

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 24 年度調査）
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
報告書（案）について

(右下頁)

- ・ 報告書（案） 2 頁
- ・ 医療安全対策調査票 2 1 7 頁
- ・ 患者票 2 2 7 頁
- ・ 簡素化調査票 2 2 9 頁
- ・ 療養環境整備調査票 2 3 3 頁

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）
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
報告書（案）

◇ ◆目 次◆ ◇

I. 調査の概要	1
1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	2
4. 調査項目	2
II. 調査の結果	6
1. 回収結果	6
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	7
(1) 施設の概要	7
①開設者	7
②病院種別	8
③D P C対応	8
④職員数	9
⑤許可病床数	10
⑥1日平均入院患者数	12
(2) 院内感染防止対策の実施状況等	13
①感染防止対策加算の施設基準の届出状況等	13
②院内感染防止対策の体制	17
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	24
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	38
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	45
⑥抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組	50
⑦感染対策サーベイランス	54
⑧院内感染防止対策のための講習会の実施状況等	58
⑨職業感染に対する防止策	64
⑩院内感染防止対策について患者への周知方法	66
⑪感染者数等の変化	67
⑫感染防止対策を推進する上での課題	72
(3) 医療機器の安全管理の状況等	75
①C Tの安全管理の状況等	75
②MR Iの安全管理の状況等	79
③CT・MRI・造影剤注入装置に係る安全使用状況等	83
④CT・MRI・造影剤注入装置の保守管理についての課題	85
(4) 患者サポート体制の取組状況等	86
①患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等	86

②患者サポート体制充実加算の算定件数	89
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	90
④医療安全対策加算の施設基準の届出の有無	92
⑤患者相談支援窓口の有無	93
⑥医療対話仲介者に関する職員の研修	94
⑦患者相談支援窓口が行っている業務内容	97
⑧平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等	99
⑨患者相談支援体制を充実させることによる効果	101
⑩患者相談支援体制を充実させていく上で困っていること	109
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	112
(1) 患者の属性等	112
①回答者	112
②患者の性別	113
③患者の年齢	114
④外来・入院	115
(2) 患者相談窓口の利用状況等	119
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	119
②患者相談窓口の利用内容	125
③患者相談窓口に対する評価	135
④患者相談窓口に対する要望等	140
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	142
(1) 施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）	142
①開設者	142
②在宅療養支援診療所	142
③主たる診療科	143
④職員数	143
⑤病床数	145
⑥患者数	146
⑦算定件数	147
⑧夜間看護配置加算の施設基準の届出状況	149
(2) 栄養管理体制の状況	151
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	151
②施設における食事の提供状況	155
③管理栄養士数・栄養士数	156
④管理栄養士の確保の状況	158
⑤栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況	159
⑥患者の栄養管理を行う上での課題	162

(3) 褥瘡対策の実施状況等	163
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.....	163
②褥瘡対策チームの設置時期	165
③褥瘡対策チームの職種別人数.....	165
④褥瘡対策チームによるカンファレンス	166
⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診	169
⑥褥瘡保有者数等.....	173
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	176
⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法	178
⑨褥瘡対策を行う上での課題	180
(4) 緩和ケア、ターミナルケア等の実施状況等	181
①有床診療所緩和ケア診療加算.....	181
②看取り加算.....	182
③緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向	183
④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題.....	185
(5) 診療報酬改定の影響等	186
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	188
(1) 施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）	188
①開設者	188
②主たる診療科	189
③職員数	190
④病床数	190
⑤患者数	191
⑥施設基準の届出状況	192
(2) 療養病床の状況（平成 24 年 9 月 30 日時点）	197
①施設基準の届出状況	197
②今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定	197
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	198
④療養病床の病室構成等.....	199
⑤施設の面積等	201
⑥建築時期	206
(3) 今後の課題	210

I. 調査の概要

1. 目的

平成 24 年度診療報酬改定においては、医療従事者と患者との対話を促進するための医療有資格者等による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価として「患者サポート充実体制加算」が新設された。また、診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの病院で実施されている加算については、入院基本料、特定入院料で包括して評価することとなった。さらに、療養病棟及び診療所の療養病床については評価体系の見直しが行われ、原則を下回る場合に療養環境の改善計画を提出することとなった。この他、医療安全対策を推進する観点から、院内感染防止策に関する評価の見直しや、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有する CT 及び MRI の画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準の見直しが実施された。

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

2. 調査対象

本調査では、以下の 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

- ・本調査では、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

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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

「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」の有効回収数（施設数）は429件、有効回収率は28.6%であった。また、「②患者サポート体制に関する患者調査」では624名分の有効回答数を得られた。

「③入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」の有効回収数（施設数）は487件、有効回収率は48.7%であった。

「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」の有効回収数（施設数）は265件、有効回収率は42.7%であった。

上記のように、有床診療所を対象とした③及び④の調査は、いずれも有効回収率が4割を超えており、高い有効回収率を確保できたと考える。

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%

※注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

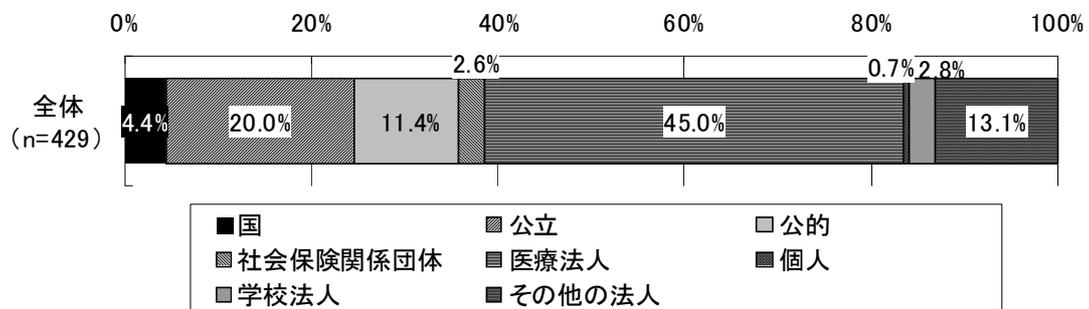
(1) 施設の概要

①開設者

開設者をみると、「医療法人」が 45.0%と最も多く、次いで「公立」(20.0%)、「その他の法人」(13.1%)、「公的」(11.4%)、「国」(4.4%)であった。

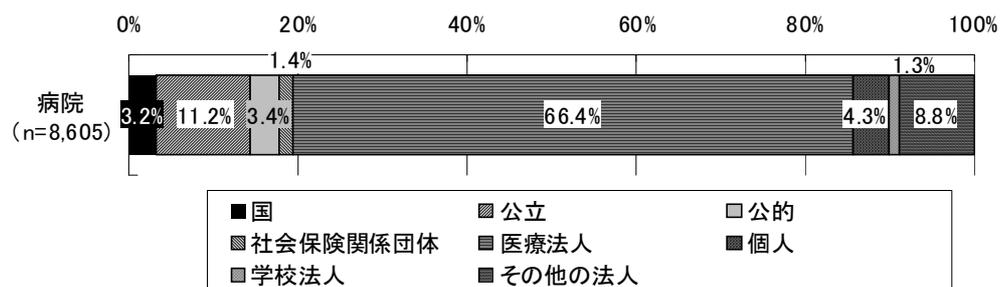
厚生労働省『平成 23 年(2011)医療施設(静態・動態)調査・病院報告』により、全国の病院と比較すると、本調査の回答施設は、「国」、「公立」、「公的」、「学校法人」、「その他の法人」の割合が高く、「医療法人」、「個人」の割合が低いことがわかる。

図表 2 開設者



(ご参考) 全国の病院

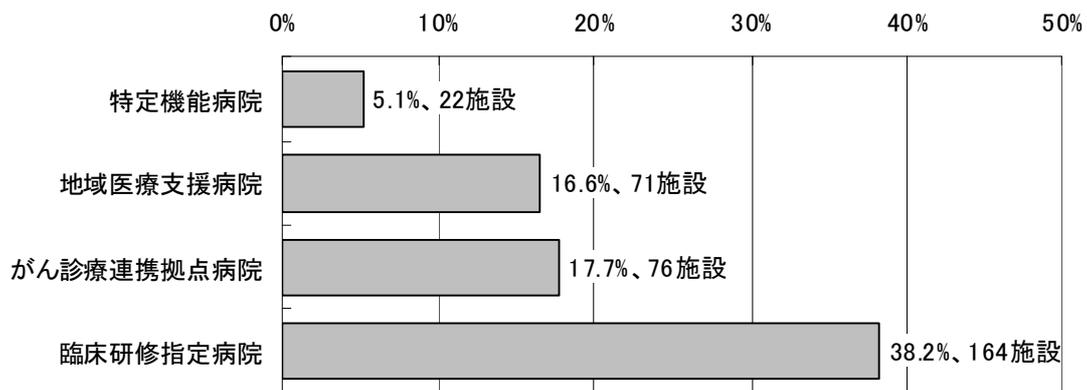
(厚生労働省『平成 23 年(2011)医療施設(静態・動態)調査・病院報告』より)



②病院種別

病院種別をみると、「特定機能病院」が 5.1%、「地域医療支援病院」が 16.6%、「がん診療連携拠点病院」が 17.7%、「臨床研修指定病院」が 38.2%であった。

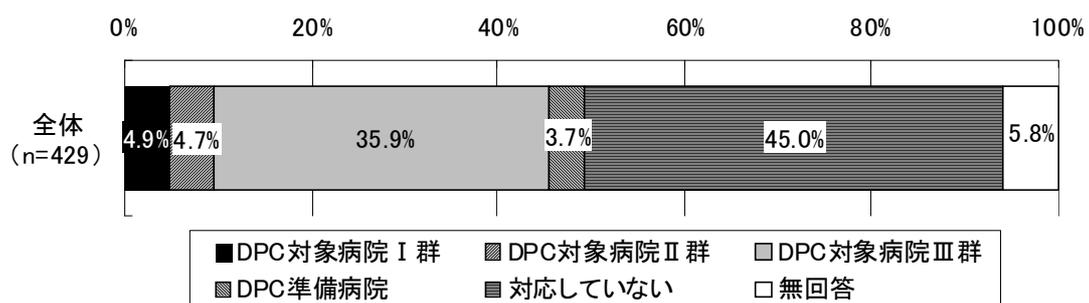
図表 3 病院種別 (n=429、複数回答)



③DPC対応

DPC 対応の状況をみると、「DPC 対象病院 I 群」が 4.9%、「DPC 対象病院 II 群」が 4.7%、「DPC 対象病院 III 群」が 35.9%、「DPC 準備病院」が 3.7%であった。DPC に「対応していない」という施設が 45.0%であった。

図表 4 DPC対応



④職員数

職員数をみると、1施設あたりの常勤職員数は平均408.5人(標準偏差428.5、中央値259.5)、非常勤職員数は平均53.8人(標準偏差77.2、中央値30.2)であった。

図表 5 1 施設あたりの職員数 (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414施設を対象に集計した。

⑤許可病床数

病院全体の1施設あたりの許可病床数は平均285.0床（標準偏差226.4、中央値200.0）であった。また、一般病床の許可病床数は平均233.4床（標準偏差232.1、中央値163.0）、療養病床の許可病床数は平均31.1床（標準偏差64.5、中央値0.0）、精神病床の許可病床数は、平均16.4床（標準偏差56.2、中央値0.0）床であった（図表6）。

該当病床数がある施設に限定して集計した結果が図表7である。一般病床がある施設は345施設で、一般病床の許可病床数は平均251.9床（標準偏差227.7、中央値177.0）であった。同様に療養病床がある施設は134施設、療養病床の許可病床数は平均89.5床（標準偏差82.7、中央値60.0床）であった。精神病床がある施設は49施設で、精神病床の許可病床数は平均79.5床（標準偏差74.1、中央値50.0）であった。

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）

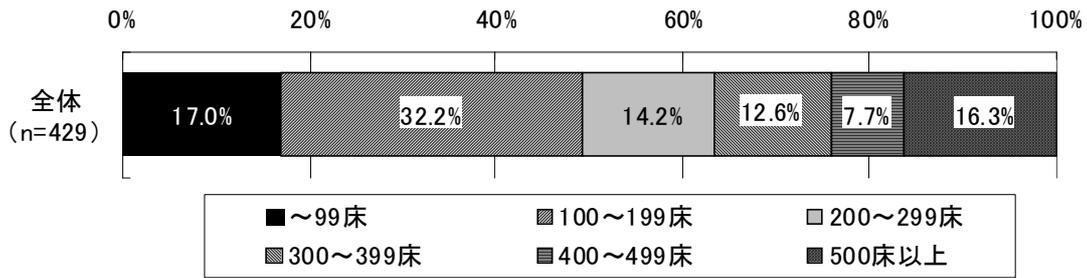
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	345	251.9	227.7	177.0
療養病床	134	89.5	82.7	60.0
精神病床	49	79.5	74.1	50.0
その他の病床	60	22.7	27.9	10.0
病院全体	429	285.0	226.4	200.0

（注）各該当病床がある施設を集計対象とした。

病床規模をみると、「100～199床」が32.2%で最も多く、次いで「～99床」（17.0%）、「500床以上」（16.3%）、「200～299床」（14.2%）であった。

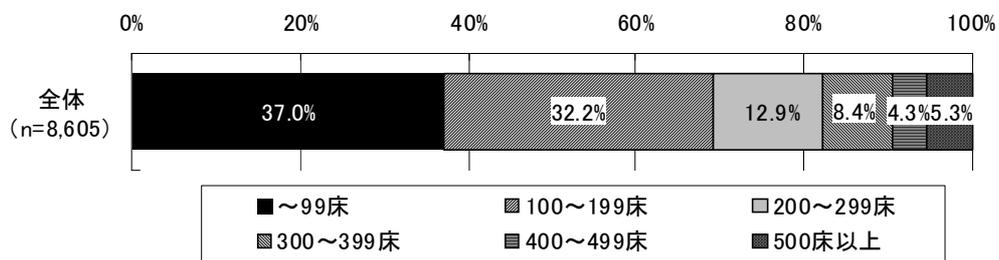
厚生労働省『平成23年（2011）医療施設（静態・動態）調査・病院報告』により、全国の病院と比較すると、本調査の回答施設は、「～99床」の病床規模の施設が少なく、200床以上、特に500床以上の施設が多いことがわかる。

図表 8 病床規模



（ご参考）全国の病院

厚生労働省（『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

1施設あたりの1日平均入院患者数をみると、病院全体では平均217.9人(標準偏差182.0、中央値159.0)であった(図表9)。

また、該当病床がある施設に限定して、100床あたりの1日平均入院患者数をみると、病院全体では100床あたり平均78.7人(標準偏差14.8、中央値81.1)であった。一般病床についてみると、100床あたり1日平均入院患者数は77.8人(標準偏差14.8、中央値80.3)であった。同様に、療養病床についてみると、100床あたり1日平均入院患者数は平均86.9人(標準偏差15.3、中央値92.5)であった(図表10)。

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(人) (1施設あたり)			1日平均入院患者数(人) (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1ページに記載の通り、

