁を越えて改善に取り組むことができた。
- 情報の集約化と共有化
 - ・各職種間の連携や情報交換がスムーズに行えるようになった。
 - ・感染防止を担当する職種と異なるスタッフ同士がチームとして活動することにより個人で動くことが減少し、他職種とそれぞれの専門分野を生かした対策案や情報を交換して色々な視点、情報を持った上で活動することができるようになった。効率が良くなったと感じる。
 - ・多職種で部門が運営されるようになり、法人全体の意識の向上が目立っている。ひとりひとりの感染防止への意識が高まった。
 - ・チームの活動内容が院内で認識でき、感染症についての相談が医師からもくるようになった。
 - ・情報を一元化でき、統一した対策ができている。
 - ・ICT メンバーが病院設備やシステムについて情報共有しやすくなった。
 - ・感染対策に関する最新情報がタイムリーに入る。
- チームによる主導的な活動の実施、情報発信
 - ・感染対策や抗菌薬使用に関するコンサルテーションが増えた。
 - ・感染対策チームの周知、コンサルテーションの増加。
 - ・ICT ニュースを毎日発行して、委員会での決定事項や最新の感染情報を発信している。

○職業感染防止対策の徹底

- ・職員に対するワクチン接種（B型肝炎、インフルエンザ）の接種率の向上。
- ・インフルエンザサーベイランスにより、職員のワクチン接種率が向上し、インフルエンザ罹患率は低下した。
- ・職業感染対策として、職員のウイルス性疾患の抗体価測定やワクチン接種が行われたこと。
- ・職員の抗体価獲得（麻疹・水痘・ムンプス・風疹）が徹底されるようになった。
- ・結核に対する職業感染対策が充実した。
- ・職業感染対策に取り組み、現場での一次洗浄の減少や個人防護具着用率が上っている。

○職員の意識向上、感染防止対策の向上

- ・手洗いの重要性が高まった。標準予防策の理解が高まった。手洗い洗剤のボトルの付け足しを中止した。感染予防対策が高められつつある（各自専用のゴーグルを入職時配布し、必要時すぐ使用できる対策）。
- ・標準予防策がすべての医療職で実践できるようになった。
- ・ノロウイルス感染に対し拡大を防げるようになった。
- ・抗菌薬使用届提出率の向上。
- ・必要な培養検査や採血がしっかり依頼されるようになった。
- ・感染防止対策マニュアル・手順など見直し、改訂作業が進んだ。
- ・抗菌薬長期投与のモニタリング。
- ・MRSA 薬の AUD が激減した。カルバペネム系の AUD は変化なし。
- ・以前は、報告するべき時・するべき項目で報告がなかったり、報告時は対策を開始していないケースも多く、マニュアルを見ることもなく「どうしたら良い？」という感じも多かった。感染制御部が活動しはじめてから次第に必要な報告がもれることがなくなり、報告時にはある程度の感染対策の初動が開始されているケースが多く、感染の拡大を最小限に抑えられるようになってきた。意識の向上が認められた。

○院内環境の整備等

- ・医療廃棄物分別の見直しと廃棄環境の改善、洗浄消毒滅菌に関する整備の改善、中央化の実現。
- ・清潔と不潔の管理ができるようになった。
- ・安全な器材の導入が積極的に行われている。
- ・バルーンカテーテルの床つき防止の改善が徹底された
- ・資源、設備の整備が進んだ。
- ・抗菌薬、消毒薬、PPE の使用量が具体的にわかり、使用率がわかった。感染性廃棄物入れのリニューアルを一斉に行った。
- ・感染防止対策用機器の検討、評価が一元化された。

○職員以外の人に対する啓発活動の実施

- ・面会者への手洗いの周知。
- ・委託業者に手指消毒の勉強会に参加してもらい、清潔の観念や、いかに手がきれいに洗えていないかを実感してもらった。この事から環境整備がより充実した。

○早期の感染対策の実施

- ・感染徴候の早期把握ができるようになり、早めに対策ができるようになった。
- ・検査部門からの速やかな情報が有効である。
- ・医療関連感染のサーベイランスを開始し、具体的な対策の実践が行えている。
- ・「アウトブレイクが発生してから対策をとる」という状況から、「アウトブレイクの発生予兆に気がつき対策をとる」に変わった。
- ・“起きてから”ではなく、“起きる前に対処を”という文化が醸成されたこと。
- ・情報が一元化されることで、必要時すぐに対応することが可能となり院内アウトブレイク防止に努めることができている。
- ・疥癬、CD 陽性、抗酸菌陽性などの患者、MRSA、ESBL などの耐性菌患者の把握ができるようになった。ノロウイルスに対しての感染対策（ノロセットでの実習）も実施できた。
- ・院内感染のアウトブレイク時に早期介入・調査ができるようになった。

○感染症の削減

- ・注射用カルバペネム系抗生剤の使用は届出制にして使用数を減らし、MRSA の新規発生件数は減少している。
- ・VRE 患者の発生を受けて、リスクが高い患者への入院時スクリーニングを開始した。スクリーニング開始後、早期に VRE 陽性患者を発見でき、院内での感染防止につながった。
- ・抗生剤の使い方について相談する医師が増えた。緑膿菌や MRSA の発症例が減少した。

○コスト削減効果

- ・費用対効果の高い方法を選択するようになり、コストを抑えた良いものを導入するようになった。
- ・感染防止対策加算は届出していないが、同法人の病院と連携をとりチェックをしている。結果として、感染症の拡大も少なく対応できている。正しい対応をすることで無駄な医療消耗品が減った。
- ・感染対策を見直すことにより、コスト削減効果。

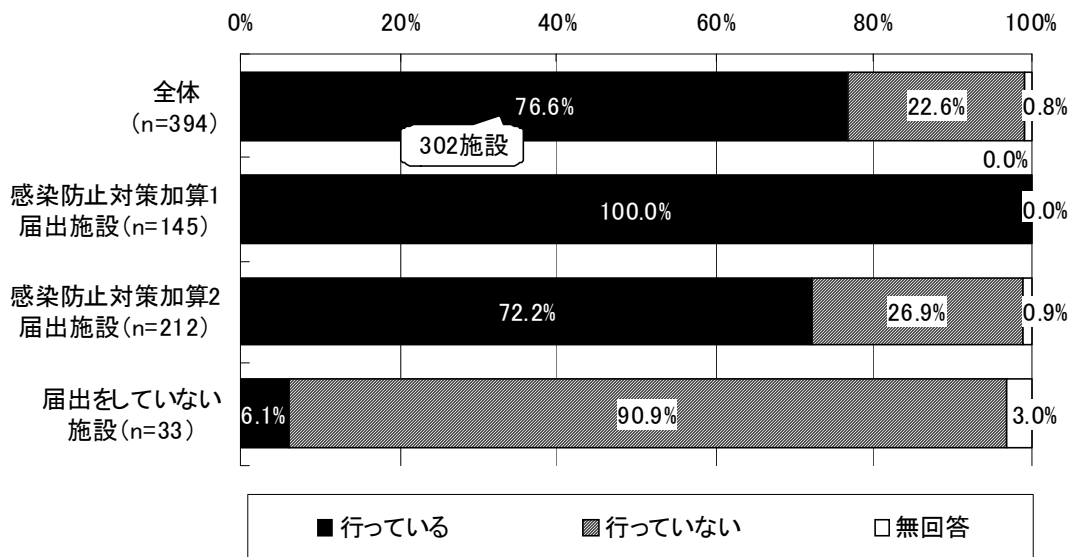
○その他

- 血液培養陽性事例の予後が改善した。
- 研修や講演会の回数が増え、内容も充実した。また、年々参加率も上昇傾向にある。
- 組織改善、教育、コンサルテーション、ファシリティなど組織横断的活動につながった。
- 職員本人・家族による感染症り患時の届出制を導入したので、感染対策の意識が向上した。
- 保健所などとの連携が行い易くなったこと。

④院内感染防止対策について、他の医療機関との連携した取組の実施状況

1) 院内感染防止対策についての他医療機関との連携した取組の実施状況

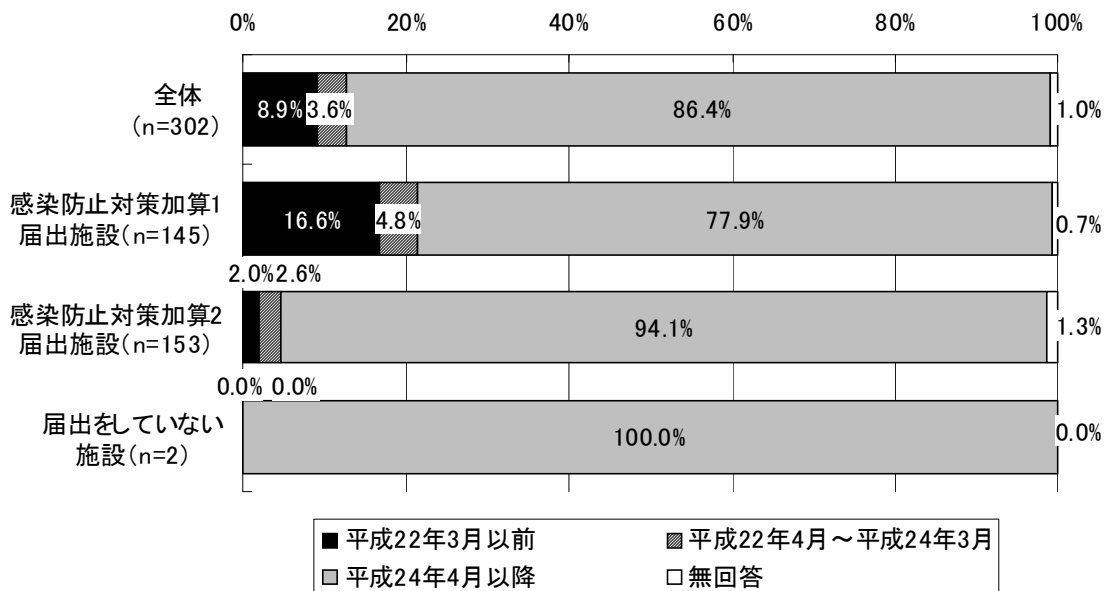
図表 31 院内感染防止対策についての他医療機関との連携した取組の実施状況
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

2) 感染防止対策について、他医療機関と相互チェック等の取組を開始した時期

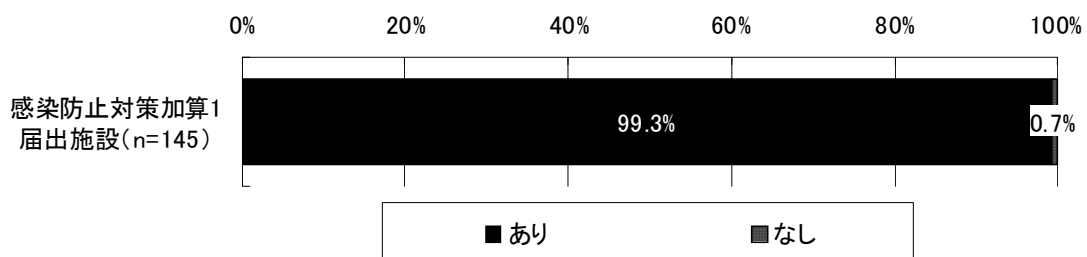
図表 32 感染防止対策について、他医療機関と相互チェック等の取組を開始した時期
(他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

3) 感染防止対策地域連携加算の届出の有無

図表 33 「感染防止対策地域連携加算」の届出の有無
(他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設)



4) 感染防止対策において連携している医療機関数

図表 34 感染防止対策において連携している医療機関数
 (1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
 感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	4.8	12.5	3
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	6.9	17.4	4
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	2.9	3.4	2

図表 35 上記のうち、自施設が現地に赴き評価を行う連携医療機関数
 (1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
 感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	1.0	1.0	1
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	1.5	0.9	1
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	0.9	0

図表 36 上記のうち、自施設を評価する連携医療機関数
 (1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
 感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)

(単位：施設)

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	1.2	0.8	1
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	1.4	0.7	1
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	1.0	0.9	1

5) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間における連携医療機関との取組実績

図表 37 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設が現地に赴き評価を行った連携医療機関数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

（単位：施設）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	0.9	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.6	0.7	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.4	1.0	0

図表 38 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設が現地に赴き連携医療機関の評価を行った回数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

（単位：回）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	0.9	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.6	0.8	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	0.9	0

図表 39 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、自施設の院内感染防止対策を評価しに訪れた連携医療機関数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

（単位：施設）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.4	0.7	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.5	0.8	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.4	0.7	0

図表 40 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に、連携医療機関が院内感染防止対策を評価しに訪れた実施回数（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

（単位：回）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	0.5	1.6	0
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	0.4	0.5	0
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	0.5	2.2	0

6) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に開催した合同カンファレンスの回数（実績）

図表 41 半年間に開催した、連携医療機関との合同の定期カンファレンスの回数

（1 施設あたり、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別）

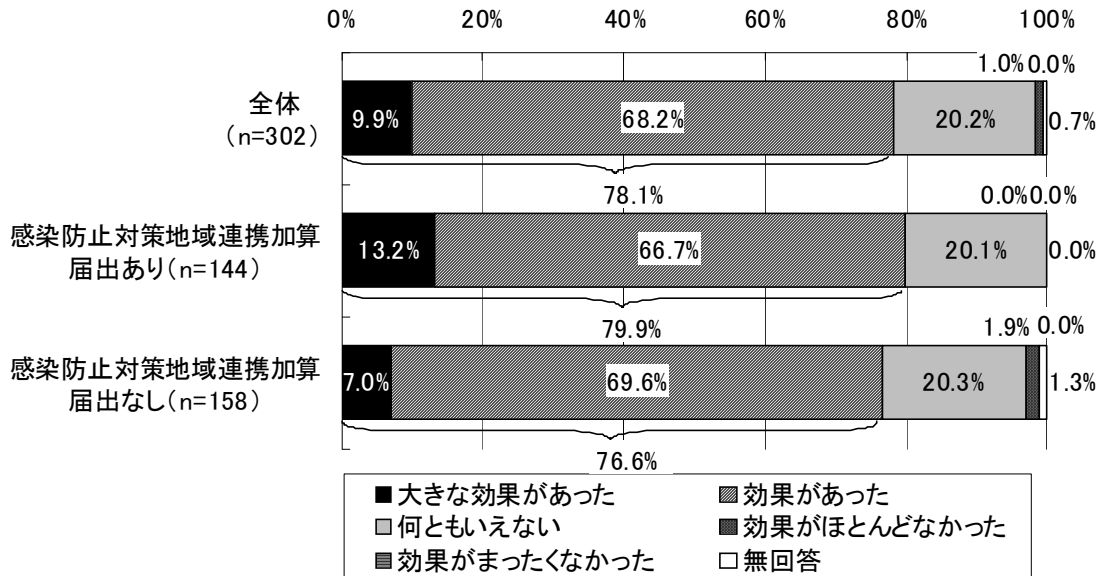
（単位：回）

	回答 施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	302	2.2	1.0	2
感染防止対策地域連携加算届出あり	144	2.3	1.0	2
感染防止対策地域連携加算届出なし	158	2.2	1.1	2

⑤他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果と課題

1) 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果

図表 42 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果
(他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設、
感染防止対策地域連携加算の届出の有無別)



2) 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上での課題

図表 43 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上での課題
(自由記述式、他医療機関と連携した感染防止対策を実施している施設)

- 施設規模による感染対策上の対応力等の違い
- ・施設規模により取組の内容やレベルに大きな差がある。
 - ・感染防止対策に使用する費用の確保（予算の設定）の違い。
 - ・施設の規模やハード面の造りが違うため同様には取り組めない。
 - ・情報量、知識、薬品や防具のコスト、診療科の違い。
 - ・病院間における感染防止対策レベルの差。
 - ・各施設の規模によって、感染対策にかけられる費用と人員が違うので、感染対策をオーダーメイドしなければならない。
 - ・医療機関により ICT メンバーが揃っている所、そうでない所があり、感染対策に取り組む体制に大きな差がある。
 - ・病床数や規模の異なる医療機関との相互評価において、厚生労働省推奨のチェック項目では独自のアレンジが必要と感じた。 / 等

○施設特性による必要な感染対策の違い、それに伴う評価の困難さ

- ・急性期・慢性期の違い、診療科の違いなどによる感染対策上のニーズが違っている。
- ・医療資源・人的資源に違いがあり取組を共有することが難しいこともある。
- ・施設の特異性が異なる点で具体的な解決策を講じることができない。
- ・相互評価の方法や内容が適切であるかどうか、また、実施したことで質が向上したかどうか評価しにくい。
- ・対象が小児と成人で違うため、抗菌薬の使用状況などのカンファレンスや感染防止対策の取組についてカンファレンスでの検討が難しい場合がある
- ・機能の異なる病院間での評価。
- ・施設や各部署特性などの影響もあり、データがわかりづらい。
- ・病院の規模、機能、患者層の違いにより比較検討しにくい。 /等

○施設特性に応じた感染対策の必要性

- ・各医療機関の実情に合った方法の選択。
- ・施設ごとの特性や機能に応じた感染管理の充実。
- ・個々の病院に合った対策を見つけていくこと。
- ・病院機能に差があり取組方の統一が困難である。
- ・他の医療機関で行っている感染防止対策を参考にできるが、病床数など、その施設の規模によって参考とならないこともある。
- ・院内における感染防止策については大きな差異はないが、周辺施設に対する取組方には温度差がある。
- ・病院の機能や規模により全てが同じマニュアルで運用できない。
- ・病院の施設規模・設備等の違いから感染対策の取組に違いが生じる。他の施設では、そこまでしなくても良いのではないかという観念がある。
- ・当院と他院の患者背景や規模などの違いが大きく簡単に同じことはできない。 /等

○加算1届出病院と加算2届出病院との連携のあり方

- ・感染防止対策加算1の連携では、私立医科大学感染対策協議会を基盤にしており、相互ラウンドも同様に行っているが、加算2の施設との地域連携については、耐性菌分離状況や感染対策組織も大きく異なるなど病院背景に相違がある。そのような病院背景のレベル（相違）に合わせた連携が必要となる。
- ・加算1と2の連携では、ICTの設置や専任・専従者の有無で、意識の差が生じている。
- ・加算2施設のスタンスとして、加算条件に施設訪問がないため、加算1の施設が積極的に取組もうとしても、認識のずれがある。加算2との連携にも施設訪問の条件付けがあってもよい。
- ・加算2の医療機関への助言・指導などの機会があまりない（当院へのこれらの要望などが来ない）。

- ・加算 2 の施設間での対策の度合いに差が大きく、カンファレンスを実施する前に準備やフォローが必要。 /等

○連携医療機関の状況把握及び一層の情報交流

- ・相手の病院の規模や ICT の活動状況、問題点を理解するまでには時間が必要であるため、会議では情報交換のみに終わっている。継続した取組が必要であると思う。
- ・各病院で実施可能な感染対策を考える上で、各病院のハード面・ソフト面の状況を把握する必要があり、今後の課題である。
- ・緻密な情報交換。
- ・情報交換方法の確立（メーリングリストの作成）と気軽に交換できる環境づくり。各医療機関間の対策、取組を確認・評価するなどの機会をどのように持つか、そのチェック・改善内容をその他連携施設とどのように共有すればよいか。共有できるようになれば施設間の理解が深まり相互に感染対策の対応の差が縮小されるように思う。
- ・連携施設が多いため、1施設との関わりが浅くなっている。また、連携施設の感染対策の取組に差があるため、個別的な対応が必要である。
- ・他施設の感染対策状況や背景を把握することが難しい。相互ラウンドのような形態で評価・改善していければよいが連携施設数が多く困難。
- ・お互いの検査方法、集計方法、マニュアルなどの周知、確認。
- ・当院の問題点だけではなく、他の医療機関の問題点、課題を把握しながら取り組む必要がある。
- ・相互の施設の状況が十分に把握できない。
- ・環境整備に関するマニュアル作成と周知。
- ・各病院の背景を知った上で、感染対策に取り組む必要を感じる（ハード面・ソフト面など）。 /等

○データ等の統一化、共有化

- ・各施設データの出し方が違うため、統一する必要がある。
- ・医療機関にバラつきがあるため、各種データの共有及び活用が今後の課題。
- ・データの統一化（耐性菌発生状況、抗菌薬使用状況等）。
- ・自施設のデータを含めて、データの共有化（各施設が提供するデータが様々）。
- ・医療機関の規模や細菌検査システム、考え方に差異があるため、基準のすり合わせが難しい。
- ・統一したデータの共有化。
- ・情報交換時の様々なデータの集計の仕方が多少異なる。
- ・書式が統一されていない。
- ・データの算出方法が医療機関により異なるため、ベンチマークを行うことができない。

/等

○他医療機関との日程調整の困難さ

- ・日程調整の難しさ。
- ・全職種が日程を合わせて、連携病院と定期カンファレンスを実施することが難しい。
- ・カンファレンスの時間・場所設定に調整が必要。
- ・相互ラウンド時の時間設定。
- ・複数の病院が日程を合わせて行うカンファレンスの設定が難しい。
- ・合同カンファレンスに医師が参加できるよう開催日時の調整が難しい。
- ・合同カンファレンスの日程調整（医師の業務の関係）。
- ・他院との連携をするにあたり、各職種のメンバーの時間調整が難しい。
- ・加算 2 の施設では担当者の時間がとれずにカンファレンス等の日程が困難。
- ・連携するにあたり、会議への出席が難しい職種があり、時間外となる。または、参加できない。
- ・勤務時間内に医師、看護師、薬剤師、検査技師が指定病院に行くことが厳しい。
- ・チームカンファレンス、相互評価を行うにあたり、日程調整が難しい。 / 等

○合同カンファレンスの議題設定の困難さ

- ・病院の規模や特性（急性期・慢性期など）が大きく異なる連携病院間のカンファレンスのもち方。
- ・連携病院間との時間や議題の調整。
- ・加算 2 届出病院との共通の話題が少なく、内容が偏り気味になる。
- ・感染防止対策加算の連携病院には、病床数・機能等、病院の形態が違うため、連携病院全てで行える対策を見つけていくこと。
- ・施設間で院内感染対策での格差が大きく底上げが急務である。また、合同カンファレンスで共通の関心事に差異がある。
- ・カンファレンスのテーマの調整。
- ・連携施設の規模が各々違うため、カンファレンスで取り上げる内容が十分活かされているか、今後評価が必要。
- ・加算 1 取得病院であるため、他院の現状を理解し良質で効果的な感染管理活動につながるテーマで合同カンファレンスを実施する。
- ・地域共通の課題を明確にする。 / 等

○職員の負担、人員確保

- ・限られた職員がその限られた時間内で資料作成や合同カンファレンスの出席に迫られ負担が大きい。
- ・マンパワーの不足。
- ・専従職の増員。

- ・ 人員確保と時間の捻出が容易ではない。限られた人数で他機関との連携までリソースを割くことは困難で、最初はできてもモチベーションが続かないかもしれないと危惧している。
- ・ 年4回他の医療機関にカンファレンスに行くのは同じメンバーでは難しい。
- ・ 各病院に認定看護師、感染症専門医がいて、専任で活動できること（が今後の課題）。
- ・ 人員不足のため、カンファレンス等で自施設を空ける回数が増えることは負担となる。
- ・ 書類チェック、ラウンド、併せて終日かかる。
- ・ 日程調整や準備、記録等の雑務に要する時間が多く、自施設の感染対策業務が滞る。
- ・ 関わるスタッフが専任のため、感染対策に従事する時間的余裕が少ない。 / 等

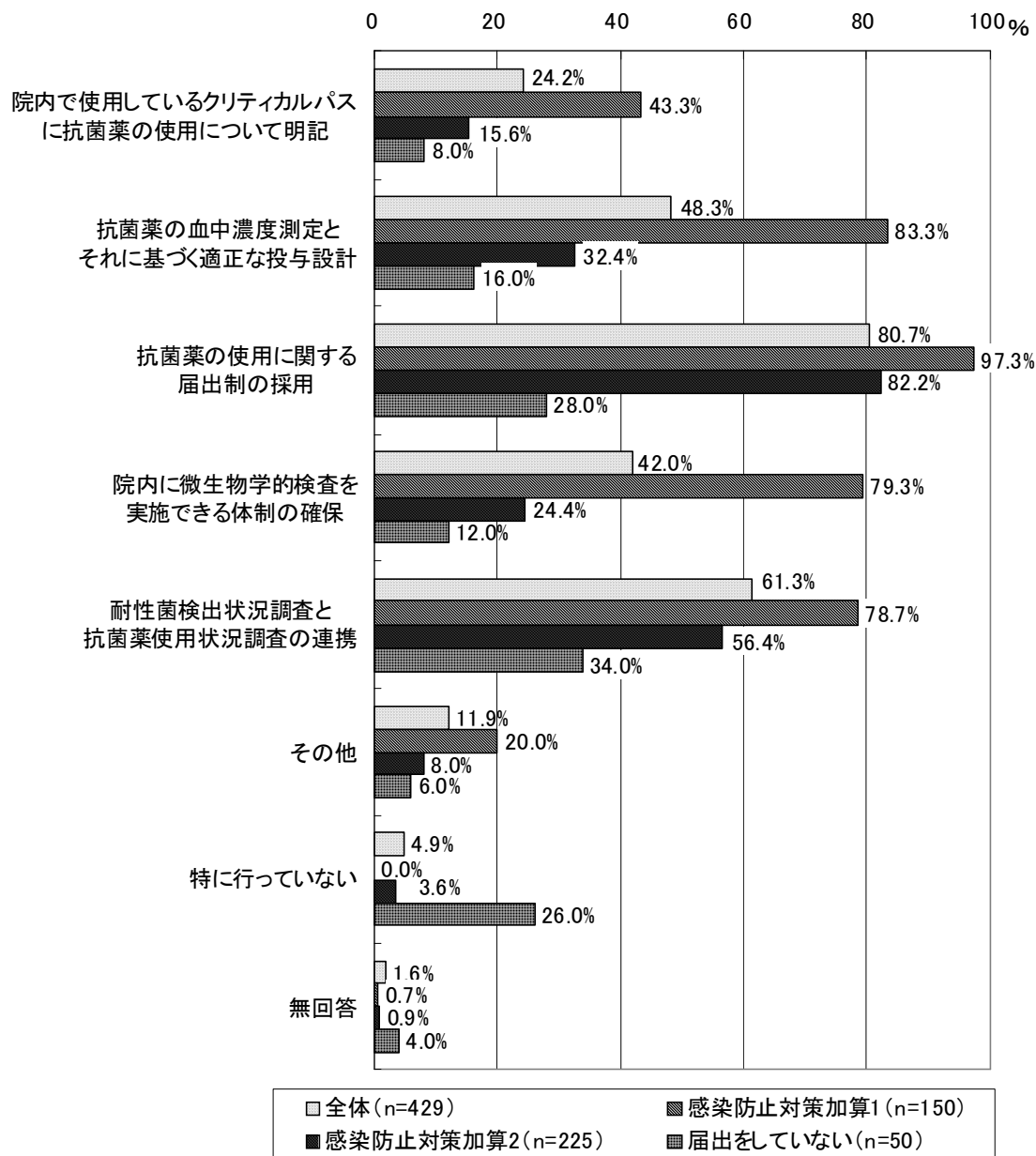
○その他

- ・ 自施設で感染対策上理想とされる対策を連携施設が学んだ後の実施に向けての提案。
- ・ 内容の妥当性、評価した内容の改善についての確認。
- ・ HIV 感染事故の対応のあり方を検討していく必要がある。
- ・ 医師中心だと他職種が意見を聞きにくい。
- ・ 遠方の医療機関と連携しているため、移動時間を要することから、頻回な定期確認ができない。
- ・ 感染防止上の医療水準の差が埋まるよう連携を図ること。
- ・ 感染防止対策の情報、マニュアルの改訂箇所の情報の周知徹底。
- ・ 感染防止対策加算の連携については、今年度から初の試みであり、合同カンファレンス相互チェックとともに実際の方法が正しいのか判断に迷う。
- ・ 他医療機関の感染情報の共有化。
- ・ 地域で発生している感染症に関する情報の共有、対策の実施。
- ・ 感染対策情報の共有化、協力体制の構築、人材育成支援がある。 / 等

⑥抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組

1) 抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組

図表 44 抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組内容
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



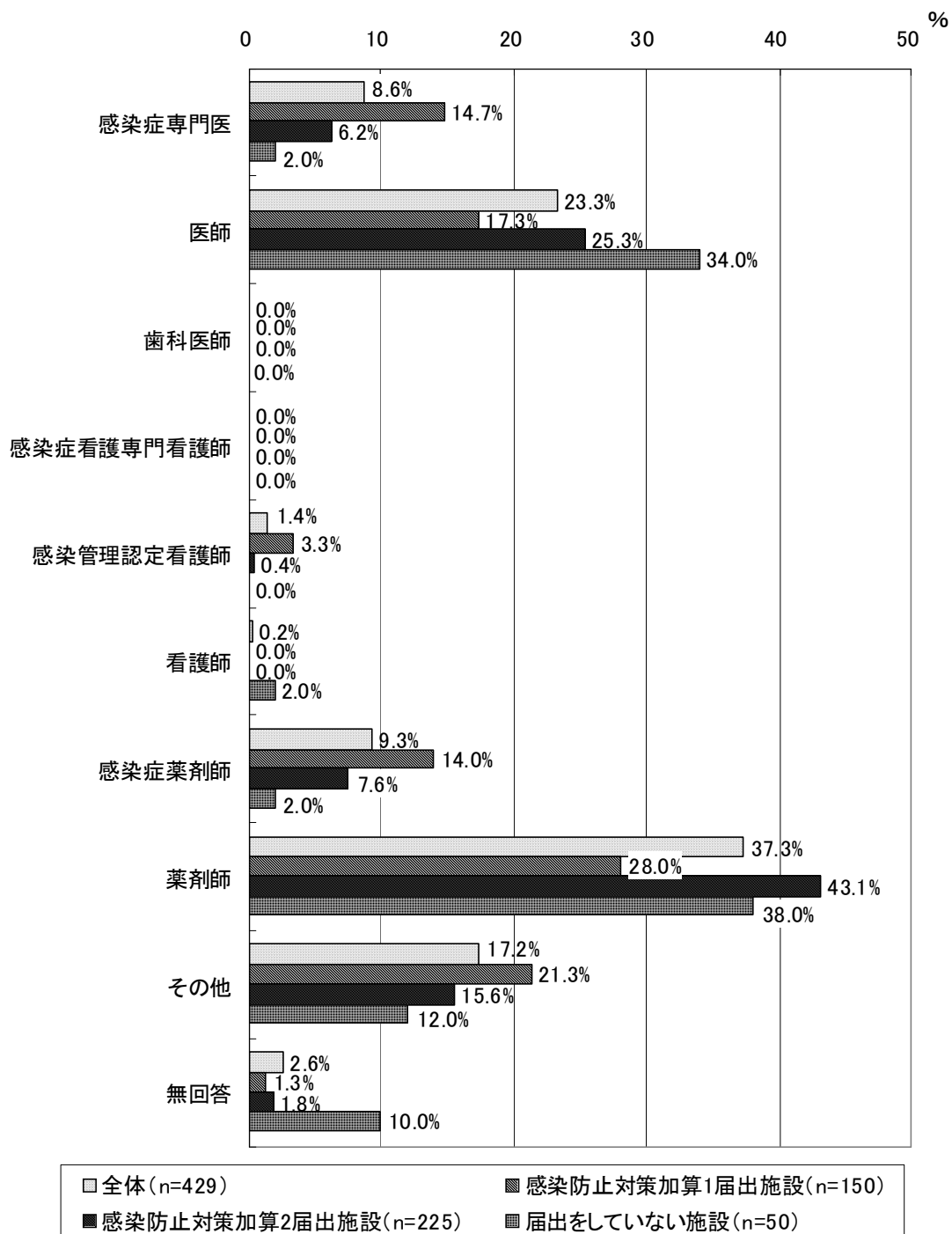
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

【「その他」に記載された取組内容】

- ICT ラウンドによる確認・指導（同旨含め 12 件）
- 特定抗菌薬処方患者に対する回診／抗 MRSA 薬、広域スペクトラム抗菌薬投与患者のラウンドを行い、適正使用がされているか確認している／週に一度、感染制御チームによって特定抗菌薬使用者に対してラウンドを実施し、適正使用のための介入を実施している（同旨を含め 4 件）。
- 抗菌薬適正使用マニュアルの作成／周術期抗菌薬使用ガイドラインを作成（同旨を含め 10 件）。
- 薬剤科で使用状況をチェック／薬剤師から医師への助言（同旨を含め 6 件）。
- 感染症医による感染症の抗菌薬の適正使用／医師への教育。
- 抗菌薬適正使用プロジェクトチームの発足／抗菌薬適正使用のためのプロジェクトで各診療科に介入。
- 複数名の医師の判断により使用を行うこととしている。
- サーベイランスの実施。
- 他医療機関との合同カンファレンス／サーベイランス（同旨を含め 2 件）。
- 培養・感受性のチェック。
- 抗菌薬使用者リスト作成。
- 投与日数の集計、14 日以上投与の評価と再届出、AUD 算出。
- 地域の他施設と AUD による比較調査等。
- カルバペネム系、抗 MRSA 薬剤の使用背景調査（全例）。
- 血液培養陽性の全症例への介入（起因菌に合わせた狭域、抗菌薬への変更、投与量・用法の是正、起因菌検索の指示など）。
- 感染症コンサルテーション対応。
- 抗菌薬スペクトラム表の活用。
- 電子カルテに TDM の必要な薬剤使用開始に伴う手順を閲覧できるようにした。届出薬剤オーダー時届出用紙記入がないと次のステップに進めない。
- 抗 MRSA 薬とカルバペネム系薬を中心に、毎週の使用状況のリストを ICT 薬剤師が作成し、毎週の ICT ミーティングで全例についての適正使用（感染症科へのコンサルト状況）TDM 実施状況、薬剤毎の使用量の推移についてチェックを行い、必要に応じて助言を行う。更に月毎にも使用状況（AUD）や TDM 実施状況をまとめ、ICC でも報告している。
- 管理抗菌薬使用時 2 週間毎に妥当性の検討。
- 部署配置薬の制限。
- アンチバイオグラム測定と報告。
- ICT 発行のニューズペーパーを用いた呼びかけ。
- セミナーなどによる教育。

2) 抗菌薬の適正使用のための取組を中心となって担当している者

図表 45 抗菌薬の適正使用のための取組を中心となって担当している者
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、単数回答)

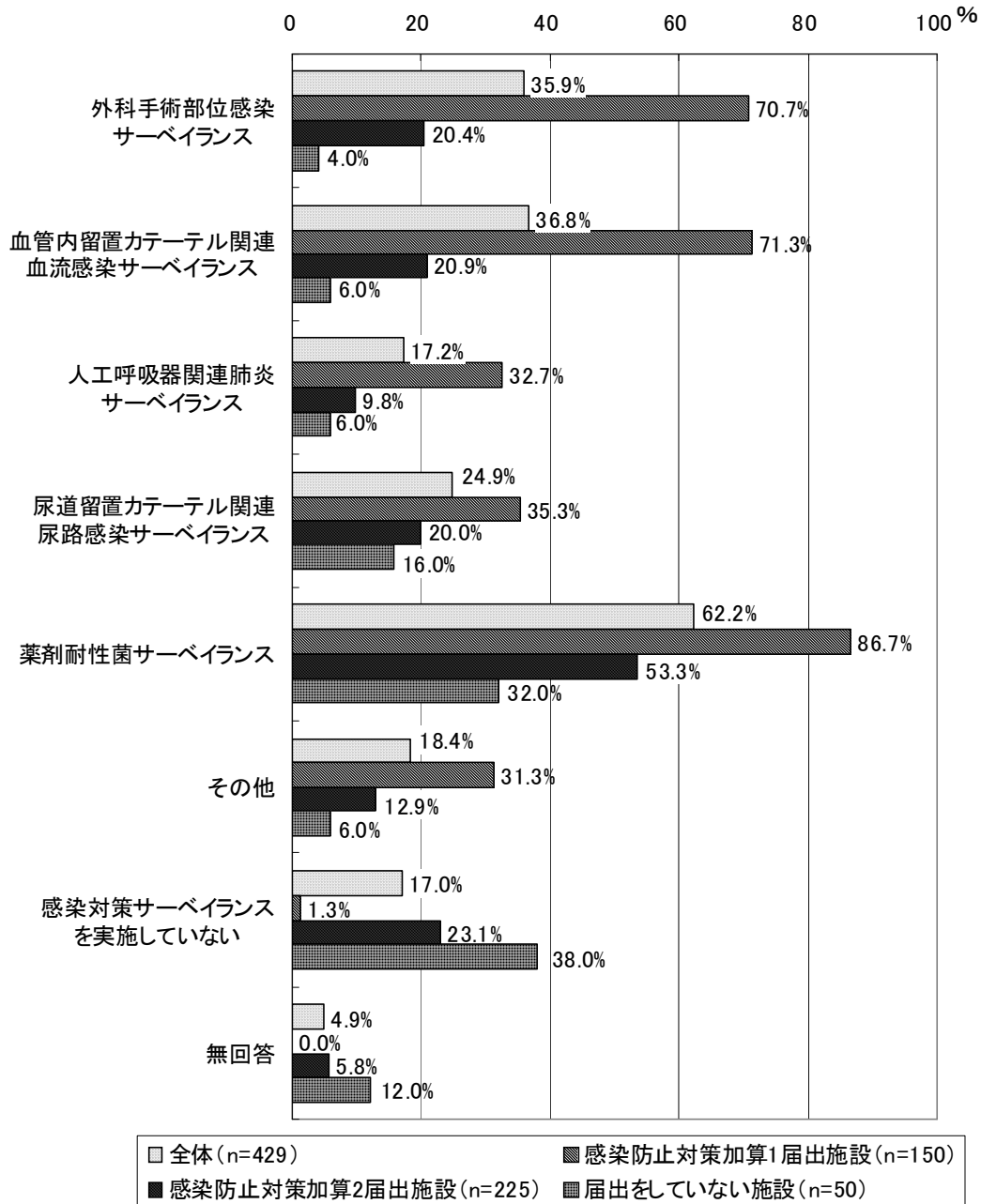


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑦感染対策サーベイランス

1) 院内の感染対策サーベイランス

図表 46 取り組んでいる院内の感染対策サーベイランス
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)

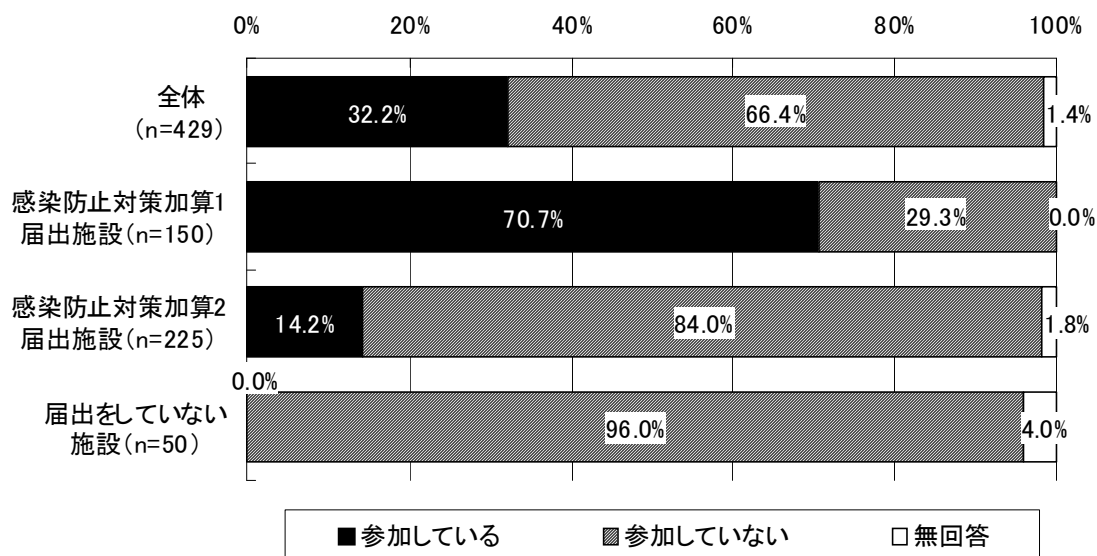


(注1) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

(注2) 「その他」として「手指衛生サーベイランス」(同旨含め 32 件)、「針刺し切創サーベイランス」(同旨含め 8 件)、「微生物サーベイランス」(同旨含め 5 件)、「MRSA サーベイランス」(同旨含め 5 件)、「抗菌薬使用量サーベイランス」(同旨含め 3 件) 等が挙げられた。

2) 院外の感染対策サーベイランス

図表 47 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業への参加状況
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



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

3) その他の院外の感染対策サーベイランス事業

図表 48 参加している院外の感染対策サーベイランス事業 (自由記述式)

- ・ JHAIS (日本環境感染学会) サーベイランス (16 件)
- ・ 国公立大学附属病院感染対策協議会サーベイランス (10 件)
- ・ JANIS (3 件)
- ・ 京都大学 VRE サーベイランス (2 件)
- ・ 信州院内感染サーベイランス (SICSS) (2 件)
- ・ 福岡地区感染対策ネットワーク (2 件)
- ・ Epinet (2 件)
- ・ 青森県感染症発生動向事業
- ・ 奈良市院内感染対策サーベイランス
- ・ 秋田大学感染制御情報ネットワーク (Akita.Renlcs)
- ・ 鳥取県抗菌薬サーベイランス
- ・ 北摂地域感染管理ネットワークでの MRSA サーベイランス
- ・ 南大阪サーベイランス
- ・ 愛知県院内感染ネットワーク

- 松山赤十字病院感染対策サーベイランス
- 化学療法学会の薬剤耐性サーベイランス
- IQIP (International Quality Indicator Project) Acute care Indicators
- 抹消血管カテーテル血流感染サーベイランス
- ARICON 地域感染制御ネットワーク研究会中心静脈カテーテル関連血流感染サーベイランス
- 平成 24 年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「中小医療施設における感染制御策の質向上を目指す支援体制についての研究」における感染制御講習会（全自病）を通じて参加 / 等

⑧院内感染防止対策のための講習会の実施状況等

図表 49 院内感染防止対策のための講習会の開催数の変化
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

(単位：回)

	平成 23 年 4 月～9 月				平成 24 年 4 月～9 月				増加率
	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値	
全体	417	2.8	3.8	1.0	419	3.0	4.4	1.0	7.6%
感染防止対策加算 1	150	4.9	5.5	3.0	149	5.6	6.3	3.0	14.2%
感染防止対策加算 2	216	1.7	1.6	1.0	218	1.6	1.5	1.0	-1.7%
届出をしていない	48	1.8	1.6	1.0	49	1.6	1.4	1.0	-10.2%

(注 1) 「増加率」は平成 23 年 4 月～9 月の半年間における講習会の開催数・平均値をベースにした、平成 24 年 4 月～9 月の半年間における講習会の開催数・平均値の増加率。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 50 院内感染防止対策のための講習会に参加した延べ参加者数の変化
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)

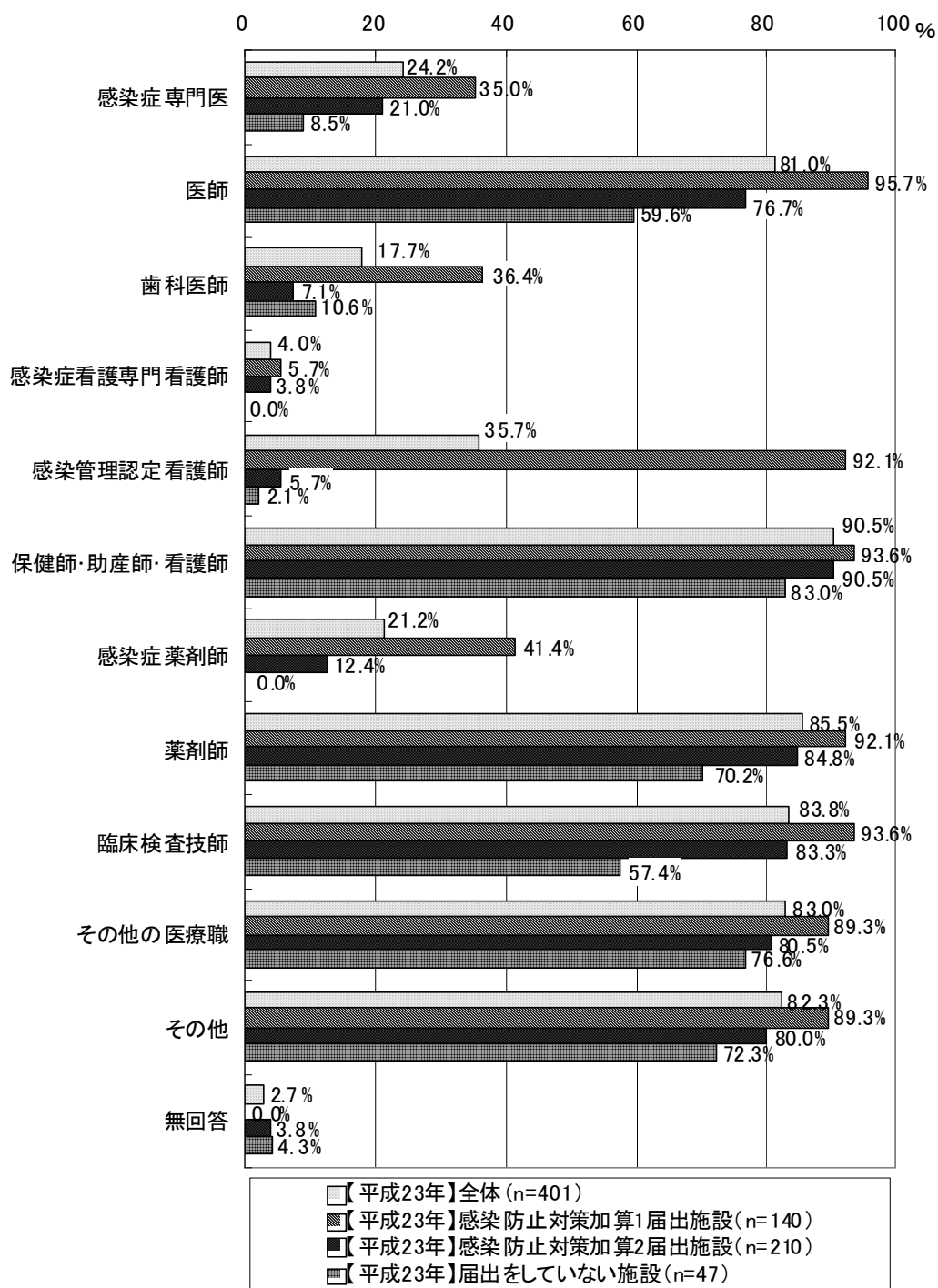
(単位：人)

	平成 23 年 4 月～9 月				平成 24 年 4 月～9 月				増加率
	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値	回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値	
全体	403	276.2	500.5	124.0	408	308.7	530.4	139.5	11.8%
感染防止対策加算 1	148	556.3	735	315.0	146	643.8	765.4	355.0	15.7%
感染防止対策加算 2	206	120.3	115.2	90.5	212	130.1	132.2	95.0	8.1%
届出をしていない	46	84.7	57.9	73.0	47	84.1	64.4	65.0	-0.7%

(注 1) 「増加率」は平成 23 年 4 月～9 月の半年間における講習会の延べ参加者数・平均値をベースにした、平成 24 年 4 月～9 月の半年間における講習会の延べ参加者数・平均値の増加率。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

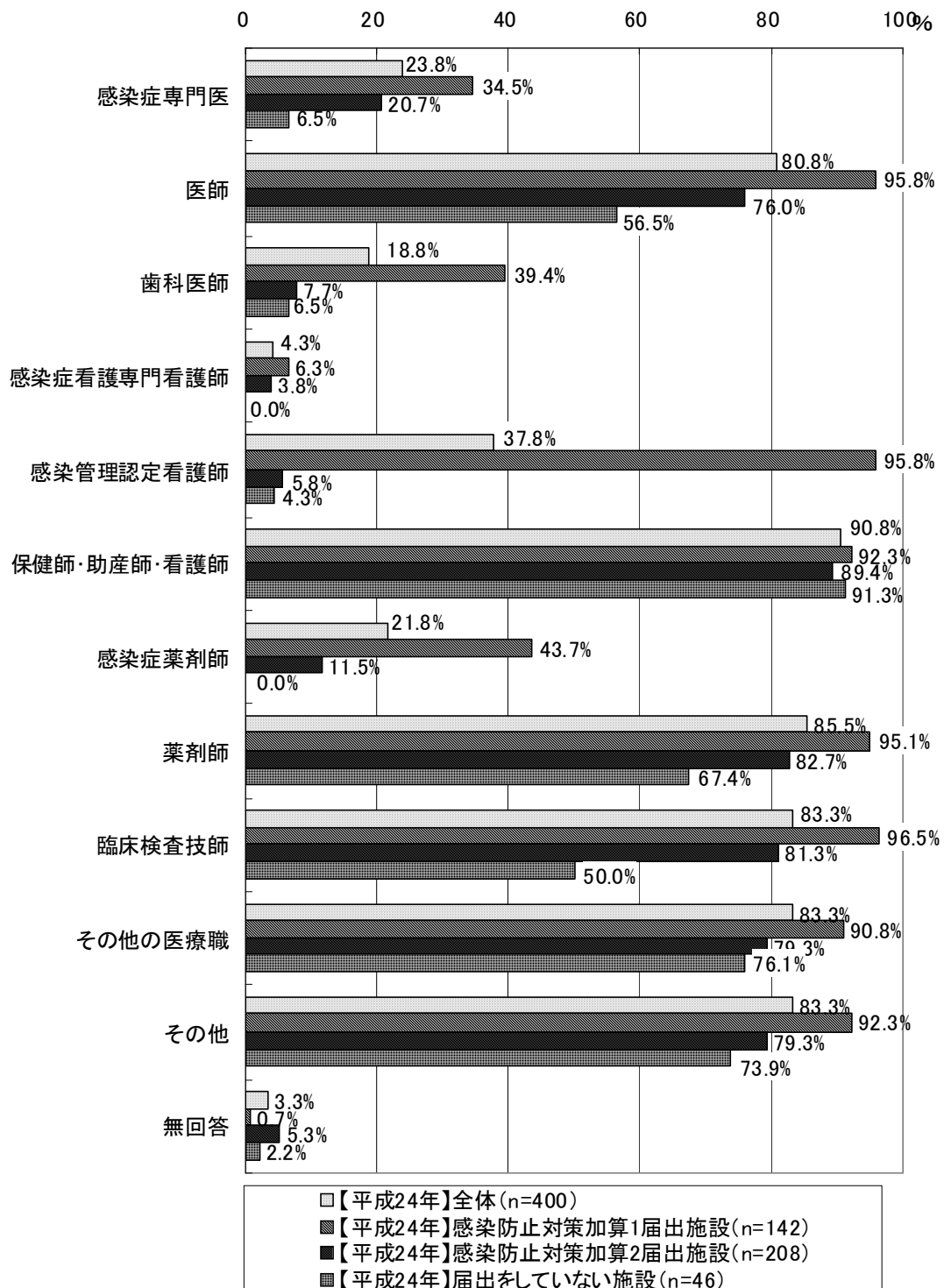
図表 51 平成 23 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注 1) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

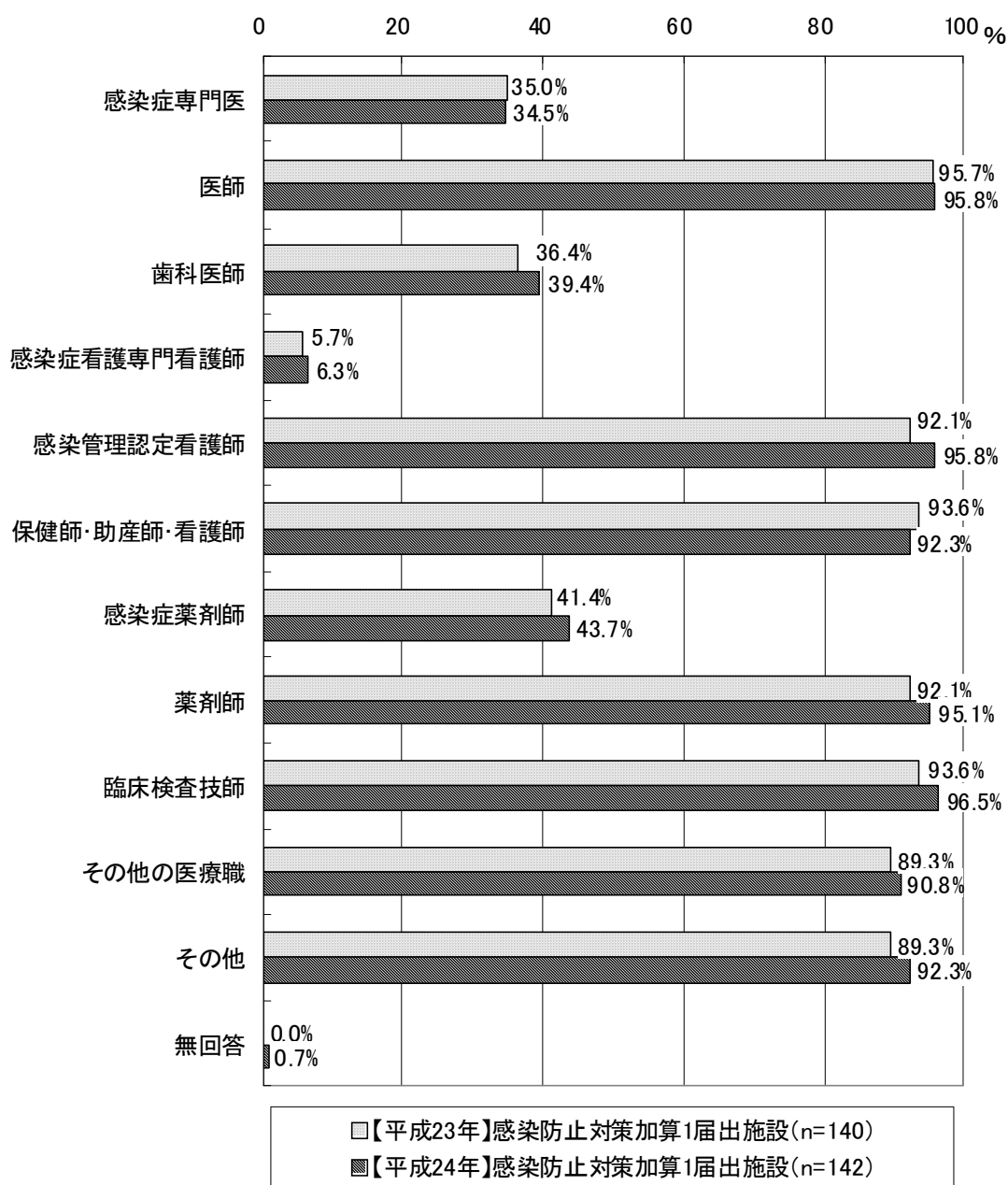
図表 52 平成 24 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注 1) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

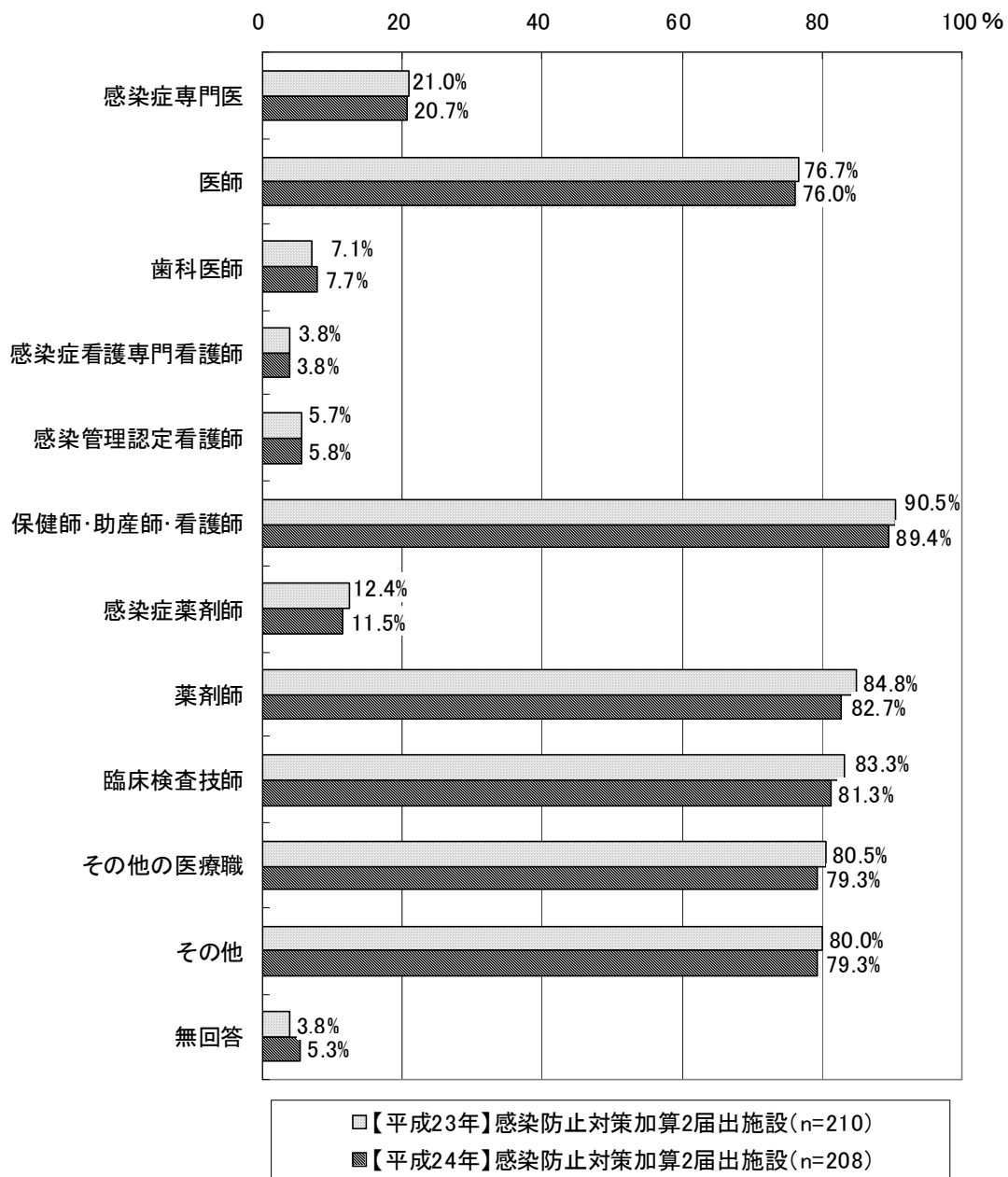
(注 2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 53 院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化
(感染防止対策加算1届出施設、複数回答)



(注) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

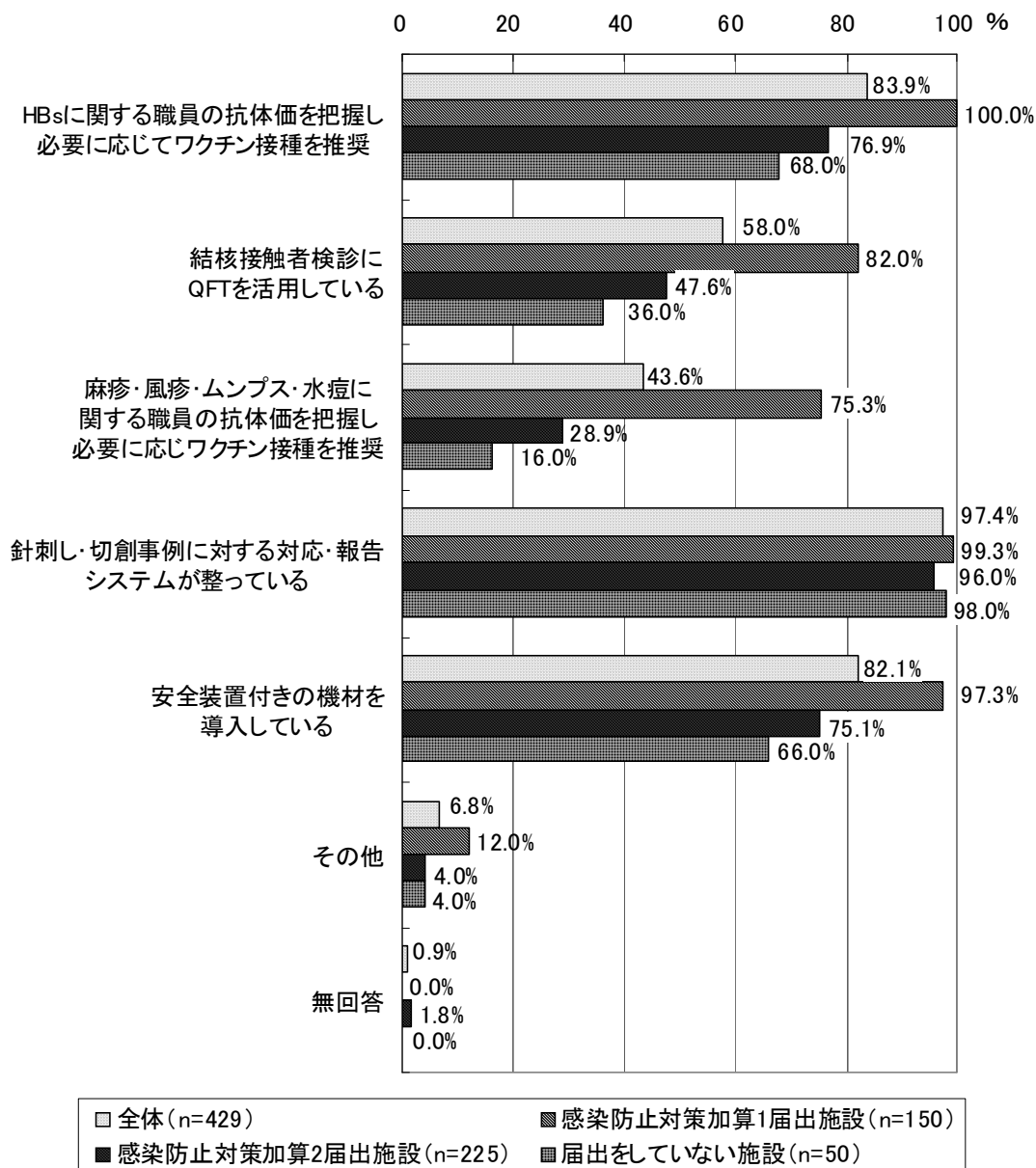
図表 54 院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化
(感染防止対策加算 2 届出施設、複数回答)



(注) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

⑨職業感染に対する防止策

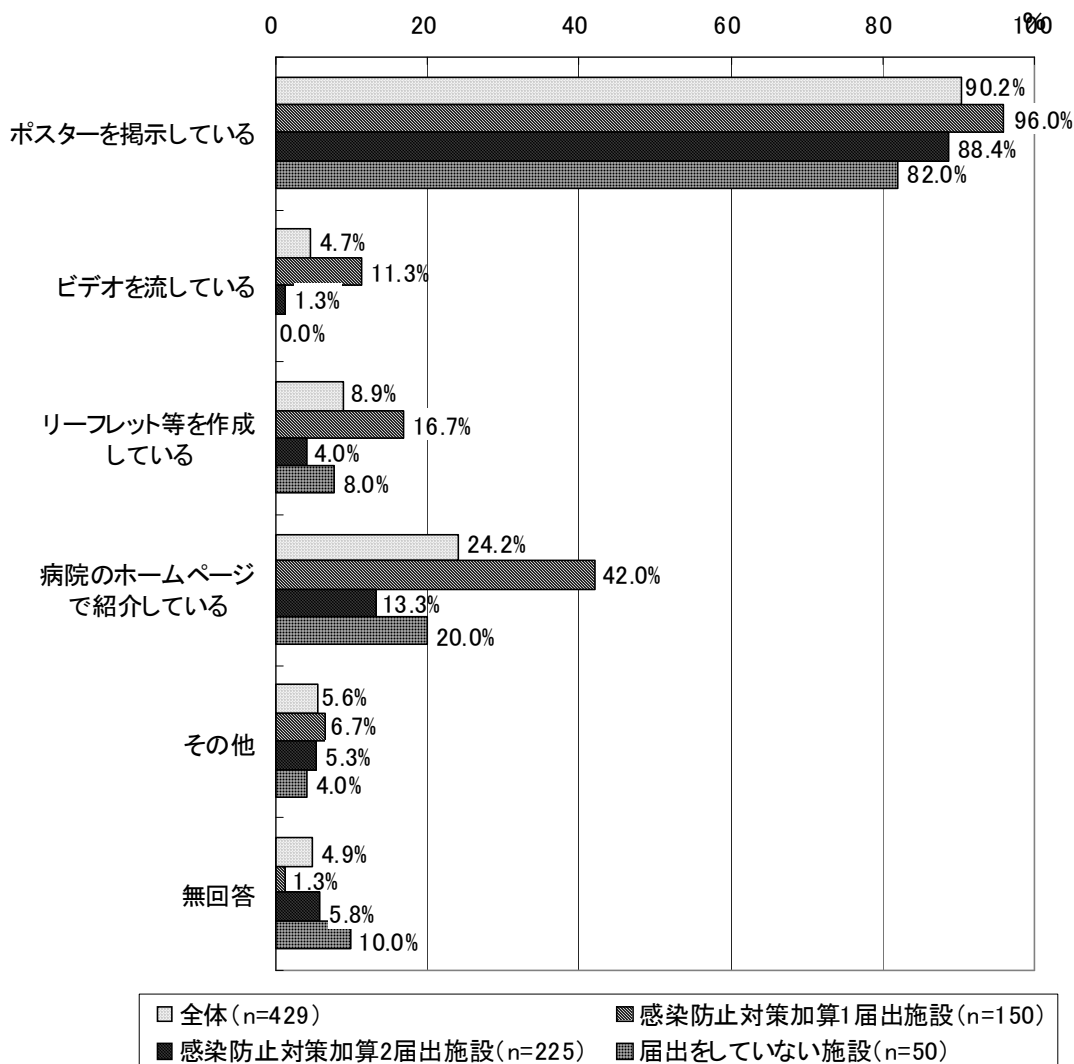
図表 55 職業感染に対する防止策
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



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

⑩院内感染防止対策について患者への周知方法

図表 56 院内感染防止対策について患者への周知方法
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答)



(注1) 項目は以下を略して掲載している。

- ・「ポスターを掲示している」:「病棟の廊下や談話室などの共有スペース、外来受付や会計窓口ポスターを掲示している。」
- ・「ビデオを流している」:「外来窓口等で院内感染防止対策の取組に関するビデオを流している」
- ・「リーフレット等を作成している」:「自施設の院内感染防止対策の取組に関するリーフレット等を作成し患者が入手できるようにしている」
- ・「病院のホームページで紹介している」:「病院のホームページで院内感染防止対策の取組を紹介している」

(注2) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

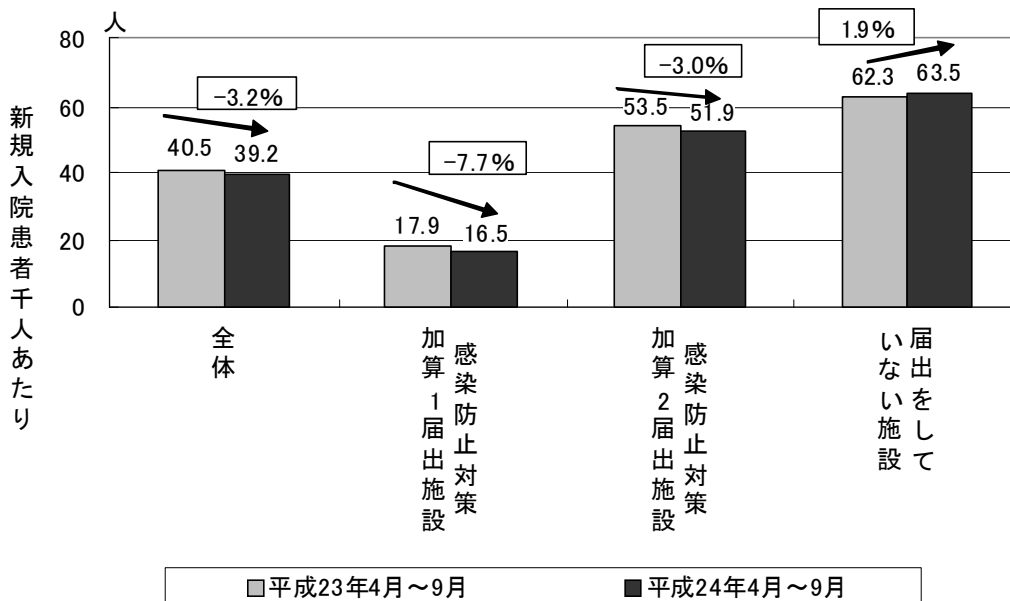
⑪感染者数等の変化

図表 57 MRSA 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体(n=354)	新規入院患者数①(人)	3,433.7	12,710.1	1,270.5	3,468.0	12,801.4	1,316.5
	MRSA 感染者数②(人)	46.9	49.8	30.0	43.5	46.2	28.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	1.37		2.36	1.25		2.13
感染防止対策加算 1 届出施設 (n=136)	新規入院患者数①(人)	7,637.3	19,803.4	4,244.5	7,692.4	19,946.5	4,182.5
	MRSA 感染者数②(人)	79.2	59.5	64.0	73.5	55.9	58.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	1.04		1.51	0.96		1.39
感染防止対策加算 2 届出施設 (n=187)	新規入院患者数①(人)	867.3	950.8	536.0	889.2	994.0	567.0
	MRSA 感染者数②(人)	28.8	28.9	20.0	26.5	25.7	21.0
	MRSA 感染者率②／①(%)	3.33		3.73	2.98		3.70
届出をしていない施設 (n=30)	新規入院患者数①(人)	413.9	384.0	277.5	436.0	382.1	314.5
	MRSA 感染者数②(人)	13.4	12.5	10.0	13.6	15.1	9.5
	MRSA 感染者率②／①(%)	3.25		3.60	3.11		3.02

- (注)・ここでの「感染」とは保菌と発症の両方を含む。該当期間内に同一患者が同一菌種に複数回感染した場合でも「1人」としてカウントしている。ただし、平成 23 年 4 月～9 月にも感染し、平成 24 年 4 月～9 月にも感染した場合には、それぞれ「1人」として計上している。また、持込か院内感染かの区別はしていない（以下、同様）。
- 平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び MRSA 感染者数の記載があった施設を集計対象とした。
 - 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 58 新規入院患者千人あたり MRSA 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 回答施設数、注釈は前図表を参照。

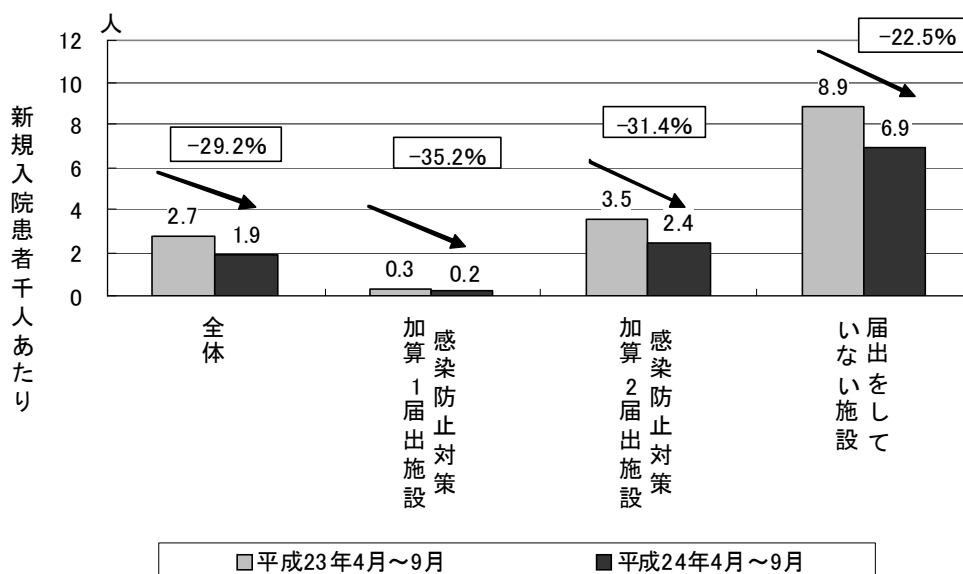
図表 59 多剤耐性緑膿菌感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=349)	新規入院患者数①(人)	3,443.7	12,797.2	1,270.0	3,478.4	12,888.9	1,320.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.4	5.7	0.0	0.9	2.8	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.04	/	0.00	0.03	/	0.00
感染防止対策加算1届出施設 (n=134)	新規入院患者数①(人)	7,666.1	19,950.0	4,144.0	7,720.3	20,094.3	4,171.5
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.9	8.1	0.0	1.0	2.2	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.02	/	0.00	0.01	/	0.00
感染防止対策加算2届出施設 (n=185)	新規入院患者数①(人)	870.9	953.7	549.0	893.6	997.2	568.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.0	3.5	0.0	0.7	2.4	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.12	/	0.00	0.08	/	0.00
届出をしていない施設 (n=29)	新規入院患者数①(人)	386.9	360.7	271.0	413.4	367.9	307.0
	多剤耐性緑膿菌感染者数②(人)	1.7	3.7	0.0	2.1	6.0	0.0
	多剤耐性緑膿菌感染者率②/①(%)	0.45	/	0.00	0.50	/	0.00

(注)・平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び多剤耐性緑膿菌感染者数の記載があった施設を集計対象とした。

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

図表 60 新規入院患者千人あたり多剤耐性緑膿菌感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(注) 回答施設数、注釈は前図表を参照。

図表 61 VRE 感染者数の変化（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）

		平成 23 年 4 月～9 月			平成 24 年 4 月～9 月		
		平均値	標準 偏差	中央値	平均値	標準 偏差	中央値
全体(n=339)	新規入院患者数①(人)	3,492.0	12,972.8	1,294.0	3,525.6	13,065.8	1,341.0
	VRE 感染者数②(人)	0.1	1.0	0.0	0.1	0.5	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
感染防止対策 加算 1 届出施設 (n=131)	新規入院患者数①(人)	7,720.7	20,170.1	4,148.0	7,774.5	20,315.7	4,176.0
	VRE 感染者数②(人)	0.2	1.6	0.0	0.1	0.5	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
感染防止対策 加算 2 届出施設 (n=181)	新規入院患者数①(人)	880.7	960.5	564.0	903.6	1,004.1	577.0
	VRE 感染者数②(人)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.00		0.00
届出をしていな い施設(n=26)	新規入院患者数①(人)	412.0	373.0	293.5	424.4	384.8	314.5
	VRE 感染者数②(人)	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	0.0
	VRE 感染者率②/①(%)	0.00		0.00	0.05		0.00

(注) 平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月について新規入院患者数及び VRE 感染者数の記載があった施設を集計対象とした。

⑫感染防止対策を推進する上での課題

図表 62 感染防止対策を推進する上での課題（自由記述式）

- 予算の確保、コスト負担が重いこと
 - ・感染防止加算が診療報酬上認められたが、実際に感染防止対策に使用できる費用が不明確である。対策に従事する人への支援も少ない（同旨含め 4 件）。
 - ・コストがかかること（同旨含め 4 件）
 - ・必要器材等の充実に向けた予算の確保（同旨含め 4 件）
 - ・地域連携カンファレンスなどでも議題となるが、職員の抗体検査やワクチン費用について当院を含め、十分に予算を確保できない病院が多くある。今回、感染対策について大きな加算がついたが、職業感染対策についての要件を細かく明記して欲しかった（同旨含め 2 件）。
 - ・感染対策を進める上で必要な消毒剤やマスク、エプロン、予防衣等にまで全て消費税がかかってくる。安全対策推進＝支出増は問題である。
 - ・今年度より QFT 検査、少量ウィルス抗体検査ができるようになったものの、職業感染対策の費用が多くかかり対策が行えない状況がある。
 - ・感染防止対策を頑張っていけば行こうほど費用がかさむこと。費用対効果は出るが PPE や消毒剤等の購入費用を捻出することが難しい。
 - ・感染防止対策にかける経費について理解が得にくい
 - ・感染防止対策加算 2 で求められている施設基準は、感染防止対策加算 1 の施設基準に比べ人的面、物的面で負担感が大きい。 / 等

- 感染制御部門等の人材確保、人材育成
 - ・感染担当者のマンパワー不足（同旨含め 8 件）
 - ・ICT メンバー全員が兼任のため院内で感染が発生した時に速やかな対応をすることが難しい / 専従スタッフの確保（同旨含め 3 件）。
 - ・病院の規模にあった ICT の人数が必要であり ICT の質を上げることが今後の課題。
 - ・感染制御部門のマンパワー増強。
 - ・感染管理認定看護師が不在。
 - ・厚労省が望むような院内感染対策、地域や医療機関との連携を実施するためには、感染管理専従看護師 1 名の配置は少なすぎる。
 - ・当院には ICD がいないので、ICD がいることにより、多くの感染対策が今以上にスムーズに行えると思われる。
 - ・データ収集、データベース化、分析、周知のための人的資源不足
 - ・抗菌薬の使用が適正に行われているかチェック部門がない。（経験者がいない） / 等

- 医師の関与等
 - ・医師をどのように関与させていくかが課題（同旨含め 2 件）

- ・担当医以外の感染防止対策への積極的参加が少ない。
- ・感染症専門医や感染症内科がない中で、いかに診療部（医師）に説得し理解・協力していただけるかが課題。
- ・自施設内における人員不足及び感染症を専門とする医師が配置されていないこと。
- ・感染症の診療科がない。
- ・医師不足：通常業務で手がいっぱい。

○職員教育の充実・職員の意識改革等

- ・職員教育の充実
- ・全職種への感染防止対策意識の徹底とそれに伴う教育体制の整備。
- ・院内感染対策の為の講習会の参加率を更にアップさせたい（同旨2件）。
- ・各職種での取組意識の差
- ・定期的な研修会等の開催が行えていない（中途採用者が多い）。
- ・職員の意識改革
- ・マニュアルの職員並びに新入職員への周知徹底
- ・マニュアル等を最近の感染対策に則ったものに整備すること。

○感染防止対策の徹底

- ・適切な手指衛生遵守率を向上させることを目標に取り組んでいるが、維持向上ができない（同旨含め5件）。
- ・標準予防策の徹底が課題である。
- ・个人防护具の適正使用。
- ・大学病院という特殊性から人の入れ替わりが激しく（特に医師）、教育の徹底、継続に苦慮している。特に基本的な感染予防策である標準予防策の手指衛生や防護具の着脱を、スタッフ全員が臨床現場で適切なタイミングでできるかが課題である。
- ・委託業者への感染対策指導、職業感染防止策の徹底。
- ・MRSA 陽性の人は感染隔離病室の利用。

○外部からの感染持ち込み予防の実施

- ・施設・病院からの入院者の耐性菌保有者が多いので、拡大防止のためにスクリーニング検査が増える。
- ・施設等外部からの感染持ち込み予防。
- ・地域医療支援病院であるため、地域より患者が転院してくる。同時に耐性菌の保菌者も多く、院内での対応が難しい（病床コントロール等）状況にある。
- ・高齢者が多く、易感染者の入院が多い。

- ・前医療機関らの耐性菌の持ち込みや、耐性菌検出のまま、在宅へ戻る場合など、病々連携、介護施設等との連携など、地域での取組を考えなければならない点。 /等

○他医療機関との連携による感染防止対策

- ・地域連携では研修会の継続、具体的な感染対策を示した地域共通リーフレットの作成、施設間ラウンドの実施をし、地域の感染対策の質向上とネットワークの強化が課題である。
- ・感染防止教育等に連携病院が協力できることを望む。
- ・今回の感染防止加算により、地域のネットワークができた。そのネットワークを今後継続していくために、どのように活用・運用していくのかが課題である。
- ・病院の規模や診療科目の違いで、抗生剤の使い方が変わってくる。それを一元化して評価することは難しい。 /等

○抗菌薬の適正使用モニタリング、サーベイランス等

- ・抗菌薬の血中濃度測定の実施活動
- ・抗菌薬適正使用への介入をするため、抗菌薬ラウンドを定期的に行う。
- ・サーベイランス
- ・JANIS に参加し全国レベルでの感染対策の評価が必要と考え、25年度から参加する準備をしている。そのデータ等を基に連携病院と協力し合い耐性菌の把握や耐性剤の適正使用を進めたい。
- ・アンチバイオグラム作成
- ・MRSA の感染者数が多い原因を分析する必要がある。当院の特性上（慢性疾患対応、内科のみ）耐性菌は保菌なのか、起因菌なのか判別しにくい面がある。 /等

○その他

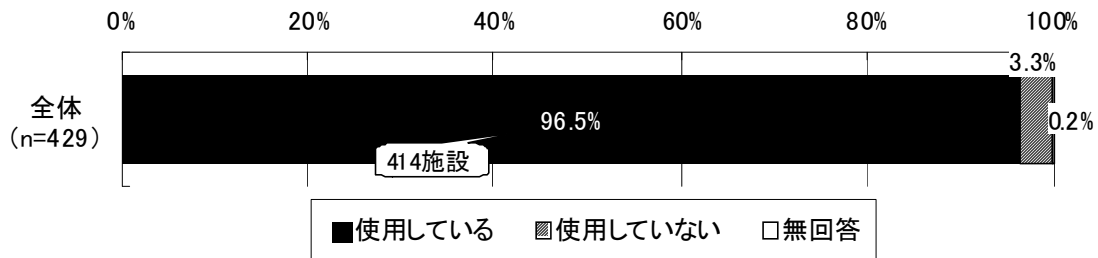
- ・感染症であることをスタッフ周知しないと対策が行えないが、「感染症である」という情報を流すことが患者のプライバシーという倫理的配慮の面で問題になることがあり、どのように考えていくかが課題である。
- ・予防策実施状況のモニタリングやラウンドからのフィードバック、研修等による院内のスタッフ教育の強化、また、地域連携を含めた感染対策を担う人材の育成が課題。
- ・医療材料のディスポ用品の価格引下げ（助成含む）を誘導することができれば、リユースの材料等や接触予防が一層推進されると考える。
- ・リキャップの徹底を図っても針刺し事故がなくなる。
- ・体力のない障害児が主な入院患者である為、様々な感染症に罹患しやすい為、隔離スペースが不足する場合は予想される。
- ・季節性の感染症（インフルエンザやノロウイルス）での個室の調整が難しい。 /等