- ・「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

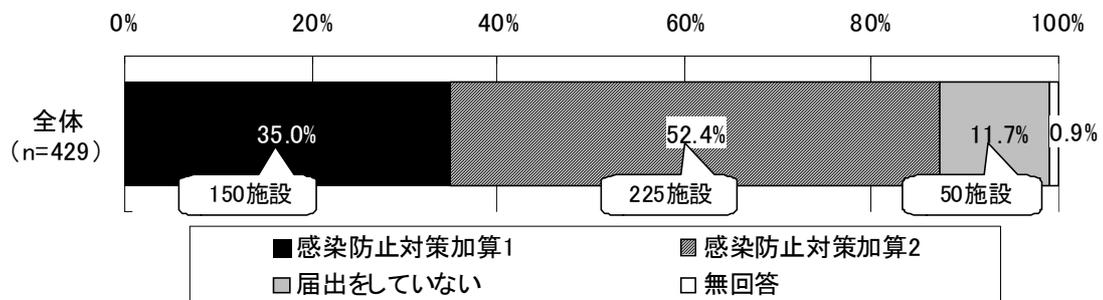
である。

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

感染防止対策加算の施設基準の届出状況を見ると、「感染防止対策加算1」の届出を行っている施設は35.0%、「感染防止対策加算2」は52.4%、「届出をしていない」が11.7%となった。

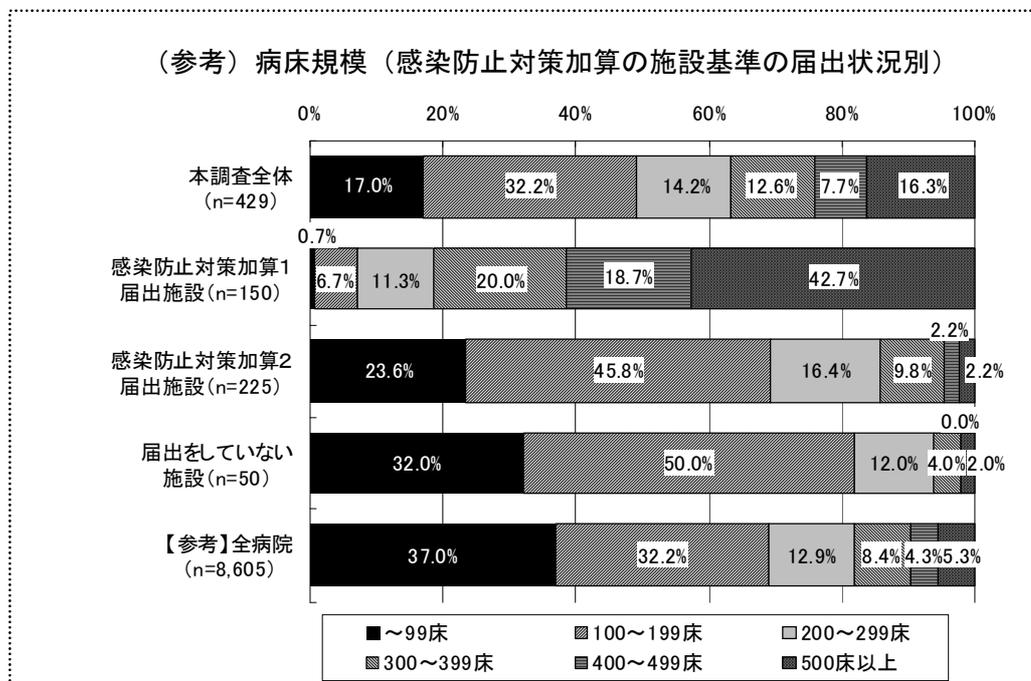
図表 11 感染防止対策加算の施設基準の届出状況



病床規模別にみると、感染防止対策加算 1 の届出施設では、「500 床以上」が 42.7%で最も多く、次いで「300～399 床」(20.0%)、「400～499 床」(18.7%)と、大規模施設の割合が高かった。

感染防止対策加算 2 の届出施設では、「100～199 床」の施設が 45.8%で最も多く、次いで「～99 床」が 23.6%となっており、200 床未満の施設が全体の 7 割となった。

感染防止対策加算の届出をしていない施設では、「100～199 床」の施設が 50.0%で最も多く、次いで「～99 床」が 32.0%となっており、200 床未満の施設が全体の 8 割となった。感染防止対策加算 2 の届出施設と比較すると、「～99 床」「100～199 床」の割合が高い。また、全病院と比較すると、99 床以下及び 200 床以上の割合が低く「100～199 床」の割合が高かった。



1) 感染防止対策加算 1 の状況

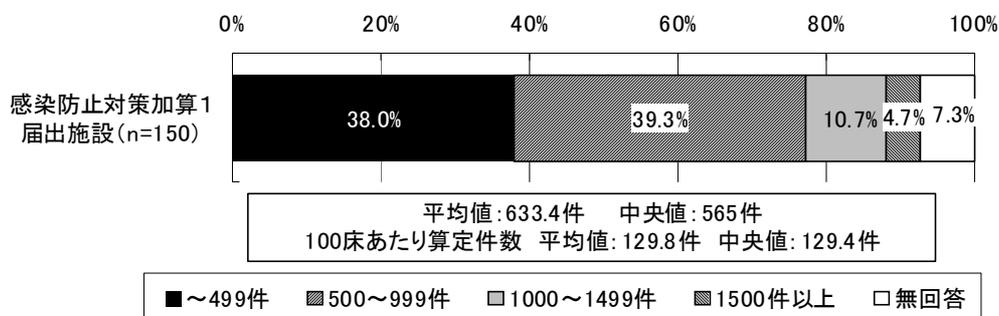
感染防止対策加算 1 の施設基準の届出時期をみると、診療報酬改定直後の「平成 24 年 4 月」が 94.7%と圧倒的に多い結果となった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月の感染防止対策加算 1 の算定件数は平均 633.4 件（中央値 565）であった。100 床あたりの算定件数は平均 129.8 件（中央値 129.4）であった。

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）



2) 感染防止対策加算 2 の状況

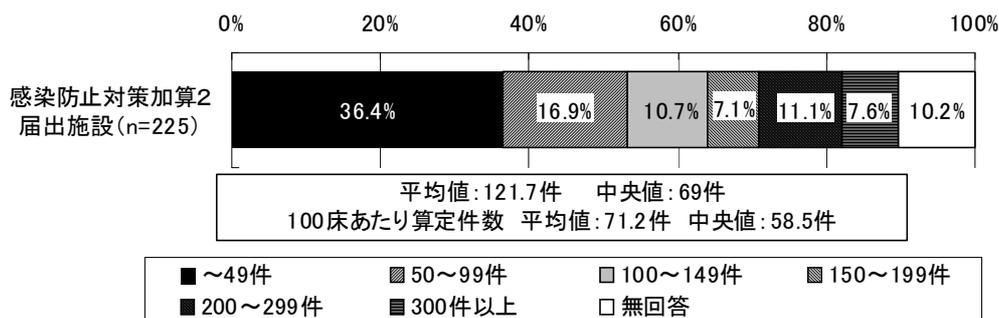
感染防止対策加算 2 の施設基準の届出時期をみると、「平成 24 年 4 月」が 80.0%、「平成 24 年 5 月」が 5.8%、「平成 24 年 6 月」が 6.2%であった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月の感染防止対策加算 2 の算定件数は平均 121.7 件（中央値 69 件）であった。また、100 床あたりの算定件数は平均 71.2 件（中央値 58.5 件）であった。

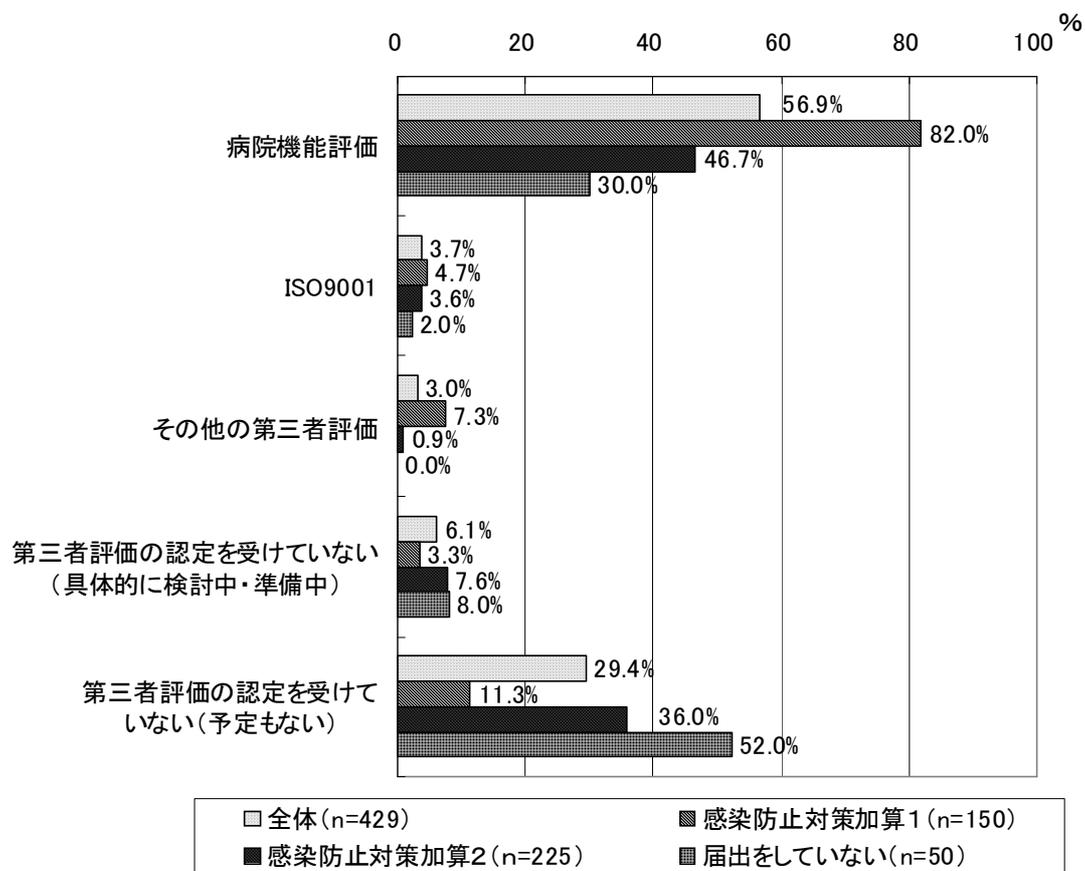
図表 15 感染防止対策加算 2 の算定件数（平成 24 年 9 月 1 か月）



3) 第三者評価の認定状況

第三者評価の認定状況を見ると、感染防止対策加算1届出施設では、「病院機能評価」の認定を受けている施設が82.0%であり、感染防止対策加算2届出施設や感染防止対策加算の届出のない施設と比較して高い割合となった。一方、感染防止対策加算1届出施設では「第三者評価の認定を受けていない(予定もない)」施設の割合は11.3%となっているが、感染防止対策加算2届出施設では36.0%、感染防止対策加算の届出のない施設では52.0%と割合が高かった。

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)



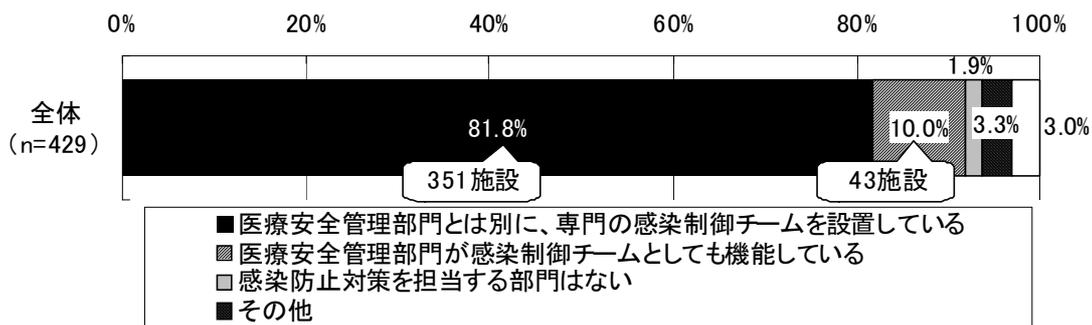
(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

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

院内感染防止対策部門の状況をみると、「医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チームを設置している」という施設が81.8%、「医療安全管理部門が感染制御チームとしても機能している」が10.0%、「感染防止対策を担当する部門はない」が1.9%であった。

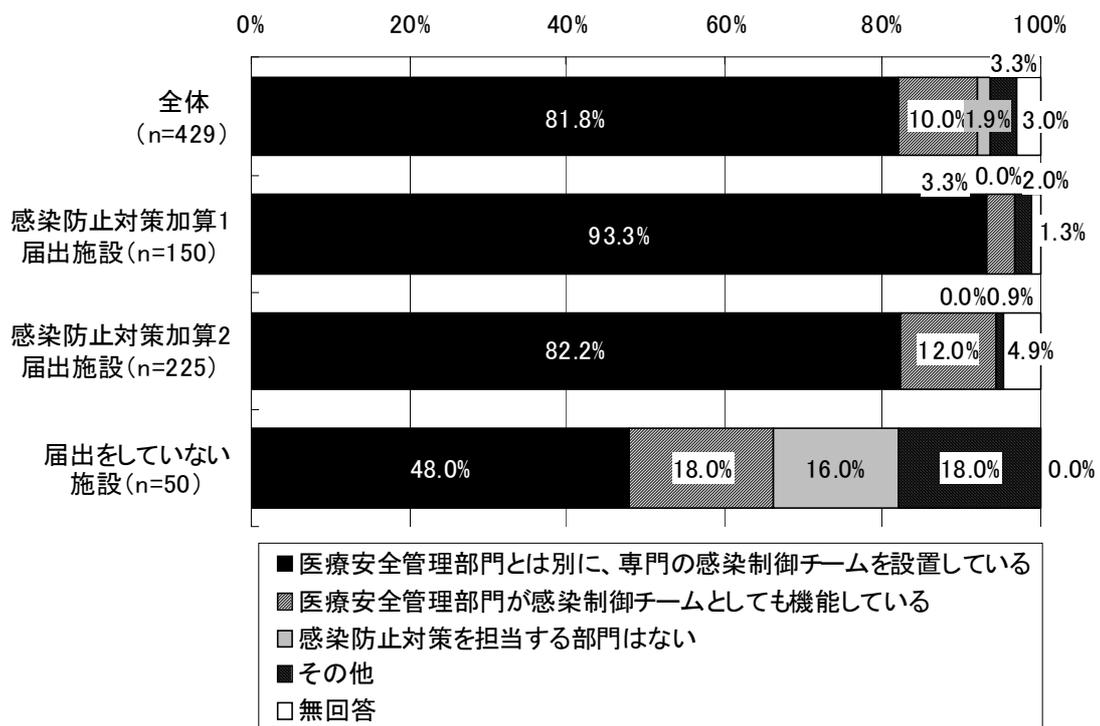
図表 17 院内感染防止対策部門の状況



(注) 「その他」の内容として、「院内感染対策委員会設置」、「医療安全に関わる委員会内に感染防止対策室がある」等が挙げられた。

感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、院内感染防止対策部門の状況をみると、「医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チームを設置している」との回答が感染防止対策加算1届出施設では93.3%、感染防止対策加算2届出施設は82.2%であった。また「医療安全管理部門が感染制御チームとしても機能している」との回答は、感染防止対策加算1届出施設で3.3%、感染防止対策加算2で12.0%であった。