(3) 医療機器の安全管理の状況等

①CTの安全管理の状況等

1) CTの使用状況（平成24年4月以降）

図表 63 CTの使用状況（平成24年4月以降）



図表 64 CTの使用台数（CTを使用している施設、病床規模別）
（単位：台）

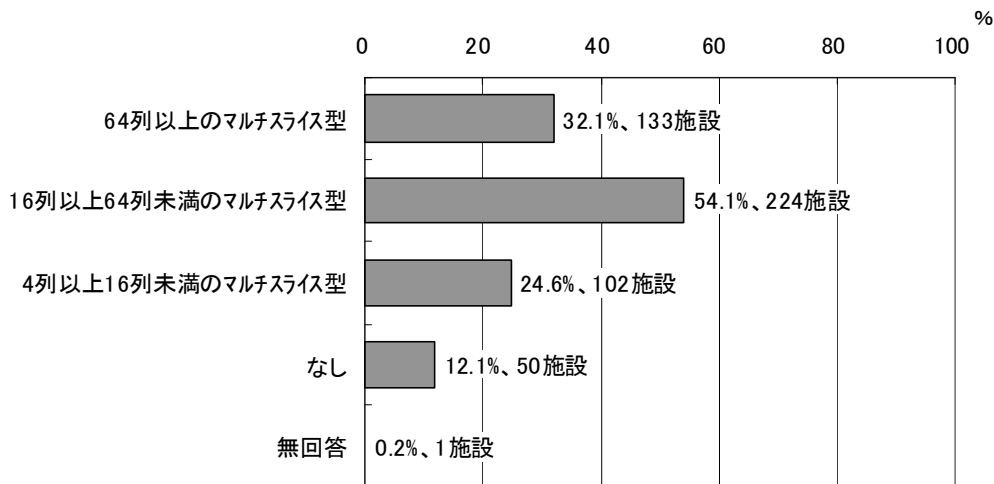
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	414	1.65	1.23	1.00
～99床	69	0.99	0.12	1.00
100～199床	128	1.05	0.34	1.00
200～299床	60	1.28	0.49	1.00
300～399床	54	1.61	0.79	1.00
400～499床	33	2.24	1.00	2.00
500床～	70	3.44	1.76	3.00

図表 65 CTの使用台数別施設数・割合（CTを使用している施設）

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	213	51.4%	222	53.6%	298	72.0%	341	82.4%	0	0.0%
1台	155	37.4%	161	38.9%	102	24.6%	68	16.4%	271	65.5%
2台	34	8.2%	19	4.6%	10	2.4%	2	0.5%	77	18.6%
3台	6	1.4%	8	1.9%	1	0.2%	0	0.0%	31	7.5%
4台	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	13	3.1%
5台以上	3	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	4.6%
無回答	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%
	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%	414	100.0%

2) コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出状況等

図表 66 コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出状況
（CTを使用している施設、複数回答、n=414）



図表 67 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）
～64列以上マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	0	0.0%	76	57.1%	96	72.2%	121	91.0%	0	0.0%
1台	99	74.4%	41	30.8%	28	21.1%	10	7.5%	44	33.1%
2台	26	19.5%	10	7.5%	8	6.0%	2	1.5%	39	29.3%
3台	6	4.5%	5	3.8%	1	0.8%	0	0.0%	27	20.3%
4台	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	8	6.0%
5台以上	2	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	11.3%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%	133	100.0%

図表 68 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）
～16列以上64列未満マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	109	48.7%	45	20.1%	183	81.7%	208	92.9%	0	0.0%
1台	90	40.2%	153	68.3%	36	16.1%	15	6.7%	124	55.4%
2台	20	8.9%	17	7.6%	5	2.2%	1	0.4%	52	23.2%
3台	3	1.3%	8	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	22	9.8%
4台	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	4.9%
5台以上	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	6.7%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%	224	100.0%

図表 69 CT保有台数別施設数・割合（CT撮影の施設基準の届出状況別）

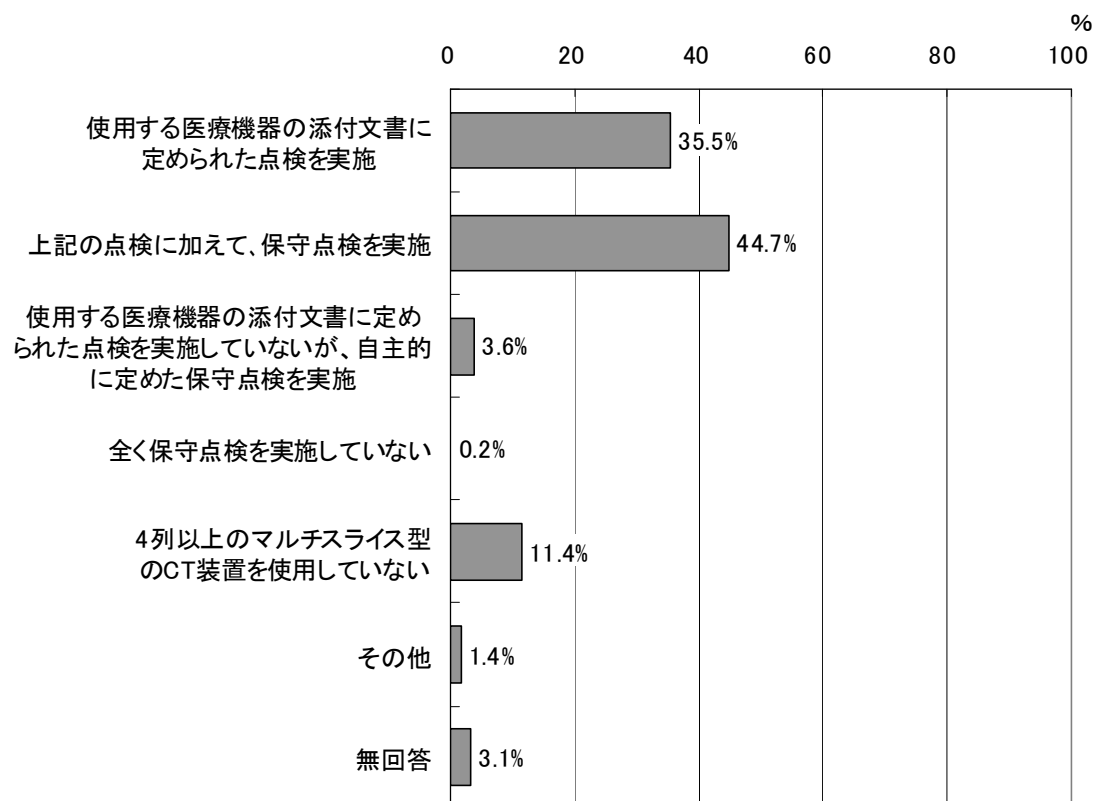
～4列以上16列未満マルチスライス型施設基準の届出施設～

	64列以上マルチスライス型		16列以上64列未満マルチスライス型		4列以上16列未満マルチスライス型		その他		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	62	60.8%	72	70.6%	3	2.9%	93	91.2%	0	0.0%
1台	27	26.5%	19	18.6%	91	89.2%	7	6.9%	55	53.9%
2台	8	7.8%	5	4.9%	6	5.9%	1	1.0%	15	14.7%
3台	4	3.9%	5	4.9%	1	1.0%	0	0.0%	14	13.7%
4台	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.9%
5台以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	10.8%
無回答	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%
	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%	102	100.0%

3) 4列以上のマルチスライス型CTに関する保守点検の内容

図表 70 4列以上のマルチスライス型CTに関する保守点検の内容

（CTを使用している施設、単数回答、n=414）



【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・就業点検
- ・異音、異臭、モニタ表示の確認、ガントリ、寝台、インジェクターの動作確認、ウォームアップ、キャリブレーション
- ・添付文書に定められた点検 / 等

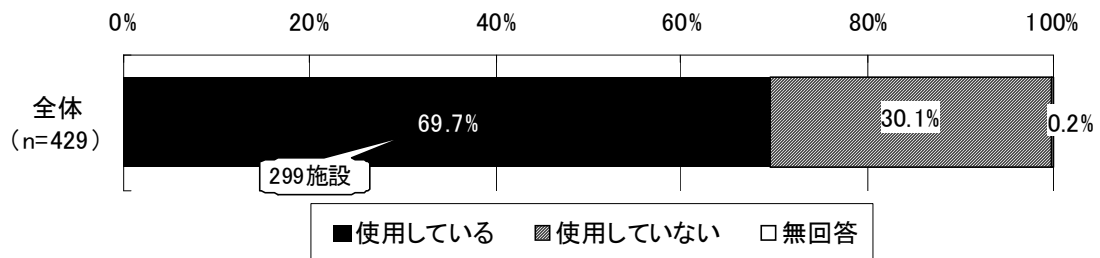
【定期的実施している保守点検の内容】

- ・メーカー委託による定期点検。
- ・テストスキャンの実施、ガントリ内部確認、ガントリ内締結部締付け確認、緊急停止ボタン機能確認、コンソール部清掃その他、ガントリ内部清掃、油漏れ確認およびオイルクーラー清掃、コンソール内部ファン、ガントリ緊急停止ボタン動作確認。
- ・ガントリ内部、コンソール部、オイルクーラー、寝台内部の清掃。緊急停止ボタンや投光器の正常動作確認。X線系調整および出力確認。 / 等

②MRIの安全管理の状況等

1) MRIの使用状況（平成24年4月以降）

図表 71 MRIの使用状況（平成24年4月以降）



図表 72 MRIの使用台数（MRIを使用している施設、病床規模別）

（単位：台）

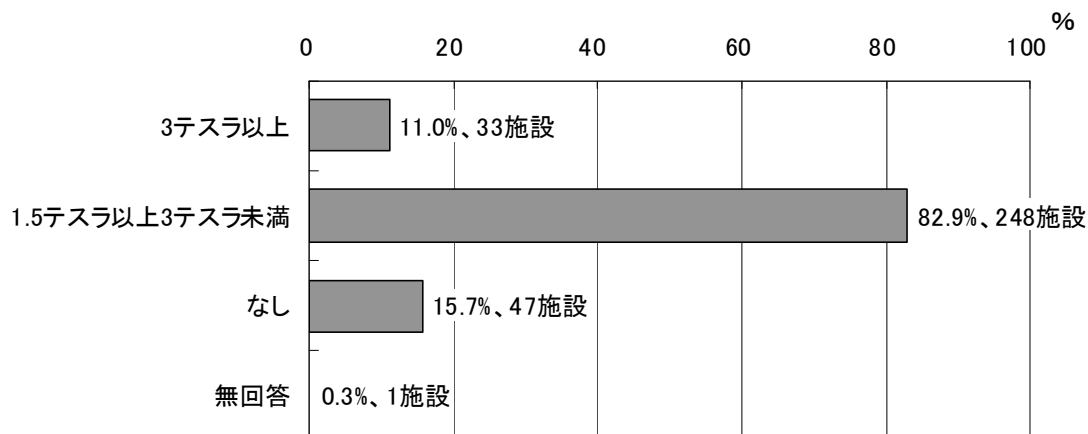
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	299	1.48	0.89	1.00
～99床	21	1.00	0.00	1.00
100～199床	78	1.10	0.38	1.00
200～299床	51	1.12	0.38	1.00
300～399床	49	1.14	0.41	1.00
400～499床	32	1.56	0.56	2.00
500床～	68	2.54	1.19	2.00

図表 73 MRIの使用台数別施設数・割合（MRIを使用している施設）

	3テスラ以上		1.5テスラ以上 3テスラ未満		1.5テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	249	83.3%	52	17.4%	240	80.3%	0	0.0%
1台	38	12.7%	177	59.2%	55	18.4%	198	66.2%
2台	7	2.3%	53	17.7%	1	0.3%	68	22.7%
3台	2	0.7%	12	4.0%	0	0.0%	18	6.0%
4台	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	7	2.3%
5台以上	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	5	1.7%
無回答	3	1.0%	3	1.0%	3	1.0%	3	1.0%
	299	100.0%	299	100.0%	299	100.0%	299	100.0%

2) 磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の施設基準の届出状況等

図表 74 磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の施設基準の届出状況
（MRIを使用している施設、複数回答、n=299）



図表 75 MRI保有台数別施設数・割合（MRI撮影の施設基準の届出状況別）
～3テスラ以上施設基準の届出施設～

	3テスラ以上		1.5テスラ以上 3テスラ未満		1.5テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0台	0	0.0%	2	6.1%	31	93.9%	0	0.0%
1台	26	78.8%	17	51.5%	2	6.1%	2	6.1%
2台	6	18.2%	10	30.3%	0	0.0%	14	42.4%
3台	1	3.0%	2	6.1%	0	0.0%	9	27.3%
4台	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	4	12.1%
5台以上	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	4	12.1%
全体	33	100.0%	33	100.0%	33	100.0%	33	100.0%

図表 76 MRI 保有台数別施設数・割合（MRI 撮影の施設基準の届出状況別）

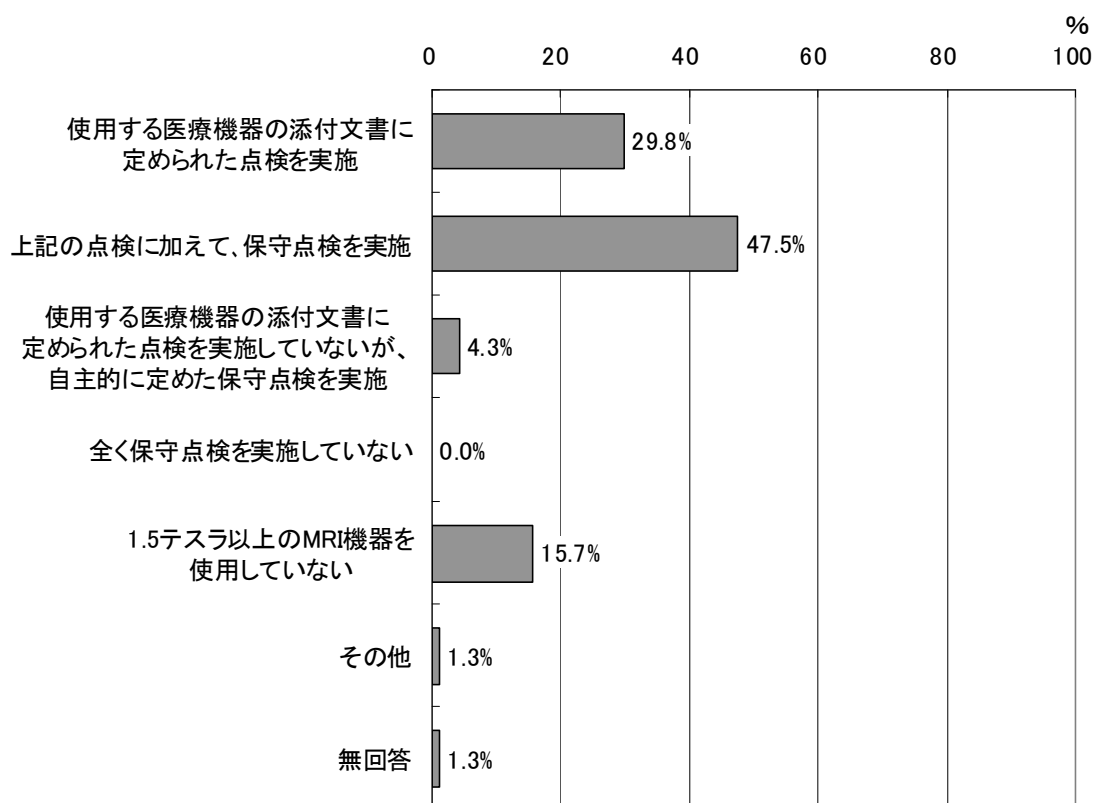
～ 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満施設基準の届出施設～

	3 テスラ以上		1.5 テスラ以上 3 テスラ未満		1.5 テスラ未満		合計	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
0 台	201	81.0%	3	1.2%	236	95.2%	0	0.0%
1 台	35	14.1%	175	70.6%	8	3.2%	148	59.7%
2 台	7	2.8%	53	21.4%	1	0.4%	67	27.0%
3 台	2	0.8%	12	4.8%	0	0.0%	18	7.3%
4 台	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	7	2.8%
5 台以上	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	5	2.0%
無回答	3	1.2%	3	1.2%	3	1.2%	3	1.2%
全体	248	100.0%	248	100.0%	248	100.0%	248	100.0%

3) 1.5 テスラ以上のMRI に関する保守点検の内容

図表 77 1.5 テスラ以上のMRI に関する保守点検の内容

（MRI を使用している施設、単数回答、n=299）



【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・就業点検
- ・添付文書に定められた点検
- ・ヘリウム残存量、酸素濃度、冷却機の音のチェック
- ・ファントム撮影にて、機器の動作、画像チェック / 等

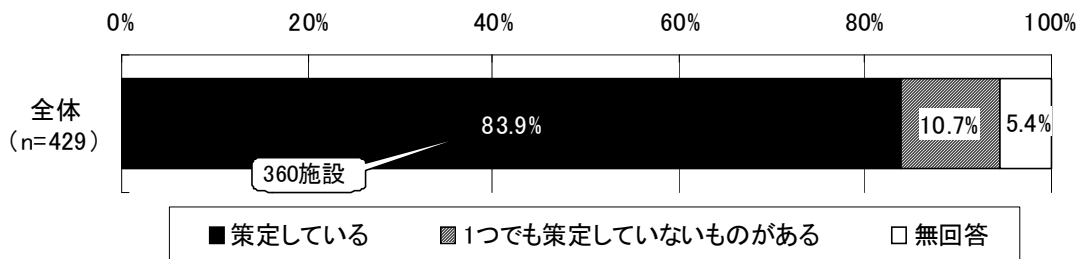
【定期的実施している保守点検の内容】

- ・メーカー委託による定期点検
- ・グラジエントコイル、グラジエントキャビネット、RFキャビネット、システムキャビネット、マグネット、冷凍機、患者テーブル、コンソール、PDU 各清掃、動作確認
- ・PDU、オペレータワークステーション、グラジエントコイル、冷却装置、RF
- ・システムキャビネット、エンクロージャー、患者テーブル等の点検 / 等

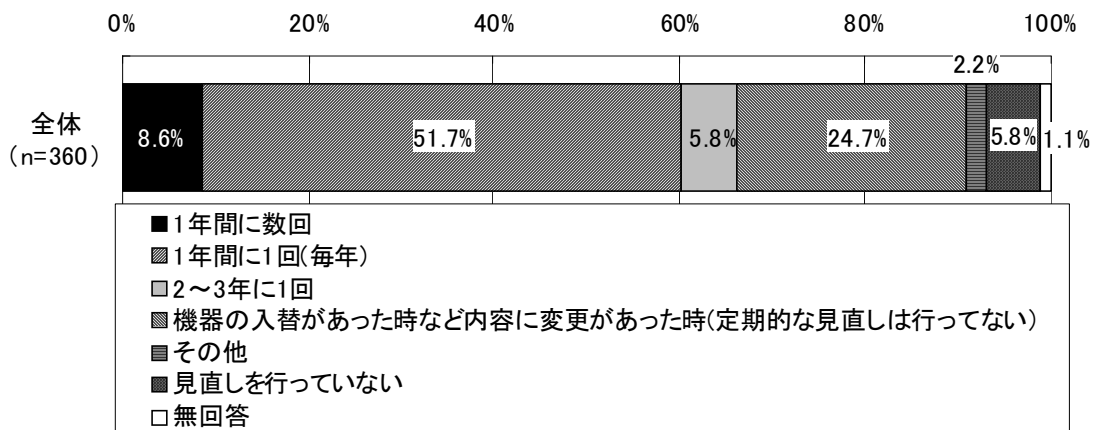
③CT・MRI・造影剤注入装置に係る安全使用状況等

1) CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況

図表 78 CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況

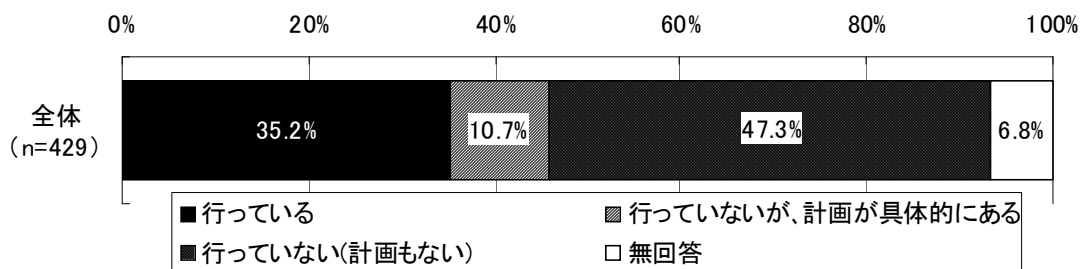


図表 79 CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の見直しの頻度 (CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画を策定している施設)

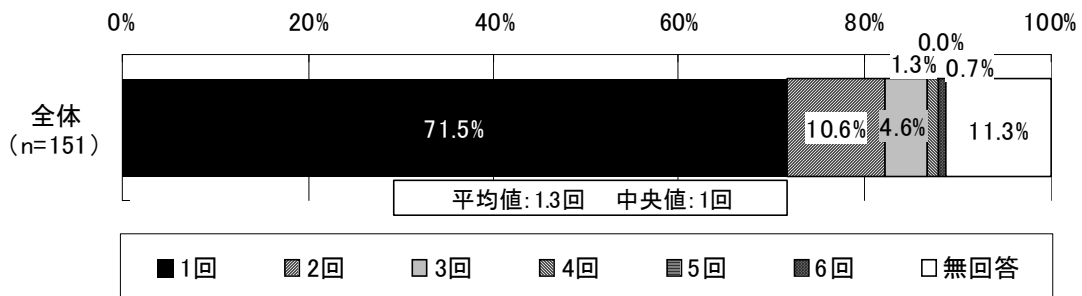


2) CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況

図表 80 CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況



図表 81 CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の開催数（職員向けの研修を行っている施設）



④CT・MRI・造影剤注入装置の保守管理についての課題

図表 82 CT・MRI・造影剤注入装置の保守管理についての課題（自由記述式）

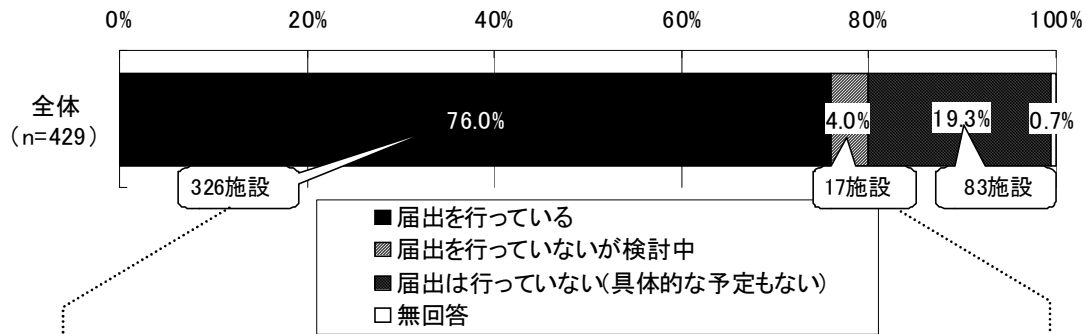
- ・保守点検費用が高額である／コストがかかる／費用対効果が低い／コスト面で必要な保守管理が行えない（同旨を含め 67 件）。
- ・職員向けの院内研修の計画・実施（同旨を含め 19 件）。
- ・自主点検では限界がありメーカーに点検を依頼せざるを得ない／メーカー以外に保守をできる業者がないため競争原理が働かない（同旨を含め 16 件）。
- ・使用頻度の少ない造影剤注入装置については点検を行っていない／自主点検は行っているが業者による点検は行っていない（同旨を含め 12 件）。
- ・点検に時間がかかり、機器が使用できない／夜間・時間外の使用後の保守管理ができず翌日になってしまう／点検中は検査ができない／救急で使用していることが多く点検時間の確保が難しい（同旨を含め 8 件）。
- ・古い機器のメンテナンス（メーカーでの保守点検や部品調達が困難）（同旨を含め 5 件）。
- ・自主点検の強化／自主点検マニュアルの整備（同旨を含め 3 件） 〃等

(4) 患者サポート体制の取組状況等

①患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

1) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

図表 83 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況



図表 84 患者サポート体制充実加算の届出時期

(「届出を行っている」と回答した施設)

	施設数	割合
平成 24 年 4 月	261	80.1%
平成 24 年 5 月	20	6.1%
平成 24 年 6 月	13	4.0%
平成 24 年 7 月	14	4.3%
平成 24 年 8 月	6	1.8%
平成 24 年 9 月	3	0.9%
平成 24 年 10 月	2	0.6%
平成 24 年 11 月	2	0.6%
無回答	5	1.5%
全体	326	100.0%

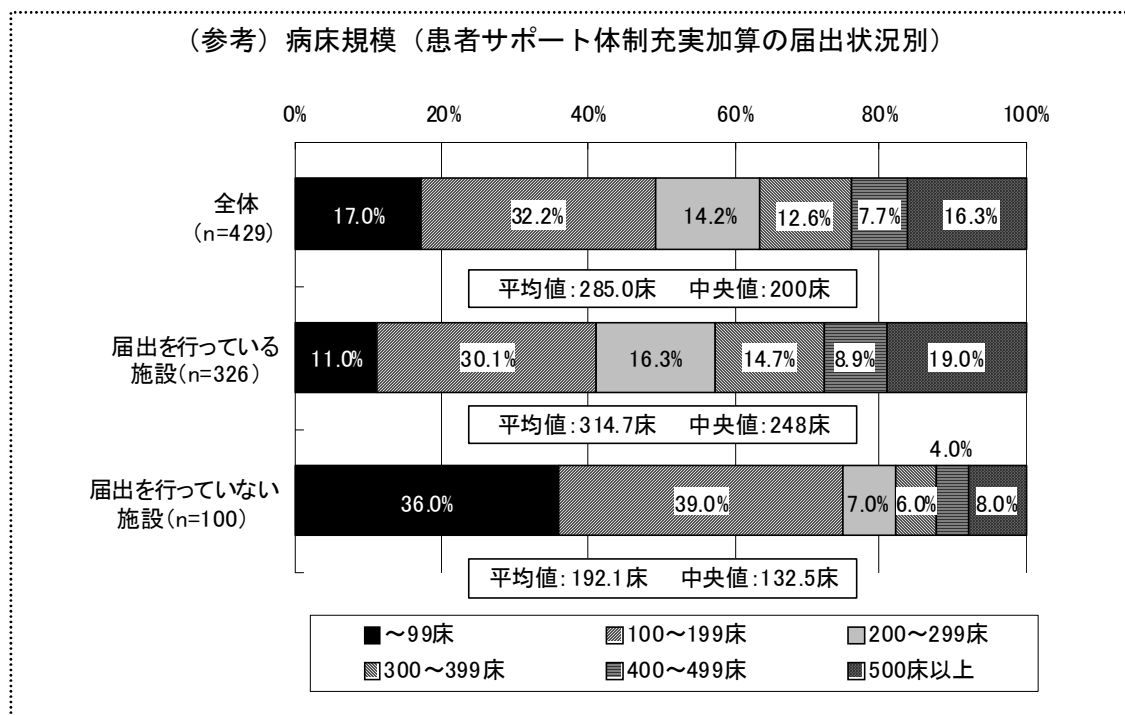
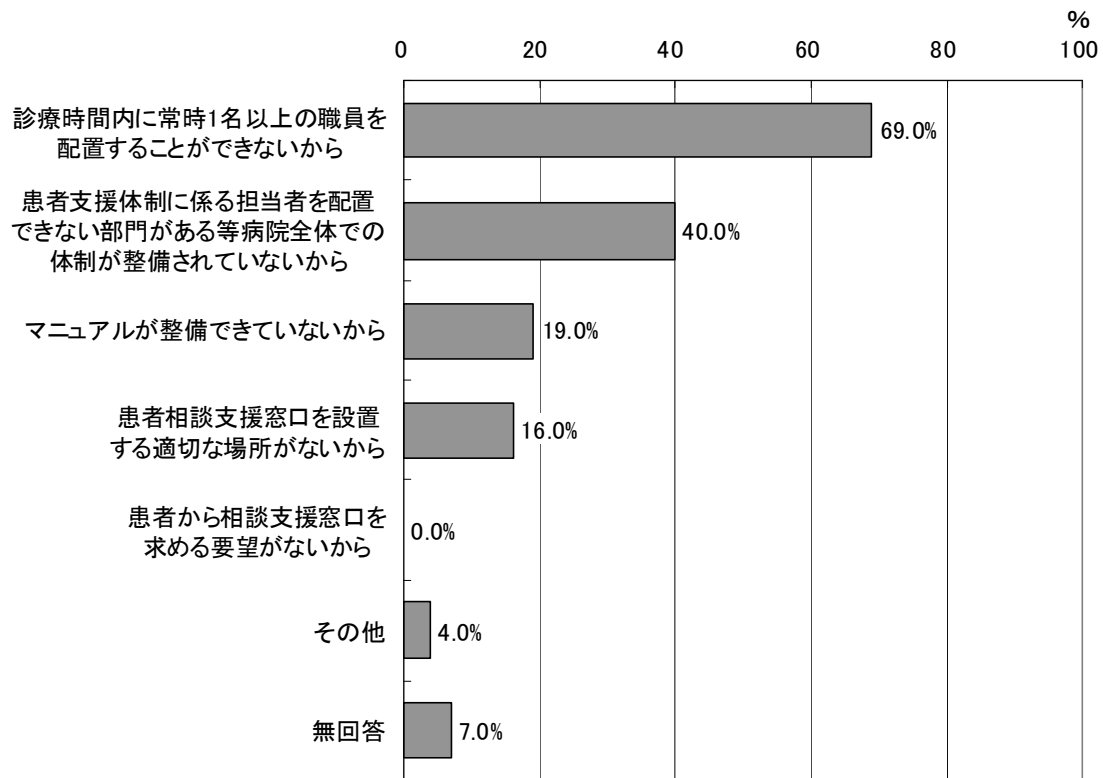
図表 85 患者サポート体制充実加算の届出予定時期

(「届出を行っていないが検討中」と回答した施設)

	施設数	割合
平成 24 年 10 月	3	17.6%
平成 24 年 12 月	3	17.6%
平成 25 年 1 月	2	11.8%
平成 25 年 4 月	2	11.8%
平成 26 年 4 月	1	5.9%
無回答	6	35.3%
全体	17	100.0%

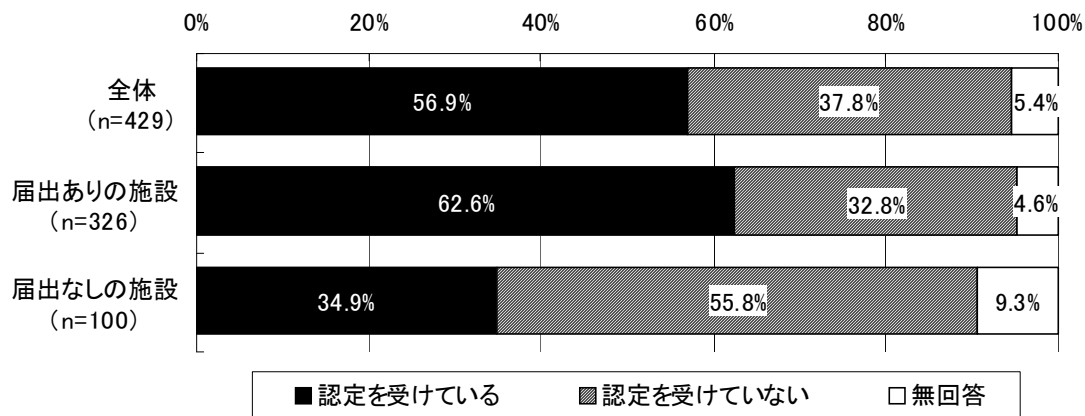
2) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出を行っていない理由

図表 86 患者サポート体制充実加算の届出を行っていない理由
 (患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設、複数回答、n=100)



3) 病院機能評価の認定状況

図表 87 病院機能評価の認定状況
(患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

②患者サポート体制充実加算の算定件数

図表 88 患者サポート体制充実加算の算定件数別施設数
(平成 24 年 9 月 1 か月分)

	施設数	割合
～49 件	91	27.9%
50～99 件	28	8.6%
100～199 件	44	13.5%
200～299 件	33	10.1%
300～499 件	34	10.4%
500～999 件	52	16.0%
1000 件以上	23	7.1%
無回答	21	6.4%
全体	326	100.0%

図表 89 1 施設あたり患者サポート体制充実加算算定件数
(平成 24 年 9 月 1 か月分、n=305)

(単位：件)

平均値	標準偏差	中央値
349.2	578.8	180.0

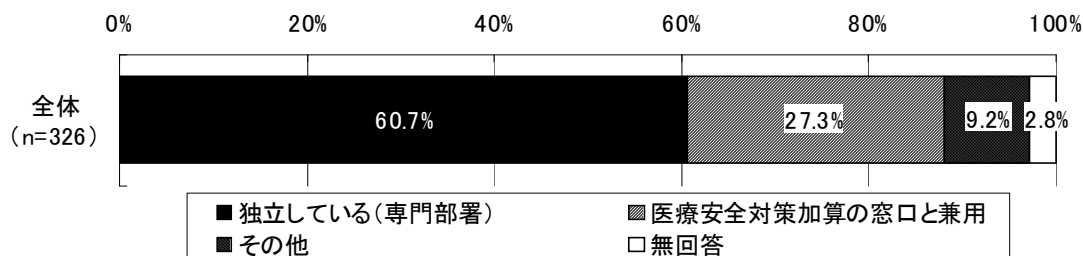
図表 90 100 床あたり患者サポート体制充実加算算定件数
(平成 24 年 9 月 1 か月分、n=305)

(単位：件)

平均値	標準偏差	中央値
101.1	166.1	92.3

③患者サポート体制充実加算における患者相談窓口の状況

図表 91 患者サポート体制充実加算における患者相談窓口の状況
(患者サポート体制充実加算の届出施設)



(注)「その他」の内容として、「地域医療連携室と兼用」(同旨を含め6件)、「がん相談支援センターと兼用」(同旨を含め3件)、「医療介護相談室と兼用」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

図表 92 患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している
1施設あたりの職員数(職種別、患者サポート体制充実加算の届出施設、n=326)

(単位:人)

	専従			専任(兼任)			合計		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 医師	0.00	0.00	0.00	0.33	0.64	0.00	0.33	0.64	0.00
2) 歯科医師	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3) 看護師・保健師・助産師	0.29	0.75	0.00	1.57	2.20	1.00	1.86	2.20	1.00
4) 薬剤師	0.01	0.11	0.00	0.19	0.41	0.00	0.19	0.42	0.00
5) 社会福祉士	0.54	1.40	0.00	1.22	1.60	1.00	1.77	1.87	1.00
6) 精神保健福祉士	0.10	0.48	0.00	0.16	0.54	0.00	0.25	0.72	0.00
7) 臨床心理技術者	0.01	0.10	0.00	0.03	0.23	0.00	0.04	0.25	0.00
8) 事務職	0.13	0.50	0.00	0.71	1.23	0.00	0.84	1.28	0.00
9) その他	0.03	0.20	0.00	0.32	0.98	0.00	0.36	0.99	0.00
10) 合計	1.10	2.33	0.00	4.54	4.34	3.00	5.64	4.20	4.00

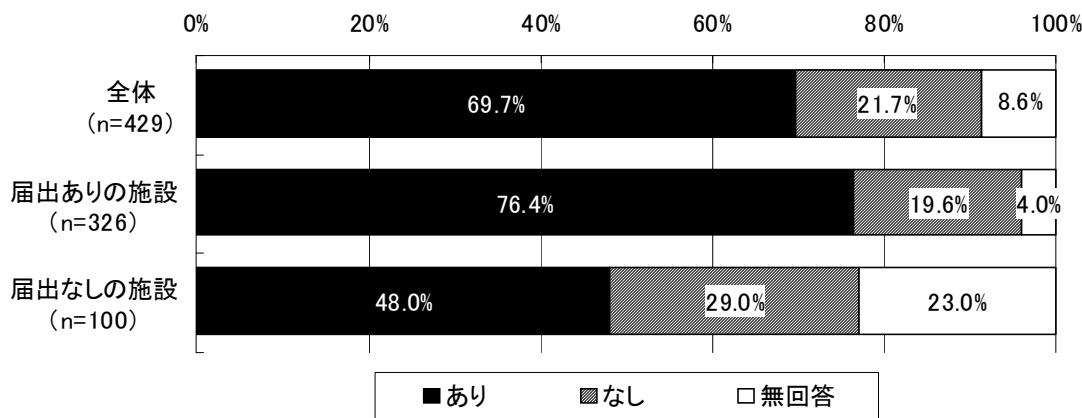
図表 93 患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している1施設あたりの職員数(患者相談の経験年数別、患者サポート体制充実加算の届出施設、n=294)

(単位:人)

	専従			専任(兼任)			合計		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
5年以上	0.45	1.13	0.00	2.77	3.79	2.00	3.22	3.73	2.00
3年以上5年未満	0.20	0.67	0.00	0.55	1.32	0.00	0.76	1.48	0.00
1年以上3年未満	0.22	0.72	0.00	0.59	1.13	0.00	0.81	1.30	0.00
1年未満	0.14	0.44	0.00	0.53	1.16	0.00	0.67	1.22	0.00

④医療安全対策加算の施設基準の届出の有無

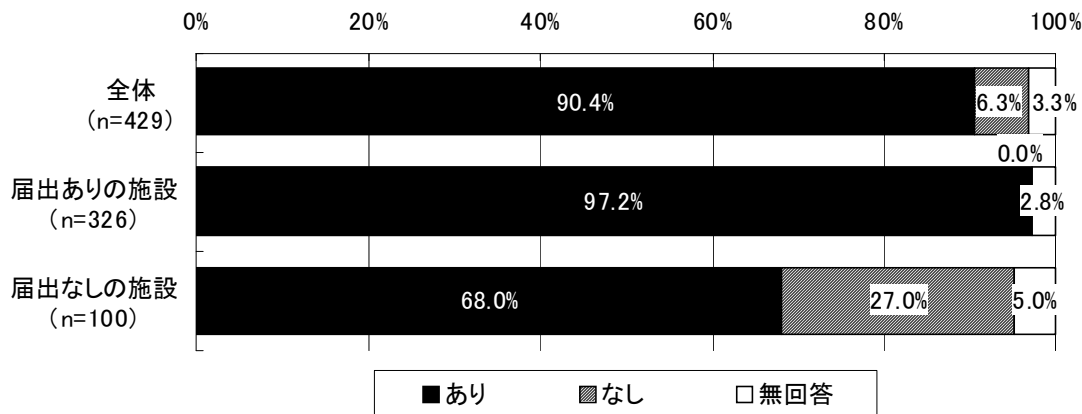
図表 94 医療安全対策加算の施設基準の届出の有無
(患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑤患者相談支援窓口の有無

図表 95 患者相談支援窓口の有無 (患者サポート体制充実加算の届出状況別)

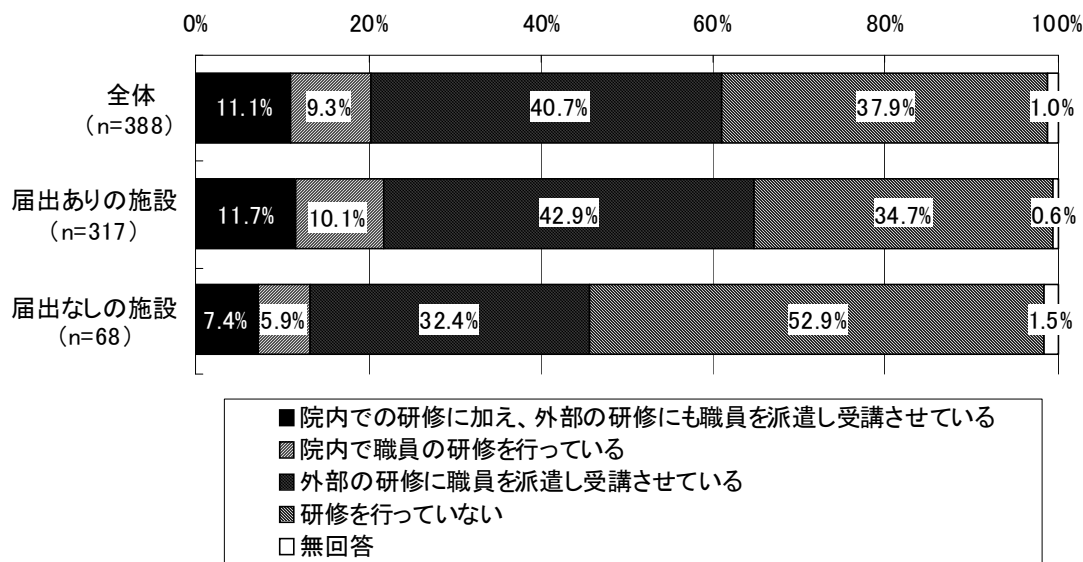


(注)・本調査での「患者相談支援窓口」とは、「医療従事者と患者との対話を促進するため、患者またはその家族等を支援する(相談の受付とその対応など)部門・担当者」と定義している(以下、同様)。
 ・「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑥医療対話仲介者に関する職員の研修

1) 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況

図表 96 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

2) 医療対話仲介者に関する職員の研修実施回数・参加者数等

図表 97 医療対話仲介者に関する職員の研修実施回数・参加者数等

(医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

【院内研修】

	施設数	実施回数(回)			参加者・受講者延べ人数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体	150	0.9	1.7	0.0	30.9	57.1	0.0
届出を行っている施設	129	1.0	1.8	0.0	30.9	57.2	0.0
届出を行っていないが検討中の施設	4	1.0	0.8	1.0	32.5	28.7	30.0
届出は行っていない施設	16	0.6	1.1	0.0	17.1	37.8	0.0

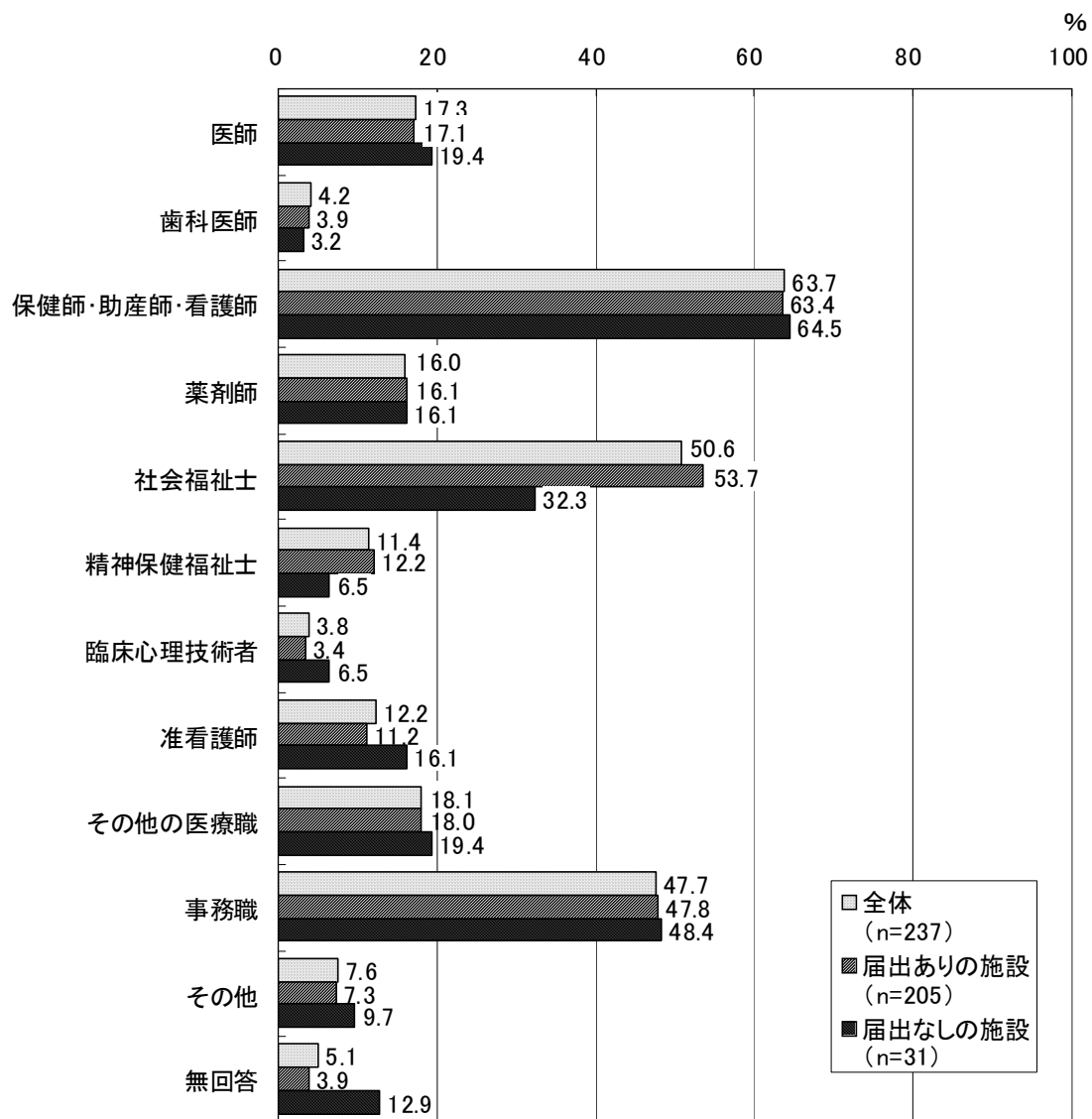
【外部研修】

	施設数	実施回数(回)			参加者・受講者延べ人数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
全体	211	1.8	2.5	1.0	2.8	6.1	1.0
届出ありの施設	183	1.6	2.4	1.0	2.7	6.2	1.0
届出を行っていないが検討中の施設	6	1.7	1.0	2.0	3.2	2.2	3.0
届出は行っていない施設	21	2.8	3.4	1.0	4.2	6.0	1.0

(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3) 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者

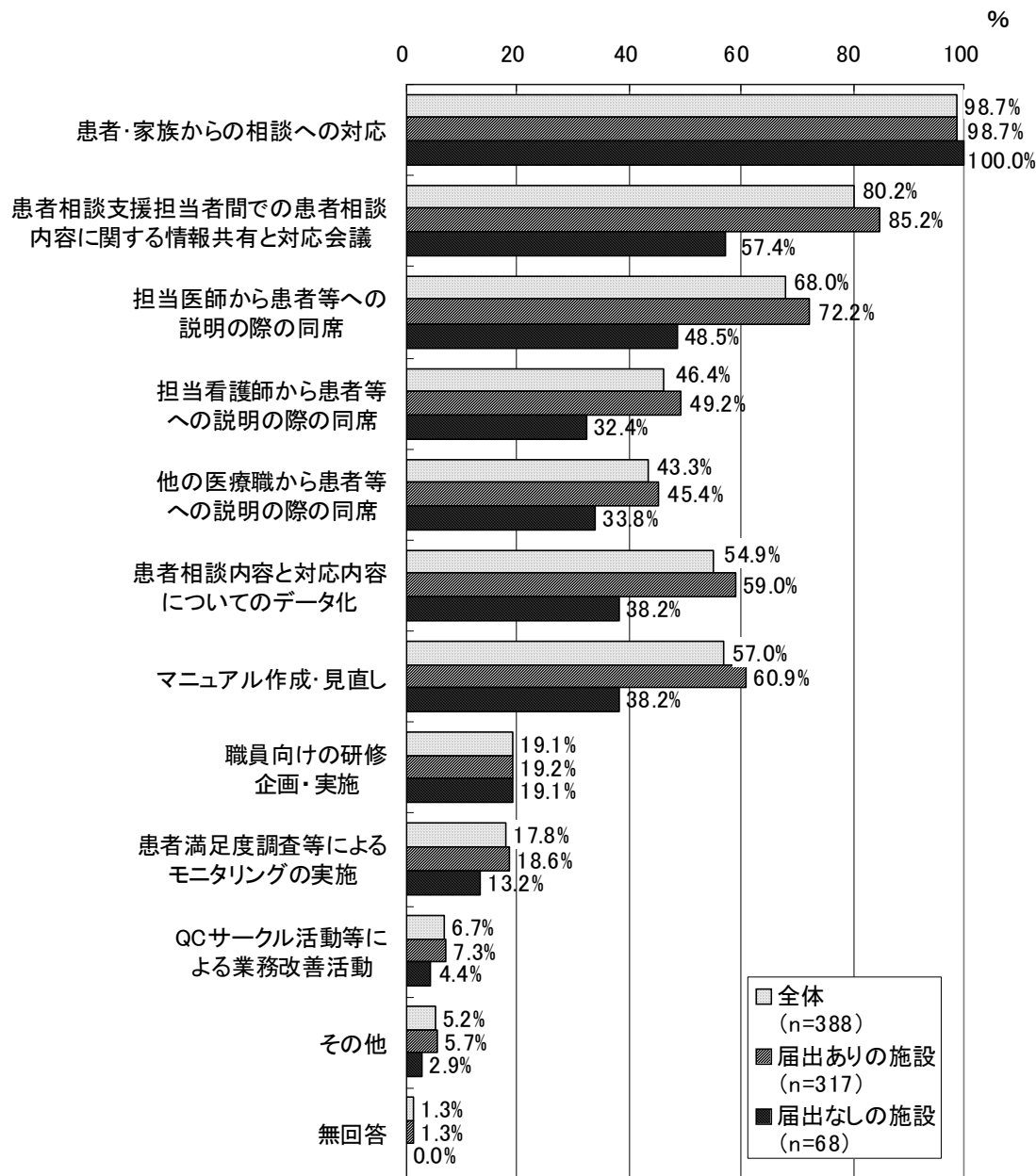
図表 98 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者
 (医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



(注) 「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑦患者相談支援窓口が行っている業務内容

図表 99 患者相談支援窓口が行っている業務内容
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑧平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等

図表 100 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

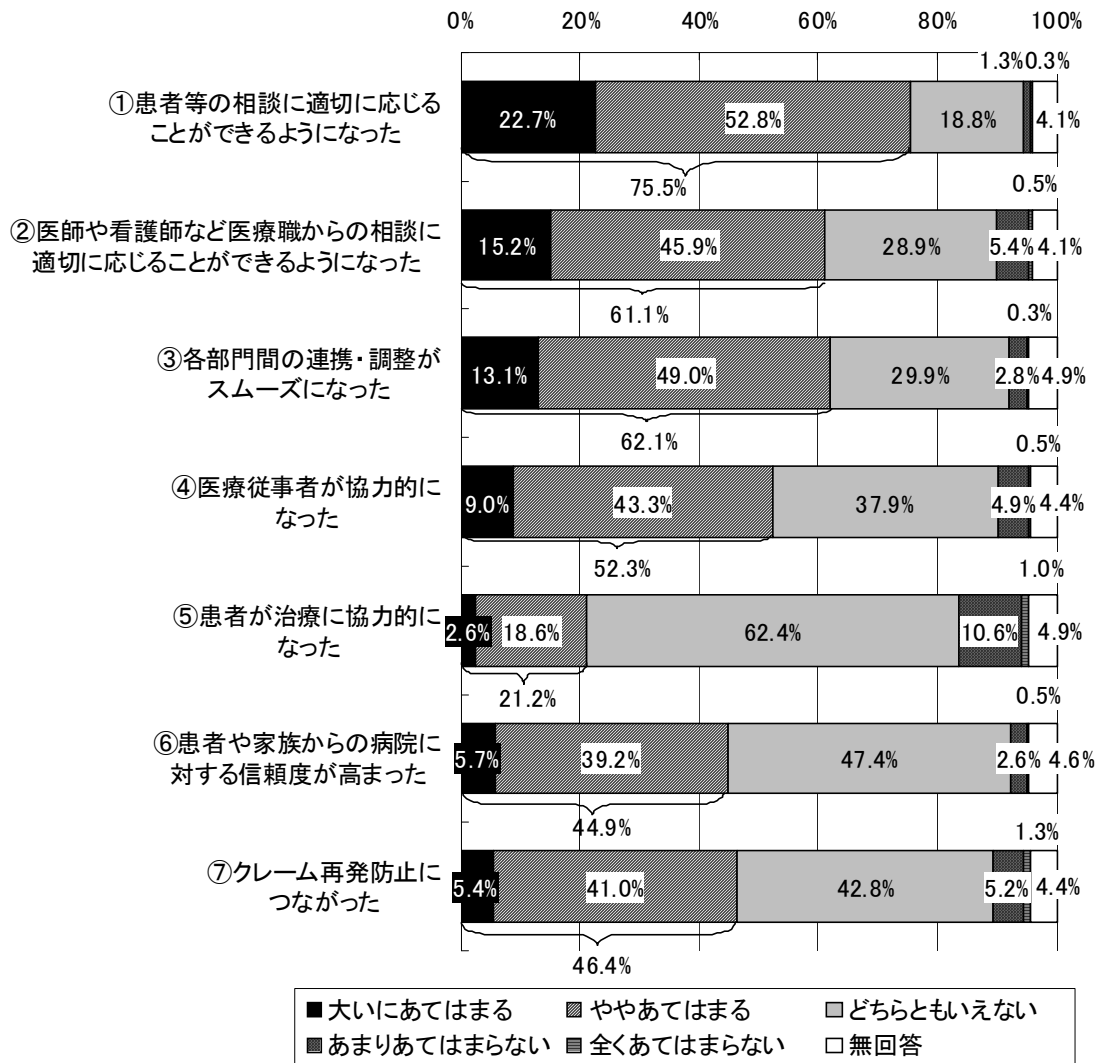
		平均値			中央値		
		全体	届出のある施設	届出のない施設	全体	届出のある施設	届出のない施設
件数(件)							
①患者・家族等からの相談件数		1,233.0	1,358.0	441.8	264.5	309.5	33.0
対応者	②患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数	560.1	611.7	264.3	69.5	84.0	13.5
	③主として医療職が対応した相談件数	561.9	626.7	97.9	25.0	30.0	3.0
	④主として医療職以外が対応した件数	494.8	519.9	343.2	24.0	27.0	15.0
内容	⑤医学的な内容に関する相談件数	290.8	324.4	94.4	18.0	20.0	2.0
	⑥終末期医療に関する相談件数	37.6	43.8	4.6	2.0	2.0	0.0
	⑦苦情・クレームの件数	21.1	21.9	11.6	6.0	7.0	2.0
	⑧⑦のうち、弁護士等への相談などに発展した件数	0.3	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0
①に対する割合(%)							
①患者・家族等からの相談件数		100.0	100.0	100.0			
対応者	②患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数	45.4	45.0	59.8			
	③主として医療職が対応した相談件数	45.6	46.1	22.2			
	④主として医療職以外が対応した件数	40.1	38.3	77.7			
内容	⑤医学的な内容に関する相談件数	23.6	23.9	21.4			
	⑥終末期医療に関する相談件数	3.1	3.2	1.0			
	⑦苦情・クレームの件数	1.7	1.6	2.6			
	⑧⑦のうち、弁護士等への相談などに発展した件数	0.0	0.0	0.0			

(注)・集計対象施設数：全体 n=358、届出ありの施設 n=296、届出なしの施設 n=48

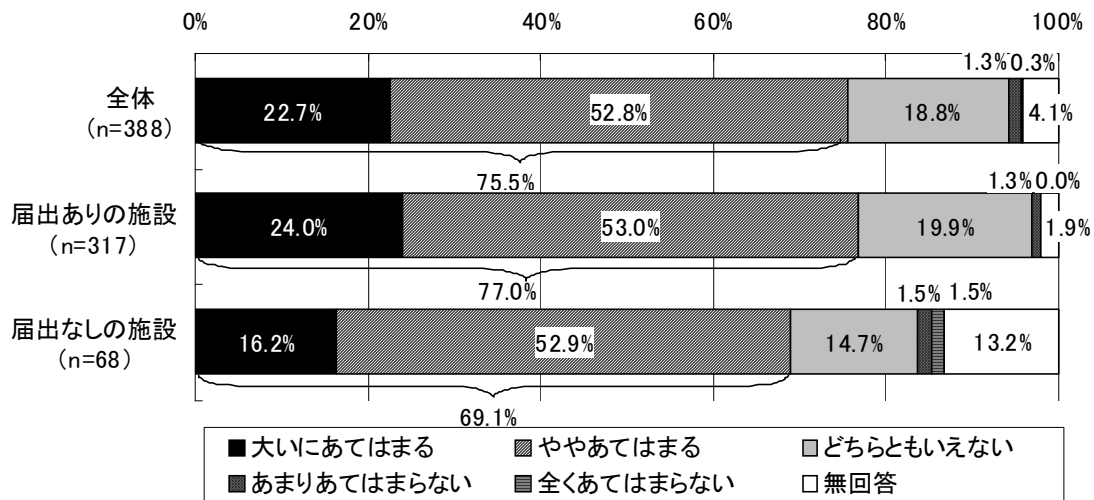
- ・「全体」の中には、「届出を行っていないが検討中」と回答した 13 施設、届出状況が不明の 1 施設が含まれる。
- ・「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑨患者相談支援体制を充実させることによる効果

図表 101 患者相談支援体制を充実させることによる効果
(患者相談支援窓口がある施設、n=388)

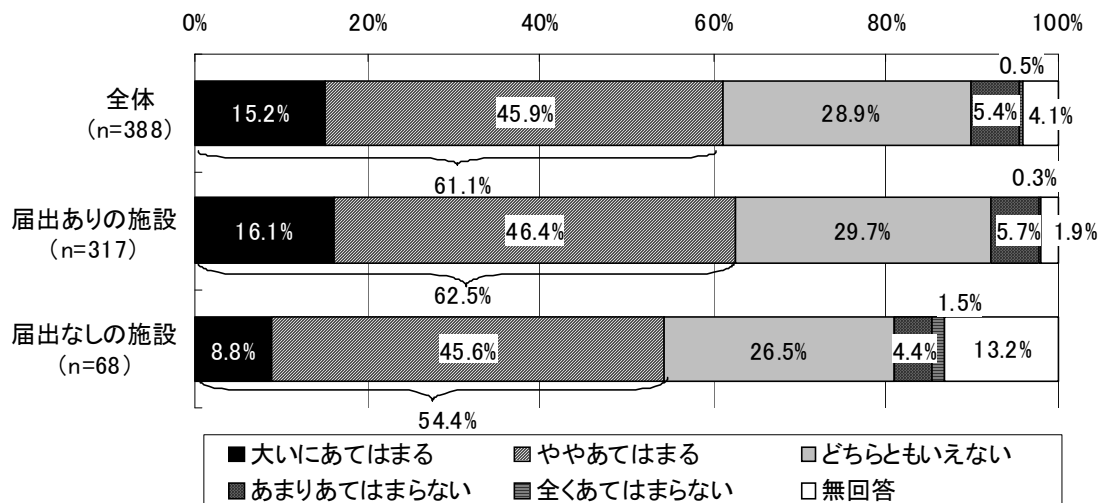


図表 102 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～①患者等の相談に適切に応じることができるようになった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 103 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～②医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

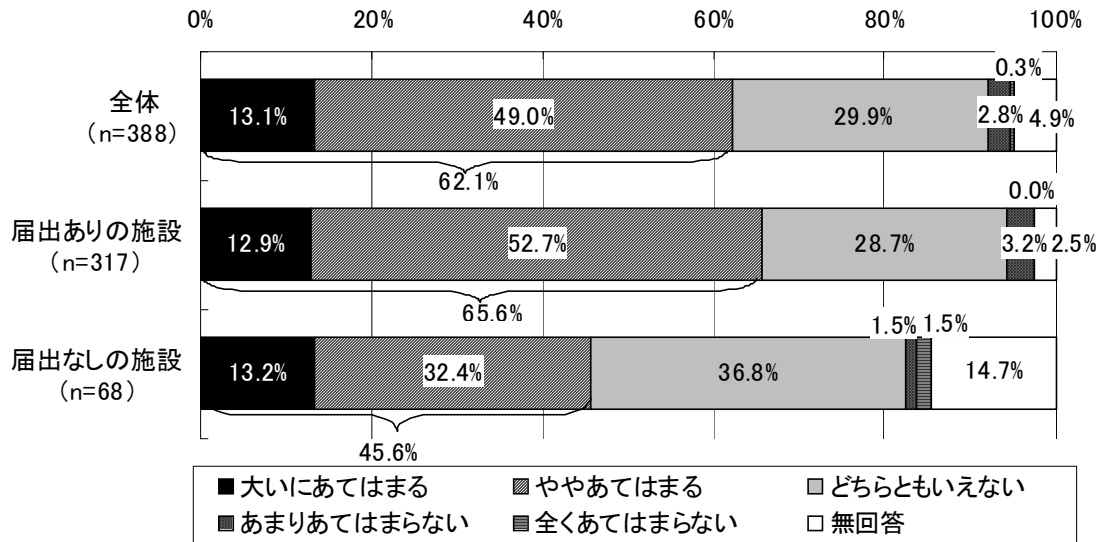


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 104 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～③各部門間の連携・調整がスムーズになった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

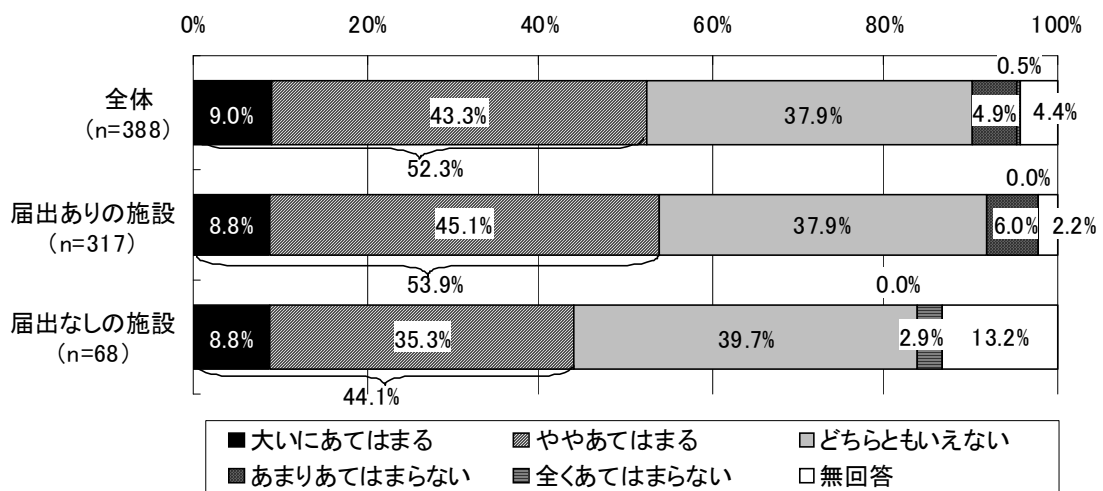


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 105 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～④医療従事者が協力的になった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

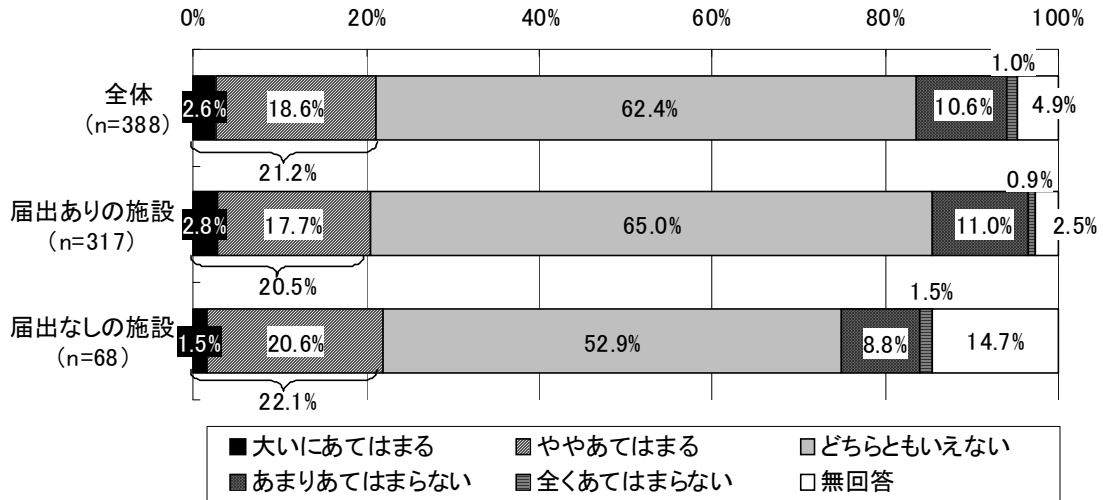


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 106 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑤患者が治療に協力的になった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

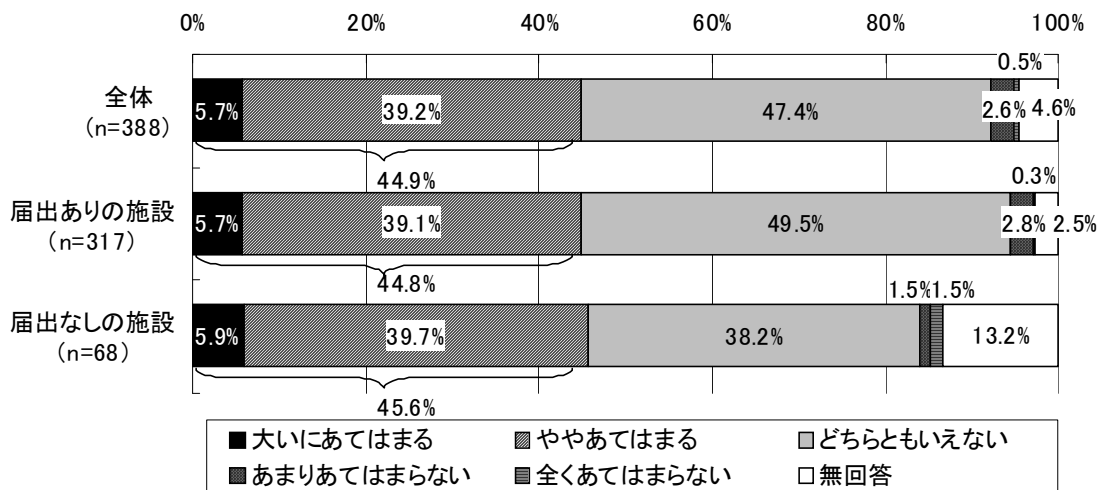


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 107 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑥患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

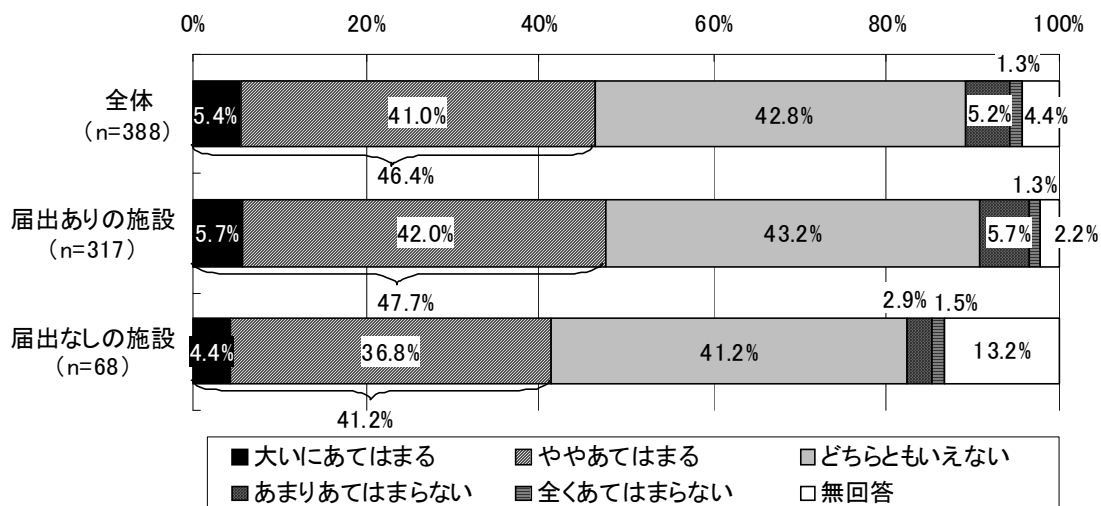


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 108 患者相談支援体制を充実させることによる効果

～⑦クレーム再発防止につながった～

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3. 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「2. 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」の調査対象施設において、調査日に「患者相談支援窓口」を利用した患者（1施設につき最大6名まで、施設への配布数6人分×1,500施設）

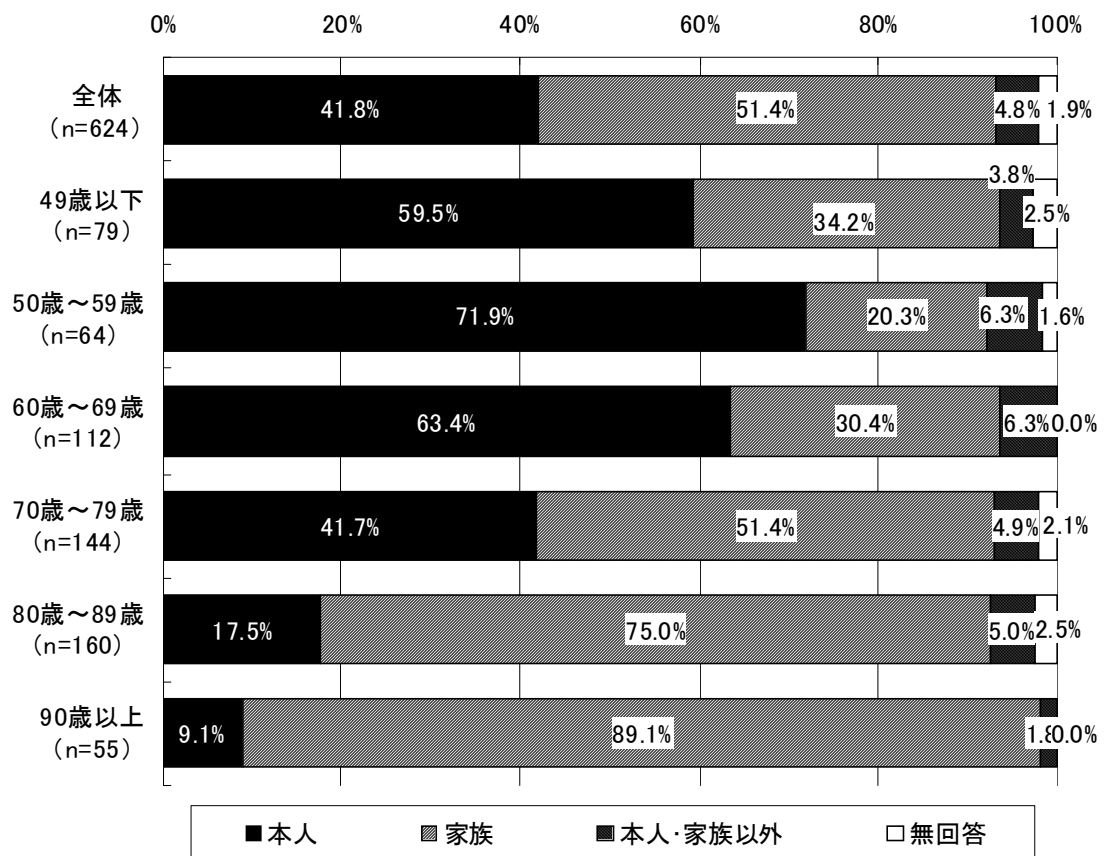
回答数：624人

回答者：患者または家族等

(1) 患者の属性等

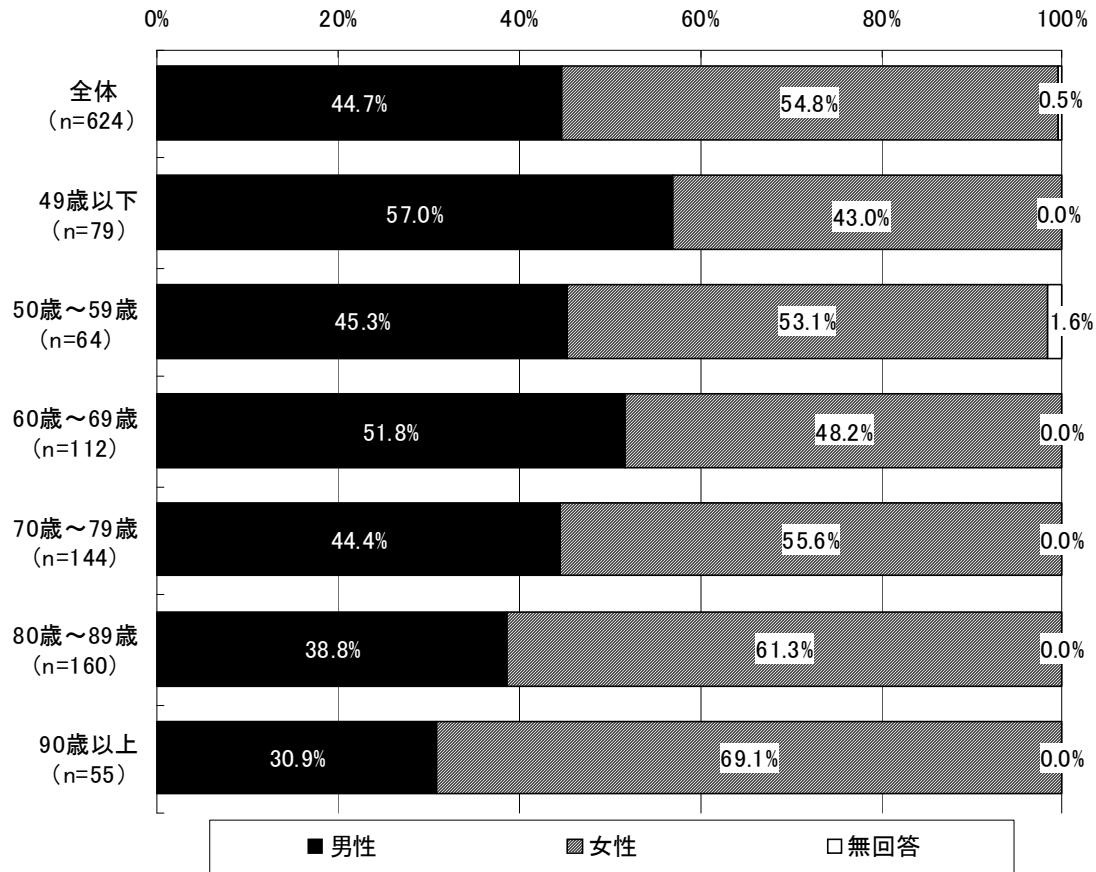
①回答者

図表 109 回答者（患者の年齢階級別）



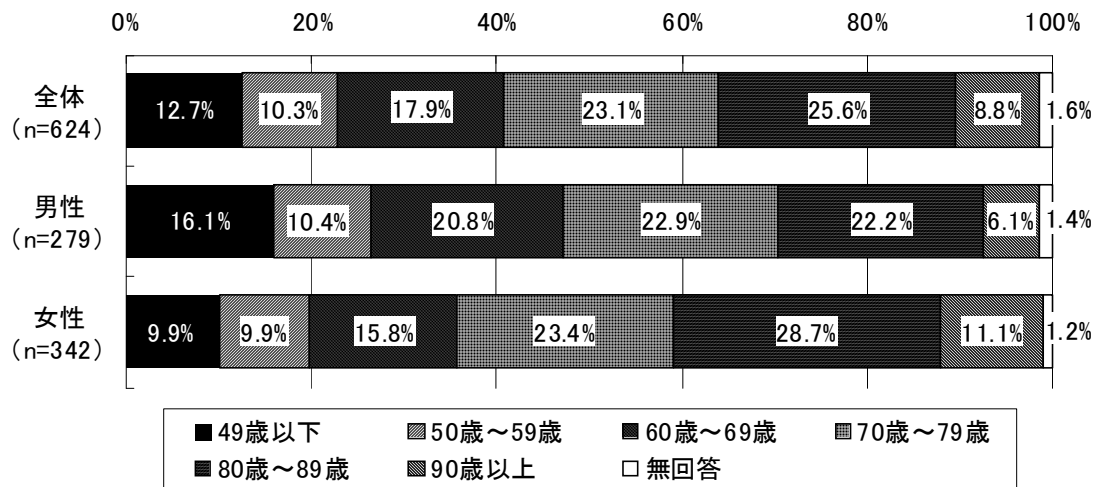
②患者の性別

図表 110 患者の性別（年齢階級別）



③患者の年齢

図表 111 患者の年齢（男女別）



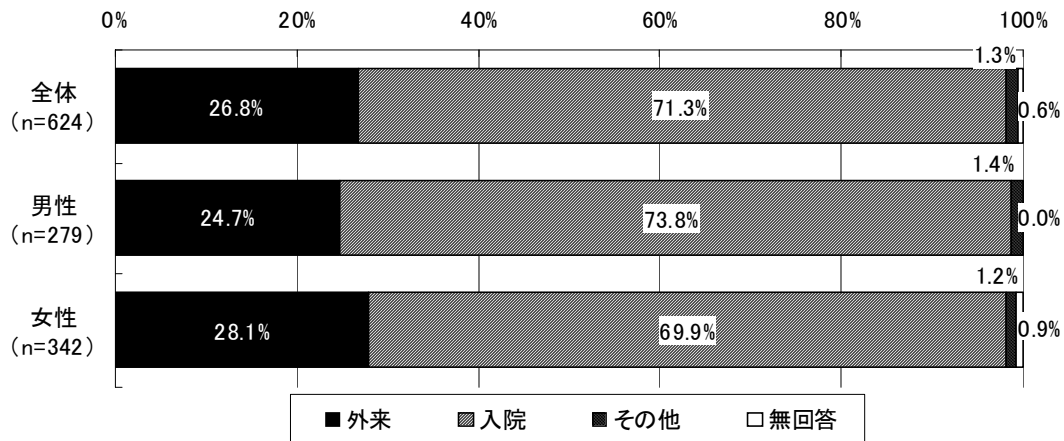
図表 112 患者の平均年齢（男女別）

（単位：歳）

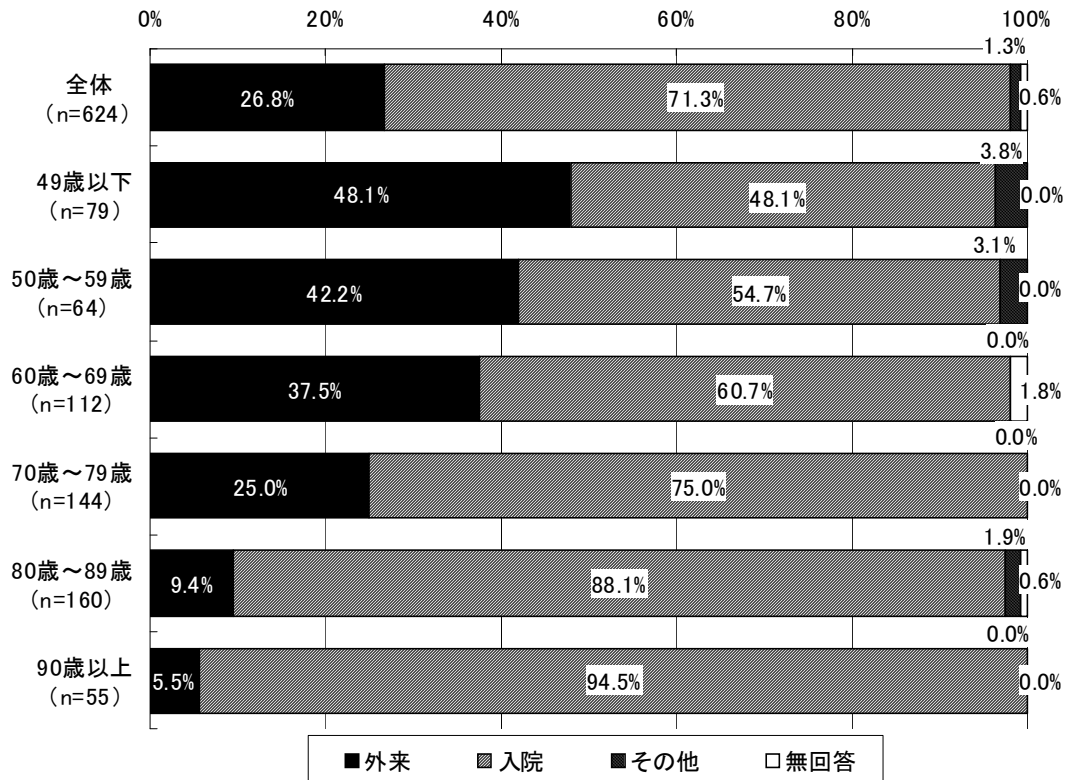
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	614	69.8	18.0	73.0
男性	275	67.0	18.9	71.0
女性	338	72.2	17.0	77.0

④外来・入院

図表 113 外来・入院（男女別）



図表 114 外来・入院（年齢階級別）



図表 115 当該医療機関の外来利用頻度（外来患者、男女別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	本日が初めて	週に1回程度	2週間に1回程度	1か月に1回程度	2か月に1回程度	1年に数回程度	その他	無回答
全体	167 100.0	25 15.0	25 15.0	19 11.4	55 32.9	14 8.4	15 9.0	12 7.2	2 1.2
男性	69 100.0	13 18.8	10 14.5	8 11.6	19 27.5	7 10.1	6 8.7	6 8.7	0 0.0
女性	96 100.0	12 12.5	14 14.6	11 11.5	35 36.5	7 7.3	9 9.4	6 6.3	2 2.1

図表 116 当該医療機関の外来利用頻度（外来患者、年齢階級別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	本日が初めて	週に1回程度	2週間に1回程度	1か月に1回程度	2か月に1回程度	1年に数回程度	その他	無回答
全体	167 100.0	25 15.0	25 15.0	19 11.4	55 32.9	14 8.4	15 9.0	12 7.2	2 1.2
49歳以下	38 100.0	9 23.7	3 7.9	5 13.2	13 34.2	3 7.9	4 10.5	1 2.6	0 0.0
50歳～59歳	27 100.0	2 7.4	1 3.7	3 11.1	11 40.7	2 7.4	3 11.1	4 14.8	1 3.7
60歳～69歳	42 100.0	8 19.0	12 28.6	3 7.1	10 23.8	4 9.5	1 2.4	4 9.5	0 0.0
70歳～79歳	36 100.0	4 11.1	6 16.7	5 13.9	13 36.1	3 8.3	4 11.1	0 0.0	1 2.8
80歳～89歳	15 100.0	2 13.3	2 13.3	0 0.0	7 46.7	1 6.7	2 13.3	1 6.7	0 0.0
90歳以上	3 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0

図表 117 当該医療機関での入院期間（入院患者、男女別）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	3日以内	2週間以内	1か月以内	3か月以内	6か月以内	6か月以上	その他	無回答
全体	445 100.0	30 6.7	84 18.9	93 20.9	124 27.9	62 13.9	37 8.3	12 2.7	3 0.7
男性	206 100.0	12 5.8	37 18.0	36 17.5	56 27.2	34 16.5	20 9.7	8 3.9	3 1.5
女性	239 100.0	18 7.5	47 19.7	57 23.8	68 28.5	28 11.7	17 7.1	4 1.7	0 0.0