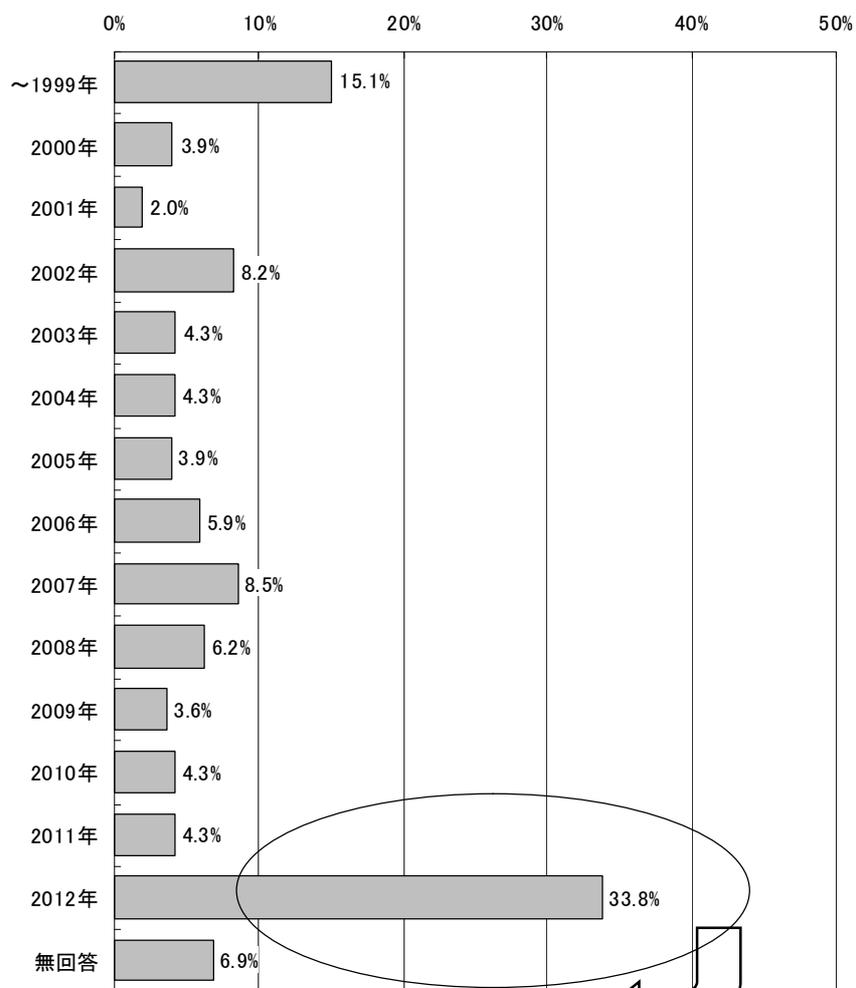
図表 18 院内感染防止対策部門の状況
(感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。
・「その他」の内容として「院内感染対策委員会を設置している」、「医療安全に関わる委員会内に感染防止対策室がある」等が挙げられた。

専門の感染制御チームを設置している施設においてその設置時期をたずねたところ、「2012年」（平成24年）が33.8%と最も多かった。2012年の月別の詳細をみると「4月」に設置した施設が27.9%で最も多かった。

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

感染制御チームを設置している施設において、1施設あたりの感染制御チームの職種別人数の内訳は図表 20 の通りである。専従者は平均 0.54 人（標準偏差 0.99、中央値 0.00）であり、専任者は平均 9.14 人（標準偏差 6.67、中央値 7.00）人であった。1施設あたりの合計人数は平均 9.68 人（標準偏差 6.64、中央値 8.00）であった。

次に感染防止対策加算の届出状況別にみると、感染防止対策加算 1 の届出施設では、専従の「保健師・助産師・看護師（感染管理従事経験 5 年以上）」が平均 1.02 人（標準偏差 0.34、中央値 1.00）であった。また、専任者をみると、「医師・歯科医師（感染症対策経験 3 年以上）」が平均 2.30 人（標準偏差 1.92、中央値 2.00）、「薬剤師（病院勤務経験 3 年以上）」が平均 1.33 人（標準偏差 0.65、中央値 1.00）、「臨床検査技師（病院勤務経験 3 年以上）」が平均 1.28 人（標準偏差 0.68、中央値 1.00）であった。

感染防止対策加算 2 の届出施設では、感染防止対策加算 1 の届出施設と比較すると、専従者が全般的に少なく、1施設あたりの合計人数も、感染防止対策加算 1 の届出施設では、平均 1.39 人（標準偏差 1.17、中央値 1.00）であるのに対し、感染防止対策加算 2 の届出施設では平均 0.02 人（標準偏差 0.14、中央値 0.00）であった。しかし、専任者についてみると、1施設あたりの合計人数は、感染防止対策加算 1 の届出施設では平均 8.51 人（標準偏差 7.18、中央値 6.50）であるのに対し、感染防止対策加算 2 の届出施設では平均 9.24 人（標準偏差 6.41、中央値 6.00）であった。

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

(注)「その他」の内容として、「事務職（医事課）」、「管理栄養士（栄養科）」、「精神保健福祉士」、「保育士」、「ヘルパー」、「作業療法士」等が挙げられた。

【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

(注) 「その他」の内容として、「事務職 (医事課)」、「管理栄養士 (栄養科)」、「精神保健福祉士」、「保育士」、「ヘルパー」、「作業療法士」等が挙げられた。

【感染防止対策加算2の届出施設、n=211】

(単位：人)

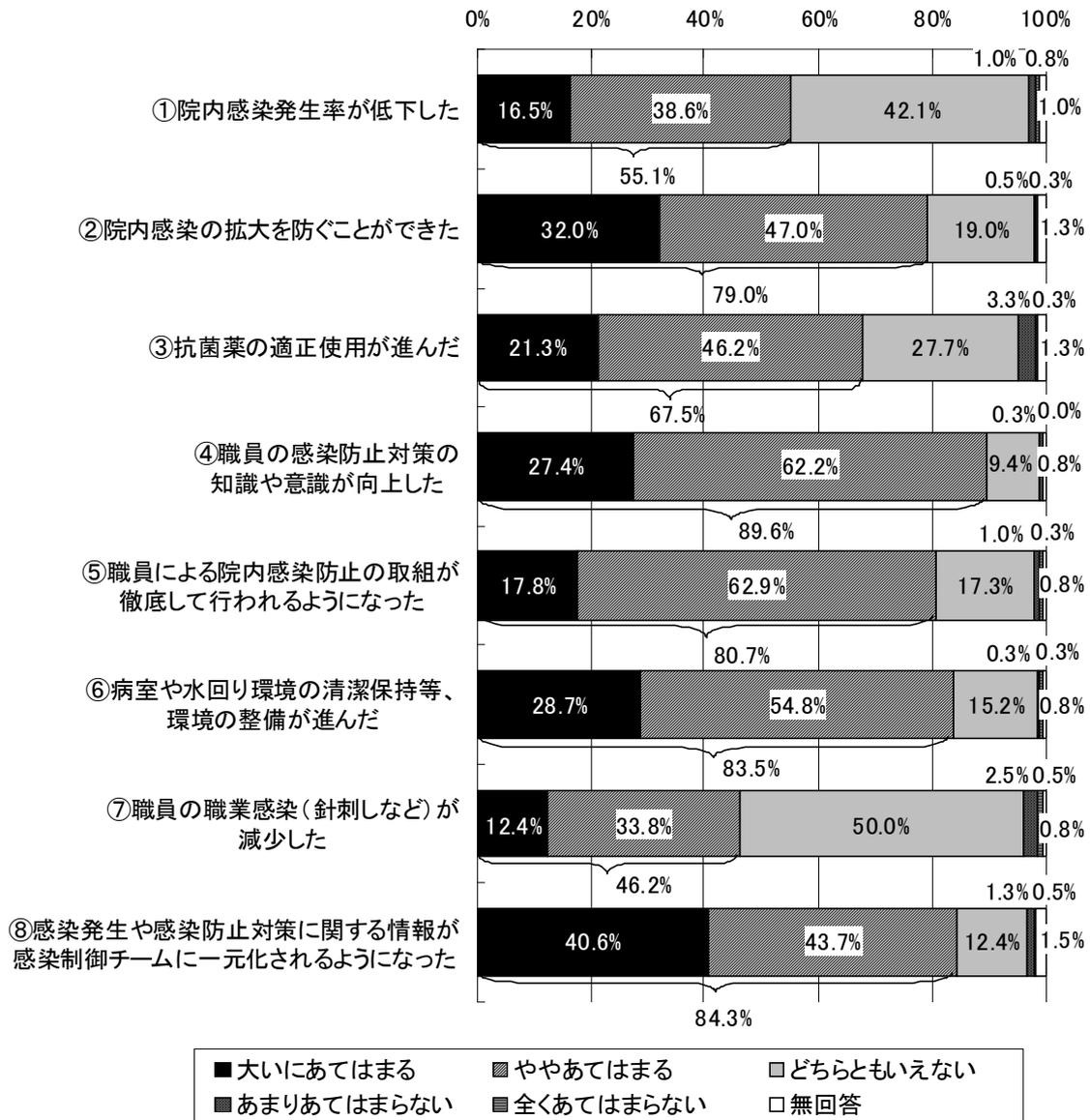
	専従			専任			合計		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師・歯科医師(感染症対策経験3年以上)	0.00	0.00	0.00	1.40	0.96	1.00	1.40	0.96	1.00
医師・歯科医師(感染症対策経験3年未満)	0.00	0.00	0.00	0.23	0.63	0.00	0.23	0.63	0.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年以上)	0.02	0.14	0.00	2.07	2.05	1.00	2.09	2.05	1.00
保健師・助産師・看護師(感染管理従事経験5年未満)	0.00	0.00	0.00	1.27	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

(注)「その他」の内容として、「事務職(医事課)」、「管理栄養士(栄養科)」、「精神保健福祉士」、「保育士」、「ヘルパー」、「作業療法士」等が挙げられた。

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

感染制御チームを設置している施設に対して、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をたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が最も高かったのは、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」で89.6%であった。次いで「感染発生や感染防止対策に関する情報が感染制御チームに一元化されるようになった」(84.3%)であるが、この項目については「大いにあてはまる」が40.6%となっており、他の項目と比較して最も高い割合となっている。3番目以降は、「病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ」(83.5%)、「職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった」(80.7%)、「院内感染の拡大を防ぐことができた」(79.0%)となっており、これらの項目についてはおよそ8割以上の施設で効果を認める回答が得られた。この他、「抗菌薬の適正使用が進んだ」(67.5%)、「院内感染発生率が低下した」(55.1%)、「職員の職業感染(針刺しなど)が減少した」(46.2%)と続いた。「職員の職業感染(針刺しなど)が減少した」、「院内感染発生率が低下した」では、「どちらともいえない」という回答がそれぞれ50.0%、42.1%と比較的多い結果となった。

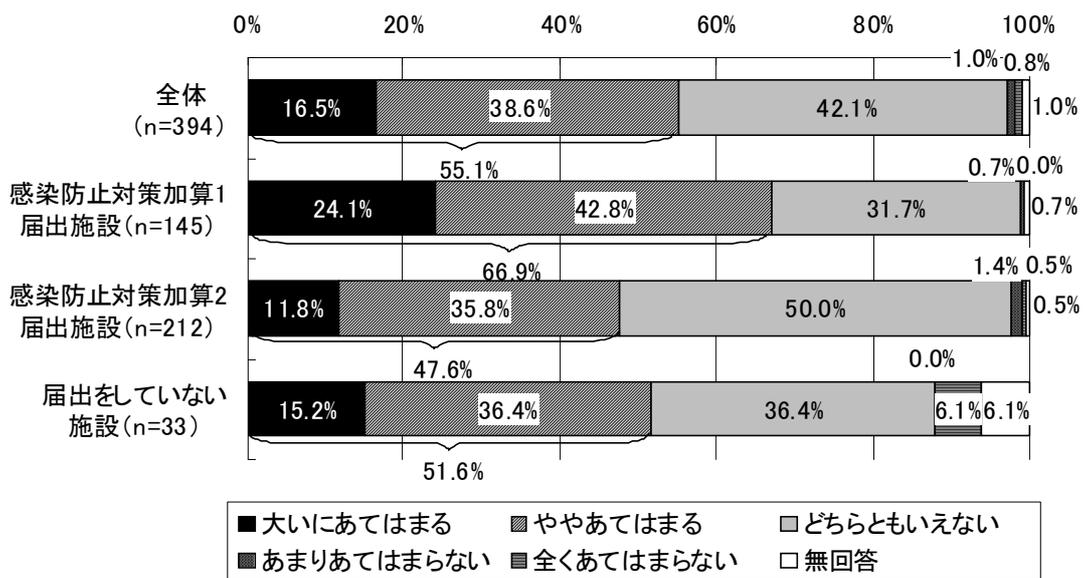
図表 21 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
(感染制御チームを設置している施設、n=394)



感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「院内感染発生率が低下した」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では66.9%、感染防止対策加算2届出施設では47.6%であった。

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～

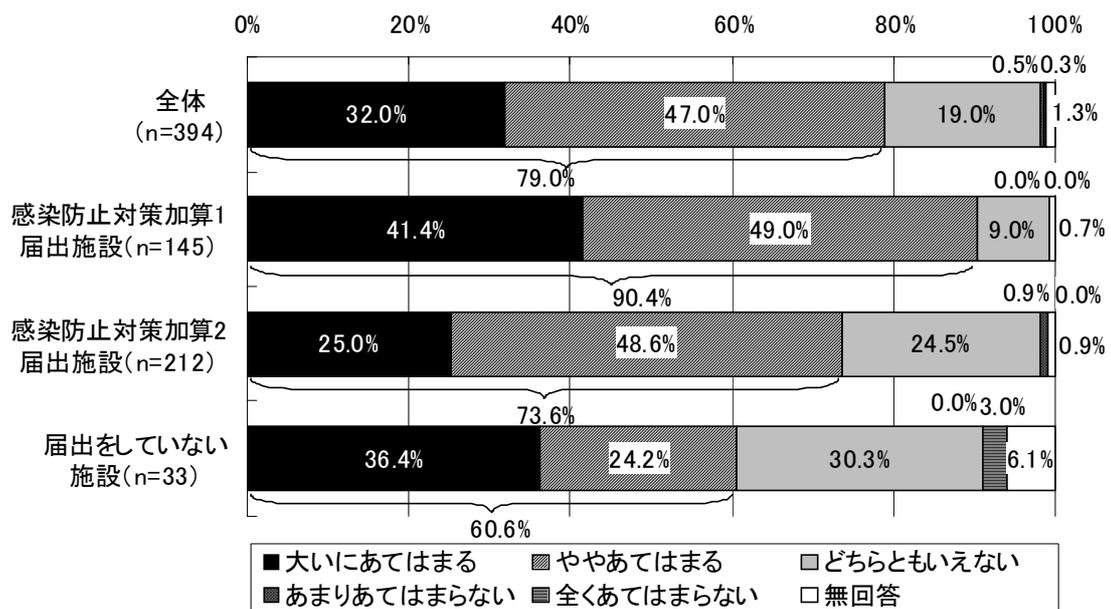
(感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「院内感染の拡大を防ぐことができた」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では90.4%、感染防止対策加算2届出施設では73.6%であった。