図表 118 当該医療機関での入院期間（入院患者、年齢階級別）

（単位：上段 人、下段 %）

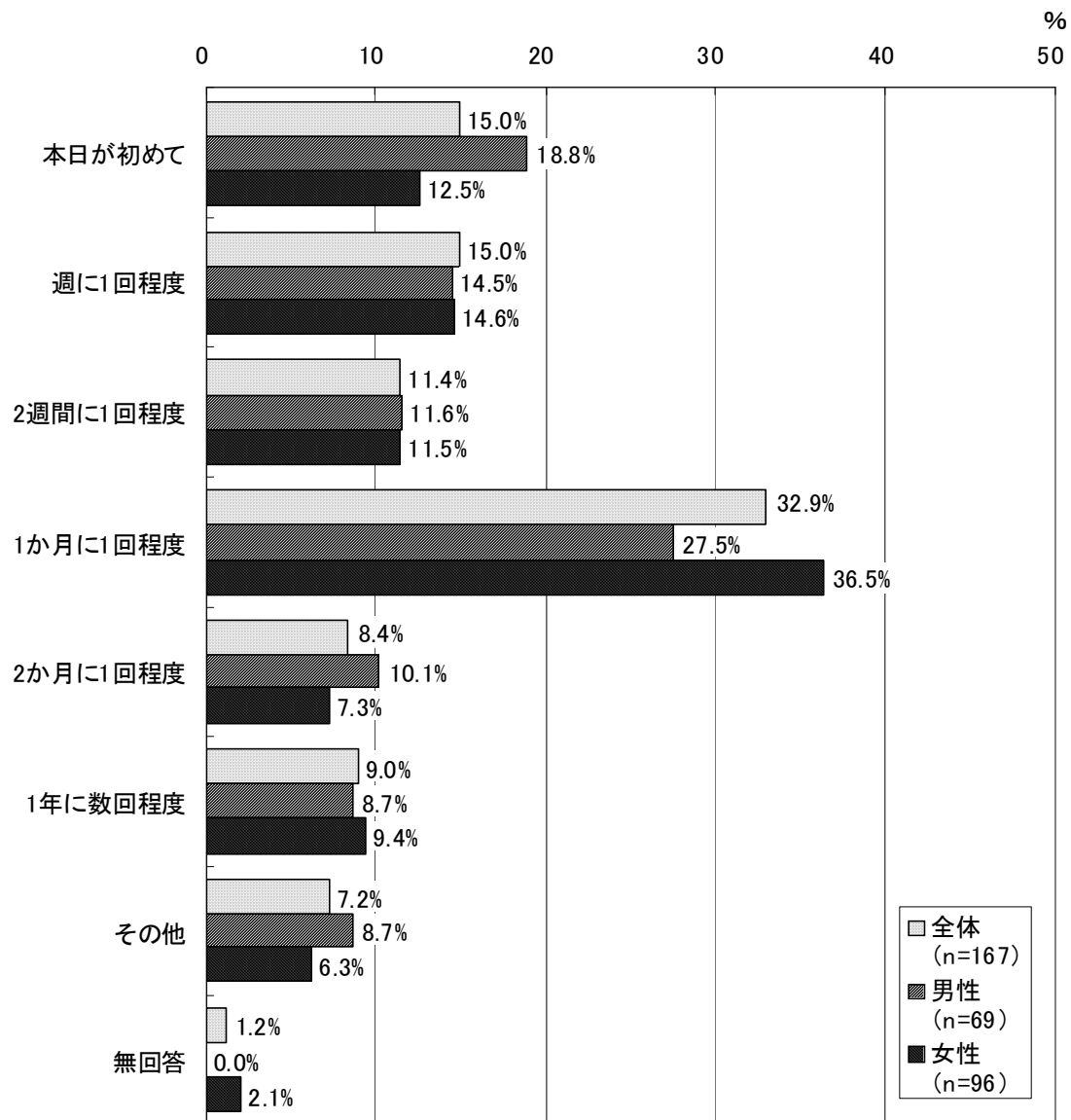
	総数	3日以内	2週間以内	1か月以内	3か月以内	6か月以内	6か月以上	その他	無回答
全体	445 100.0	30 6.7	84 18.9	93 20.9	124 27.9	62 13.9	37 8.3	12 2.7	3 0.7
49歳以下	38 100.0	4 10.5	11 28.9	9 23.7	4 10.5	5 13.2	2 5.3	3 7.9	0 0.0
50歳～59歳	35 100.0	2 5.7	6 17.1	8 22.9	7 20.0	6 17.1	6 17.1	0 0.0	0 0.0
60歳～69歳	68 100.0	6 8.8	13 19.1	11 16.2	19 27.9	8 11.8	8 11.8	2 2.9	1 1.5
70歳～79歳	108 100.0	8 7.4	12 11.1	23 21.3	37 34.3	15 13.9	10 9.3	3 2.8	0 0.0
80歳～89歳	141 100.0	8 5.7	30 21.3	27 19.1	46 32.6	23 16.3	4 2.8	3 2.1	0 0.0
90歳以上	52 100.0	2 3.8	12 23.1	13 25.0	11 21.2	5 9.6	7 13.5	1 1.9	1 1.9

(2) 患者相談窓口の利用状況等

①患者相談窓口を知ったきっかけと説明等のわかりやすさ

1) 患者相談窓口を知ったきっかけ

図表 119 患者相談窓口を知ったきっかけ（男女別、複数回答）

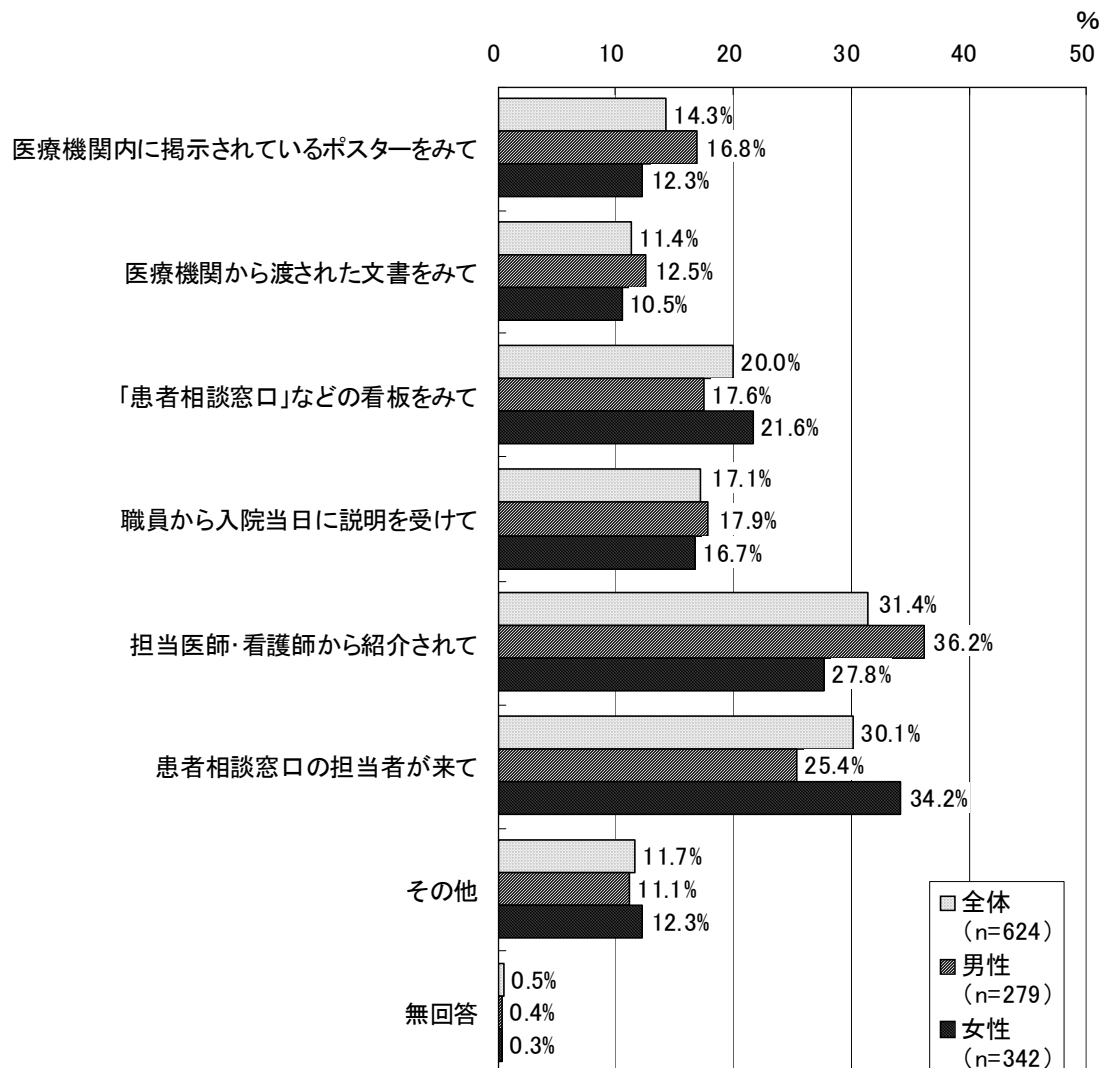


図表 120 患者相談窓口を知ったきっかけ（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

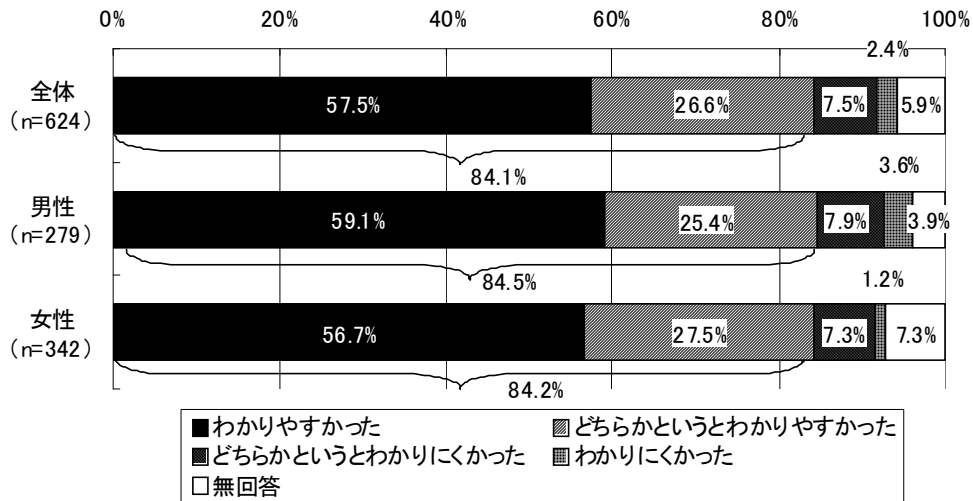
	総数	医療機関内に掲示されているポスターをみて	医療機関から渡された文書を見て	「患者相談窓口」などの看板をみて	職員から入院当日に説明を受けて	担当医師・看護師から紹介されて	患者相談窓口の担当者が来て	その他	無回答
全体	624 100.0	89 14.3	71 11.4	125 20.0	107 17.1	196 31.4	188 30.1	73 11.7	3 0.5
49 歳以下	79 100.0	20 25.3	8 10.1	15 19.0	12 15.2	26 32.9	16 20.3	9 11.4	0 0.0
50 歳～59 歳	64 100.0	14 21.9	9 14.1	18 28.1	14 21.9	15 23.4	21 32.8	7 10.9	0 0.0
60 歳～69 歳	112 100.0	18 16.1	13 11.6	37 33.0	15 13.4	17 15.2	31 27.7	14 12.5	0 0.0
70 歳～79 歳	144 100.0	18 12.5	16 11.1	21 14.6	26 18.1	54 37.5	46 31.9	15 10.4	0 0.0
80 歳～89 歳	160 100.0	13 8.1	15 9.4	21 13.1	30 18.8	61 38.1	53 33.1	22 13.8	1 0.6
90 歳以上	55 100.0	5 9.1	8 14.5	10 18.2	10 18.2	19 34.5	21 38.2	5 9.1	1 1.8

図表 121 患者相談窓口を知ったきっかけ（入院・外来別、複数回答）

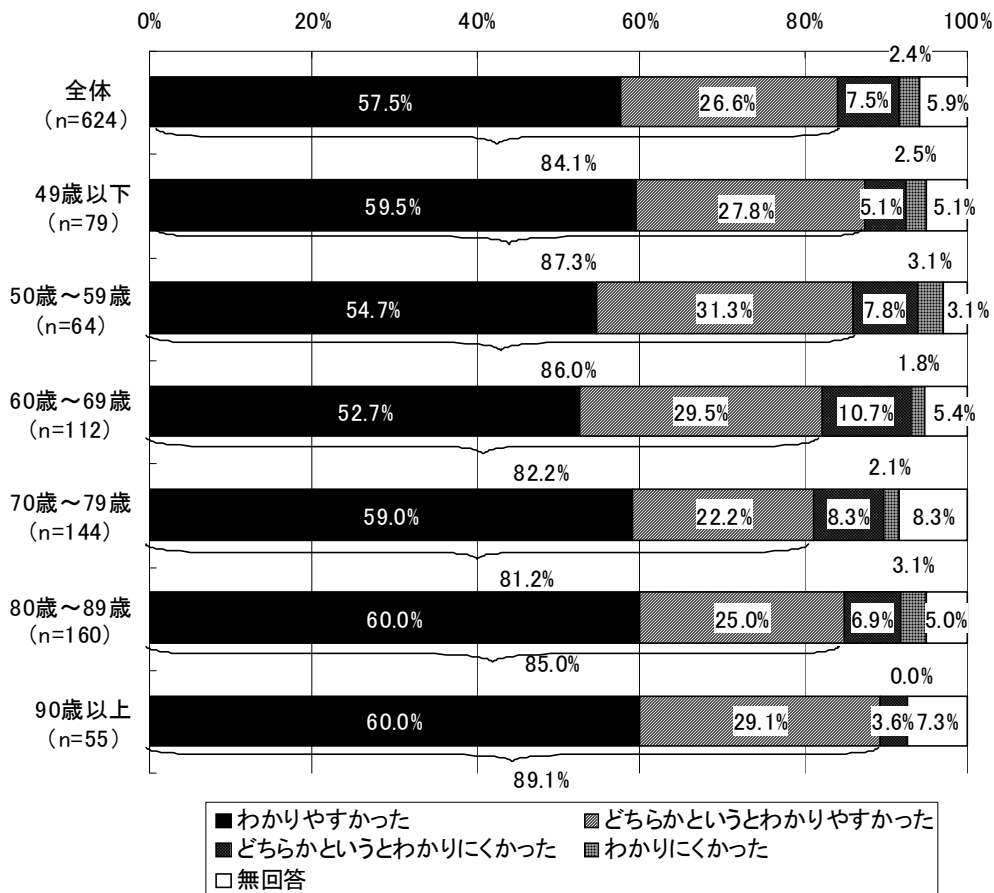


2) 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ

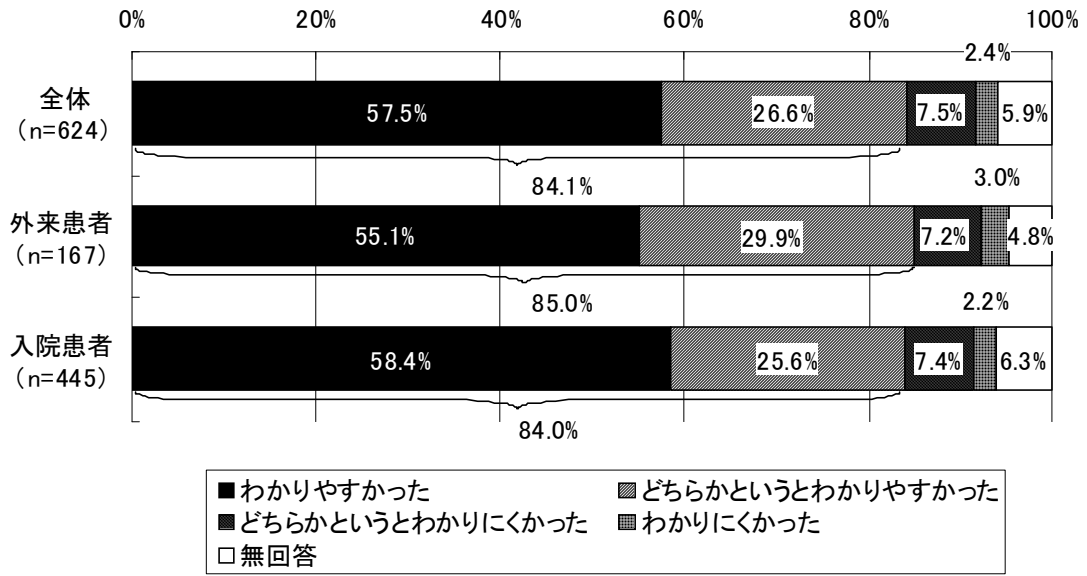
図表 122 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（男女別）



図表 123 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（年齢階級別）



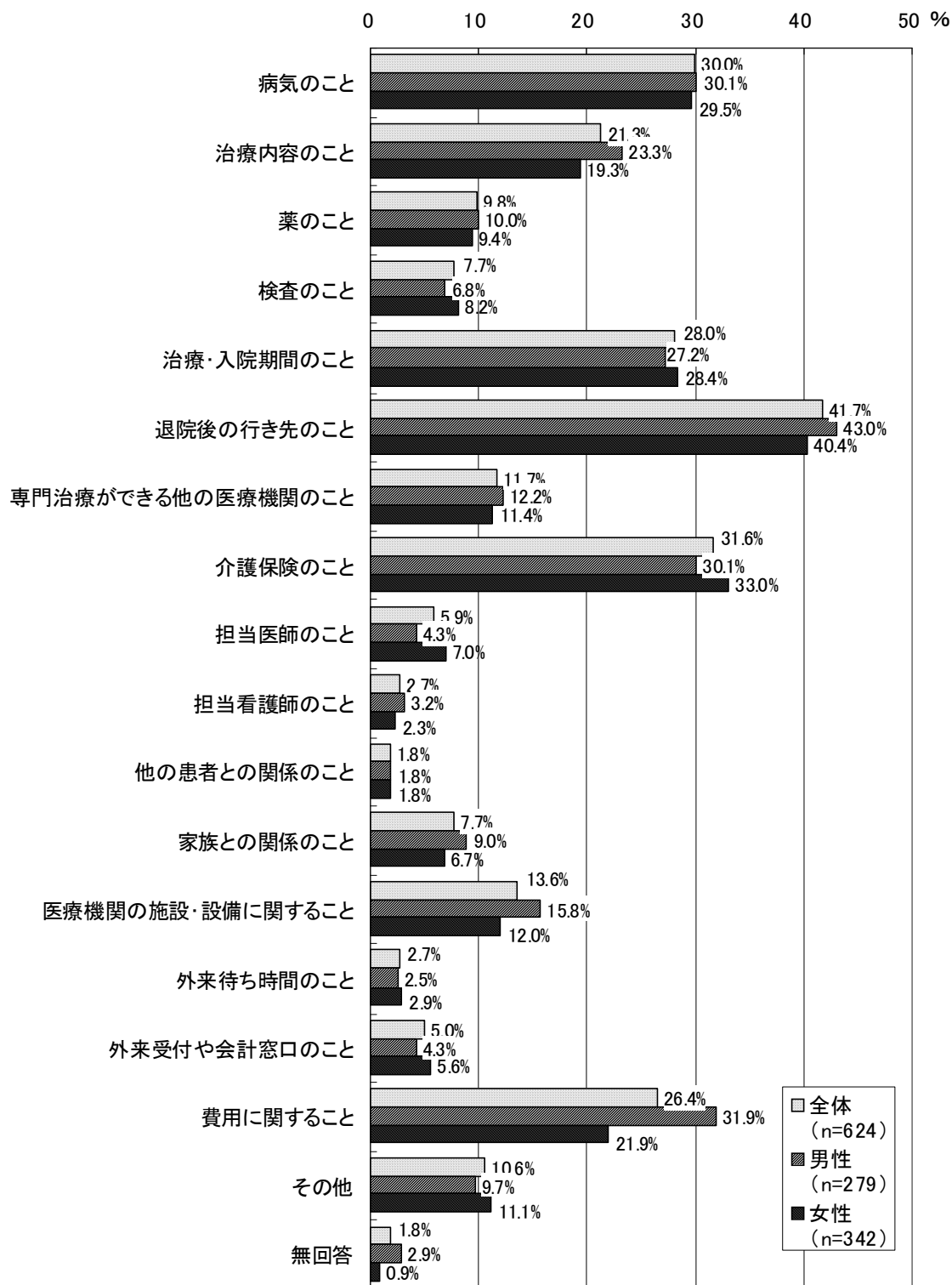
図表 124 患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさ（外来・入院別）



②患者相談窓口の利用内容

1) 患者相談窓口の利用内容

図表 125 患者相談窓口の利用内容（男女別、複数回答）



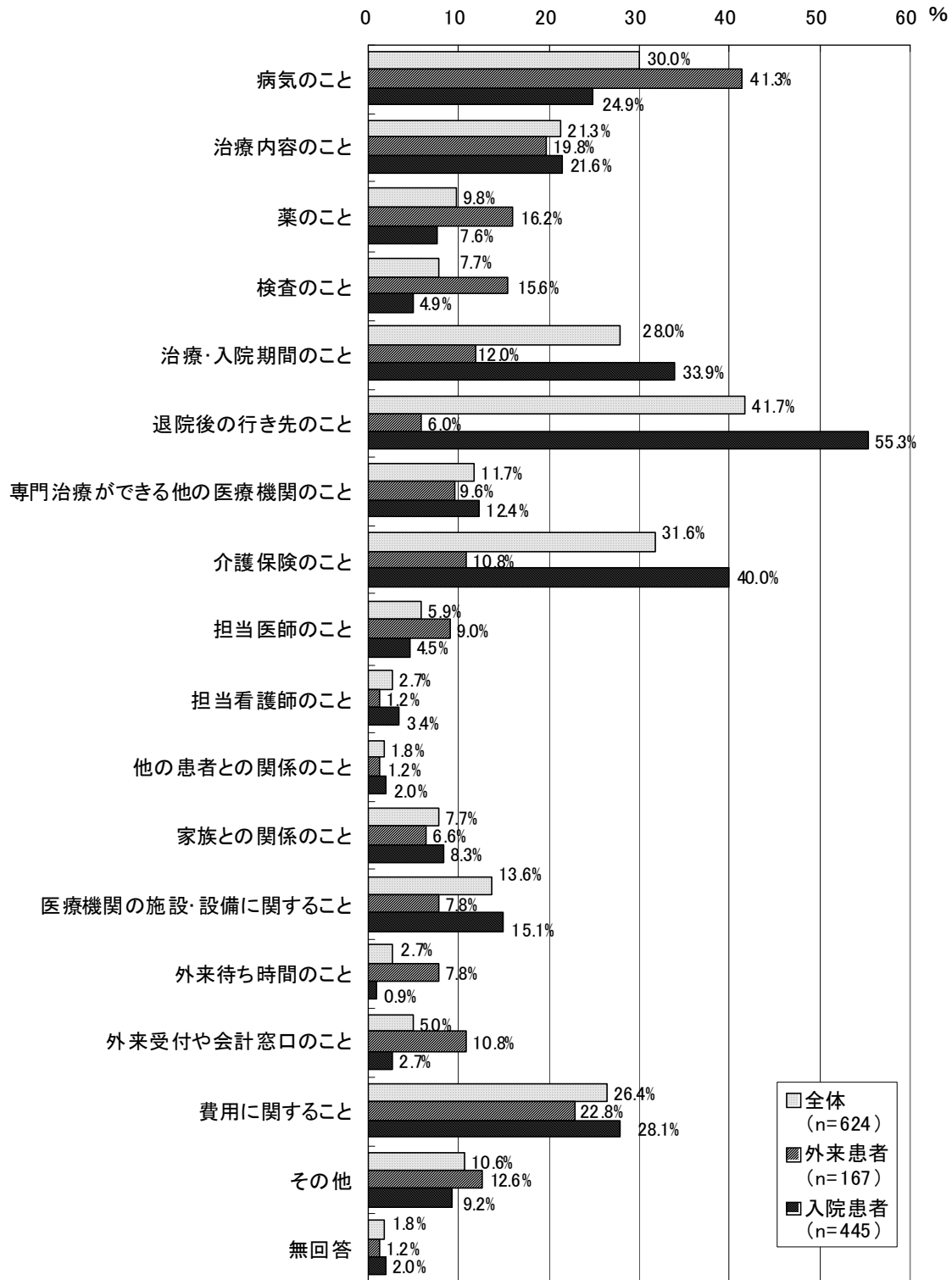
図表 126 患者相談窓口の利用内容（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

	合計	病気の こと	治療 内容の こと	薬の こと	検査の こと	治療・ 入院期間の こと	退院後 の行き先 のこと	専門治療 ができる 他の医療 機関の こと	介護保 険の こと	担当医 師の こと
全体	624 100.0	187 30.0	133 21.3	61 9.8	48 7.7	175 28.0	260 41.7	73 11.7	197 31.6	37 5.9
49歳以下	79 100.0	27 34.2	12 15.2	5 6.3	7 8.9	12 15.2	13 16.5	9 11.4	6 7.6	5 6.3
50歳～59歳	64 100.0	25 39.1	17 26.6	10 15.6	8 12.5	17 26.6	19 29.7	13 20.3	14 21.9	6 9.4
60歳～69歳	112 100.0	32 28.6	15 13.4	12 10.7	7 6.3	20 17.9	24 21.4	11 9.8	25 22.3	5 4.5
70歳～79歳	144 100.0	46 31.9	35 24.3	18 12.5	15 10.4	46 31.9	66 45.8	13 9.0	68 47.2	13 9.0
80歳～89歳	160 100.0	35 21.9	32 20.0	9 5.6	7 4.4	55 34.4	96 60.0	21 13.1	59 36.9	2 1.3
90歳以上	55 100.0	18 32.7	19 34.5	6 10.9	3 5.5	22 40.0	36 65.5	6 10.9	22 40.0	4 7.3

	担当看護 師の こと	他の患者 との関係 のこと	家族との 関係の こと	医療機関 の施設・ 設備に関 すること	外来待ち 時間の こと	外来受付 や会計 窓口の こと	費用に関 すること	その他	無回答
全体	17 2.7	11 1.8	48 7.7	85 13.6	17 2.7	31 5.0	165 26.4	66 10.6	11 1.8
49歳以下	2 2.5	2 2.5	4 5.1	13 16.5	6 7.6	8 10.1	23 29.1	15 19.0	3 3.8
50歳～59歳	1 1.6	1 1.6	8 12.5	8 12.5	2 3.1	4 6.3	25 39.1	15 23.4	0 0.0
60歳～69歳	3 2.7	2 1.8	6 5.4	9 8.0	5 4.5	6 5.4	38 33.9	10 8.9	3 2.7
70歳～79歳	3 2.1	4 2.8	14 9.7	22 15.3	2 1.4	5 3.5	28 19.4	13 9.0	2 1.4
80歳～89歳	5 3.1	1 0.6	10 6.3	24 15.0	2 1.3	5 3.1	36 22.5	10 6.3	2 1.3
90歳以上	3 5.5	1 1.8	6 10.9	7 12.7	0 0.0	3 5.5	11 20.0	2 3.6	1 1.8

図表 127 患者相談窓口の利用内容（外来・入院別、複数回答）



2) 相談に対応してくれた人数（最も多い時）

図表 128 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、男女別）
（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
男性	271	1.7	1.2	1.0
女性	332	1.7	1.4	1.0

(注) 相談に対応してくれた際の職員数。複数回相談した場合には、最も多い時の人数。

図表 129 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、年齢階級別）
（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
49歳以下	76	1.4	0.8	1.0
50歳～59歳	63	1.8	1.4	1.0
60歳～69歳	107	1.7	1.5	1.0
70歳～79歳	141	1.8	1.2	1.0
80歳～89歳	155	1.7	1.4	1.0
90歳以上	54	1.7	1.4	1.0

図表 130 相談に対応してくれた人数（患者1人あたり、外来・入院別）
（単位：人）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	606	1.7	1.3	1.0
外来	163	1.5	1.1	1.0
入院	431	1.7	1.4	1.0

3) 相談回数

図表 131 相談回数（患者1人あたり、男女別）
（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
男性	249	4.1	7.6	2.5
女性	299	3.1	3.3	2.0

図表 132 相談回数（患者 1 人あたり、年齢階級別）

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
49 歳以下	66	2.7	3.0	2.0
50 歳～59 歳	61	5.2	13.1	2.0
60 歳～69 歳	94	3.1	2.9	2.0
70 歳～79 歳	131	3.7	4.8	3.0
80 歳～89 歳	143	3.5	4.2	2.0
90 歳以上	55	3.1	2.3	3.0

図表 133 相談回数（患者 1 人あたり、外来・入院別）

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	3.5	5.7	2.0
外来	142	3.1	8.6	2.0
入院	398	3.7	4.2	3.0

4) 相談時間合計

図表 134 相談時間合計（患者 1 人あたり、男女別）

（単位：分）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
男性	249	71.9	136.1	30.0
女性	299	55.3	69.2	30.0

図表 135 相談時間合計（患者 1 人あたり、年齢階級別）

（単位：分）

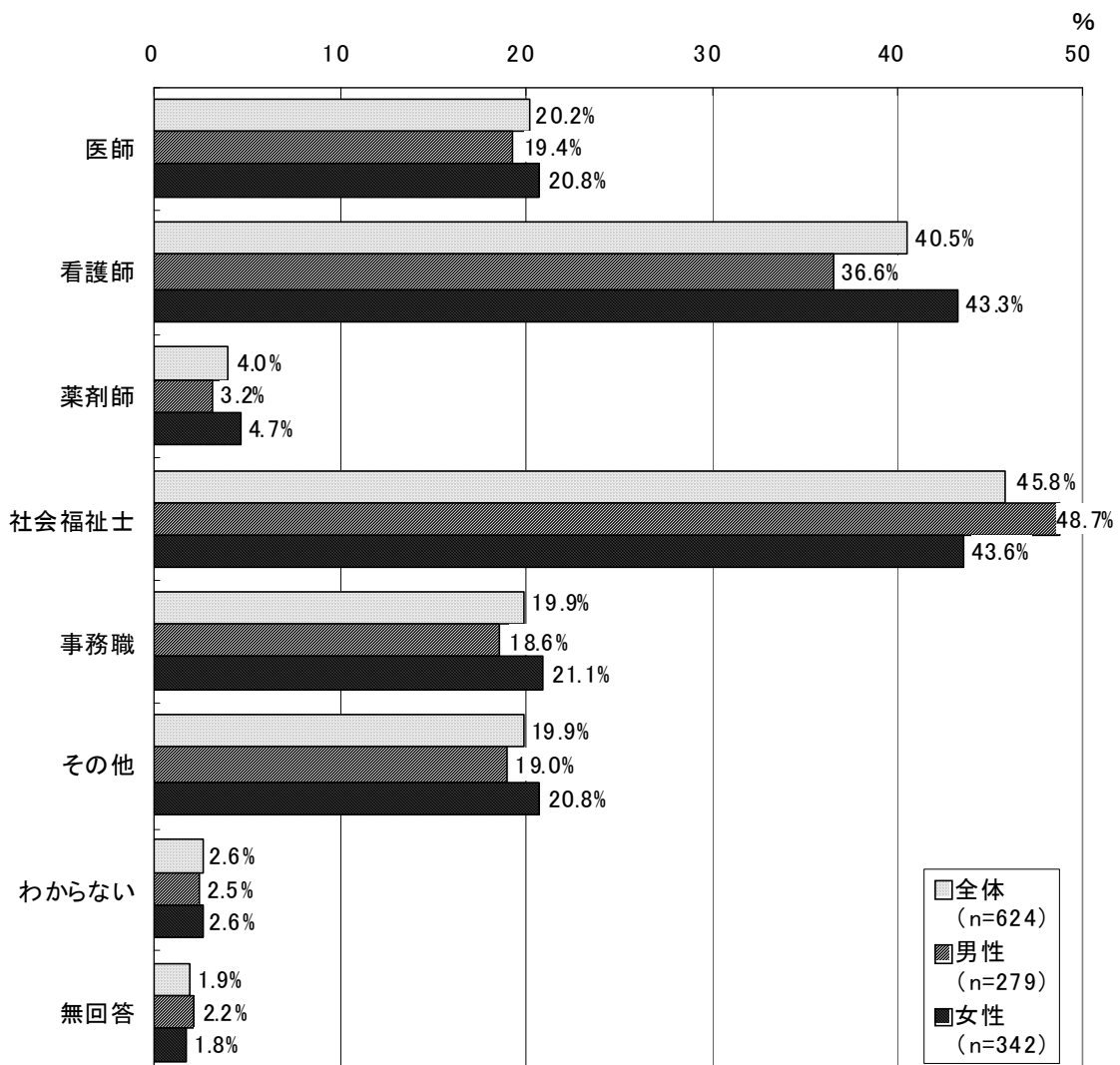
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
49 歳以下	66	37.6	47.4	30.0
50 歳～59 歳	61	101.8	227.8	30.0
60 歳～69 歳	94	44.2	49.7	30.0
70 歳～79 歳	131	61.3	77.4	40.0
80 歳～89 歳	143	70.5	101.4	40.0
90 歳以上	55	64.1	53.8	40.0

図表 136 相談時間合計（患者 1 人あたり、外来・入院別）
（単位：分）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
外来	142	46.9	98.3	20.0
入院	398	68.7	108.0	40.0

5) 相談対応者

図表 137 相談対応者（男女別、複数回答）

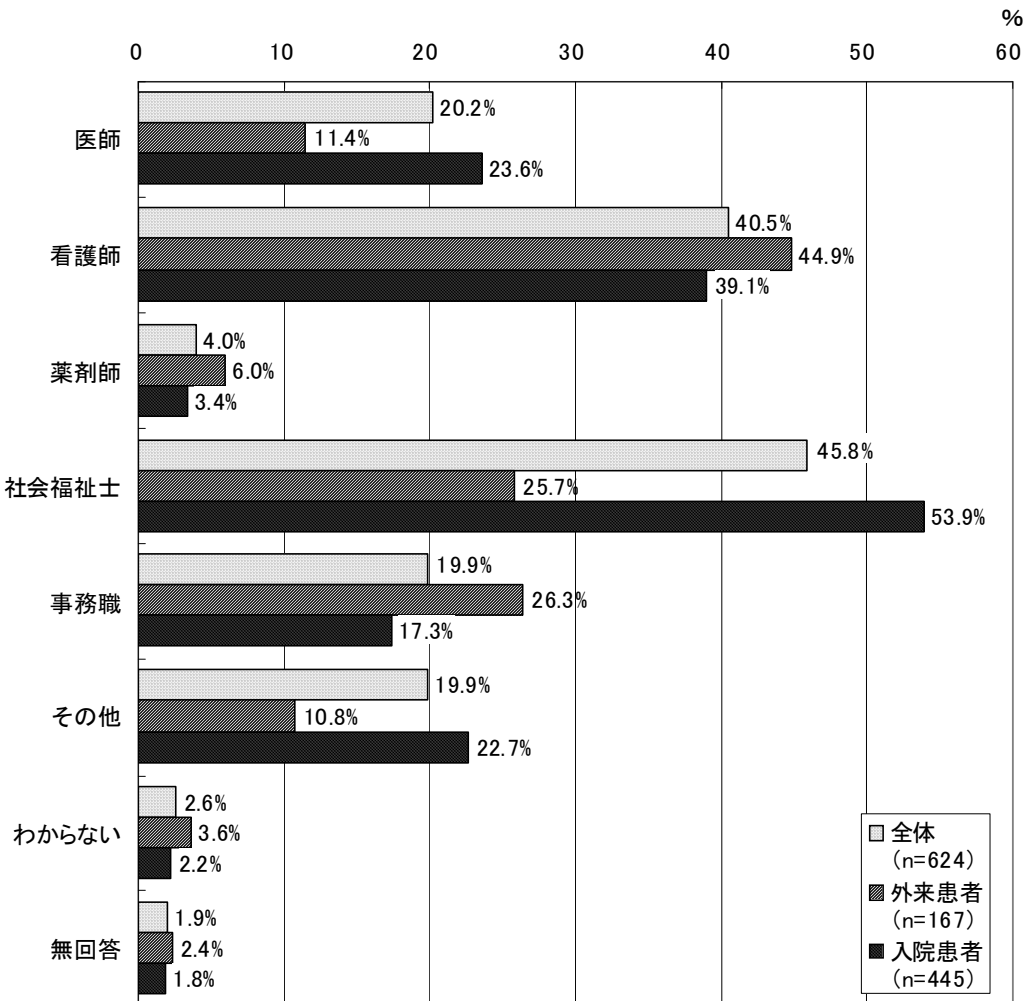


図表 138 相談対応者（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

	総数	医師	看護師	薬剤師	社会福祉士	事務職	その他	わからない	無回答
全体	624 100.0	126 20.2	253 40.5	25 4.0	286 45.8	124 19.9	124 19.9	16 2.6	12 1.9
49歳以下	79 100.0	10 12.7	28 35.4	2 2.5	25 31.6	19 24.1	15 19.0	2 2.5	1 1.3
50歳～59歳	64 100.0	18 28.1	34 53.1	4 6.3	21 32.8	16 25.0	12 18.8	3 4.7	0 0.0
60歳～69歳	112 100.0	13 11.6	42 37.5	8 7.1	47 42.0	27 24.1	19 17.0	3 2.7	3 2.7
70歳～79歳	144 100.0	36 25.0	60 41.7	3 2.1	75 52.1	30 20.8	23 16.0	4 2.8	5 3.5
80歳～89歳	160 100.0	31 19.4	59 36.9	5 3.1	81 50.6	26 16.3	39 24.4	4 2.5	3 1.9
90歳以上	55 100.0	16 29.1	24 43.6	2 3.6	31 56.4	6 10.9	15 27.3	0 0.0	0 0.0

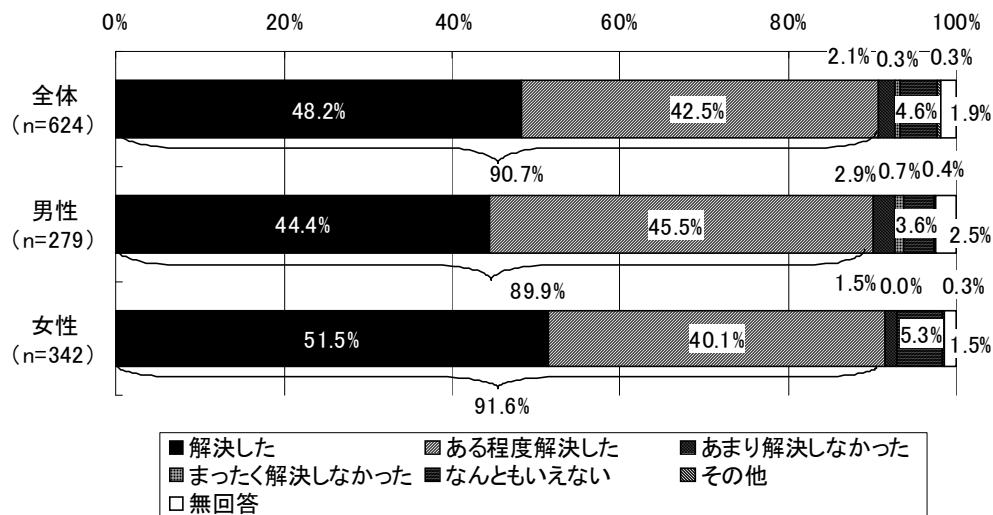
図表 139 相談対応者（外来・入院別、複数回答）



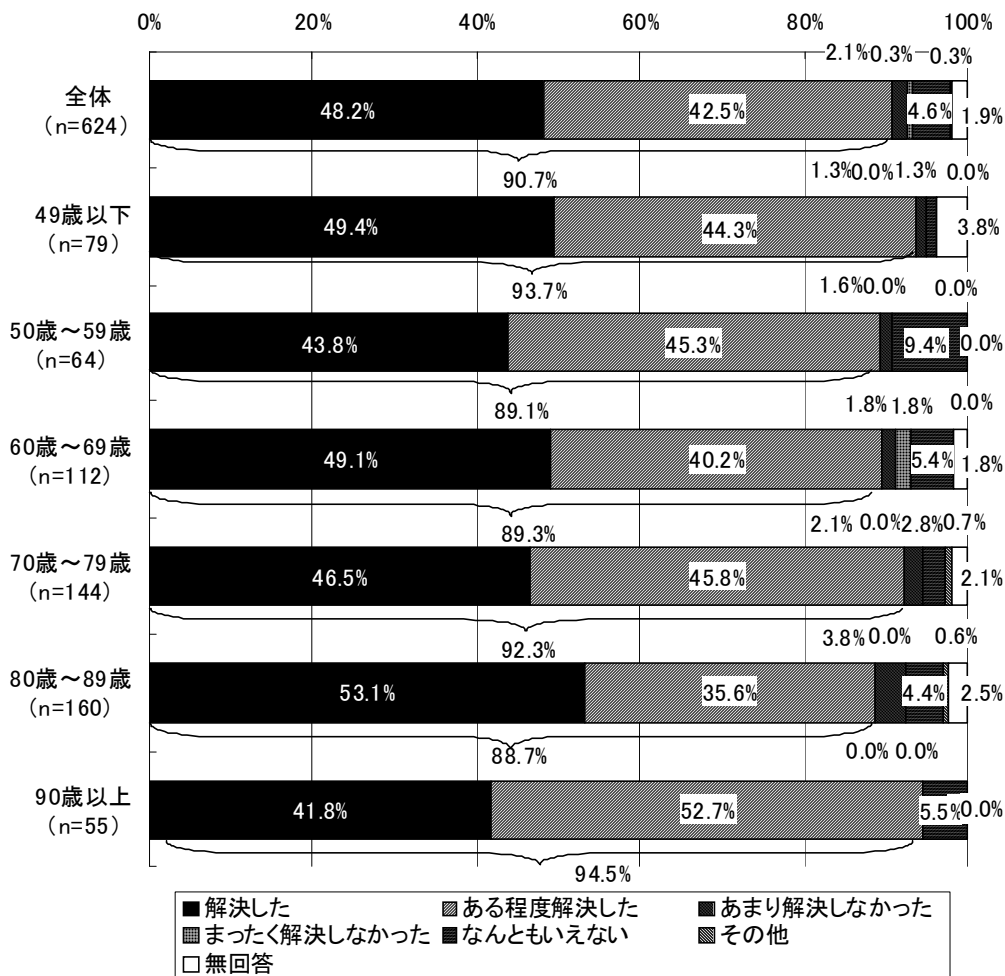
③患者相談窓口に対する評価

1) 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか

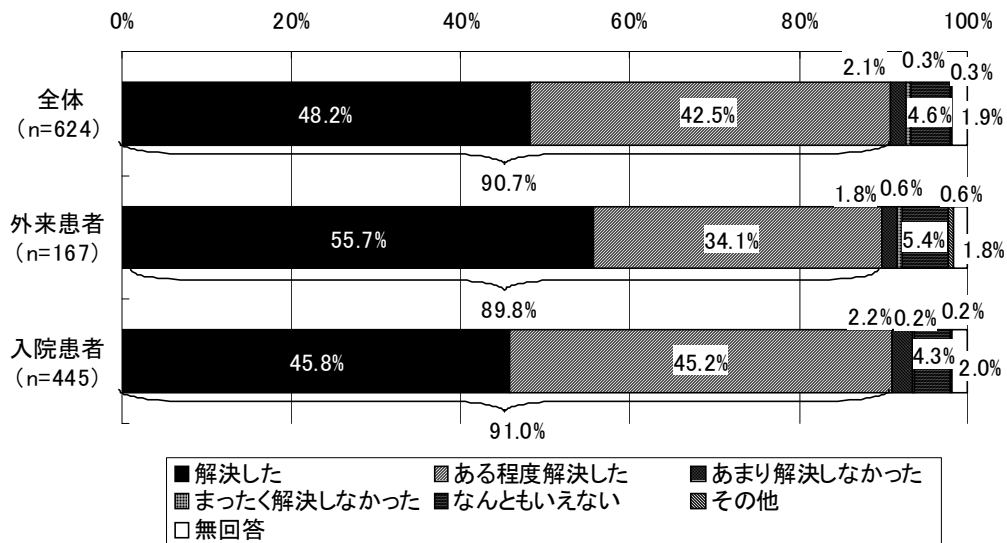
図表 140 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか（男女別）