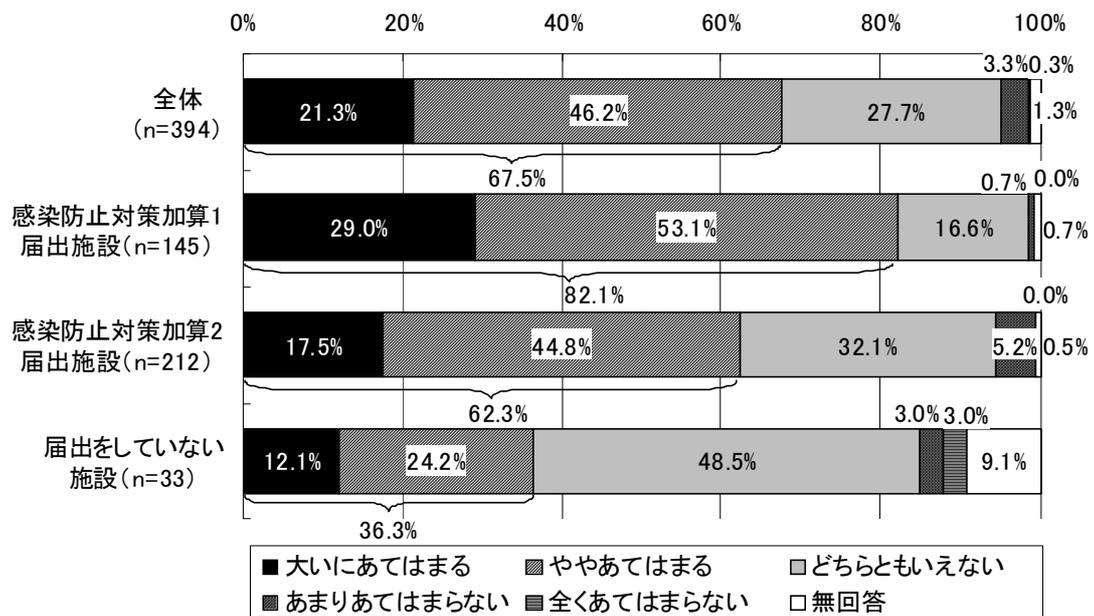
図表 23 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～②院内感染の拡大を防ぐことができた～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「抗菌薬の適正使用が進んだ」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では82.1%、感染防止対策加算2届出施設では62.3%であった。

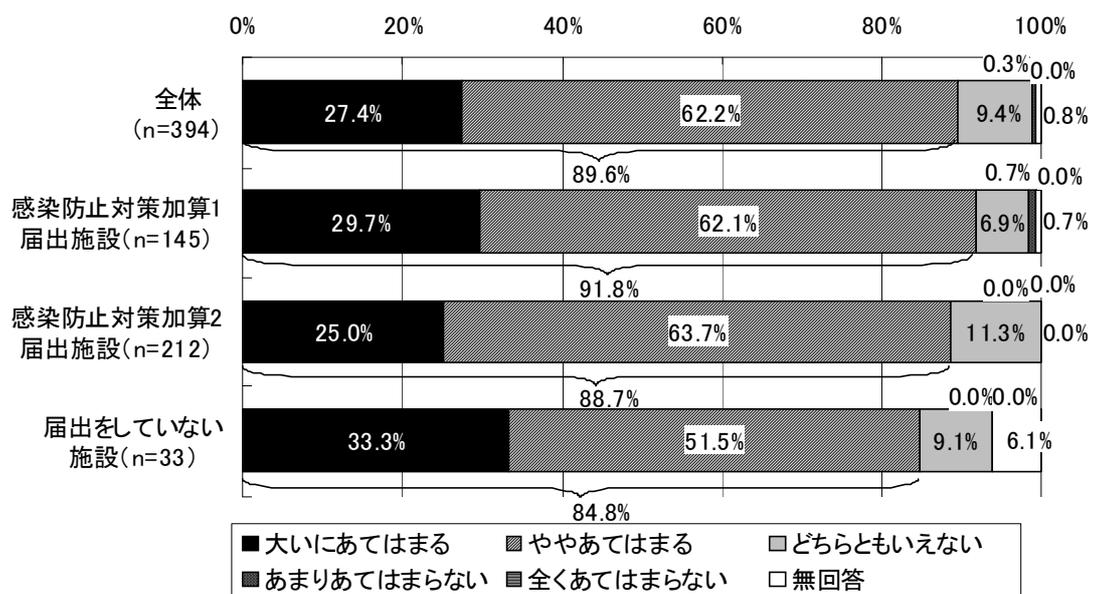
図表 24 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～③抗菌薬の適正使用が進んだ～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「職員の感染防止対策の知識や意識が向上した」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では91.8%、感染防止対策加算2届出施設では88.7%であった。

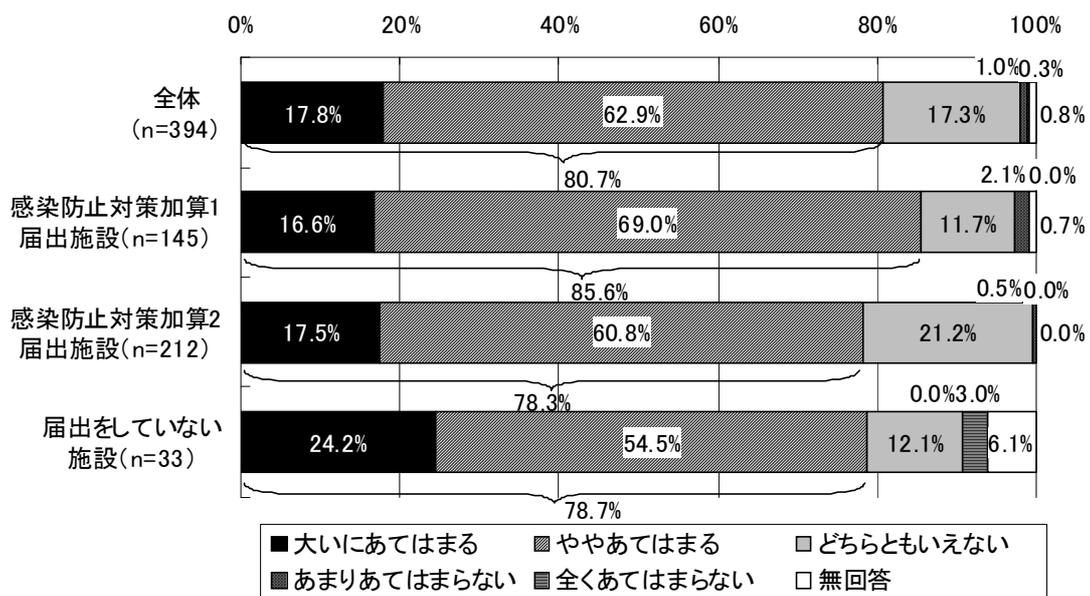
図表 25 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～④職員の感染防止対策の知識や意識が向上した～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「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」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では85.6%、感染防止対策加算2届出施設では78.3%であった。

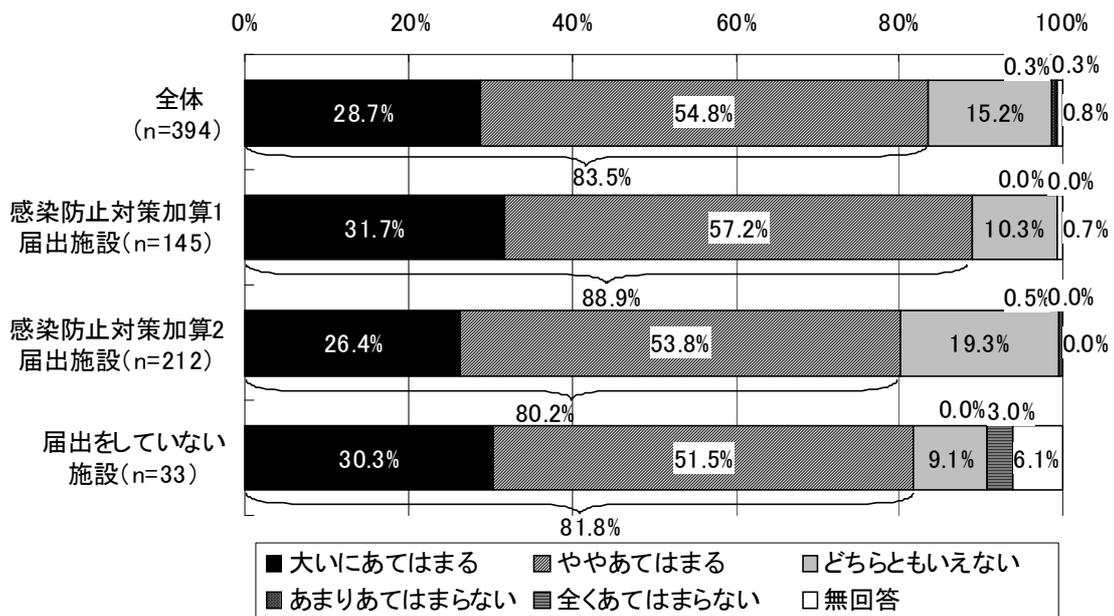
図表 26 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑤職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では88.9%、感染防止対策加算2届出施設では80.2%であった。

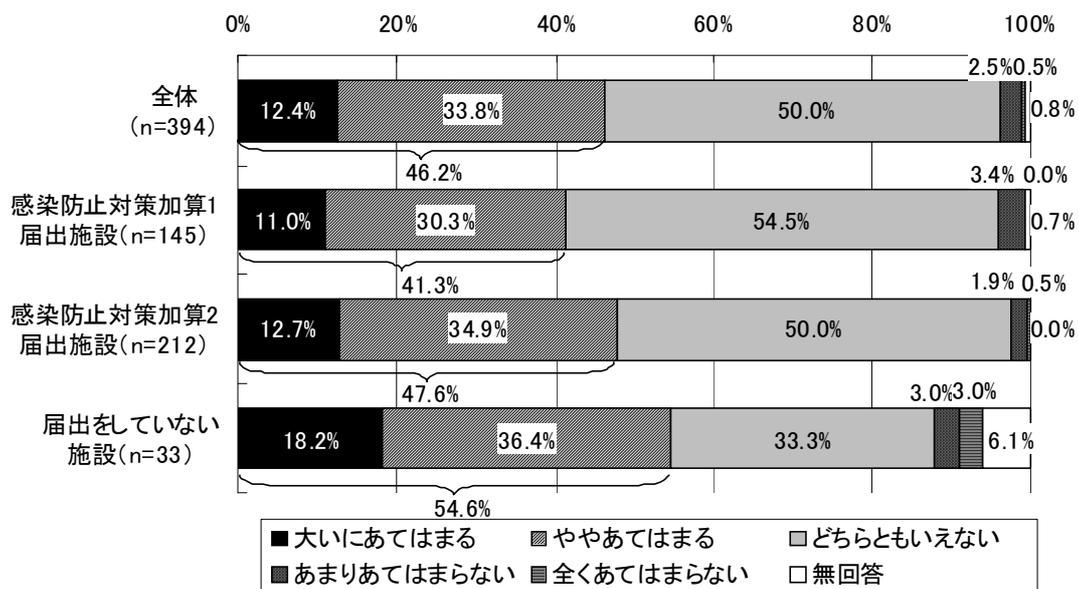
図表 27 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑥病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ～
 (感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別)



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「職員の職業感染（針刺しなど）が減少した」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では41.3%、感染防止対策加算2届出施設では47.6%であった。

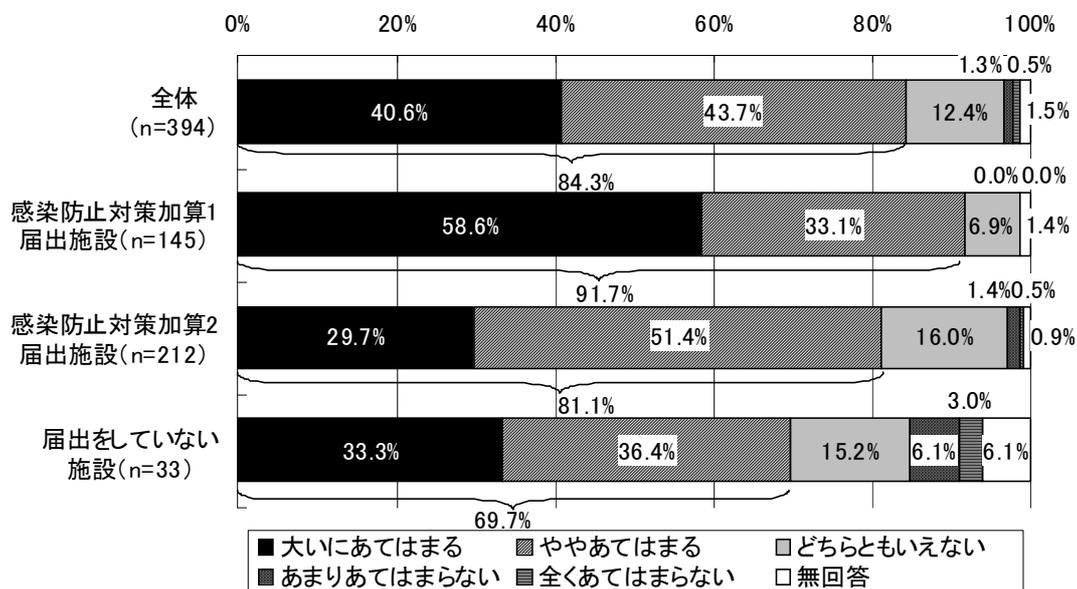
図表 28 感染制御チームを設置し院内感染防止対策に取り組んだ結果による効果
 ～⑦職員の職業感染（針刺しなど）が減少した～
 （感染制御チームを設置している施設、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別）



(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。

感染制御チームを設置している施設において、感染防止対策加算の施設基準の届出状況別に、「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」かをたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた回答が、感染防止対策加算1届出施設では91.7%、感染防止対策加算2届出施設では81.1%であった。

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の把握）。
 - ・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活かした対策案や情報を交換していろいろな視点、情報を持った上で活動できるようになった。効率が良くなったと感じる。
 - ・多職種で部門が運営されるようになり、法人全体の意識の向上が目立っている。ひとりひとりの感染防止への意識が高まった。
 - ・チームの活動内容が院内で認識でき、感染症についての相談が医師からもくるようになった。
 - ・情報を一元化でき、統一した対策ができています。
 - ・ICT メンバーが病院設備やシステムについて情報共有しやすくなった。
 - ・感染対策に関する最新情報がタイムリーに入る。
- チームによる主導的な活動の実施、情報発信
 - ・感染対策や抗菌薬使用に関するコンサルテーションが増えた。
 - ・感染対策チームの周知、コンサルテーションの増加。
 - ・ICT ニュースを毎日発行して、委員会での決定事項や最新の感染情報を発信している。

○職業感染防止対策の徹底

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

○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・手順などの見直し、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、報告時に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の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。
- ・感染防止対策加算の届出をしていないが、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

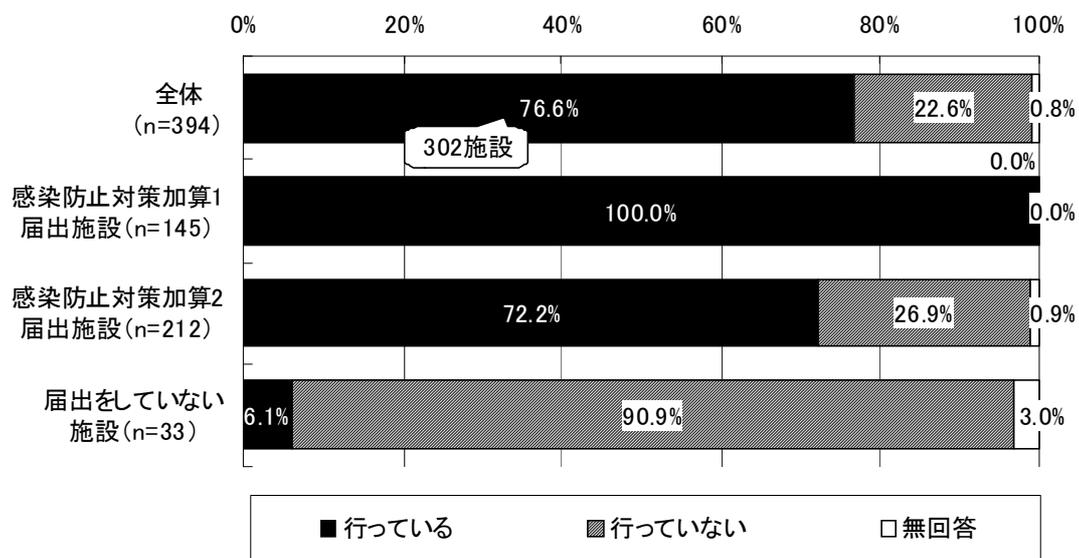
- 血液培養陽性事例の予後が改善した。
- 研修や講演会の回数が増え、内容も充実した。また、年々参加率も上昇傾向にある。
- 組織改善、教育、コンサルテーション、ファシリティなど組織横断的活動につながった。
- 職員本人・家族による感染症り患時の届出制を導入したので、感染対策の意識が向上した。
- 保健所などとの連携が行いやすくなったこと。