図表 141 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか（年齢階級別）

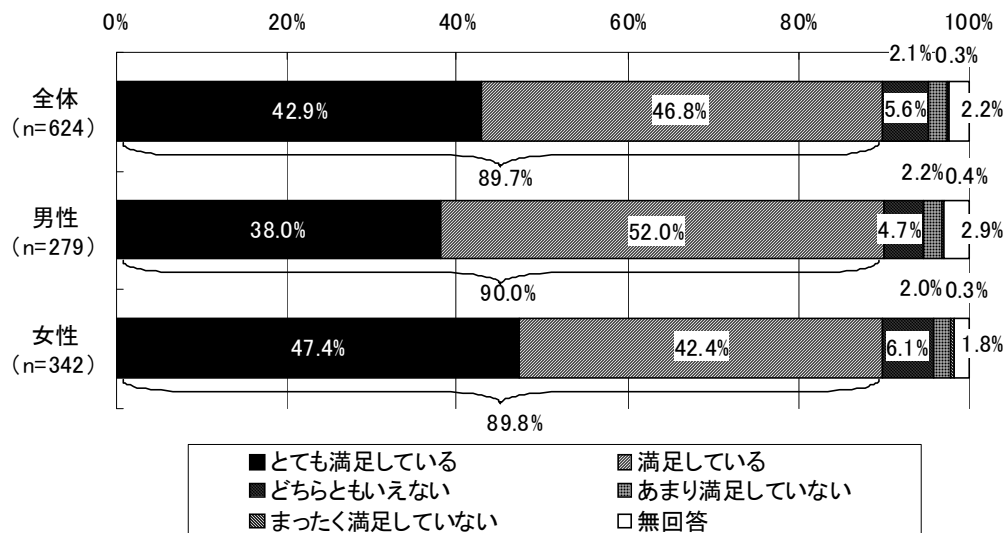


図表 142 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか
(外来・入院別)

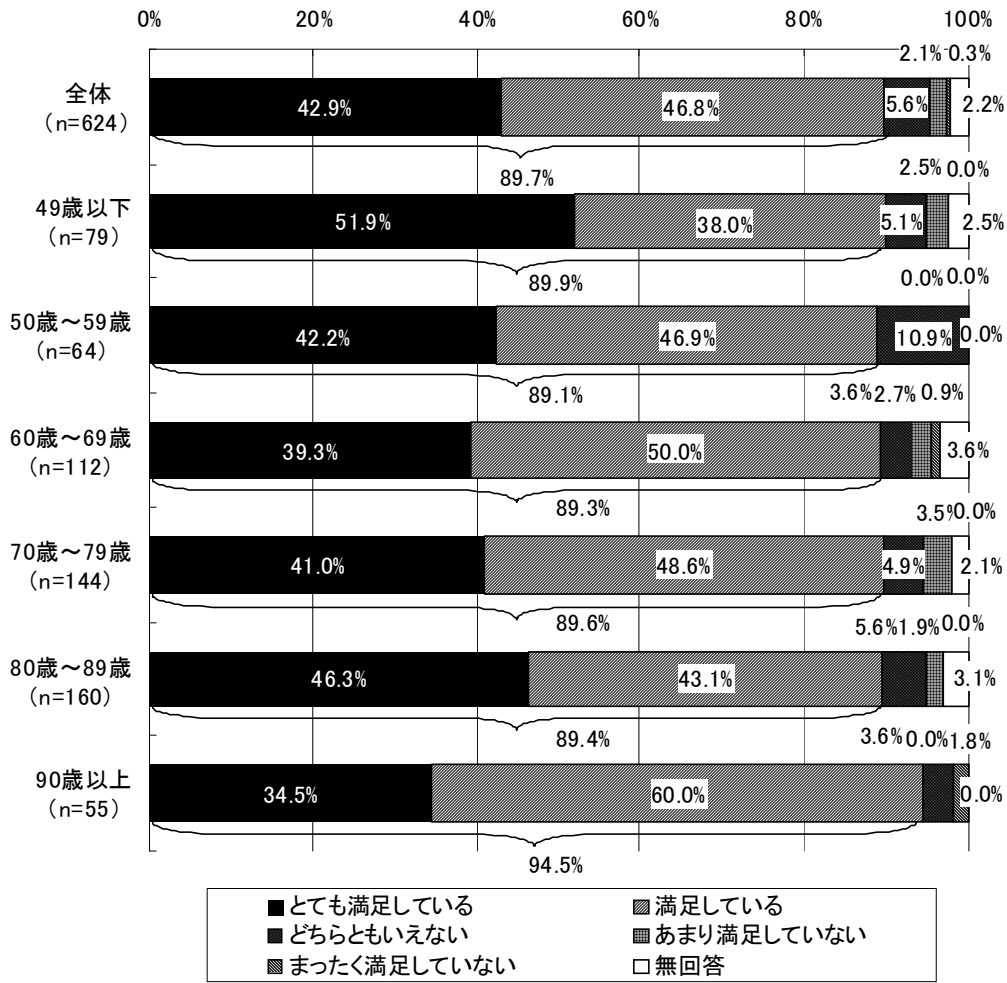


2) 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度

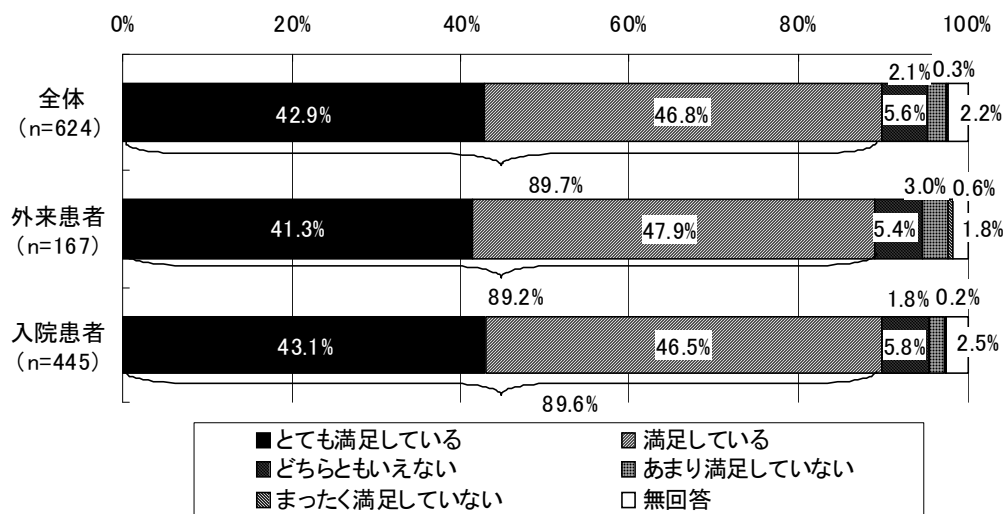
図表 143 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度 (男女別)



図表 144 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度（年齢階級別）



図表 145 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度（外来・入院別）



4. 入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「有床診療所入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関（有床診療所）の中から無作為抽出した 1,000 施設

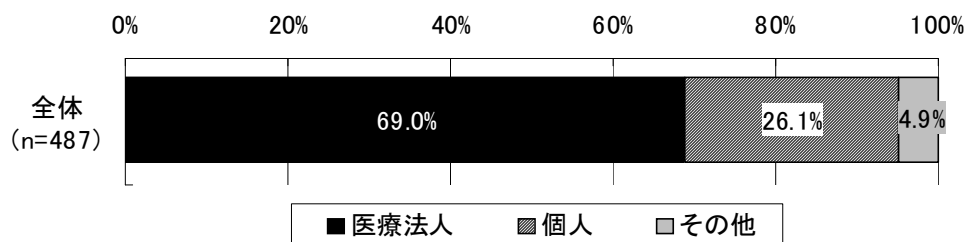
回答数：487 施設

回答者：管理者

(1) 施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

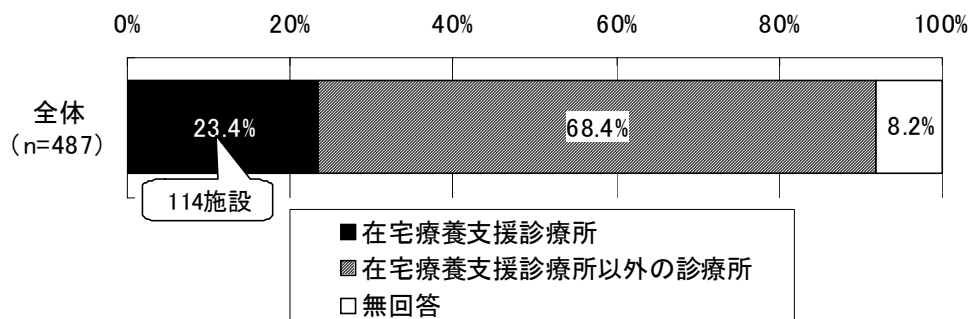
①開設者

図表 146 開設者



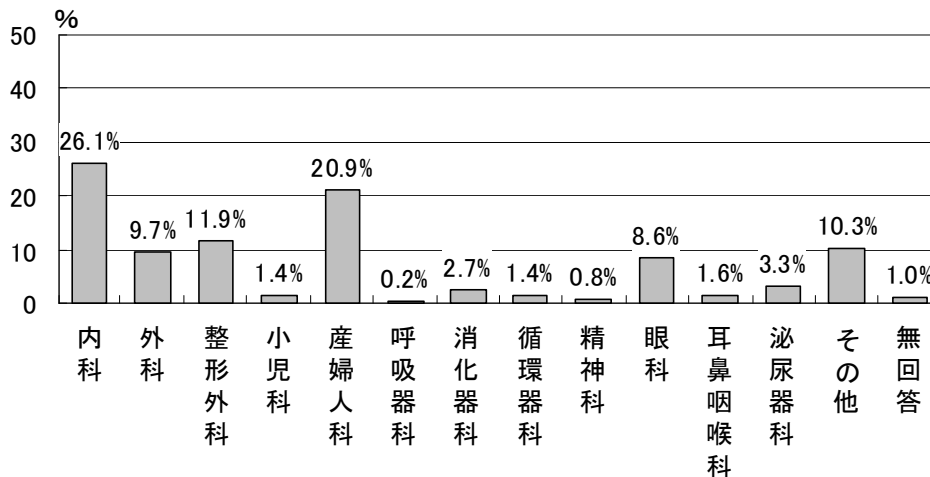
②在宅療養支援診療所

図表 147 在宅療養支援診療所の状況



③主たる診療科

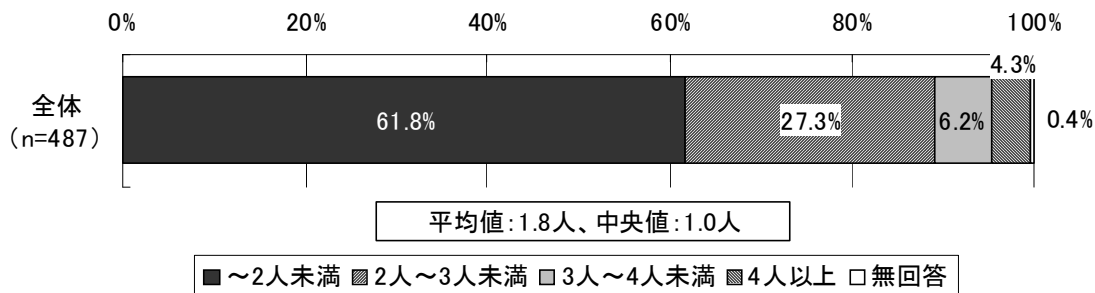
図表 148 主たる診療科 (n=487、単数回答)



④職員数

1) 医師数

図表 149 医師数 (常勤換算)

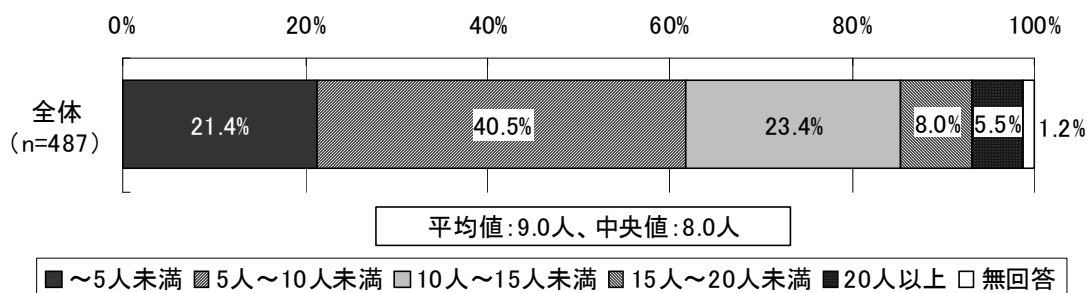


(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした(以下、同様である)。

- ・ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2) 看護職員数

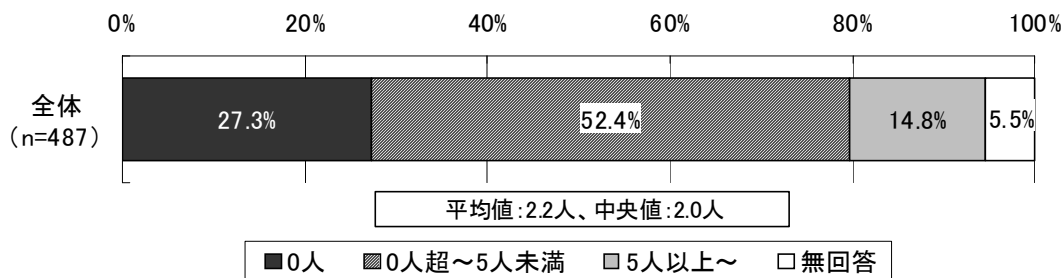
図表 150 看護職員数（常勤換算）



(注) 看護職員数には准看護師が含まれる。

3) 看護補助者数

図表 151 看護補助者数（常勤換算）



⑤病床数

図表 152 1施設あたり病床数（n=484）

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	12.6	6.3	14.0
療養病床	1.7	4.2	0.0
（うち）介護療養病床	0.6	2.4	0.0
合計	14.4	5.8	18.0

図表 153 1施設あたり一般病床数（一般病床がある施設）

（単位：床）

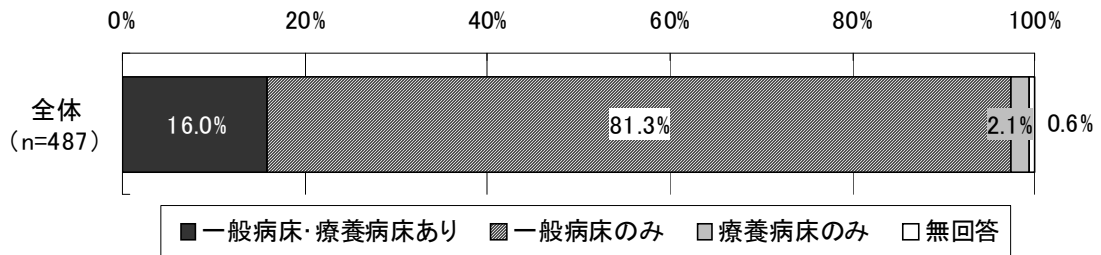
平均値	標準偏差	中央値
12.9	6.1	14.0

図表 154 1施設あたり療養病床数（療養病床がある施設）

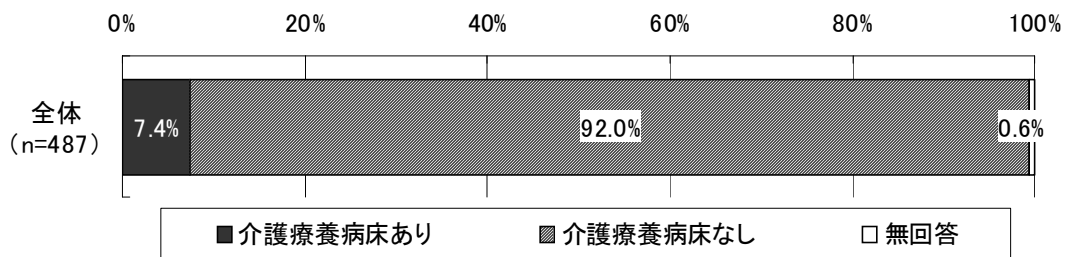
（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
療養病床	9.6	4.7	9.0
（うち）介護療養病床	3.6	4.8	0.0

図表 155 病床種類別施設割合



図表 156 介護療養病床の有無



⑥患者数

1) 1か月間の外来患者延べ人数

図表 157 1か月間の外来患者延べ人数（n=421）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
1,599.6	1,147.0	1,369.0

（注）平成24年9月1か月間の外来患者延べ人数（初診＋再診患者延べ人数）。

2) 1日あたり平均入院患者数

図表 158 1日あたり平均入院患者数 (n=470)

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
8.5	6.6	8.1

(注) 平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数 (初診+再診患者延べ人数)。

⑦算定件数

1) 一般病床における入院基本料の算定件数等

図表 159 一般病床における入院基本料の算定件数等

	該当施設数 (件)	一般病床 総数 (床)	1施設あたり算定件数(件)		
			平均値	標準偏差	中央値
一般病床がある施設	474	6,106	57.7	120.1	18.0
有床診療所入院基本料 1	256	4,070	84.0	142.4	26.0
有床診療所入院基本料 2	99	1,114	24.5	71.0	10.0
有床診療所入院基本料 3	71	450	9.3	15.4	3.0
一般病床であるが、患者の 状態により「有床診療所療 養病床入院基本料」を算定	2	10	1.0	0.0	1.0

(注)・「該当施設数」は各項目に該当する施設、各入院基本料算定施設数。

・「一般病床総数」は該当施設における一般病床数の総計。

・「1施設あたり算定件数」は、当該入院基本料に関する1施設あたりの算定件数(平成24年9月1か月間)の平均値等。

2) 療養病床における入院基本料の算定件数等

図表 160 療養病床における入院基本料の算定件数等

	該当施設数 (件)	療養病床 総数 (床)	1施設あたり算定件数(件)		
			平均値	標準偏差	中央値
療養病床がある施設	88	842	9.0	32.8	2.0
有床診療所療養病床 入院基本料	69	674	9.0	32.8	2.0
療養病床であるが、患者の 状態により「有床診療所入 院基本料」を算定	7	92	2.3	1.1	2.0

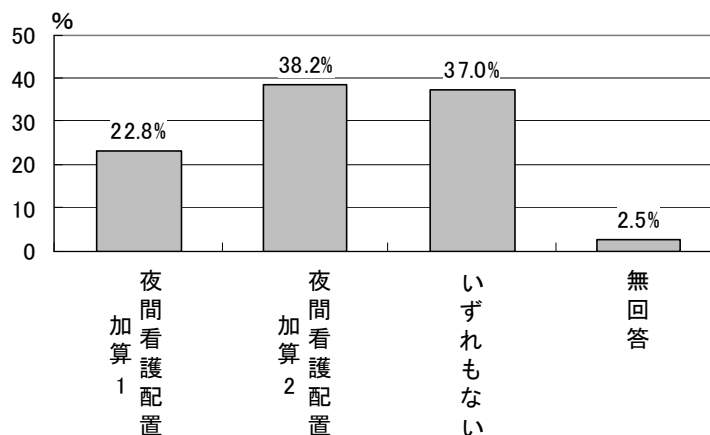
(注)・「該当施設数」は各項目に該当する施設、各入院基本料算定施設数。

・「療養病床総数」は該当施設における療養病床数の総計。

・「1施設あたり算定件数」は、当該入院基本料に関する1施設あたりの算定件数(平成24年9月1か月間)の平均値等。

⑧夜間看護配置加算の施設基準の届出状況

図表 161 夜間看護配置加算の施設基準の届出状況（複数回答、n=487）



図表 162 夜間看護配置加算の施設基準の届出状況（主たる診療科別、複数回答）

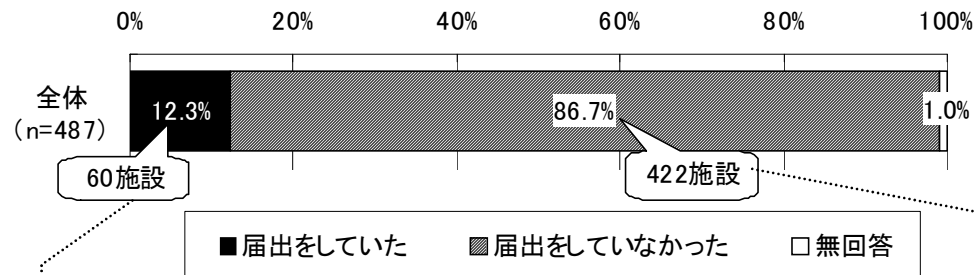
（単位：上段 件、下段 %）

	総数	夜間看護配置加算 1	夜間看護配置加算 2	いずれもない	無回答
全体	487 100.0	111 22.8	186 38.2	180 37.0	12 2.5
内科	127 100.0	24 18.9	54 42.5	46 36.2	3 2.4
外科	47 100.0	4 8.5	29 61.7	13 27.7	1 2.1
整形外科	58 100.0	5 8.6	31 53.4	20 34.5	2 3.4
小児科	7 100.0	1 14.3	3 42.9	3 42.9	0 0.0
産婦人科	102 100.0	47 46.1	22 21.6	30 29.4	3 2.9
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	2 15.4	7 53.8	4 30.8	0 0.0
循環器科	7 100.0	4 57.1	3 42.9	0 0.0	0 0.0
精神科	4 100.0	1 25.0	1 25.0	2 50.0	0 0.0
眼科	42 100.0	2 4.8	4 9.5	35 83.3	1 2.4
耳鼻咽喉科	8 100.0	1 12.5	1 12.5	6 75.0	0 0.0
泌尿器科	16 100.0	3 18.8	9 56.3	5 31.3	0 0.0
その他	50 100.0	17 34.0	19 38.0	13 26.0	2 4.0

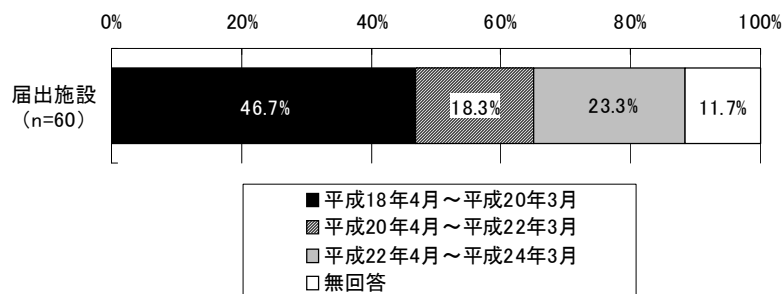
(2) 栄養管理体制の状況

①平成24年3月31日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況

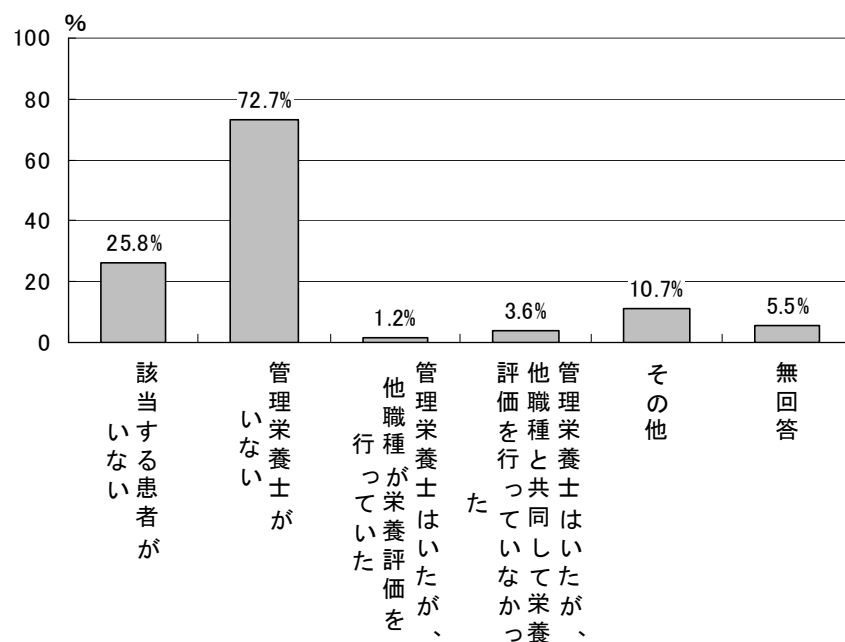
図表 163 平成24年3月31日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況



図表 164 「栄養管理実施加算」の届出施設における届出時期



図表 165 平成24年3月31日時点で「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった理由
(複数回答、n=422)



図表 166 平成 24 年 3 月 31 日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況
(主たる診療科別)

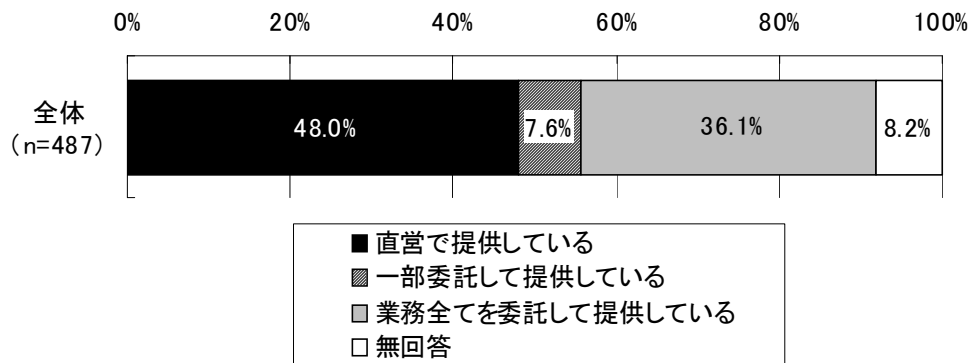
	総数	届出をしていた	届出をしていなかった	無回答
全体	487 100.0	60 12.3	422 86.7	5 1.0
内科	127 100.0	26 20.5	101 79.5	0 0.0
外科	47 100.0	9 19.1	37 78.7	1 2.1
整形外科	58 100.0	8 13.8	49 84.5	1 1.7
小児科	7 100.0	0 0.0	7 100.0	0 0.0
産婦人科	102 100.0	3 2.9	99 97.1	0 0.0
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	1 7.7	12 92.3	0 0.0
循環器科	7 100.0	0 0.0	7 100.0	0 0.0
精神科	4 100.0	1 25.0	3 75.0	0 0.0
眼科	42 100.0	1 2.4	40 95.2	1 2.4
耳鼻咽喉科	8 100.0	0 0.0	8 100.0	0 0.0
泌尿器科	16 100.0	2 12.5	14 87.5	0 0.0
その他	50 100.0	8 16.0	40 80.0	2 4.0

図表 167 平成 24 年 3 月 31 日時点で「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった理由（主たる診療科別、複数回答）

	総数	該当する患者 がいない	管理栄養士が いない	他職種が栄養 評価を行ってい た	他職種と共同し て栄養評価を行 っていなかった	その他	無回答
全体	422 100.0	109 25.8	307 72.7	5 1.2	15 3.6	45 10.7	23 5.5
内科	101 100.0	20 19.8	67 66.3	2 2.0	2 2.0	17 16.8	9 8.9
外科	37 100.0	5 13.5	28 75.7	0 0.0	3 8.1	4 10.8	0 0.0
整形外科	49 100.0	10 20.4	42 85.7	0 0.0	1 2.0	2 4.1	1 2.0
小児科	7 100.0	4 57.1	4 57.1	0 0.0	0 0.0	2 28.6	0 0.0
産婦人科	99 100.0	35 35.4	70 70.7	1 1.0	3 3.0	11 11.1	6 6.1
呼吸器科	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
消化器科	12 100.0	2 16.7	10 83.3	0 0.0	0 0.0	1 8.3	1 8.3
循環器科	7 100.0	0 0.0	5 71.4	0 0.0	1 14.3	1 14.3	0 0.0
精神科	3 100.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0
眼科	40 100.0	14 35.0	35 87.5	1 2.5	1 2.5	1 2.5	0 0.0
耳鼻咽喉科	8 100.0	6 75.0	6 75.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
泌尿器科	14 100.0	3 21.4	9 64.3	1 7.1	2 14.3	0 0.0	0 0.0
その他	40 100.0	9 22.5	26 65.0	0 0.0	1 2.5	5 12.5	6 15.0

②施設における食事の提供状況

図表 168 施設における食事の提供状況



③管理栄養士数・栄養士数

図表 169 管理栄養士数・栄養士数 (1施設あたり、実人数、n=432)

(単位：人)

		平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
常勤	①管理栄養士数	0.2	0.5	0.0	0.2	0.5	0.0
	②①のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数	0.2	0.4	0.0	0.2	0.4	0.0
	③栄養士数	0.3	0.6	0.0	0.3	0.5	0.0
非常勤	①管理栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.4	0.0
	②①のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.0
	③栄養士数	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の管理栄養士数、栄養士数について記載のあった 432 施設を集計対象とした。

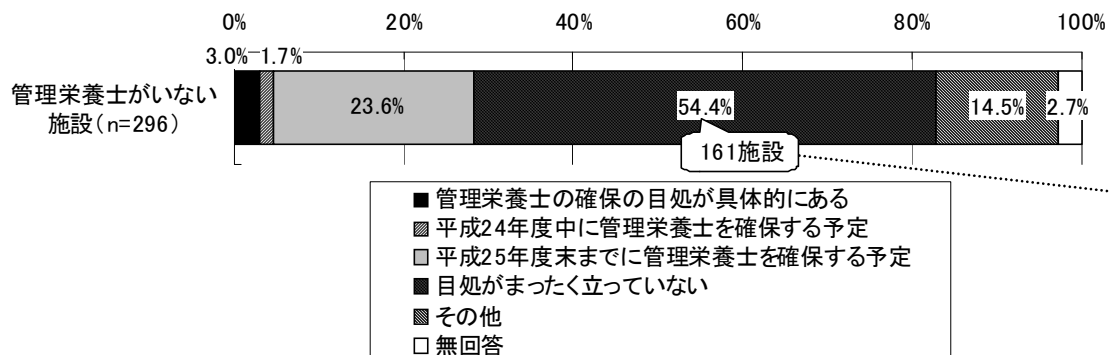
図表 170 管理栄養士の有無別施設数・割合

(平成 24 年 3 月 31 日時点の「栄養管理実施加算」の届出を行っていない施設)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
全体	422	100.0	422	100.0
常勤の管理栄養士がいる施設	29	6.9	37	8.8
常勤はいないが非常勤の管理栄養士がいる施設	30	7.1	44	10.4
常勤・非常勤ともに管理栄養士がいない施設	311	73.7	289	68.5
無回答	52	12.3	52	12.3

④管理栄養士の確保の状況

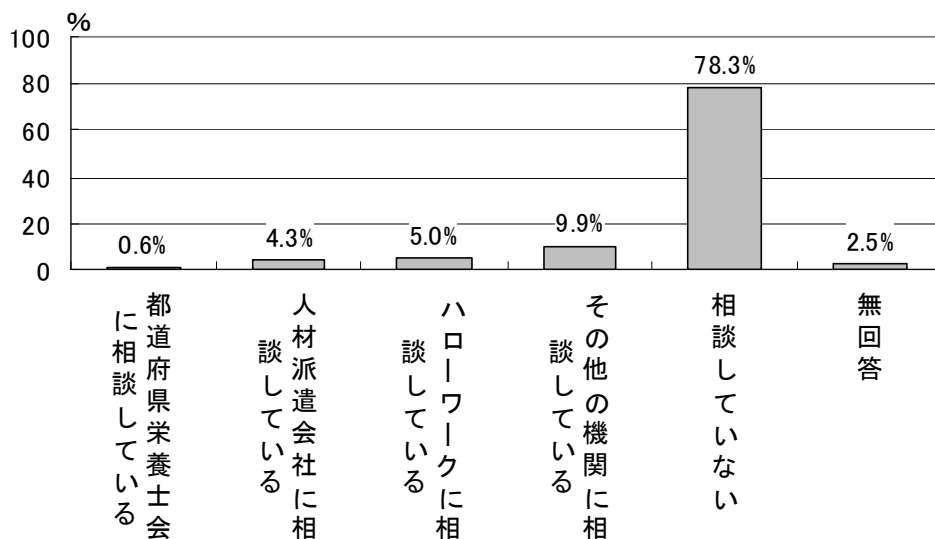
図表 171 管理栄養士の確保の状況（管理栄養士がいない施設）



(注)・平成24年9月現在、管理栄養士がいない施設を集計対象とした。

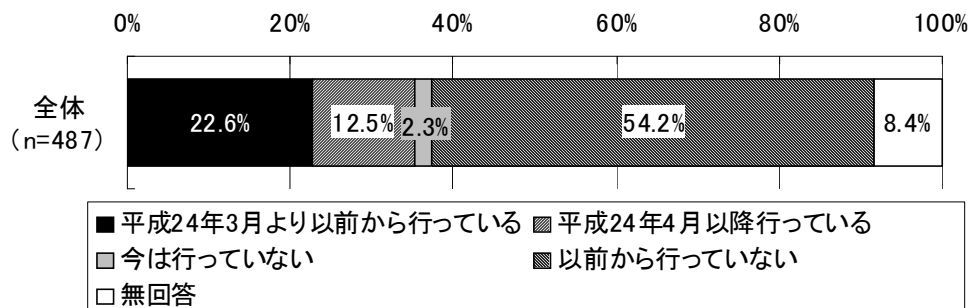
・「管理栄養士の確保の目処が具体的にある」と回答した9施設を対象に確保時期を尋ねた結果、「平成24年11月」が1施設、「平成25年3月」が1施設、「平成25年4月」が5施設、「平成26年3月」が2施設であった。

図表 172 管理栄養士確保のための相談（「管理栄養士の確保の目処がまったく立っていない」と回答した施設、複数回答、n=161）



⑤栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況

図表 173 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況

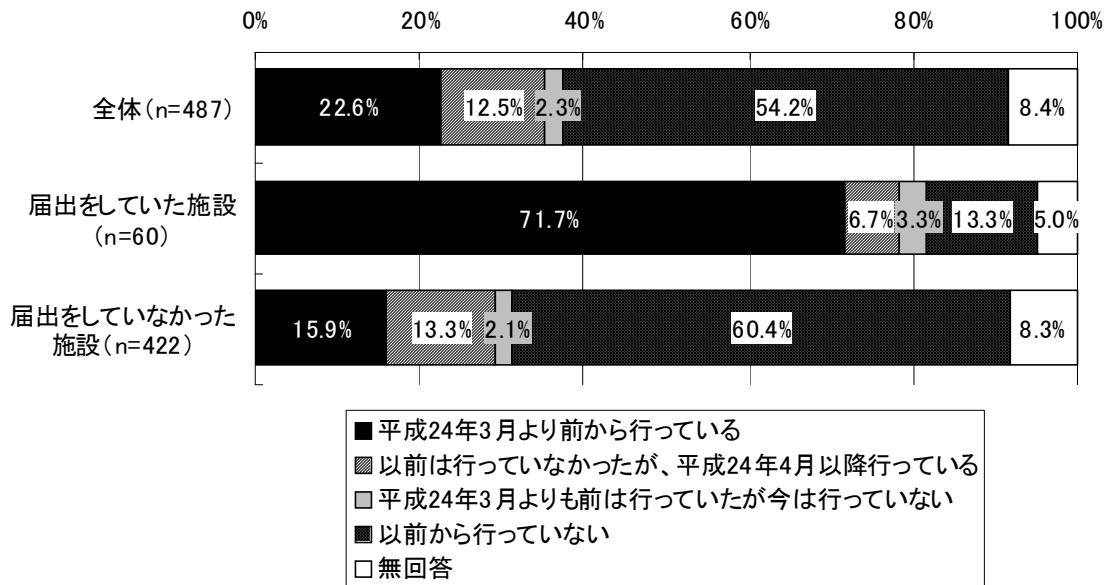


図表 174 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況（主たる診療科別）

(単位：上段 件、下段 %)

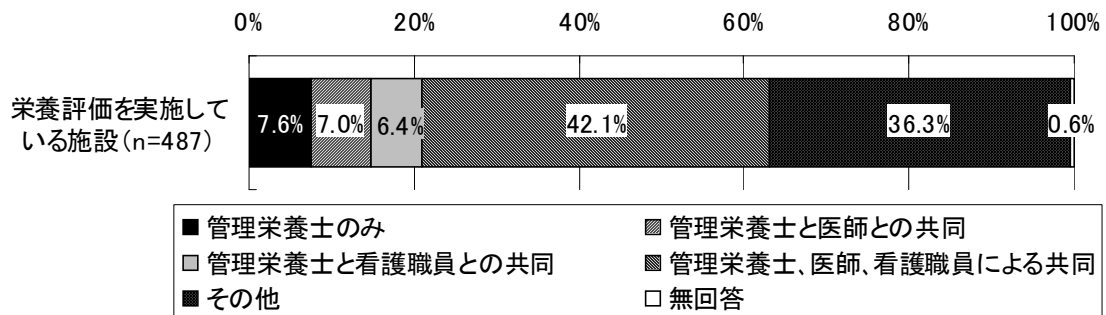
	総数	平成 24 年 3 月より以 前から行 っている	平成 24 年 4 月以降 行っている	今は行っ ていない	以前から 行ってい ない	無回答
全体	487 100.0	110 22.6	61 12.5	11 2.3	264 54.2	41 8.4
内科	127 100.0	40 31.5	20 15.7	3 2.4	56 44.1	8 6.3
外科	47 100.0	20 42.6	6 12.8	3 6.4	16 34.0	2 4.3
整形外科	58 100.0	11 19.0	11 19.0	1 1.7	30 51.7	5 8.6
小児科	7 100.0	1 14.3	0 0.0	0 0.0	6 85.7	0 0.0
産婦人科	102 100.0	13 12.7	7 6.9	0 0.0	70 68.6	12 11.8
呼吸器科	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
消化器科	13 100.0	2 15.4	3 23.1	0 0.0	8 61.5	0 0.0
循環器科	7 100.0	2 28.6	2 28.6	0 0.0	2 28.6	1 14.3
精神科	4 100.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	1 25.0
眼科	42 100.0	1 2.4	2 4.8	1 2.4	35 83.3	3 7.1
耳鼻咽喉科	8 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 87.5	1 12.5
泌尿器科	16 100.0	3 18.8	3 18.8	0 0.0	8 50.0	2 12.5
その他	50 100.0	13 26.0	5 10.0	3 6.0	23 46.0	6 12.0

図表 175 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況
(栄養管理実施加算の施設基準届出の有無別)



(注) 栄養管理実施加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「栄養管理実施加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 176 患者の栄養評価の実施者



⑥患者の栄養管理を行う上での課題

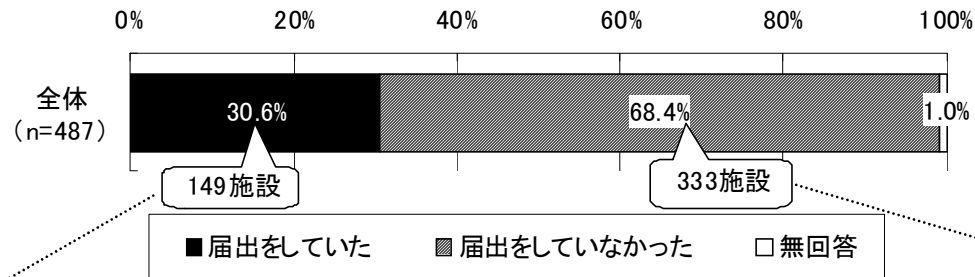
図表 177 患者の栄養管理を行う上での課題（自由記述形式）

- 管理栄養士の確保
 - ・管理栄養士を確保すること／管理栄養士がいない。
 - ・管理栄養士の人件費を賄えない。／等
- 栄養管理の必要性がない
 - ・入院患者は整形外科的疾患の患者がほとんどで、内科的疾患（糖尿病、高血圧症等）についての食事献立をそれ程重視しなくてよいので、栄養士でよいのではないか。診療科による考慮をして頂きたい。
 - ・1泊入院なのでほとんど必要ない／日帰り手術のみであり、食事を出さない／入院患者がいない。
 - ・正常分娩の人だけなので、栄養管理が必要な人が少ない。
 - ・眼科手術の入院患者であり、栄養管理の必要がない。
 - ・栄養管理を要する患者は二次病院に紹介する。／等
- 多職種との連携
 - ・看護師、栄養士、医師の情報を共有。
 - ・看護師と栄養士の連携と報告の徹底。
 - ・多職種での連携がうまくとれないことがある。／等
- 栄養管理内容面の課題
 - ・糖尿病、高脂血症、高血圧症、肥満の栄養管理に課題。
 - ・嚥下困難者への給食のあり方。
 - ・嚥下困難な認知症の方の摂食介助。
 - ・嚥下困難者、意思疎通困難な患者に対する栄養改善に苦慮している。
 - ・腎臓病食は食事制限が多く指導が難しい。低タンパク特殊食品は経済的負担が大きいため患者さんに勧めるのが難しい場合もある。
 - ・塩分や必要カロリーの判断。
 - ・栄養バランスを保持しつつも、子どもの嗜好に合わせる事が難しい。
 - ・母乳栄養を考慮した食事を心がける。／等
- その他
 - ・眼科術後の2泊3日までの入院しか受け入れていないので、栄養面よりも、老人で治療の悪い方にどうやって食事してもらえるかが課題。
 - ・看護職員がもっと栄養管理の理解が必要。／等

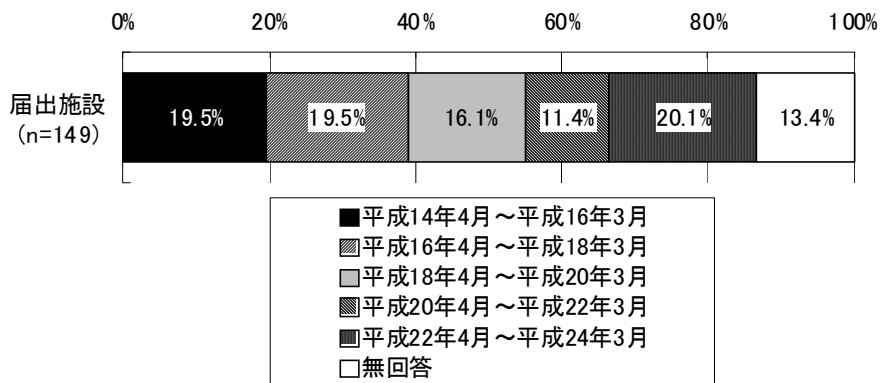
(3) 褥瘡対策の実施状況等

①平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況

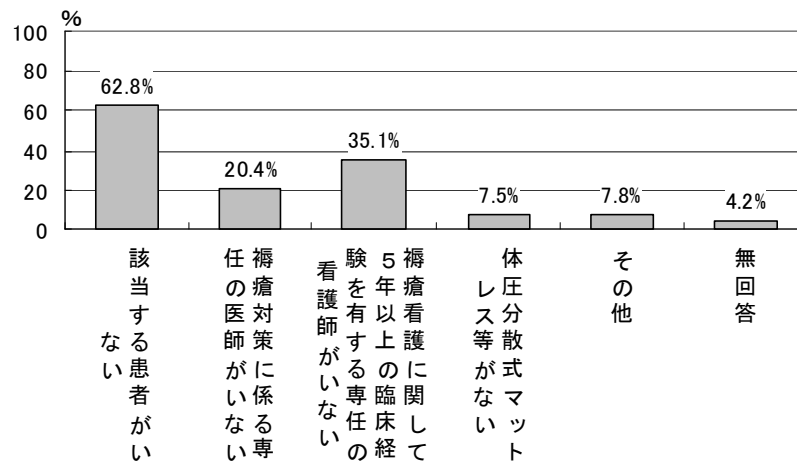
図表 178 平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況



図表 179 「褥瘡患者管理加算」の届出施設における届出時期

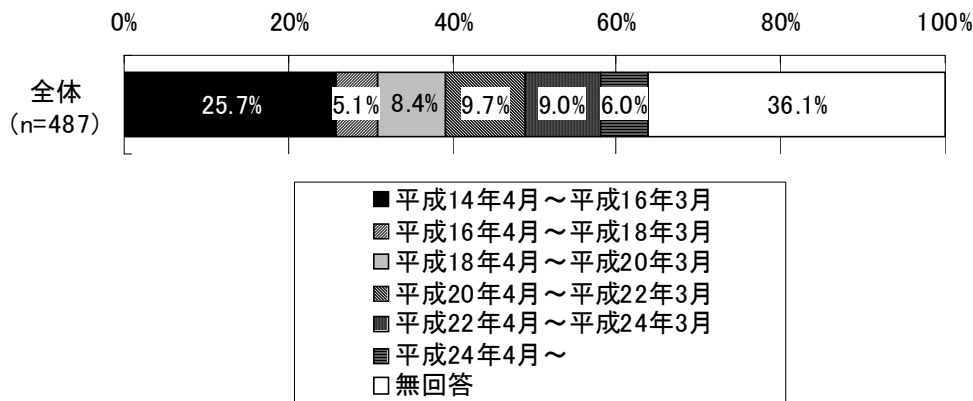


図表 180 平成24年3月31日時点で「褥瘡患者管理加算」の届出をしていなかった理由 (複数回答、n=333)



②褥瘡対策チームの設置時期

図表 181 褥瘡対策チームの設置時期



③褥瘡対策チームの職種別人数

図表 182 褥瘡対策チームの職種別人数（実人数、褥瘡患者管理加算の届出の有無別）

(単位：人)

	全体 (n=346)			届出をしていた施設 (n=144)			届出をしていなかった施設 (n=200)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①医師	1.1	0.4	1.0	1.1	0.4	1.0	1.0	0.3	1.0
②看護師	1.5	1.7	1.0	1.8	1.9	1.0	1.3	1.5	1.0
③②のうち皮膚・排泄ケア認定看護師	0.0	0.3	0.0	0.1	0.5	0.0	0.0	0.1	0.0
④准看護師	1.6	2.1	1.0	1.7	2.1	1.0	1.6	2.1	1.0
⑤その他	0.6	1.3	0.0	0.6	1.4	0.0	0.6	1.3	0.0

(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

④褥瘡対策チームによるカンファレンス

図表 183 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催回数

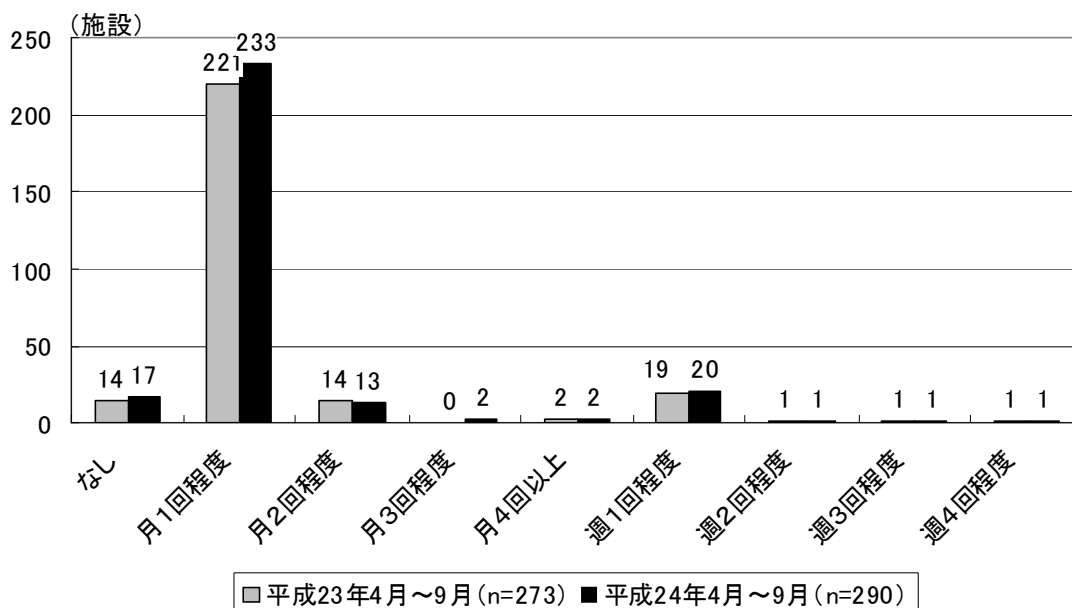
(カンファレンス実績のある施設のみ、褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

		実績のある施設数	月あたりカンファレンス回数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成23年4月～9月	259	1.42	1.48	1
	平成24年4月～9月	273	1.41	1.46	1
届出をしていた施設	平成23年4月～9月	119	1.62	1.91	1
	平成24年4月～9月	113	1.64	1.95	1
届出をしていなかった施設	平成23年4月～9月	138	1.24	0.95	1
	平成24年4月～9月	158	1.25	0.96	1

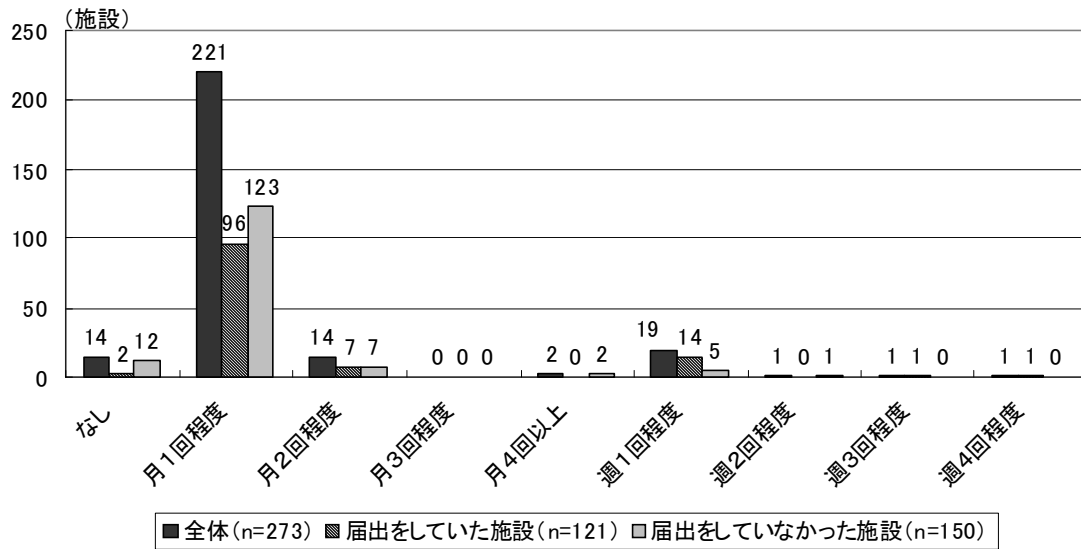
(注)・褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行ってなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

・「月あたりカンファレンス回数」は、1月あたり4週として、例えば、「週1回」は「月4回」などと「週単位」での回答を月ベースに換算した数値である。

図表 184 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数

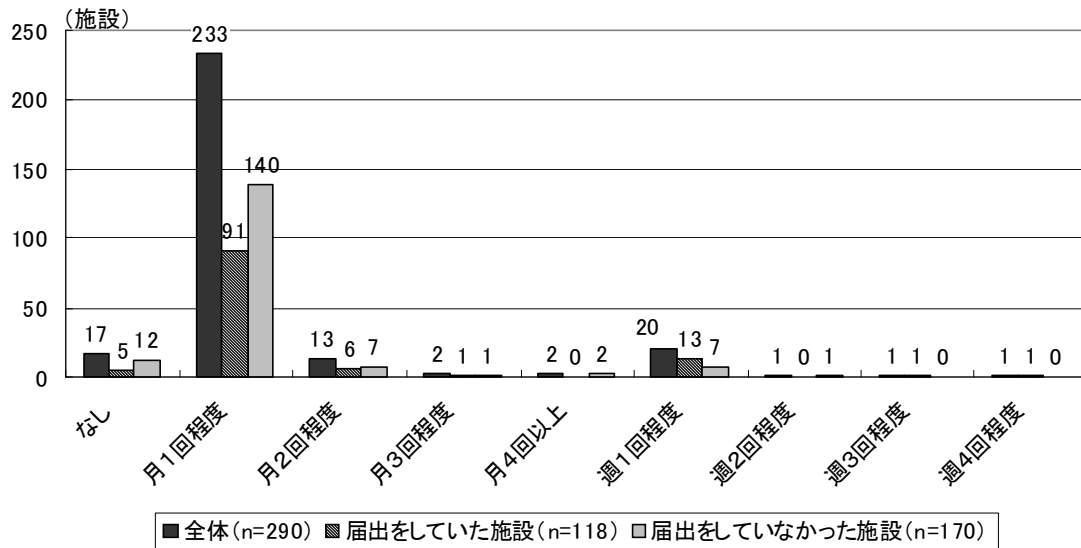


図表 185 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 23 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 186 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 24 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診

図表 187 褥瘡対策チームによる褥瘡回診

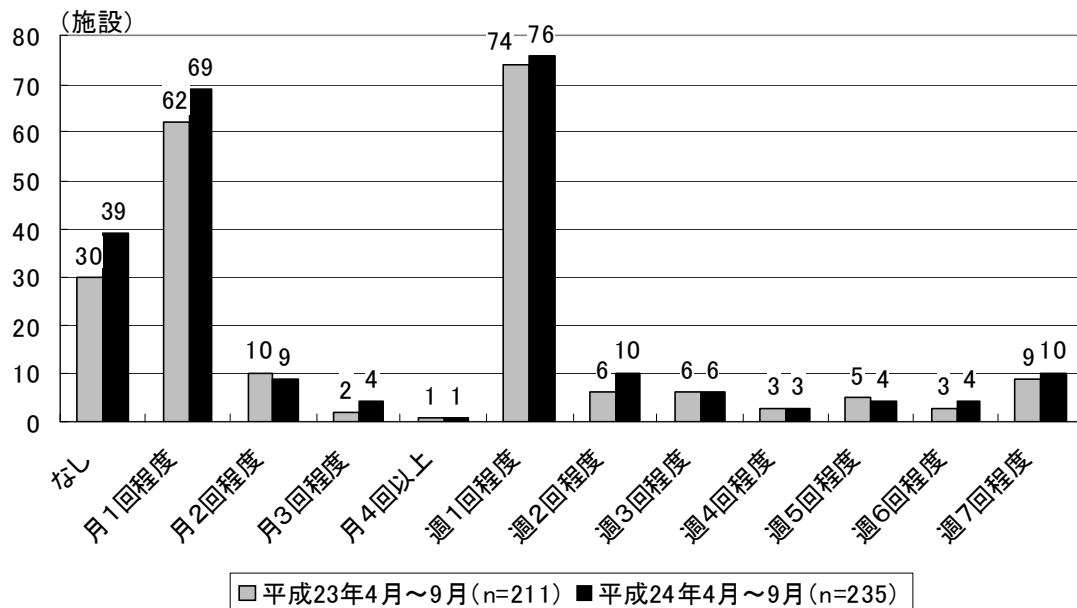
(褥瘡回診実績のある施設のみ、褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

		実績のある施設数	月あたり褥瘡回診数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成23年4月～9月	181	5.40	7.00	4
	平成24年4月～9月	196	5.40	7.03	4
届出をしていた施設	平成23年4月～9月	87	5.83	7.45	4
	平成24年4月～9月	90	6.59	8.29	4
届出をしていなかった施設	平成23年4月～9月	93	5.05	6.61	4
	平成24年4月～9月	105	4.42	5.61	4

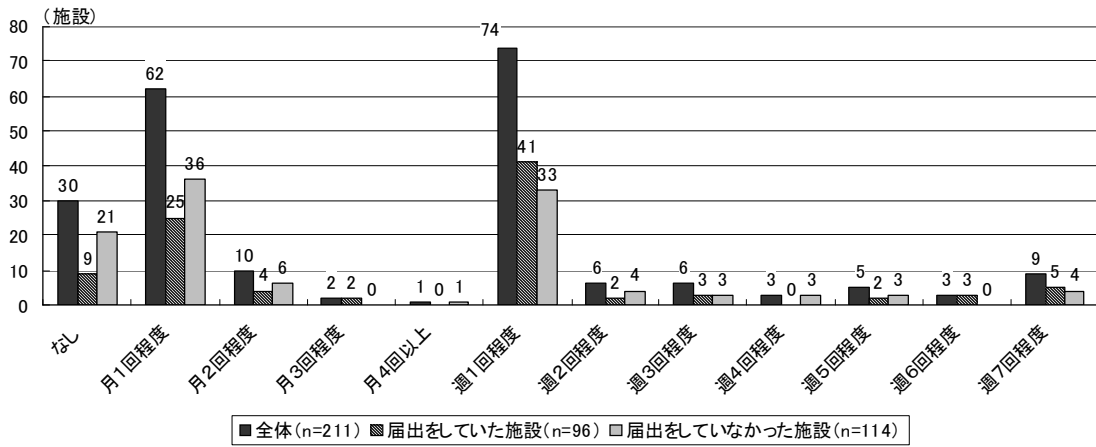
(注)・褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

・「月あたり褥瘡回診数」は、1月あたり4週として、例えば、「週1回」は「月4回」などと「週単位」による回答を月ベースに換算した数値である。

図表 188 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数

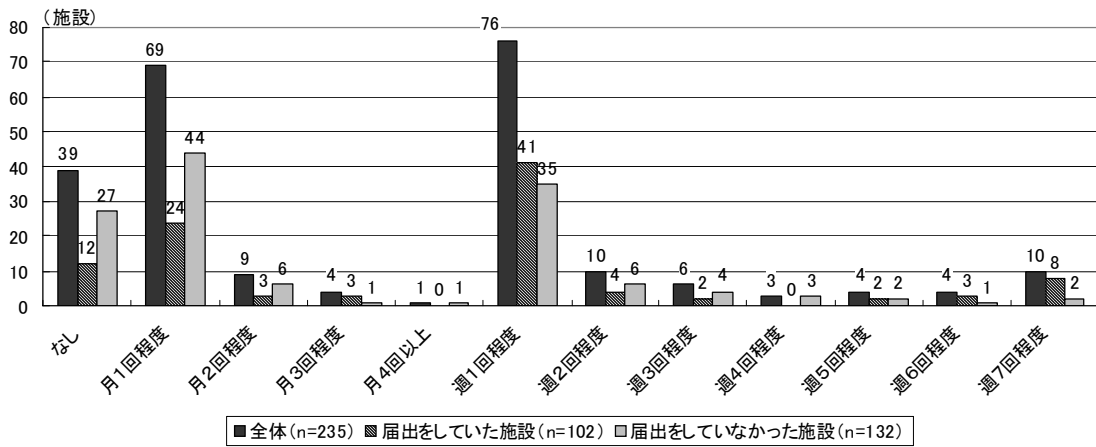


図表 189 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 23 年 4 月～9 月)



(注) 褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

図表 190 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、平成 24 年 4 月～9 月)



図表 191 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数

(褥瘡回診実績のある施設のみ、主たる診療科別)

		施設数	なし	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回以上	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回程度	週6回程度	週7回程度
全体	H23	211	30	62	10	2	1	74	6	6	3	5	3	9
	H24	235	39	69	9	4	1	76	10	6	3	4	4	10
内科	H23	74	4	21	5	0	0	31	5	2	0	1	1	4
	H24	78	5	21	5	0	0	31	8	2	0	1	1	4
外科	H23	21	2	5	1	0	0	10	0	1	1	0	1	0
	H24	23	3	6	1	0	0	10	0	1	1	0	1	0
整形外科	H23	28	1	10	1	0	0	11	0	2	1	2	0	0
	H24	30	2	11	1	0	0	11	0	1	1	1	1	1
小児科	H23	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	H23	22	11	6	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0
	H24	30	13	10	0	1	0	4	0	0	0	0	1	1
呼吸器科	H23	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器科	H23	5	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	H24	4	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
循環器科	H23	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	H24	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
精神科	H23	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	H24	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
眼科	H23	12	6	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	H24	17	9	4	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0
耳鼻咽喉科	H23	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H24	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	H23	7	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
	H24	9	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
その他	H23	29	2	9	1	1	0	10	1	1	1	1	0	2
	H24	29	2	9	1	2	0	10	1	1	1	1	0	1

(注) 図表中の「H23」は平成23年4月～9月、「H24」は平成24年4月～9月を指す。

⑥褥瘡保有者数等

図表 192 褥瘡保有者数等

(単位：人)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクアセスメント実施数	平均値	2.9	3.0
	標準偏差	7.3	7.9
	合計値	876.0	901.0
	中央値	0.0	0.0
②褥瘡ハイリスク患者特定数	平均値	0.9	0.8
	標準偏差	2.7	2.7
	合計値	268.0	247.0
	中央値	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6
	標準偏差	1.4	1.4
	合計値	160.0	166.0
	中央値	0.0	0.0
④上記③のうち、院内発生の褥瘡を有する患者数	平均値	0.3	0.2
	標準偏差	0.9	0.7
	合計値	79.0	70.0
	中央値	0.0	0.0
⑤上記③のうち、真皮を越える褥瘡を有する患者数	平均値	0.2	0.2
	標準偏差	0.6	0.6
	合計値	60.0	58.0
	中央値	0.0	0.0
⑥上記⑤のうち、院内発生の患者数	平均値	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4
	合計値	41.0	35.0
	中央値	0.0	0.0
⑦褥瘡リスクアセスメント実施対象者に占める褥瘡ハイリスク患者特定率(②/①)		30.6%	27.4%
⑧褥瘡ハイリスク患者特定数に対する褥瘡保有者数の割合(③/②)		59.7%	67.2%
⑨褥瘡保有者に占める院内発生の褥瘡保有者の割合(④/③)		49.4%	42.2%
⑩褥瘡保有者に占める真皮を越える褥瘡保有者率(⑤/③)		37.5%	34.9%
⑪真皮を越える褥瘡保有者における院内発生の患者の割合(⑥/⑤)		68.3%	60.3%

(注) すべての項目に記載のあった 298 施設を集計対象とした。

図表 193 褥瘡保有者数等（褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別）

		合計 (n=298)		届出をしていた施設 (n=107)		届出をしていなかった施設 (n=189)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクアセスメント実施数	平均値	2.9	3.0	4.9	5.1	1.7	1.6
	標準偏差	7.3	7.9	9.9	10.8	4.4	4.3
	合計値	876.0	901.0	525.0	547.0	316.0	306.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②褥瘡ハイリスク患者特定数	平均値	0.9	0.8	1.4	1.2	0.7	0.6
	標準偏差	2.7	2.7	3.0	2.8	2.5	2.6
	合計値	268.0	247.0	145.0	130.0	123.0	117.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6	0.8	0.8	0.4	0.4
	標準偏差	1.4	1.4	1.5	1.7	1.3	1.2
	合計値	160.0	166.0	84.0	90.0	76.0	76.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
④上記③のうち、院内発生の褥瘡を有する患者数	平均値	0.3	0.2	0.5	0.4	0.2	0.2
	標準偏差	0.9	0.7	1.1	0.9	0.8	0.6
	合計値	79.0	70.0	50.0	39.0	29.0	31.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記③のうち、真皮を越える褥瘡を有する患者数	平均値	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
	標準偏差	0.6	0.6	0.6	0.8	0.5	0.6
	合計値	60.0	58.0	30.0	28.0	30.0	30.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑥上記⑤のうち、院内発生の患者数	平均値	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4	0.6	0.6	0.4	0.3
	合計値	41.0	35.0	25.0	20.0	16.0	15.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②／① 褥瘡ハイリスク患者特定率		30.6%	27.4%	27.6%	23.8%	38.9%	38.2%
③／② 褥瘡保有率		59.7%	67.2%	57.9%	69.2%	61.8%	65.0%
④／③ 院内発生褥瘡保有者率		49.4%	42.2%	59.5%	43.3%	38.2%	40.8%
⑤／③ 真皮を越える褥瘡保有者率		37.5%	34.9%	35.7%	31.1%	39.5%	39.5%
⑥／⑤ 院内発生の褥瘡を越える褥瘡保有者率		68.3%	60.3%	83.3%	71.4%	53.3%	50.0%

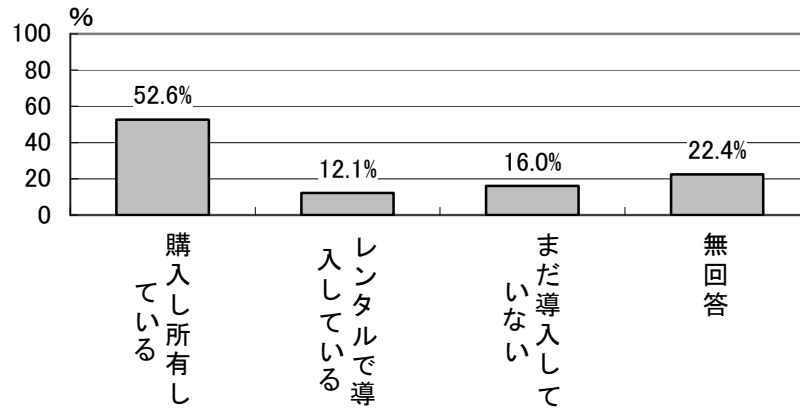
図表 194 褥瘡保有者数等（主たる診療科別）

（単位：人）

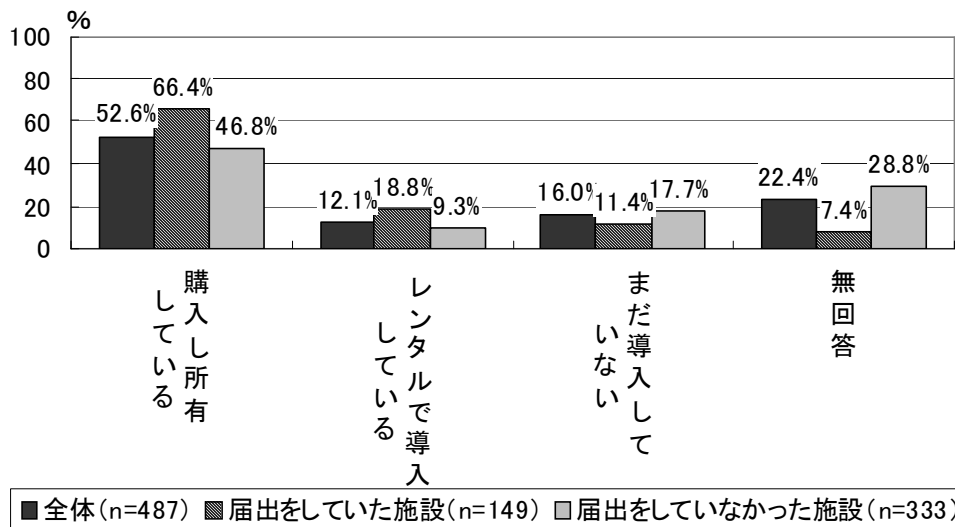
		全体(n=298)		内科(n=84)		外科(n=26)		整形外科(n=36)	
		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①褥瘡リスクア セスメント実施数	平均値	2.9	3.0	4.7	4.9	1.9	2.4	3.3	3.4
	標準偏差	7.3	7.9	8.8	9.9	4.3	4.2	8.7	8.5
	合計値	876.0	901.0	392.0	410.0	50.0	62.0	118.0	121.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②褥瘡ハイリス ク患者特定数	平均値	0.9	0.8	1.7	1.5	0.8	0.7	0.3	0.2
	標準偏差	2.7	2.7	3.8	3.8	1.7	1.4	1.2	1.0
	合計値	268.0	247.0	146.0	125.0	20.0	17.0	9.0	8.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
③褥瘡保有者数	平均値	0.5	0.6	1.1	1.0	0.8	0.7	0.2	0.1
	標準偏差	1.4	1.4	1.6	1.6	2.0	1.7	0.5	0.4
	合計値	160.0	166.0	91.0	82.0	20.0	18.0	6.0	5.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
④上記③のう ち、院内発生の 褥瘡を有する患 者数	平均値	0.3	0.2	0.5	0.5	0.3	0.1	0.1	0.1
	標準偏差	0.9	0.7	1.0	1.0	1.2	0.3	0.4	0.4
	合計値	79.0	70.0	43.0	39.0	8.0	3.0	4.0	3.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記③のう ち、真皮を越え る褥瘡を有する 患者数	平均値	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	1.0	0.4	0.4
	合計値	60.0	58.0	33.0	29.0	7.0	6.0	4.0	3.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑥上記⑤のう ち、院内発生の 患者数	平均値	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
	標準偏差	0.5	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	0.2	0.3
	合計値	41.0	35.0	23.0	14.0	5.0	4.0	2.0	2.0
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
②／① 褥瘡ハイリスク患者 特定率		30.6%	27.4%	37.2%	30.5%	40.0%	27.4%	7.6%	6.6%
③／② 褥瘡保有率		59.7%	67.2%	62.3%	65.6%	100.0%	105.9%	66.7%	62.5%
④／③ 院内発生褥瘡保有 者率		49.4%	42.2%	47.3%	47.6%	40.0%	16.7%	66.7%	60.0%
⑤／③ 真皮を越える褥瘡 保有者率		37.5%	34.9%	36.3%	35.4%	35.0%	33.3%	66.7%	60.0%
⑥／⑤ 院内発生の褥瘡を 越える褥瘡保有者率		68.3%	60.3%	69.7%	48.3%	71.4%	66.7%	50.0%	66.7%

⑦褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況

図表 195 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況（複数回答、n=487）



図表 196 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況
（褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、複数回答）



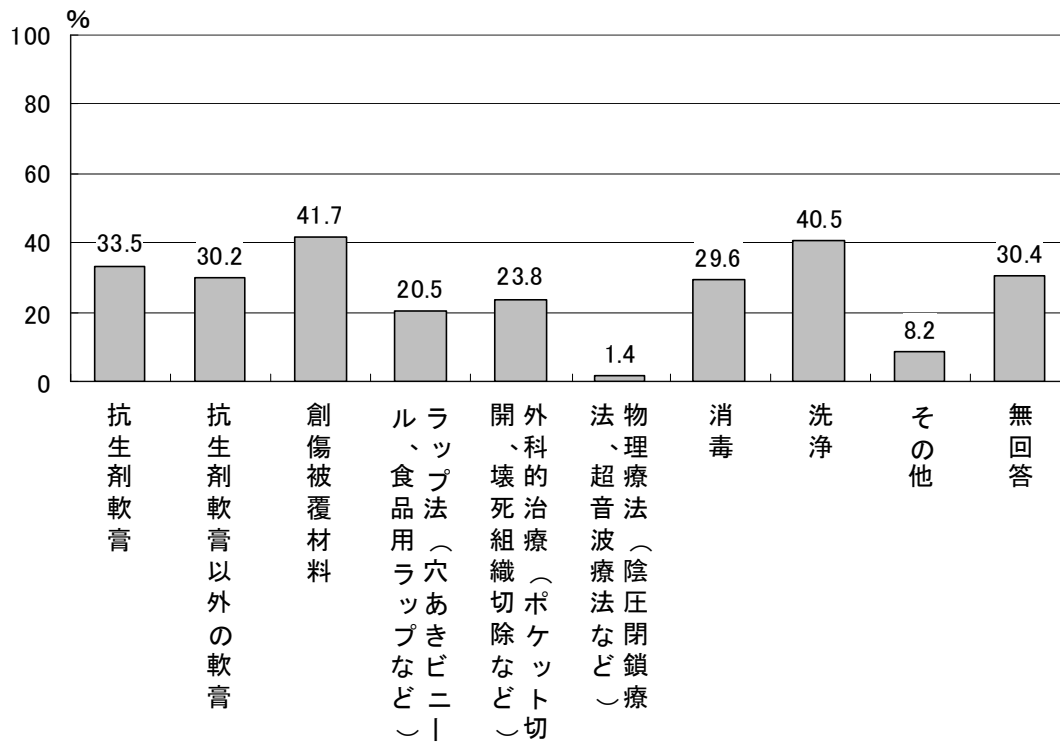
図表 197 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の種類別所有枚数
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別)

(単位：枚)

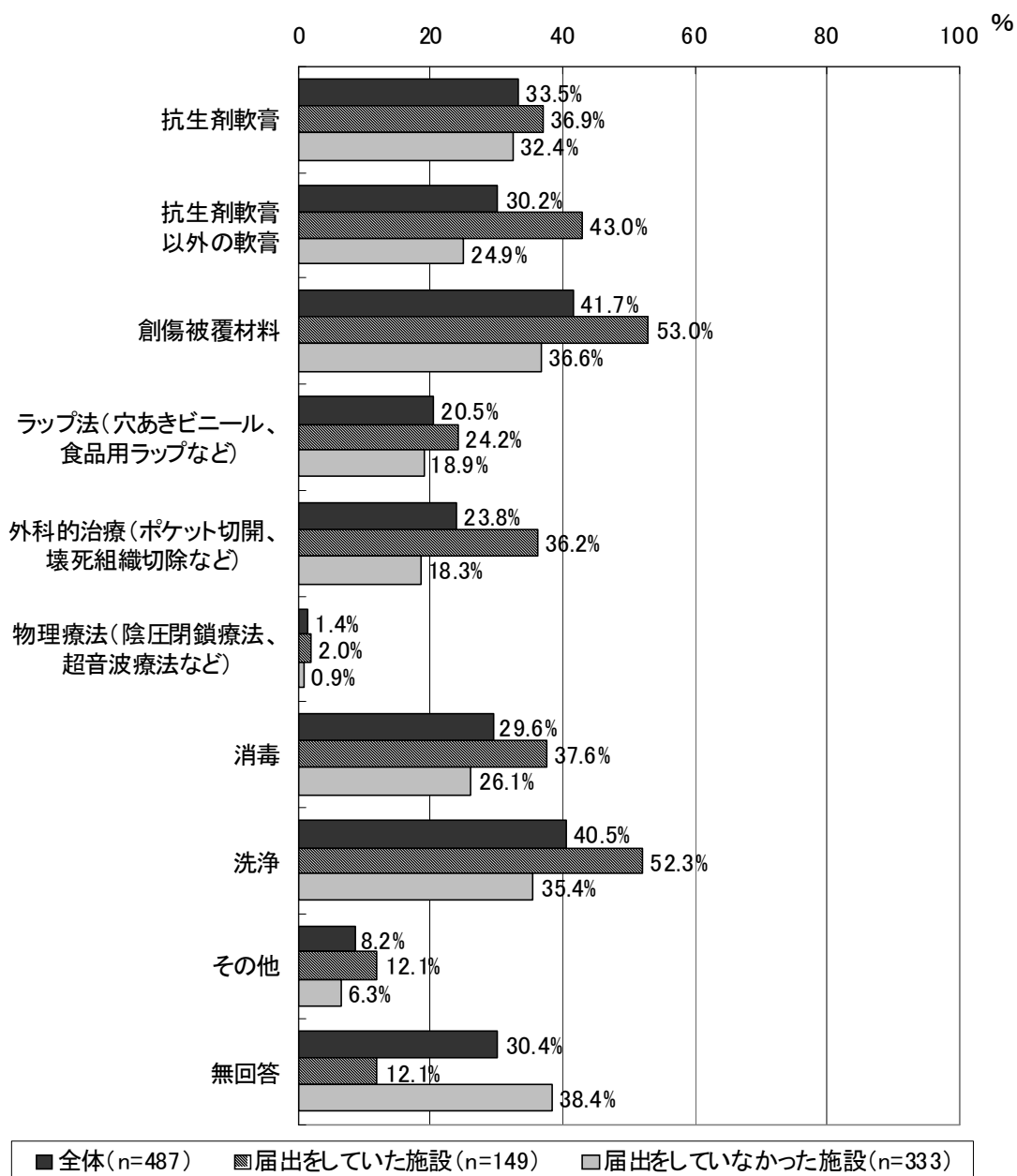
			全体 (n=284)	届出をして いた施設 (n=115)	届出をして いなかった 施設 (n=168)
平成 23 年 9 月	①圧切替型のアアマットレス	平均値	2.4	2.8	2.2
		標準偏差	3.5	3.5	3.5
		合計値	693.0	317.0	373.0
		中央値	1.0	1.0	1.0
	②ウレタンフォームマットレス	平均値	2.4	2.7	2.3
		標準偏差	5.6	6.0	5.3
		合計値	695.0	314.0	381.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
	③その他のマットレス	平均値	1.4	1.7	1.1
		標準偏差	3.8	4.2	3.4
		合計値	388.0	199.0	189.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
平成 24 年 9 月	①圧切替型のアアマットレス	平均値	2.6	2.8	2.4
		標準偏差	3.7	3.6	3.7
		合計値	727.0	323.0	401.0
		中央値	1.0	1.0	1.0
	②ウレタンフォームマットレス	平均値	2.5	2.9	2.3
		標準偏差	5.7	6.7	5.0
		合計値	717.0	335.0	382.0
		中央値	0.0	0.0	0.0
	③その他のマットレス	平均値	1.5	1.7	1.4
		標準偏差	3.9	4.2	3.7
		合計値	434.0	197.0	237.0
		中央値	0.0	0.0	0.0

⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法

図表 198 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法（複数回答、n=487）



図表 199 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法
 (褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無別、複数回答)



⑨褥瘡対策を行う上での課題

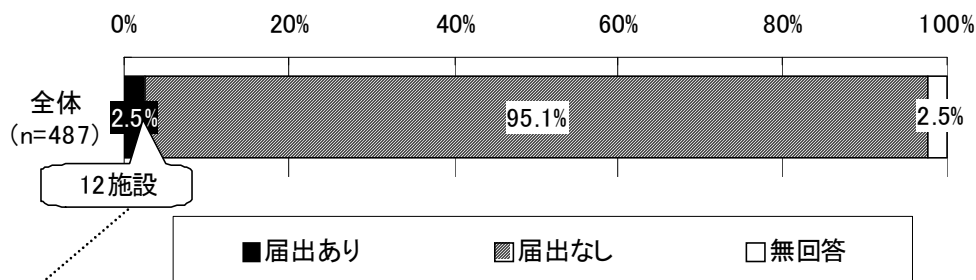
図表 200 褥瘡対策を行う上での課題（自由記述形式）

- ・エアマットの故障が多い。
- ・マットレスの種類が少なく選択の幅が狭い。
- ・体圧分散マットレスの適正運用の評価。
- ・褥瘡予防、悪化防止等に使用する姿勢保持のためのクッションを必要数整備できていない。
- ・持続硬膜外麻酔法を受けた患者の詳細な皮膚の観察。発生の原因を個別に評価し、効果的な予防対策を見つける。褥瘡予防対策の知識、技術の標準的な水準を高める。
- ・早期発見に努める上で発赤等の初期段階でのスタッフ間の意識付け及び報告の徹底の充実。
- ・院内、在宅、施設において連携をとり、スキンケア、除圧、栄養等、チームで対策を行うことが必要。
- ・体位変換の方法、感染対策、低栄養、浮腫発生時の対策。経鼻栄養、胃ろう患者減少により、点滴ルートの確保をしながらの褥瘡対策（＊経口摂取困難時）。
- ・認定看護師等の専門知識を持つ者がいない。
- ・当診療所では、乳幼児患者の褥瘡形成予防の為に、褥瘡材料を貼付することが多々あるが、このような予防的に使用されたものについては、コスト算定できないことが課題としてあげられる。
- ・マンパワー、治療材料費など費用がかかる。
- ・軽度の褥瘡（発赤の持続など）に使用できる特定保険医療材料に認められる安価な創傷被覆材料がほしい。
- ・外科的治療が難しい。
- ・褥瘡のステージ分けが正確にできない。
- ・褥瘡ケアや褥瘡リスクに係るアセスメント能力の向上。
- ・褥瘡管理対策の教育・研修の充実化と人材育成。
- ・対象者がほとんどいないことから活躍の場がない。形だけの対策チーム、委員会となってしまう。 /等

(4) 緩和ケア、ターミナルケア等の実施状況等

①有床診療所緩和ケア診療加算

図表 201 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況



図表 202 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出時期

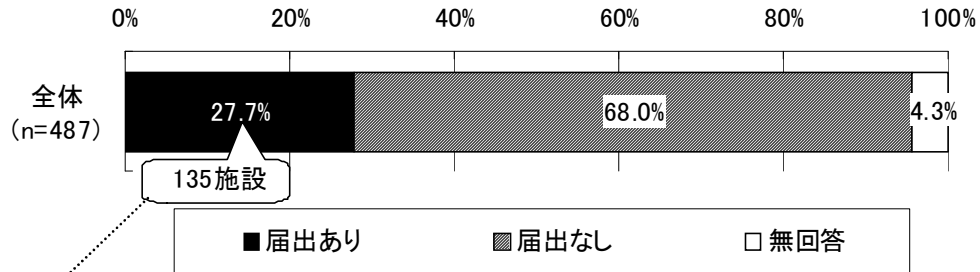
	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	5	41.7
平成 24 年 6 月	1	8.3
平成 24 年 9 月	2	16.7
無回答	4	33.3
全体	12	100.0

図表 203 有床診療所緩和ケア診療加算の算定回数
(平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間)

	施設数	割合 (%)
0 回	7	58.3
1 回	1	8.3
2 回	1	8.3
無回答	3	25.0
全体	12	100.0

②看取り加算

図表 204 看取り加算の施設基準の届出状況



図表 205 看取り加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	114	84.4
平成 24 年 5 月	3	2.2
平成 24 年 6 月	1	0.7
平成 24 年 7 月	2	1.5
平成 24 年 8 月	1	0.7
平成 24 年 9 月	1	0.7
無回答	13	9.6
全体	135	100.0