④院内感染防止対策について、他の医療機関との連携した取組の実施状況

1) 院内感染防止対策についてのお医療機関との連携した取組の実施状況

院内感染防止対策について、お医療機関との連携した取組の実施状況についてたずねたところ、感染防止対策加算1届出施設では「行っている」との回答が100%であった。感染防止対策加算2届出施設では「行っている」が72.2%、「行っていない」が26.9%であった。

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

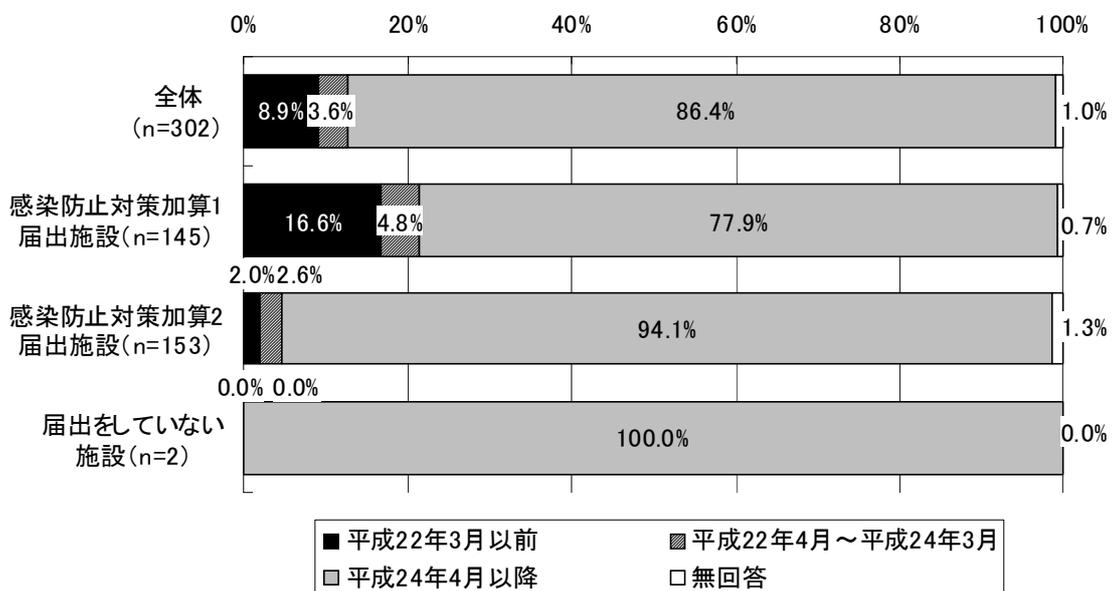


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

2) 感染防止対策について、他医療機関と相互チェック等の取組を開始した時期

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についてみると、感染防止対策加算1届出施設では「平成24年4月以降」が77.9%で最も多かったが、「平成22年3月以前」から実施している施設も16.6%あった。感染防止対策加算2届出施設では「平成24年4月以降」が94.1%で最も多く、「平成22年3月以前」が2.0%、「平成22年4月～平成24年3月」が2.6%であった。

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)

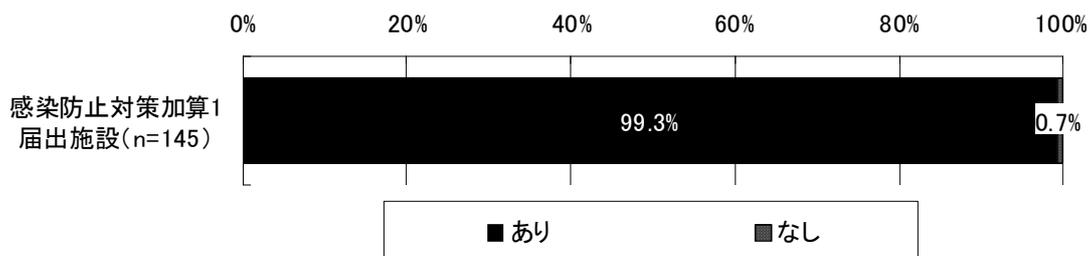


(注) 上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

3) 感染防止対策地域連携加算の届出の有無

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について、「感染防止対策地域連携加算」の届出の有無をたずねたところ、「あり」という回答が99.3%であった。

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

感染防止対策において連携している医療機関数についてみると、全体では1施設あたりの連携医療機関数は平均4.8施設(標準偏差12.5、中央値3)であった。

感染防止対策地域連携加算届出状況別にみると、「届出あり」の施設では平均6.9施設(標準偏差17.4、中央値4)、「届出なし」の施設では平均2.9施設(標準偏差3.4、中央値2)であった。

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

感染防止対策において連携している医療機関のうち、自施設が現地に赴き評価を行う連携医療機関数は、全体では平均 1.0 施設（標準偏差 1.0、中央値 1）であった。

感染防止対策地域連携加算届出状況別にみると、「届出あり」の施設では平均 1.5 施設（標準偏差 0.9、中央値 1）、「届出なし」の施設では平均 0.5 施設（標準偏差 0.9、中央値 0）であった。

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

感染防止対策において連携している医療機関のうち、自施設を評価する連携医療機関数は、全体では平均 1.2 施設（標準偏差 0.8、中央値 1）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」の施設では平均 1.4 施設（標準偏差 0.7、中央値 1）、「届出なし」の施設では平均 1.0 施設（標準偏差 0.9、中央値 1）であった。

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

平成 24 年 4 月～9 月の半年間における、自施設が現地に赴き評価を行った連携医療機関数をみると、全体では平均 0.5 施設（標準偏差 0.9、中央値 0）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では平均 0.6 施設（標準偏差 0.7、中央値 0）で、「届出なし」では平均 0.4 施設（標準偏差 1.0、中央値 0）であった。

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

平成 24 年 4 月～9 月の半年間における、自施設が現地に赴き連携医療機関の評価を行った回数をみると、全体では平均 0.5 回（標準偏差 0.9、中央値 0）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では平均 0.6 回（標準偏差 0.8、中央値 0）で、「届出なし」では平均 0.5 回（標準偏差 0.9、中央値 0）であった。

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

平成 24 年 4 月～9 月の半年間における、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をみると、全体では平均 0.4 施設（標準偏差 0.7、中央値 0）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では平均 0.5 施設（標準偏差 0.8、中央値 0）で、「届出なし」では平均 0.4 施設（標準偏差 0.7、中央値 0）であった。

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

平成 24 年 4 月～9 月の半年間における、連携医療機関が院内感染防止対策を評価しに自施設を訪れた実施回数をみると、全体では平均 0.5 回（標準偏差 1.6、中央値 0）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では平均 0.4 回（標準偏差 0.5、中央値 0）で、「届出なし」では平均 0.5 回（標準偏差 2.2、中央値 0）であった。

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）

平成 24 年 4 月～9 月の半年間に開催した、連携医療機関との合同カンファレンスの回数（実績）をみると、全体では平均 2.2 回（標準偏差 1.0、中央値 2）であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では平均 2.3 回（標準偏差 1.0、中央値 2）で、「届出なし」では平均 2.2 回（標準偏差 1.1、中央値 2）であった。

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

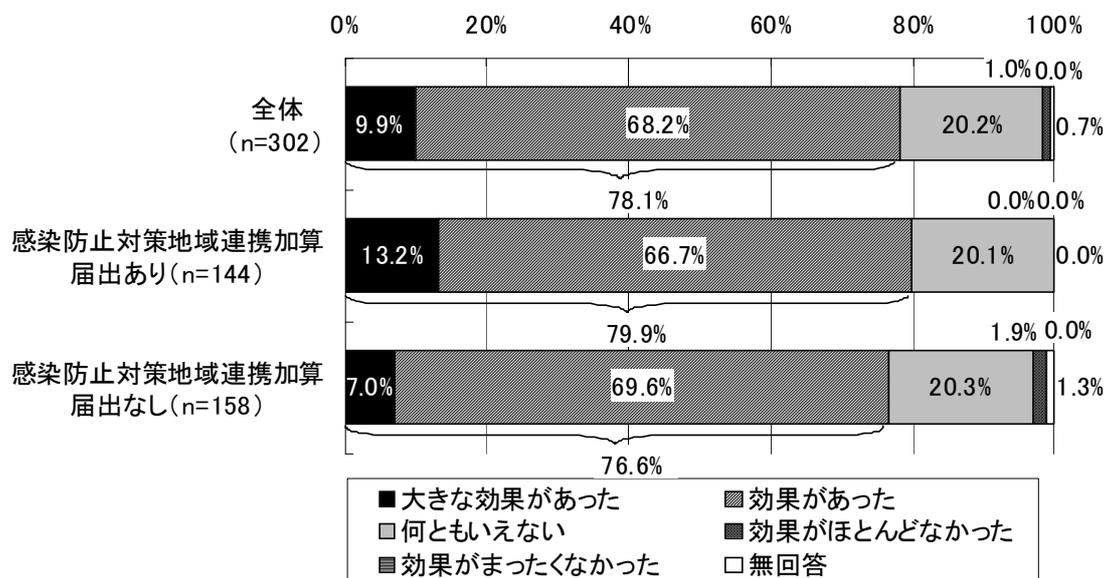
⑤他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことによる効果と課題

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

他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をたずねたところ、全体では「大きな効果があった」「効果があった」を合わせた回答が78.1%であった。

感染防止対策地域連携加算の届出状況別にみると、「届出あり」では効果を感じたとの回答が79.9%、「届出なし」の施設では76.6%となり、8割近くの施設で効果があったという結果となった。

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がある（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多くな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

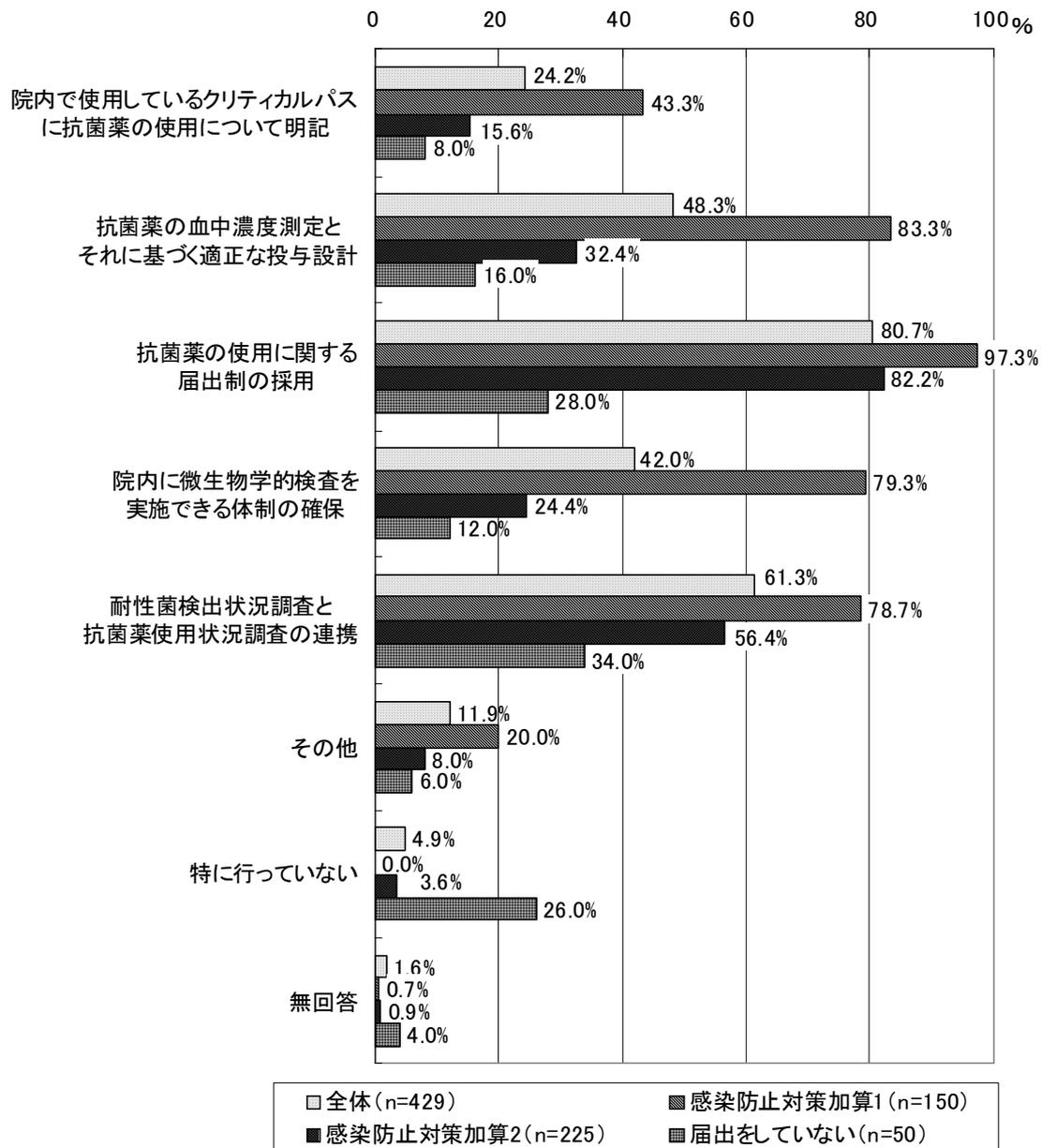
- ・自施設で感染対策上理想とされる対策を連携施設が学んだ後の実施に向けての提案。
- ・内容の妥当性、評価した内容の改善についての確認。
- ・HIV 感染事故の対応のあり方を検討していく必要がある。
- ・医師中心だと他職種が意見を聞きにくい。
- ・遠方の医療機関と連携しているため、移動時間を要することから、頻回な定期確認ができない。
- ・感染防止上の医療水準の差が埋まるよう連携を図ること。
- ・感染防止対策の情報、マニュアルの改訂箇所情報の周知徹底。
- ・感染防止対策加算の連携については、今年度から初の試みであり、合同カンファレンス相互チェックともに実際の方法が正しいのか判断に迷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

抗菌薬の適正使用を図るために実施している取組内容をたずねたところ、感染防止対策加算1届出施設では「抗菌薬の使用に関する届出制の採用」が97.3%で最も多く、次いで「抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計」(83.3%)、「院内に微生物学的検査を実施できる体制の確保」(79.3%)、「耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携」(78.7%)と続いた。感染防止対策加算2届出施設では、「抗菌薬の使用に関する届出制の採用」が82.2%で最も多く、次いで「耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携」(56.4%)であった。感染防止対策加算1届出施設は加算防止対策加算2届出施設や届出をしていない施設と比較すると各種取組の実施割合が高かった。

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。

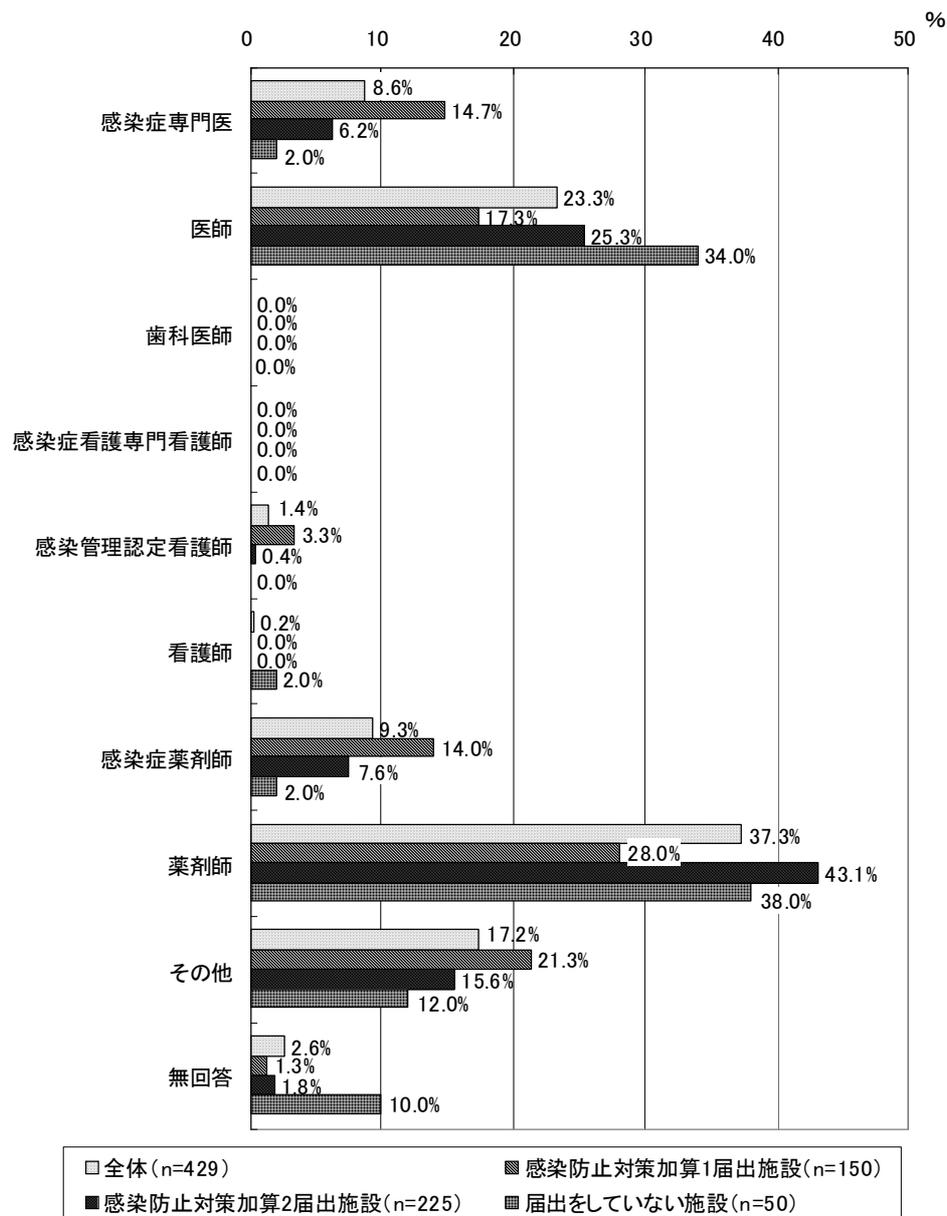
【「その他」に記載された取組内容】

- ・ ICT ラウンドによる確認・指導（同旨含め 12 件）
- ・ 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）。
- ・ 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）。
- ・ 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）。
- ・ 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。
- ・ 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

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人をたずねたところ、感染防止対策加算 1 届出施設、感染防止対策加算 2 届出施設のいずれの施設においても「薬剤師」が最も多かった。次いで「医師」となった。「感染症専門医」という回答は、感染防止対策加算 1 届出施設では 14.7%、感染防止対策加算 2 届出施設では 6.2%であった。

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)



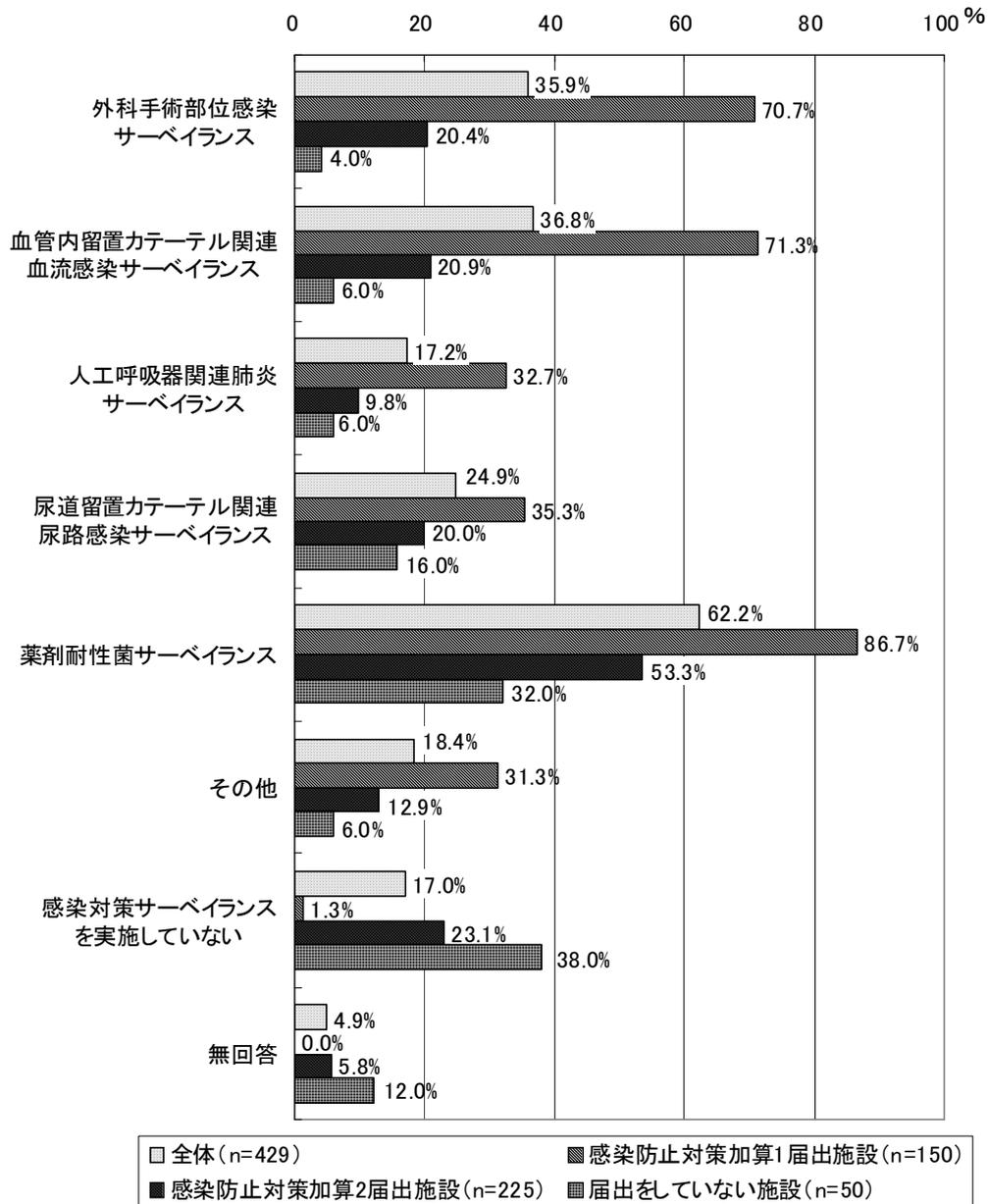
- (注) ・上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。
- ・「その他」の内容として、「臨床検査技師」(11 件)、「医療安全管理室 (ICT チーム)」(4 件)、「感染管理認定医師」(2 件)、「感染制御認定臨床微生物検査技師」等が挙げられた。

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

現在取り組んでいる院内感染対策サーベイランスをたずねたところ、感染防止対策加算1届出施設では、感染防止対策加算2届出施設と比較して全般的に実施率が高かった。特に実施率が高かったのは、「薬剤耐性菌サーベイランス」(86.7%)、「血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス」(71.3%)、「外科手術部位感染サーベイランス」(70.7%)であった。「薬剤耐性菌サーベイランス」については感染防止対策加算2の届出施設でも53.3%あったが、「血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス」では20.9%、「外科手術部位感染サーベイランス」では20.4%にとどまり、感染防止対策加算1届出施設と大きな差異がみられた。

図表 46 現在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)



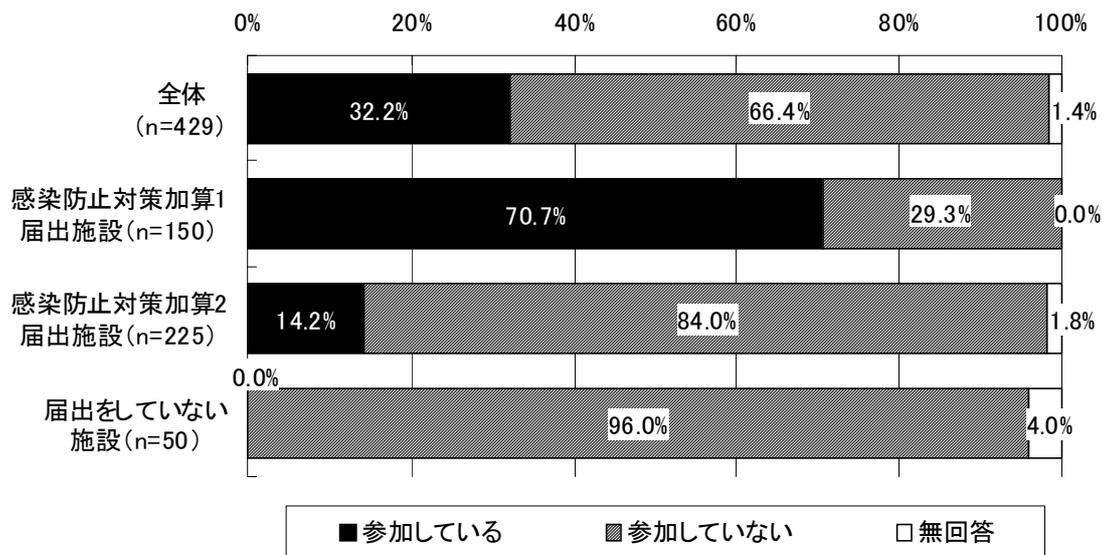
(注)・上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

・「その他」の内容として、「手指衛生サーベイランス」(同旨を含め 33 件)、「針刺し切創サーベイランス」(同旨を含め 7 件)、「微生物サーベイランス」(同旨を含め 6 件)、「抗菌薬使用量サーベイランス」(同旨を含め 6 件) 等が挙げられた。

2) 院外の感染対策サーベイランス

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をたずねたところ、感染防止対策加算1届出施設では「参加している」が70.7%であるのに対して、感染防止対策加算2届出施設では14.2%にとどまった。

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

院内感染防止対策のための講習会の開催数の変化をみると、平成24年度診療報酬改定前の平成23年4月～9月の半年間では感染防止対策加算1届出施設における開催数は平均4.9回（標準偏差5.5、中央値3.0）であったのが、改定後の平成24年4月～9月の半年間では平均5.6回（標準偏差6.3、中央値3.0）となり、全体の増加率は14.2%となった。一方、感染防止対策加算2届出施設では、平成24年度診療報酬改定前の平成23年4月～9月の半年間では平均1.7回（標準偏差1.6、中央値1.0）であったのが、改定後の平成24年4月～9月の半年間では平均1.6回（標準偏差1.5、中央値1.0）となり、全体の増加率はマイナス1.7%となった。

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)・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。

- ・「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。

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をみると、感染防止対策加算1届出施設では、平成24年度診療報酬改定前の平成23年4月～9月の半年間では平均556.3人（標準偏差735.0、中央値315.0）であったのが、改定後の平成24年4月～9月の半年間では平均643.8人（標準偏差765.4、中央値355.0）となり、平均値で見ると15.7%の増加率となった。また、感染防止対策加算2届出施設について同様にみると、改定前の平成23年4月～9月では平均120.3人（標準偏差115.2、中央値90.5）であったのが、改定後の平成24年4月～9月では平均130.1人（標準偏差132.2、中央値95.0）であり、平均値で見ると8.1%の増加率であった。

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)

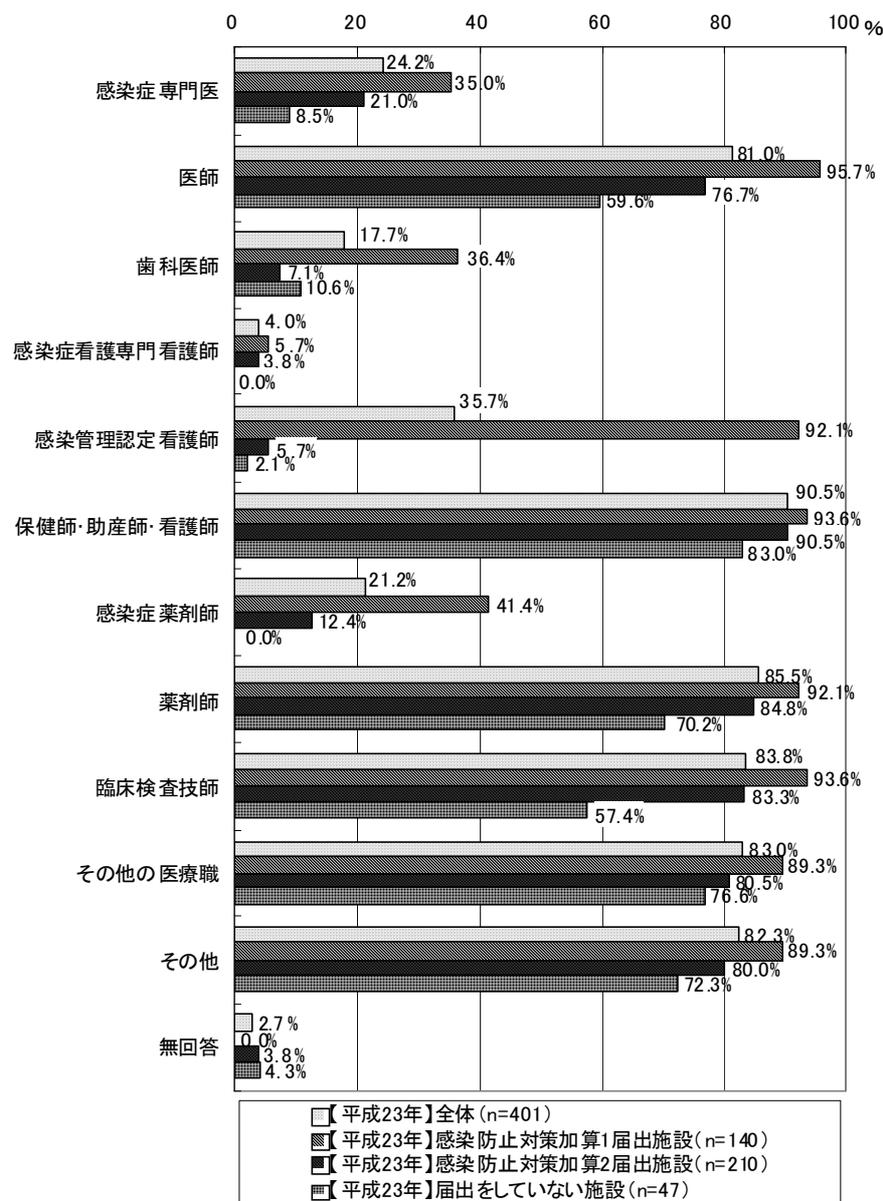
(単位：人)