(注)「平成 24 年 4 月」には「平成 24 年 3 月」(3 件)が含まれる。

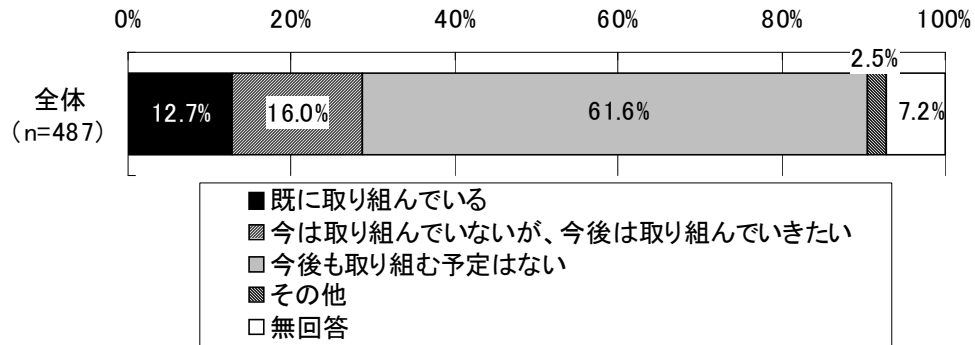
図表 206 看取り加算の算定回数

(平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間)

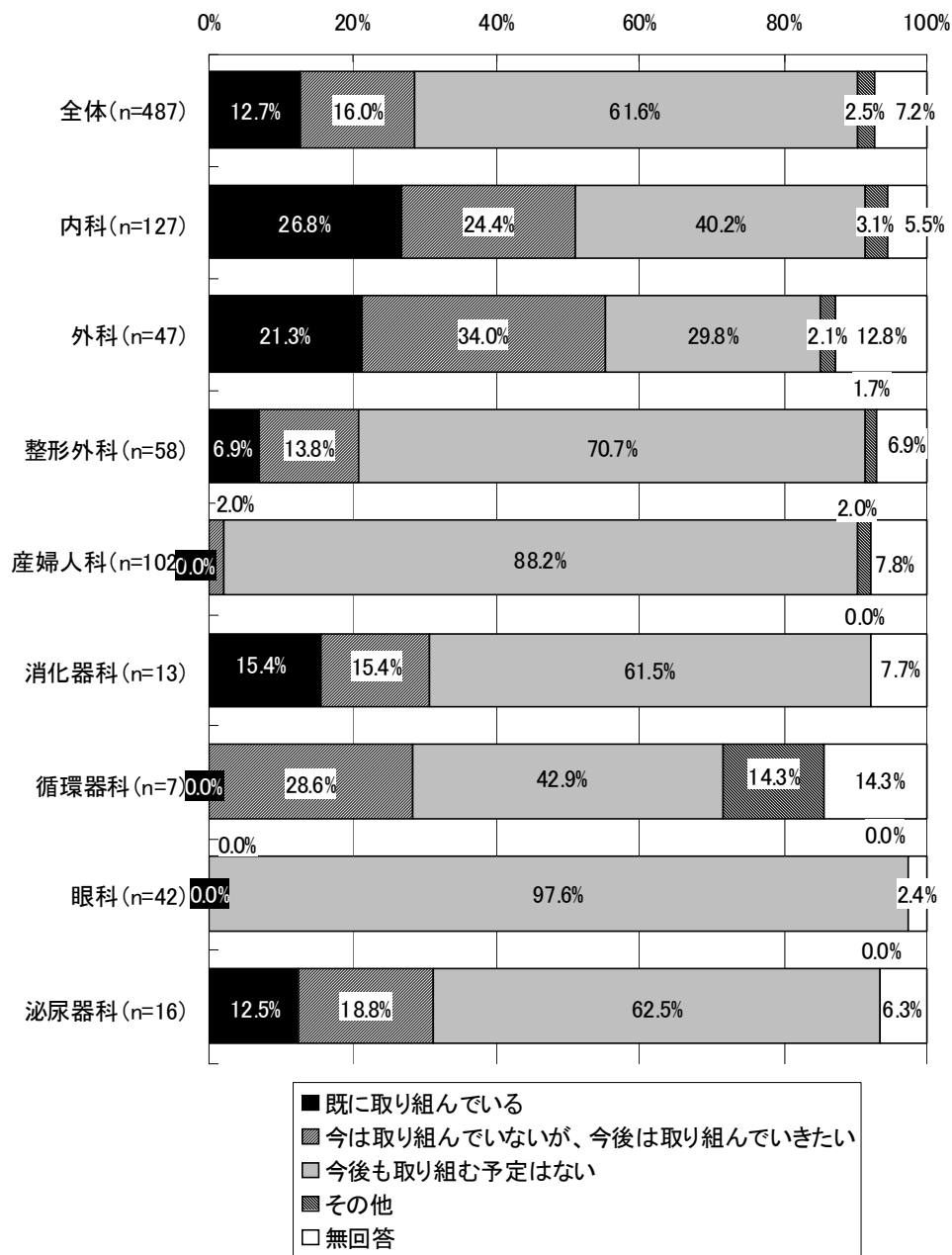
	施設数	割合 (%)
0 回	72	53.3
1 回	19	14.1
2 回	16	11.9
3 回	4	3.0
4 回	1	0.7
5 回以上	5	3.7
無回答	18	13.3
全体	135	100.0

③緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向

図表 207 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向



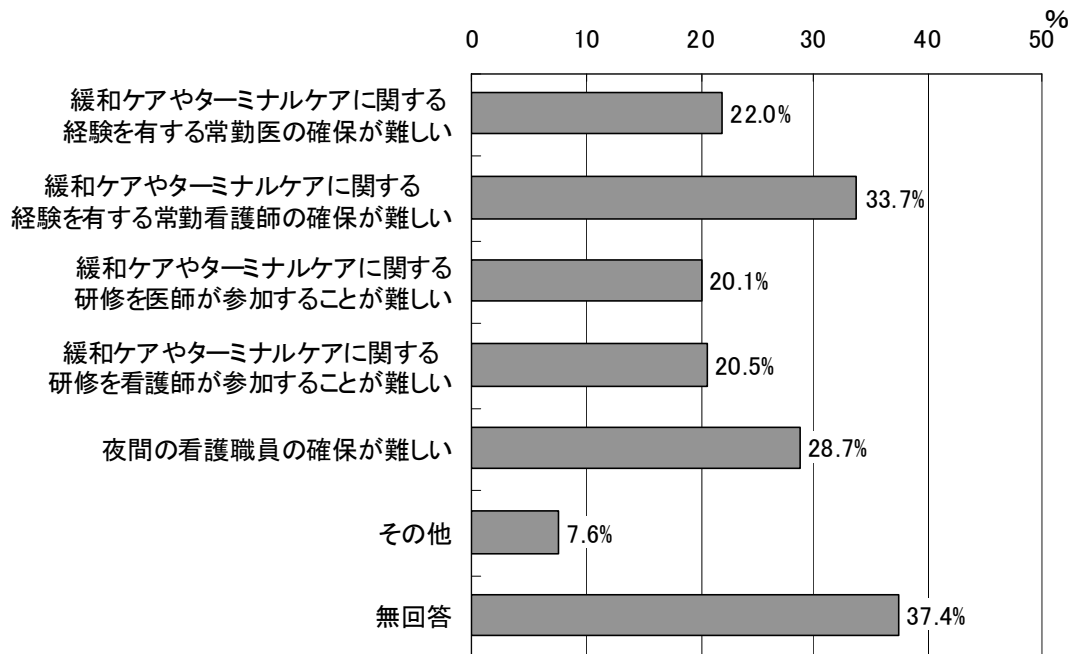
図表 208 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向（主たる診療科別）



(注)「全体」には、小児科 (n=7)、呼吸器科 (n=1)、精神科(n=4)、耳鼻咽喉科(n=8)、その他 (n=50)、診療科について無回答 (n=5) 施設が含まれる。

④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題

図表 209 緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題（複数回答、n=487）



5. 療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査の結果

【調査対象等】

調査対象：「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設（悉皆）、及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出のない施設、計 620 施設（有床診療所）

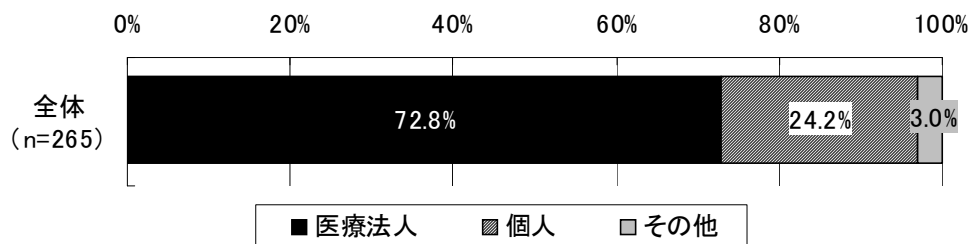
回答数：265 施設

回答者：管理者

（1）施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

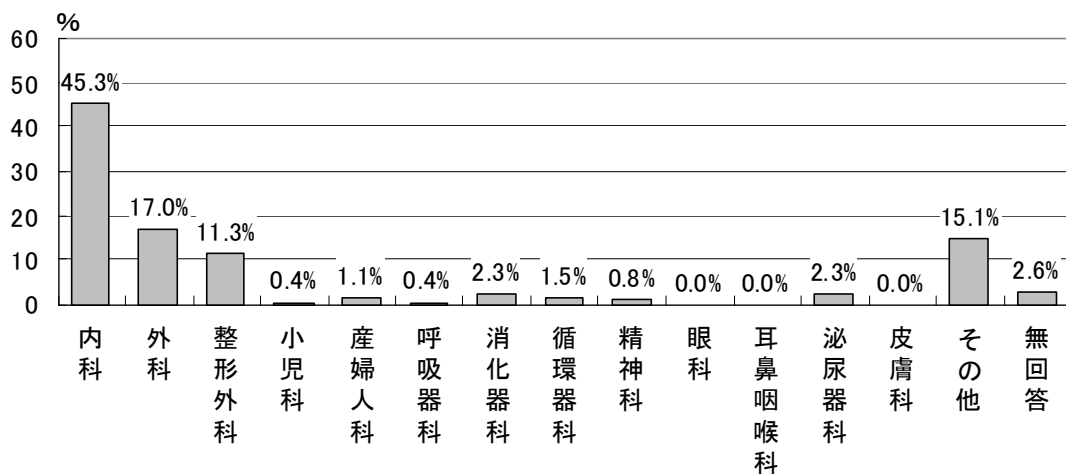
①開設者

図表 210 開設者



②主たる診療科

図表 211 主たる診療科



③職員数

図表 212 1施設あたりの職員数（常勤換算、n=263）

（単位：人）

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.29	0.57	1.0	0.20	0.48	0.0
歯科医師	0.02	0.12	0.0	0.00	0.00	0.0
保健師・助産師・看護師	2.01	2.56	1.0	0.41	0.81	0.0
准看護師	5.07	2.96	5.0	0.59	0.90	0.0
薬剤師	0.10	0.33	0.0	0.01	0.06	0.0
その他医療職職員	1.87	2.66	1.0	0.32	1.11	0.0
看護補助者	2.31	2.35	2.0	0.87	1.51	0.0
事務職員他	3.96	3.17	3.0	0.70	1.76	0.0
合計	16.63	9.50	15.0	3.10	4.01	2.0

（注）常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした。
 ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
 ・1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（当該診療所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

④病床数

図表 213 1施設あたり病床数（n=263）

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	7.6	4.7	7
療養病床	9.9	4.6	10
全体	17.5	2.7	19

図表 214 1施設あたり一般病床数（一般病床がある施設、n=235）

（単位：床）

平均値	標準偏差	中央値
8.5	4.1	8.0

⑤患者数

1) 1 か月間の外来患者延べ人数

図表 215 1 か月間の外来患者延べ人数

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
1,361.6	862.8	1,202.5

(注) 平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数
(初診+再診患者延べ人数)。

2) 1 日あたり平均入院患者数

図表 216 1 日あたり平均入院患者数

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	233	5.7	4.2	5.3
療養病床	256	7.2	5.4	6.0
全体	248	12.9	5.9	14.0

3) 療養病床の平均在院日数

図表 217 療養病床の平均在院日数

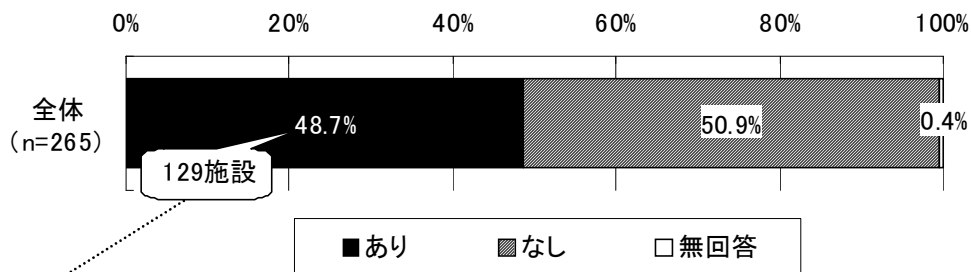
(単位：日)

平均値	標準偏差	中央値
79.6	169.8	30.0

⑥施設基準の届出状況

1) 在宅療養支援診療所

図表 218 在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況

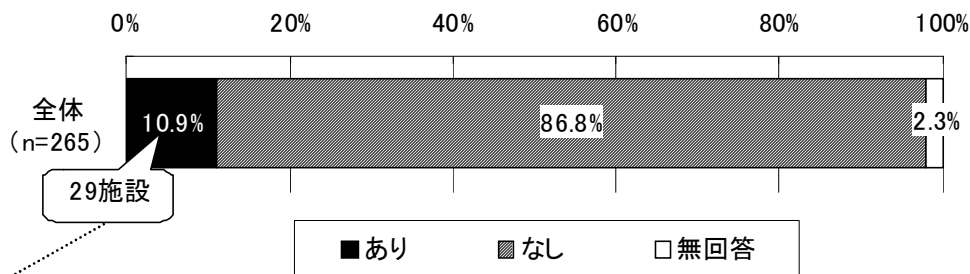


図表 219 在宅療養支援診療所の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	78	60.5
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	6	4.7
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	10	7.8
平成 24 年 4 月～	12	9.3
無回答	23	17.8
全体	129	100.0

2) 機能強化型在宅療養支援診療所

図表 220 機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況

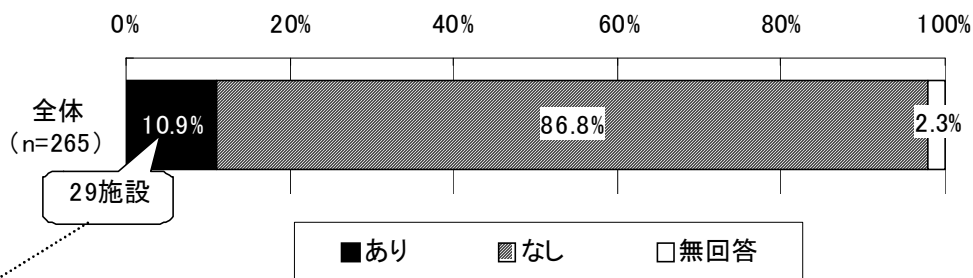


図表 221 機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	24	82.8
平成 24 年 5 月	1	3.4
平成 24 年 7 月	2	6.9
平成 24 年 8 月	1	3.4
平成 24 年 9 月	1	3.4
全体	29	100.0

3) 有床診療所緩和ケア診療加算

図表 222 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況

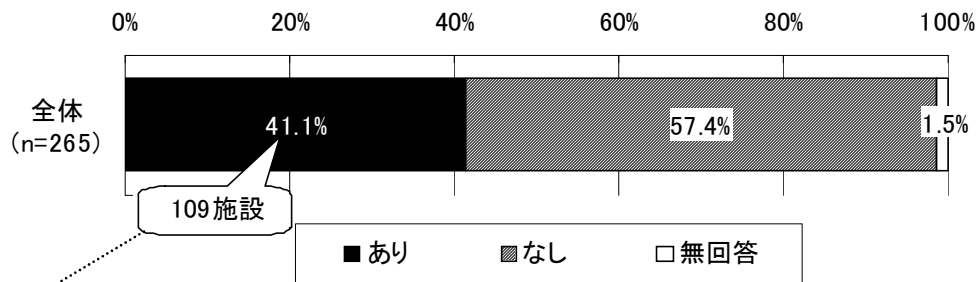


図表 223 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	6	37.5
平成 24 年 6 月	2	12.5
平成 24 年 8 月	2	12.5
平成 24 年 10 月	2	12.5
無回答	4	25.0
全体	16	100.0

4) 看取り加算

図表 224 看取り加算の施設基準の届出状況



図表 225 看取り加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	88	80.7
平成 24 年 6 月	1	0.9
平成 24 年 7 月	2	1.8
平成 24 年 8 月	2	1.8
平成 24 年 9 月	2	1.8
平成 24 年 10 月	1	0.9
無回答	13	11.9
全体	109	100.0

図表 226 夜間の看護職員数別施設数

	施設数	割合 (%)
1 人	89	81.7
2 人	12	11.0
3 人	0	0.0
4 人	1	0.9
無回答	7	6.4
全体	109	100.0

図表 227 看取り加算算定回数別施設数

	施設数	割合 (%)
0 回	58	53.2
1 回	20	18.3
2 回	6	5.5
3 回	3	2.8
4 回	2	1.8
5 回以上	7	6.4
無回答	13	11.9
全体	109	100.0

(注) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数。

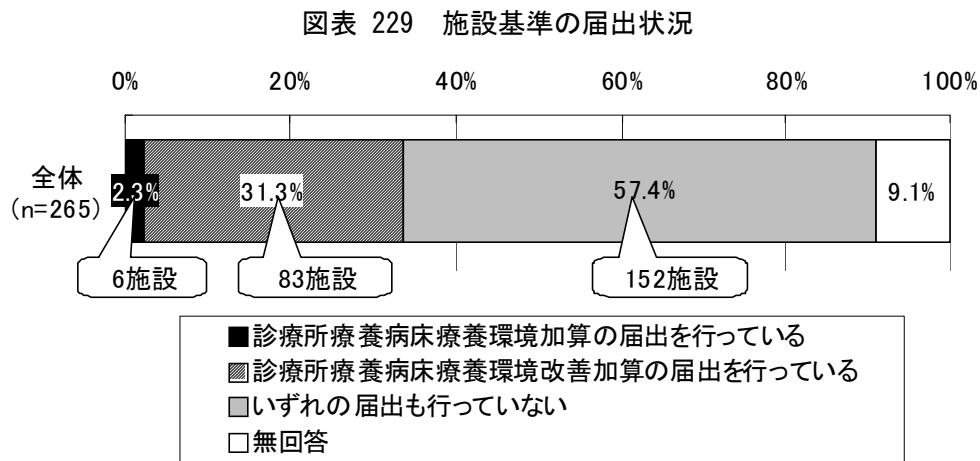
図表 228 看取り加算の算定回数

	平均値	標準偏差	中央値
算定回数(回)	1.11	2.611	0.00

(注) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数。

(2) 療養病床の状況（平成 24 年 9 月 30 日時点）

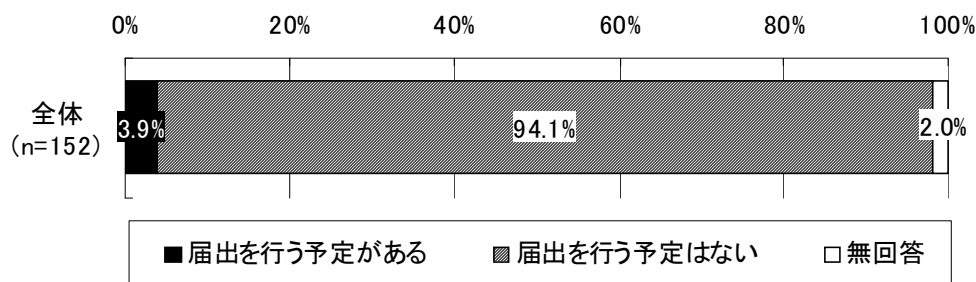
①施設基準の届出状況



(注) ・「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行っていると回答した 6 施設の届出時期は「平成 24 年 4 月」が 4 施設、「平成 24 年 10 月」が 2 施設であった。
 ・「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出を行っていると回答した 83 施設の届出時期は、「平成 24 年 4 月」が 21 施設、「平成 24 年 5 月」「平成 24 年 7 月」「平成 24 年 8 月」が各 1 施設、「平成 24 年 9 月」が 31 施設、「平成 24 年 10 月」が 22 施設、「平成 24 年 11 月」が 1 施設であった。

②今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定

図表 230 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定
 （「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の
 いずれの届出も行っていない施設）



(注) 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定があると回答した 6 施設に予定時期を尋ねたところ、「平成 24 年 10 月」が 1 施設、「平成 25 年 4 月」が 2 施設、「平成 25 年 11 月」が 1 施設、「平成 25 年（月不明）」が 1 施設、「平成 29 年（月不明）」が 1 施設であった。

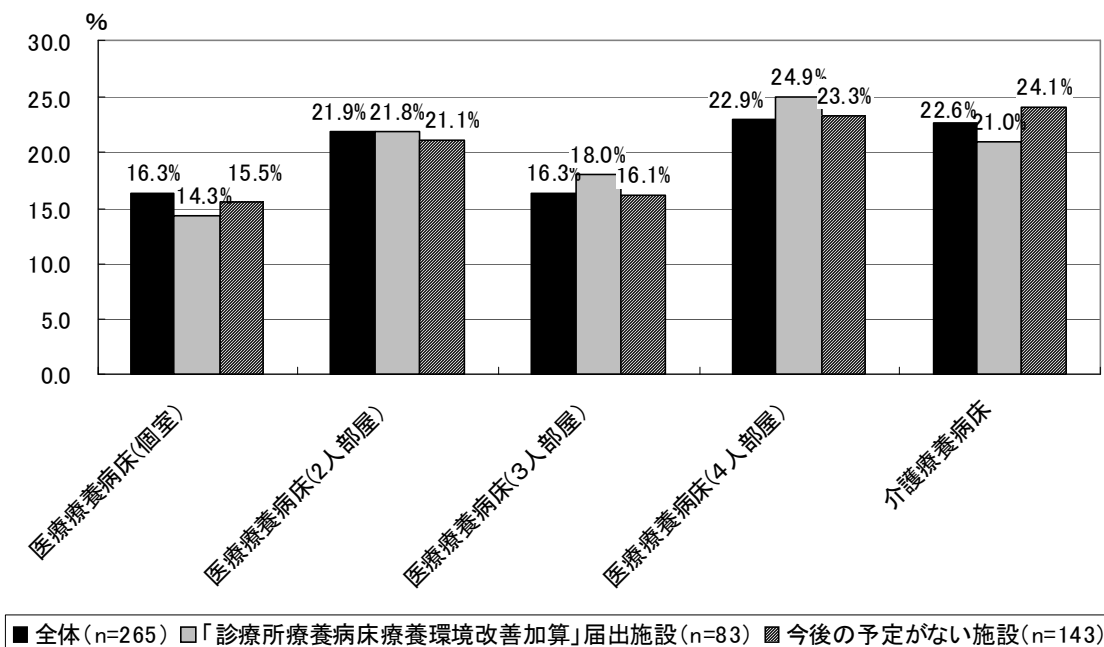
③今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定がない理由

図表 231 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定がない理由
(現在、「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の
いずれの届出も行っておらず、今後も「診療所療養病床療養環境加算」の
届出を行う予定もない施設、自由記述形式)

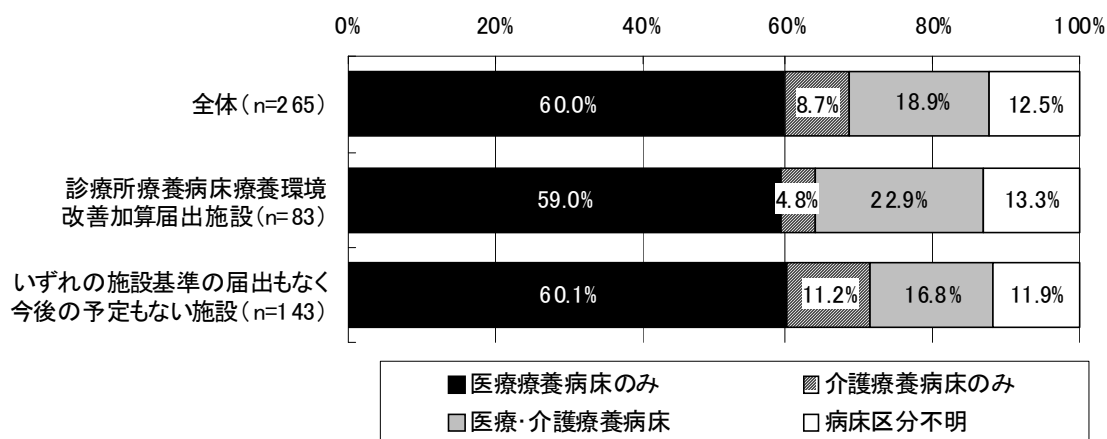
- ・廊下幅の改善が困難なため (同旨を含め 12 件)。
- ・改築の予算と面積の問題があり、改築を行うだけの収入が見込めない (同旨を含め 9 件)
- ・改築予定がないため (同旨を含め 7 件)。
- ・全面的な改築が困難／物理的な増改築が不可能なため (同旨を含め 5 件)。
- ・病床廃止を検討中 (同旨を含め 5 件)。
- ・すべて介護療養病床であるため (同旨を含め 3 件)。
- ・職員数の確保などが困難なため (同旨を含め 3 件)。
- ・施設基準を満たしていないため (同旨を含め 3 件)。
- ・院長が高齢になり、今後いつまで継続できるかが不明のため (同旨を含め 2 件)。
- ・一般病床へ変換する予定のため (同旨を含め 2 件)。
- ・介護療養型老人保健施設へ転換する予定のため (同旨を含め 2 件)。
- ・今後の変化により検討する。
- ・現時点においては不明。
- ・療養病床の先行きが不安なため。
- ・平成 24 年 9 月までは「診療所療養病床療養環境加算 2」を採用していたが、平成 24 年 10 月からは届出を行わず、「診療所療養病床療養環境改善加算」も行っていない。手続き、要件が複雑なため。 / 等

④療養病床の病室構成等

図表 232 療養病床の病室構成等（施設基準の届出状況別）



図表 233 療養病床の病床構成（施設基準の届出状況別）



⑤施設の面積等

1) 療養病床の病床部分の面積

図表 234 療養病床の病床部分の患者1人あたり床面積

(単位：㎡)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	241	8.09	2.11	7.70
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	79	7.62	1.08	7.40
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	130	8.31	2.32	7.90

2) 廊下幅

図表 235 片側室部分の廊下幅

(単位：m)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	185	1.71	0.34	1.70
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	55	1.65	0.22	1.70
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	98	1.71	0.38	1.72

図表 236 両側室部分の廊下幅

(単位：m)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	166	1.91	0.45	1.80
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	55	1.81	0.33	1.70
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	90	1.97	0.50	1.80

3) 食堂の面積

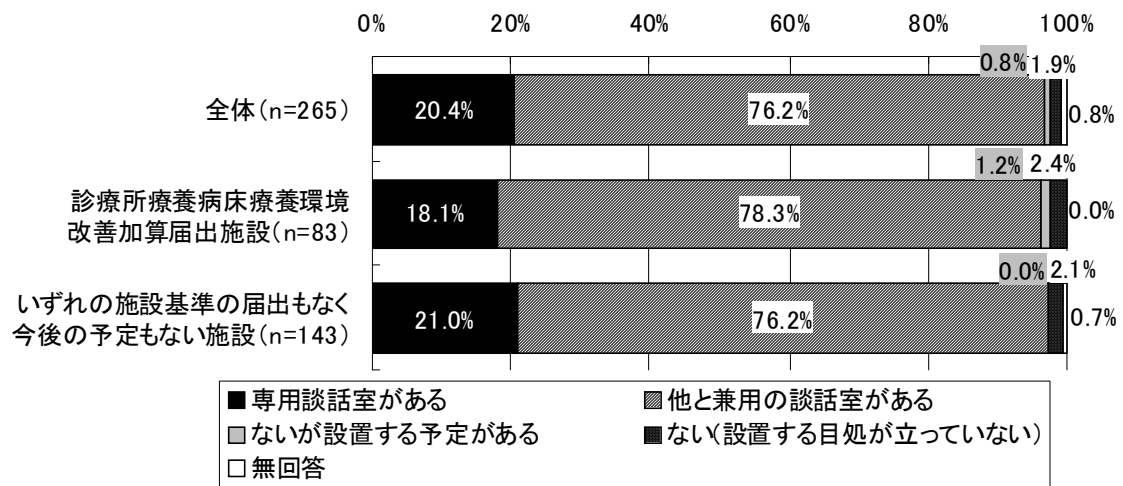
図表 237 食堂の面積

(単位：㎡)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	233	22.11	11.49	20.00
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	75	22.77	0.33	22.00
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	127	22.23	12.39	19.80

4) 談話室

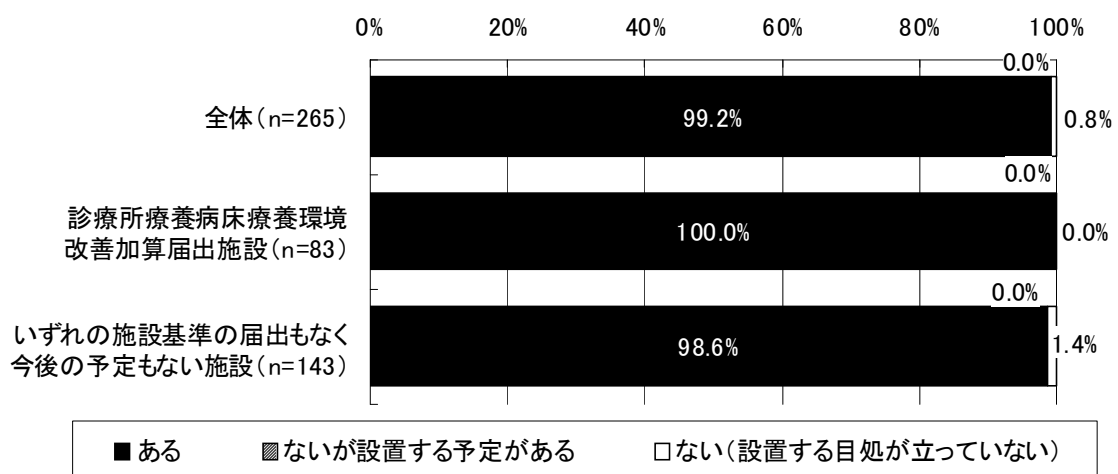
図表 238 談話室の状況



(備考) 「ないが設置する予定がある」と回答した2施設に予定時期を尋ねたところ、「平成25年11月」が1施設、「平成34年」が1施設であった。

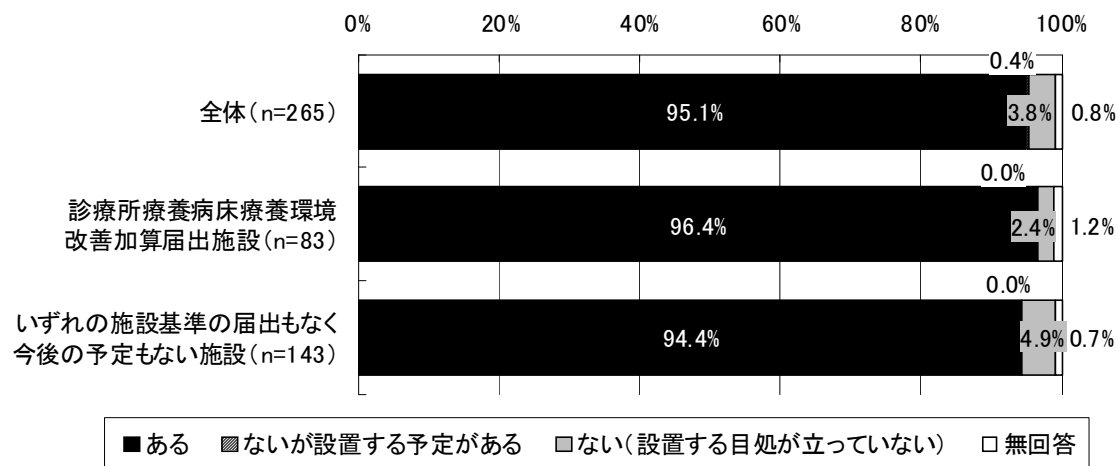
5) 浴室

図表 239 浴室の状況



6) 機能訓練室

図表 240 機能訓練室の状況



(備考) 「ないが設置する予定がある」と回答した1施設に予定時期を尋ねたところ、「平成25年10月」であった。

図表 241 機能訓練室の床面積

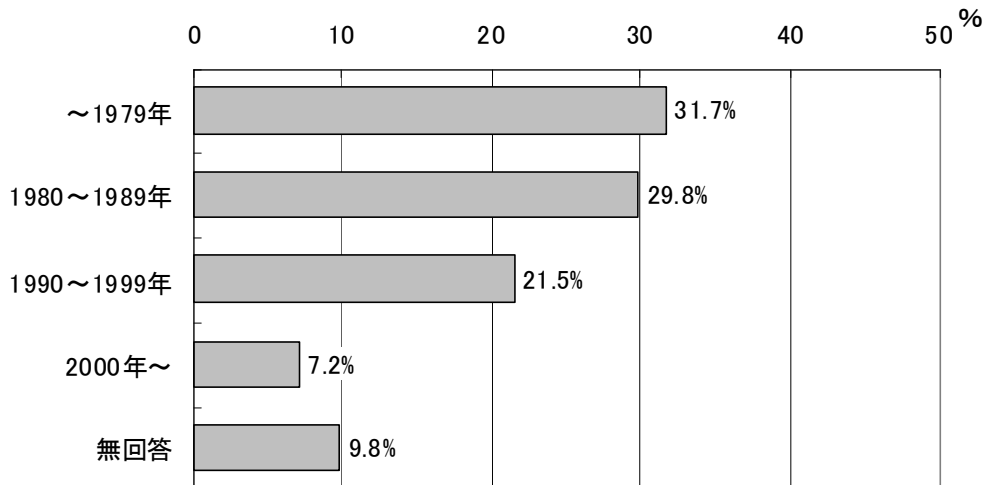
(単位：㎡)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	211	43.53	39.10	32.00
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	68	37.85	34.57	28.35
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	112	43.28	37.22	31.39

⑥建築時期

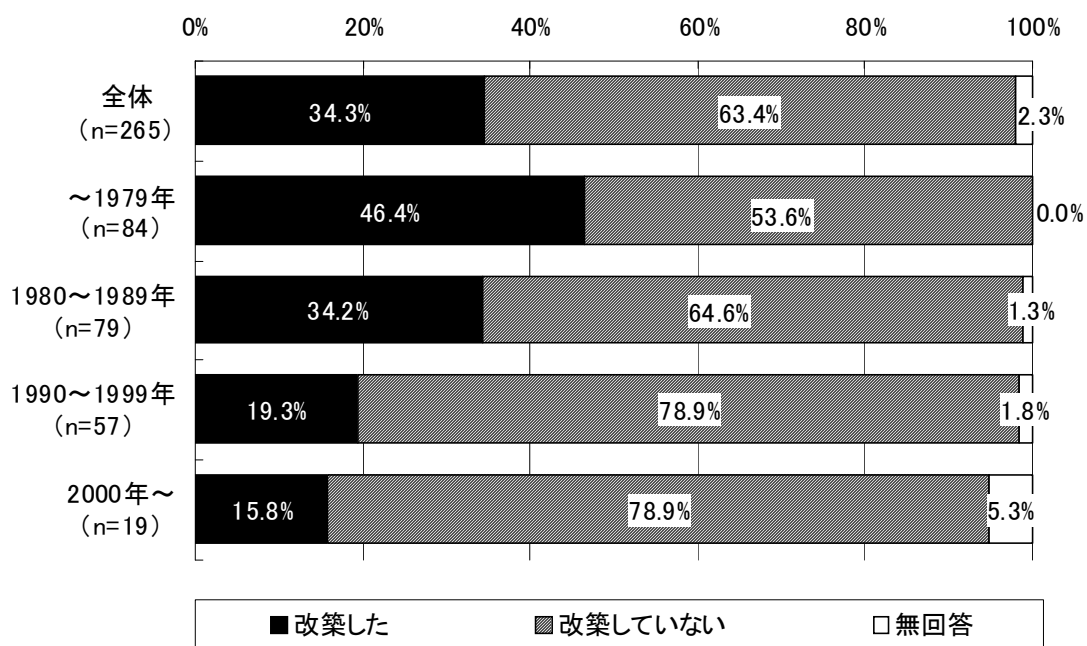
1) 療養病床のある建物を建築した時期

図表 242 療養病床のある建物を建築した時期



2) 療養病床のある建物の改築の有無

図表 243 療養病床のある建物の改築の有無（建物の建築年別）

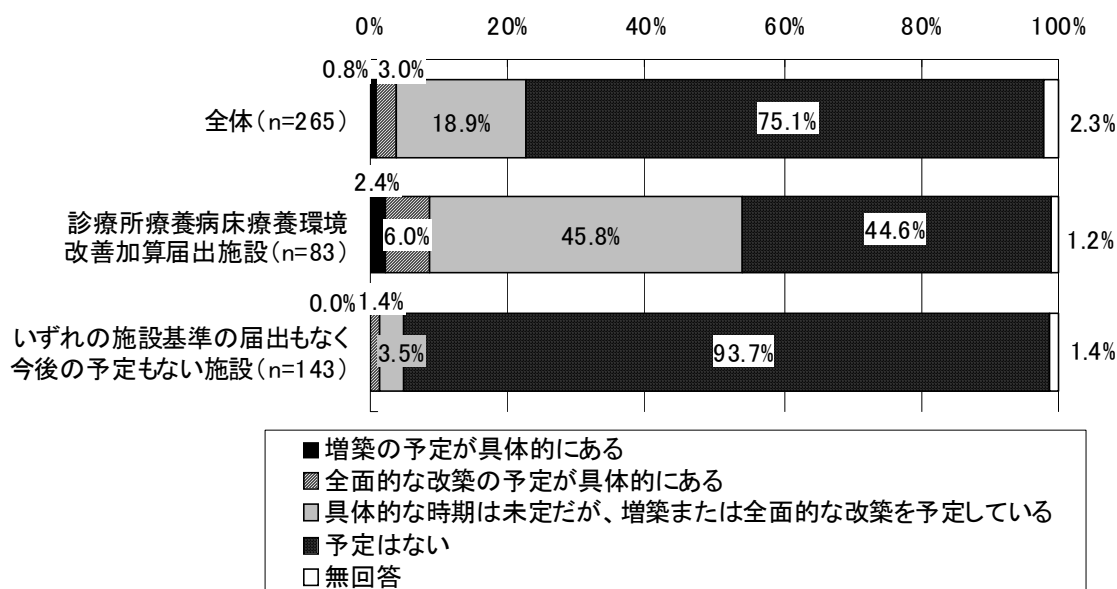


図表 244 療養病床のある建物の改築年（建物の建築年別）

建築年 改築年	全体		～1979年		1980～1989年		1990～1999年		2000年～	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
～1999年	34	37.4	18	46.2	9	33.3	4	36.4	0	0.0
2000年	17	18.7	7	17.9	7	25.9	0	0.0	1	33.3
2001年	4	4.4	3	7.7	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2002年	6	6.6	2	5.1	3	11.1	1	9.1	0	0.0
2003年	2	2.2	0	0.0	1	3.7	1	9.1	0	0.0
2004年	3	3.3	2	5.1	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2005年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
2006年	4	4.4	3	7.7	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2007年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
2008年	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0
2009年	2	2.2	0	0.0	1	3.7	0	0.0	0	0.0
2010年	2	2.2	1	2.6	0	0.0	1	9.1	0	0.0
2011年	4	4.4	1	2.6	2	7.4	1	9.1	0	0.0
2012年	1	1.1	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	9	9.9	1	2.6	1	3.7	2	18.2	0	0.0
全体	91	100.0	39	100.0	27	100.0	11	100.0	3	100.0

3) 療養病床についての今後の増改築の予定

図表 245 療養病床についての今後の増改築の予定（施設基準の届出状況別）



図表 246 療養病床についての今後の増改築の予定時期（予定がある施設）

【増築の予定が具体的にある】

「診療所療養病床療養環境改善加算」届出施設 2 施設

- ・ A施設の場合

着工予定：一、完成予定：平成 25 年 3 月

- ・ B施設の場合

着工予定：平成 25 年 4 月、完成予定：平成一年一月

【全面的な改築の予定が具体的にある】

着工時期	完成予定
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	
平成 25 年 1 月	平成 25 年 2 月
平成 25 年 2 月	平成 25 年 11 月
平成 25 年 6 月	平成 25 年 12 月
平成 25 年 9 月	平成 26 年
平成 34 年 9 月	平成 35 年 4 月
いずれの届出も行っていないが今後届出を行う予定がある施設	
平成 24 年 9 月	平成 24 年 9 月
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	
平成 25 年 6 月	平成 26 年 4 月
平成 26 年 1 月	平成 26 年 12 月

【具体的な時期は未定だが、増築または全面的な改築を予定している】

増築または全面的な改築の時期	施設数
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	
平成 25 年	8
平成 26 年	8
平成 27 年	7
平成 29 年	2
平成 30 年	4
平成 32 年	1
平成 34 年	2
いずれの届出も行っていないが今後届出を行う予定がある施設	
平成 24 年	1
平成 25 年	1
平成 29 年	1
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	
平成 25 年	1
平成 26 年	2
平成 32 年	1
-	1