	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	735.0	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)・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。
- ・「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。

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をみると、感染防止対策加算 1 届出施設では「医師」が 95.7%、「保健師・助産師・看護師」と「臨床検査技師」がともに 93.6%、「感染管理認定看護師」と「薬剤師」がともに 92.1%であった。感染防止対策加算 1 届出施設では感染防止対策加算 2 届出施設と比較して、講習会に参加した各職種の割合が高かった。

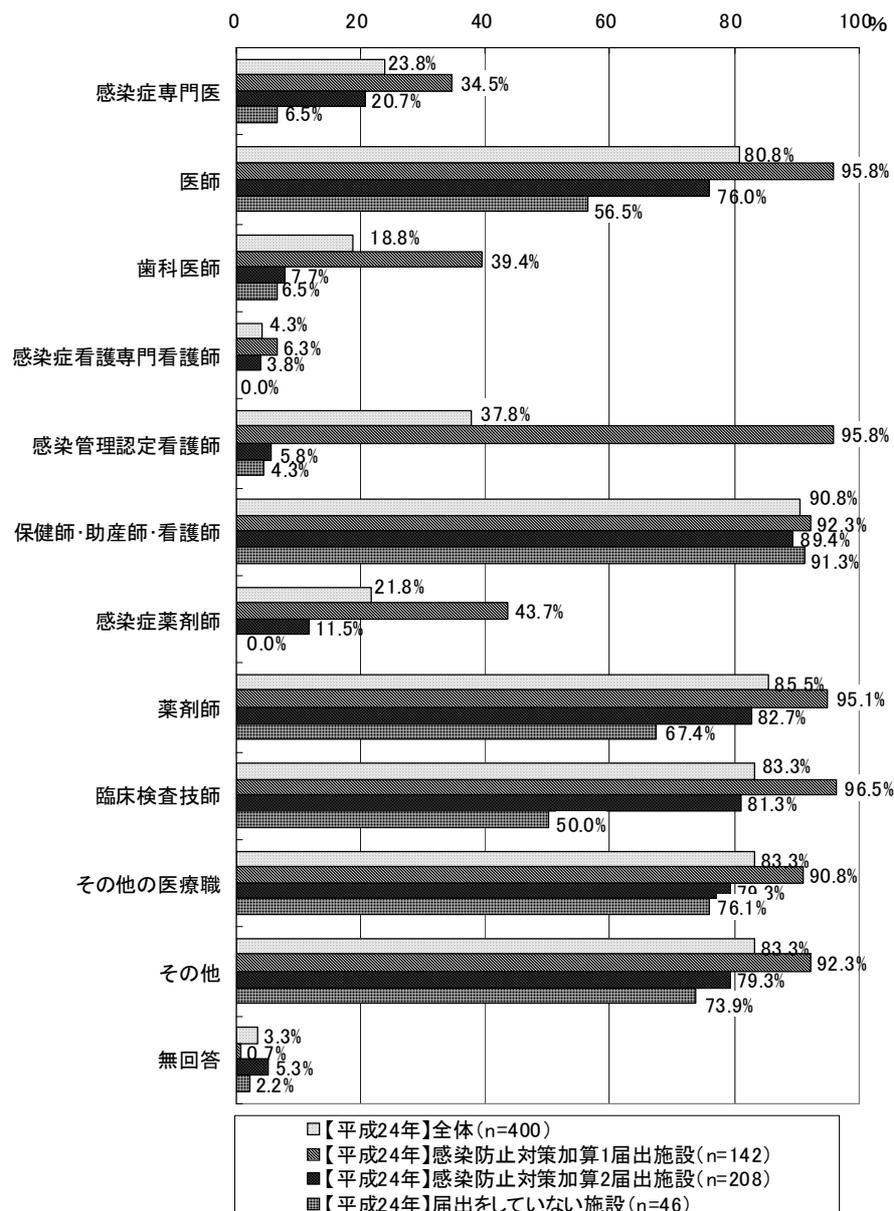
図表 51 平成 23 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注)・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。
 ・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。

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をみると、感染防止対策加算 1 届出施設では「臨床検査技師」が 96.5%、「医師」と「感染管理認定看護師」がともに 95.8%、「薬剤師」が 95.1%となっており、前年度と比較して高い割合となった。また、感染防止対策加算 2 届出施設では感染防止対策加算 1 届出施設と比較すると低い結果となった。

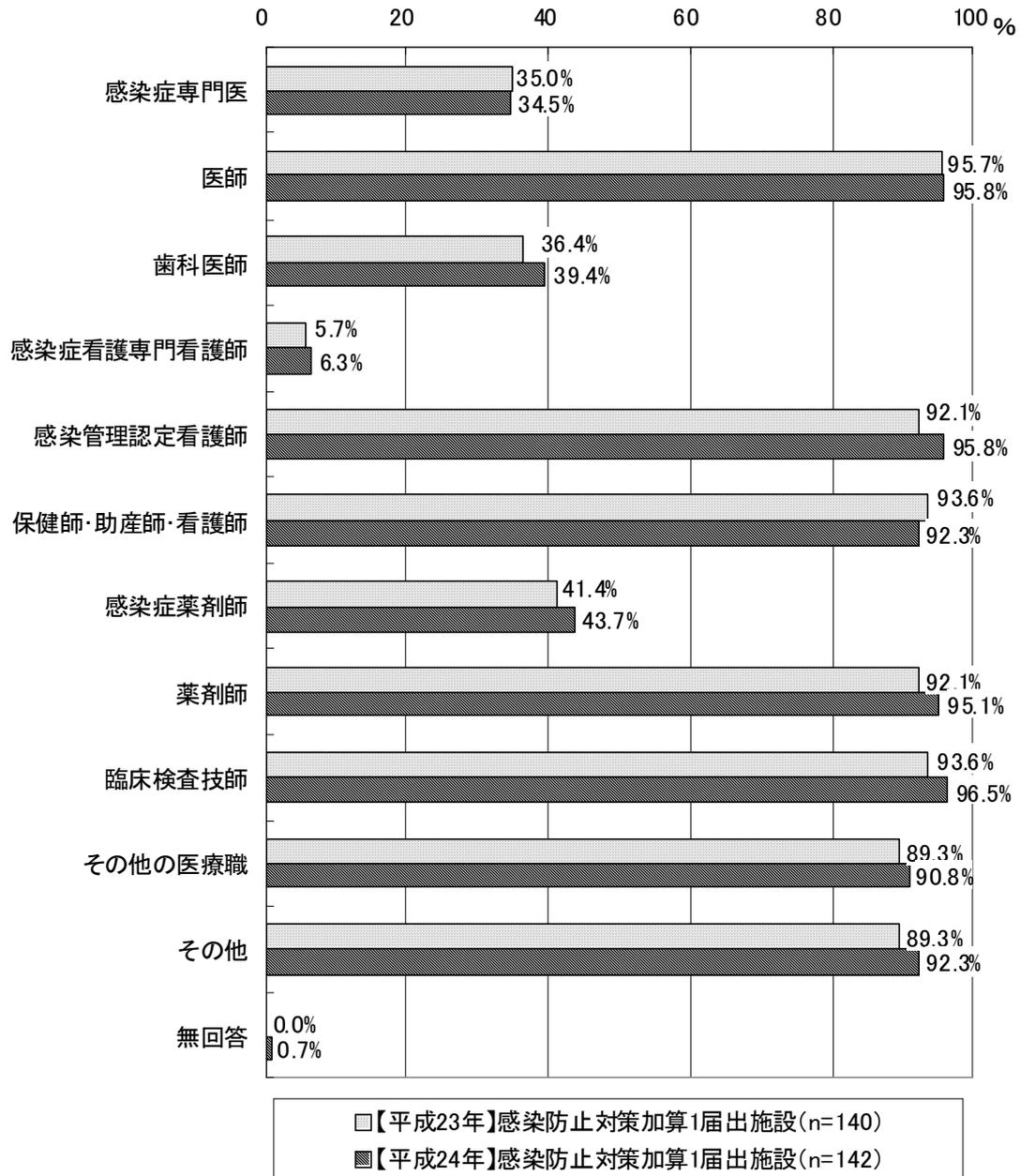
図表 52 平成 24 年 4 月～9 月の半年間において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種（感染防止対策加算の施設基準の届出状況別、複数回答）



(注)・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。
 ・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。

感染防止対策加算 1 届出施設において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化をみると、「感染管理認定看護師」は 92.1%から 95.8%と 3.7 ポイントの増加、「薬剤師」は 92.1%から 95.1%の 3.0 ポイントの増加、「臨床検査技師」は 93.6%から 96.5%と 2.9 ポイントの増加となった。

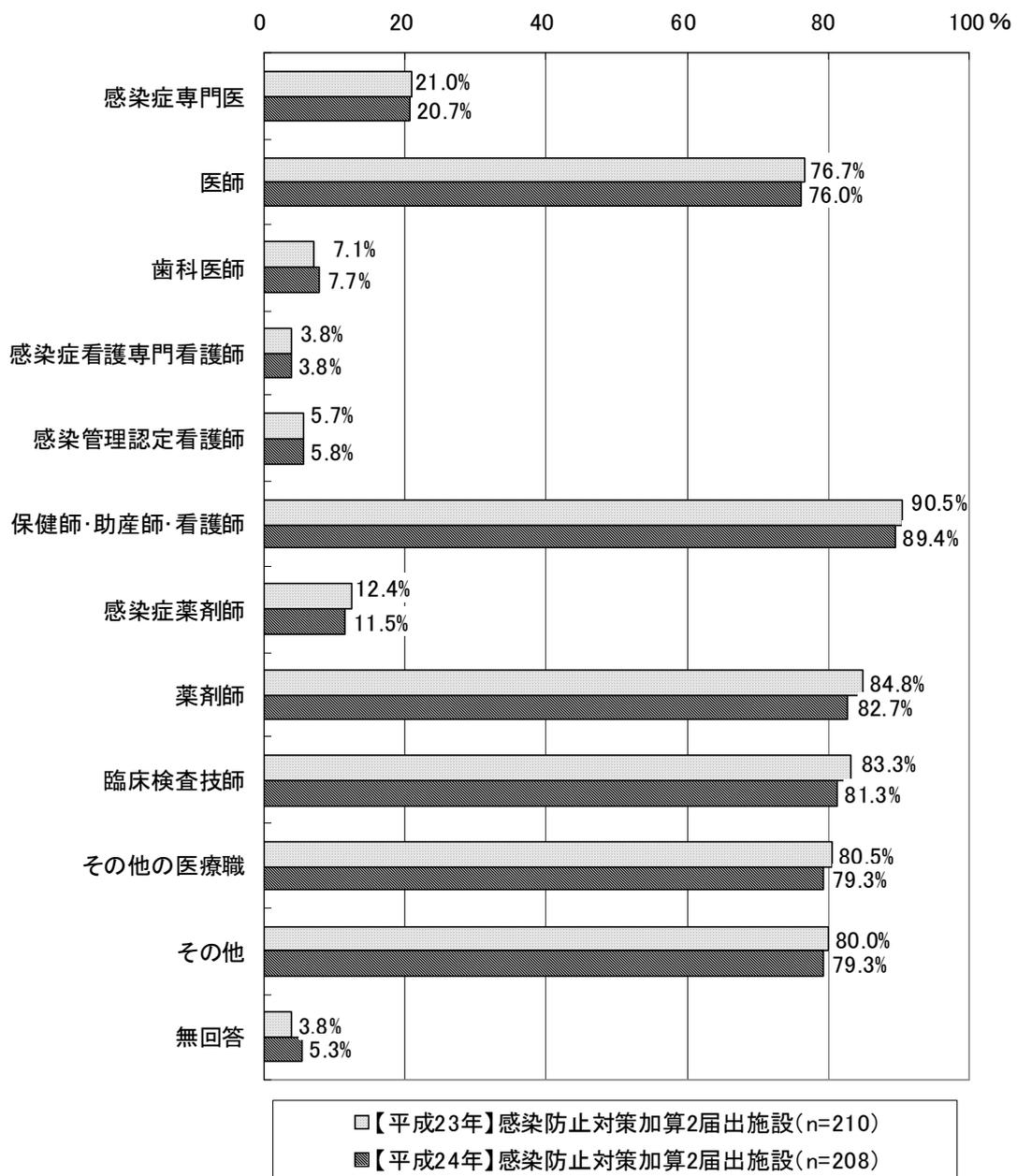
図表 53 院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化
(感染防止対策加算 1 届出施設、複数回答)



(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。

感染防止対策加算 2 届出施設において、院内感染防止対策のための講習会に参加した職種の変化をみると、「歯科医師」と「感染症看護専門看護師」、「感染管理認定看護師」を除くと、前年度よりもやや低い割合となった。

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)

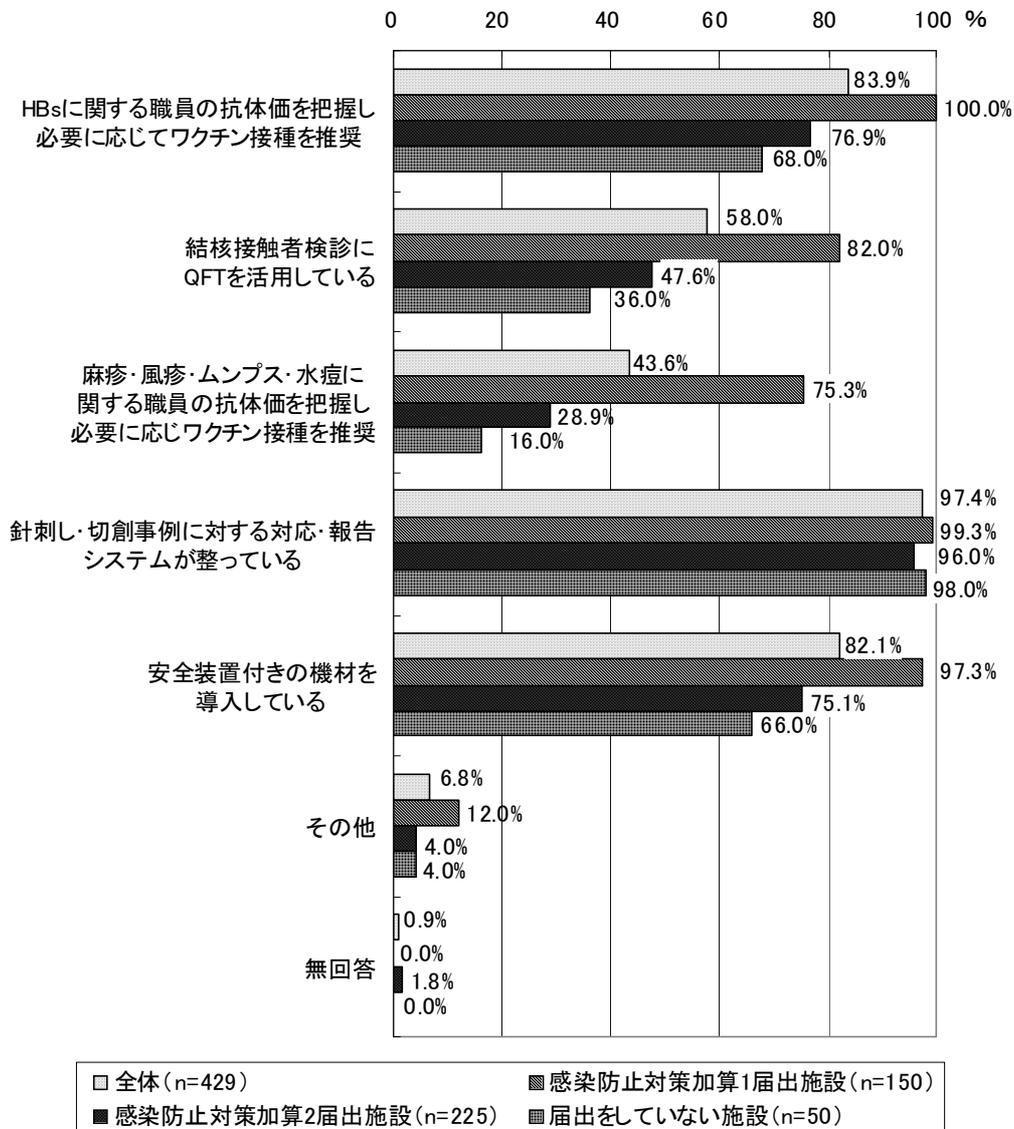


(注) 講習会の開催実績がある施設を集計対象とした。図表中の数値は、講習会開催実績がある施設においてそれぞれの職種の参加実績があった施設の割合を意味する。

⑨職業感染に対する防止策

職業感染に対する防止策をたずねたところ、感染防止対策加算 1 届出施設では「HBs に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨」は 100.0%であった。次いで「針刺し・切創事例に対する対応・報告システムが整っている」(99.3%)、「安全装置付きの機材を導入している」(97.3%)、「結核接触者健診に QFT を活用している」(82.0%)、「麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨」(75.3%)と続いた。一方、感染防止対策加算 2 届出施設では「針刺し・切創事例に対する対応・報告システムが整っている」が 96.0%で最も高く、次いで「HBs に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨」(76.9%)、「安全装置付きの機材を導入している」(75.1%)となった。「麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨」(28.9%)、「結核接触者健診に QFT を活用している」(47.6%)は半数に満たなかった。また、感染防止対策加算 1 届出施設と比較すると、すべての項目で割合が低い結果となった。

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)



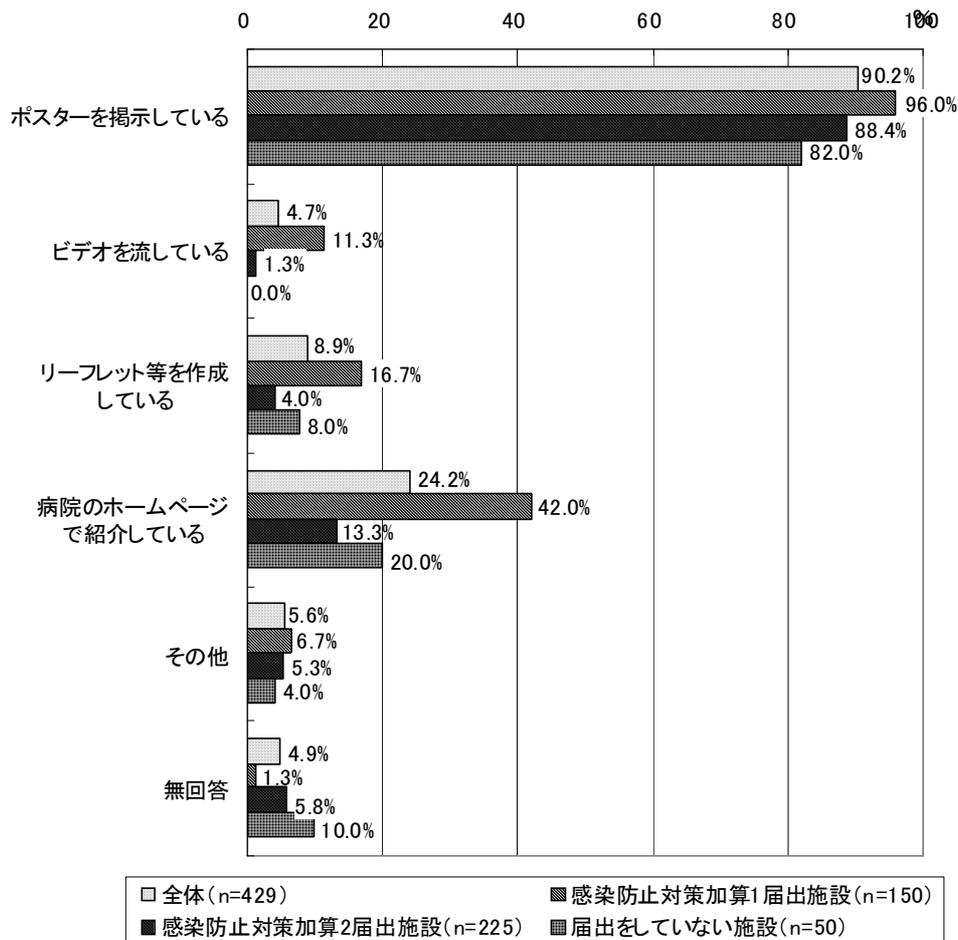
(注)・上記図表の「届出をしていない」施設は、「感染防止対策加算」の届出をしていない施設ではあるが、「患者サポート体制充実加算」の届出をしている施設であり、感染防止対策加算の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

・「その他」の内容として、「インフルエンザワクチンの接種」(同旨を含め 13 件)、「流行性ウイルス感染症の報告体制を整えている」、「安全器材使用法のトレーニング」、「PPE の技術訓練など」等が挙げられた。

⑩院内感染防止対策について患者への周知方法

院内感染防止対策について患者への周知方法を届出施設別にたずねたところ、いずれの施設においても「ポスターを掲示している」が最も多く、次いで「病院のホームページで紹介している」、「リーフレット等を作成している」と続いた。

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)・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。

・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にも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」

・「その他」の内容として、「看護の日や広報誌等で感染予防について周知・啓発」(同旨を含め 10 件)、「手指消毒剤を玄関に設置」(同旨を含め 8 件)、「患者・家族向け研修会の開催」(同旨を含め 3 件)、「咳エチケットのポスター等により、患者へのマスクの配布を徹底している」(同旨を含め 2 件)等が挙げられた。

⑪感染者数等の変化

MRSA の感染者数の変化を施設基準の届出状況別にみると、感染防止対策加算 1 届出施設では、平成 23 年 4 月～9 月の半年間で平均 79.2 人（標準偏差 59.5、中央値 64.0）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では平均 73.5 人（標準偏差 55.9、中央値 58.0）となった。新規入院患者数に占める MRSA 感染者率をみると、平成 23 年 4 月～9 月では平均 1.04%（中央値では 1.51%）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月では平均 0.96%（中央値では 1.39%）と低下している。

感染防止対策加算 2 届出施設では、MRSA 感染者数が平成 23 年 4 月～9 月の半年間で平均 28.8 人（標準偏差 28.9、中央値 20.0）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では平均 26.5 人（標準偏差 25.7、中央値 21.0）となった。新規入院患者数に占める MRSA 感染者率をみると、平成 23 年 4 月～9 月では平均 3.33%（中央値では 3.73%）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月では平均 2.98%（中央値では 3.70%）と低下している。

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

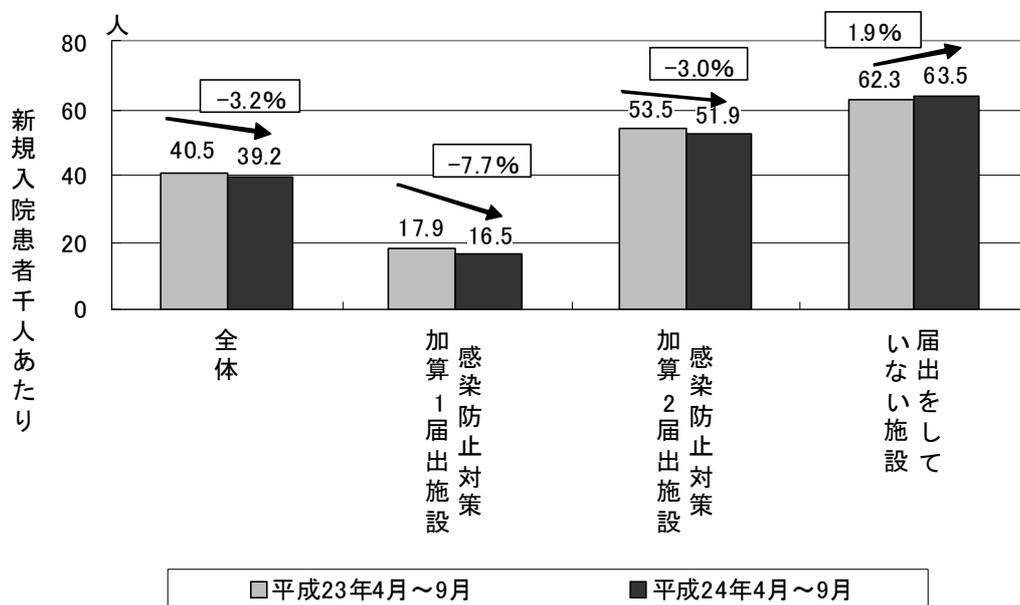
(注)・ここでの「感染」とは保菌と発症の両方を含む。該当期間内に同一患者が同一菌種に複数回感染した場合でも「1 人」としてカウントしている。ただし、平成 23 年 4 月～9 月にも感染し、平成 24 年 4 月～9 月にも感染した場合には、それぞれ「1 人」として計上している。また、持込か院内感染かの区別はしていない。

- 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。

新規入院患者千人あたりのMRSA感染者数をみると、感染防止対策加算1届出施設では、感染防止対策加算2届出施設と比較すると、MRSA感染者数が3分の1程度となっている。

次に、新規入院患者千人あたりのMRSAの感染者数の変化を加算届出状況別にみると、感染防止対策加算1届出施設では、平成23年4月～9月の半年間で17.9人であったのが、平成24年4月～9月の半年間では16.5人と7.7%の減少となった。同様に、感染防止対策加算2届出施設をみると、平成23年4月～9月の半年間で53.5人であったのが、平成24年4月～9月の半年間では51.9人と3.0%の減少となった。

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)・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。
- 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。

多剤耐性緑膿菌の感染者数の変化を施設基準の届出状況別にみると、感染防止対策加算1届出施設では、平成23年4月～9月の半年間で平均1.9人（標準偏差8.1、中央値0.0）であったのが、平成24年4月～9月の半年間では平均1.0人（標準偏差2.2、中央値0.0）となった。新規入院患者数に占める多剤耐性緑膿菌感染者率をみると、平成23年4月～9月では平均0.02%（中央値では0.00%）であったのが、平成24年4月～9月では平均0.01%（中央値では0.00%）となり低下している。

感染防止対策加算2届出施設では、多剤耐性緑膿菌感染者数が平成23年4月～9月の半年間で平均1.0人（標準偏差3.5、中央値0.0）であったのが、平成24年4月～9月の半年間では平均0.7人（標準偏差2.4、中央値0.0）となった。新規入院患者数に占める多剤耐性緑膿菌感染者率をみると、平成23年4月～9月では平均0.12%（中央値では0.00%）であったのが、平成24年4月～9月では平均0.08%（中央値では0.00%）と低下している。

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

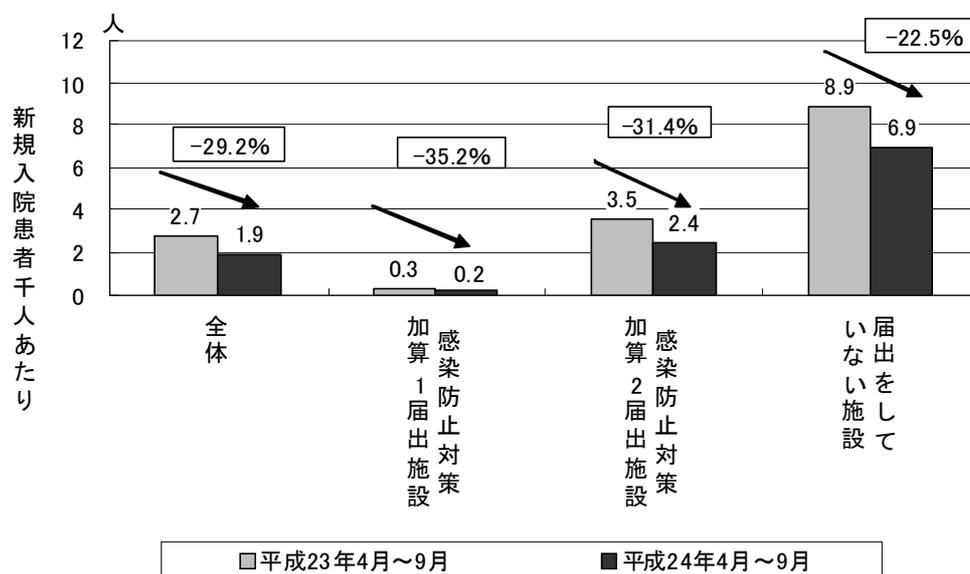
(注)・ここでの「感染」とは保菌と発症の両方を含む。該当期間内に同一患者が同一菌種に複数回感染した場合でも「1人」としてカウントしている。ただし、平成23年4月～9月にも感染し、平成24年4月～9月にも感染した場合には、それぞれ「1人」として計上している。また、持込か院内感染かの区別はしていない。

- 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。

新規入院患者千人あたりの多剤耐性緑膿菌感染者数をみると、感染防止対策加算 1 届出施設では、感染防止対策加算 2 届出施設と比較すると、多剤耐性緑膿菌感染者数が 10 分の 1 以下となっている。

次に、新規入院患者千人あたりの多剤耐性緑膿菌の感染者数の変化を加算届出状況別にみると、感染防止対策加算 1 届出施設では、平成 23 年 4 月～9 月の半年間で 0.3 人であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では 0.2 人と 35.2%の減少となった。同様に、感染防止対策加算 2 届出施設をみると、平成 23 年 4 月～9 月の半年間で 3.5 人であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では 2.4 人と 31.4%の減少となった。

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)・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。
- 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。

VRE の感染者数の変化を施設基準の届出状況別にみると、感染防止対策加算 1 届出施設では、平成 23 年 4 月～9 月の半年間で平均 0.2 人（標準偏差 1.6、中央値 0.0）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では平均 0.1 人（標準偏差 0.5、中央値 0.0）となった。新規入院患者数に占める VRE 感染者率をみると、平成 23 年 4 月～9 月、平成 24 年 4 月～9 月、いずれも平均 0.00%（中央値では 0.00%）であり、変化がみられなかった。

感染防止対策加算 2 届出施設では、VRE 感染者数が平成 23 年 4 月～9 月の半年間で平均 0.0 人（標準偏差 0.0、中央値 0.0）であったのが、平成 24 年 4 月～9 月の半年間では平均 0.0 人（標準偏差 0.2、中央値 0.0）となり、変化がみられなかった。新規入院患者数に占める VRE 感染者率をみると、平成 23 年 4 月～9 月、平成 24 年 4 月～9 月、いずれも平均 0.00%（中央値では 0.00%）であり、変化がみられなかった。

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)・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。

- ・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。
- ・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。

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、少量ウイルス抗体検査ができるようになったものの、職業感染対策の費用が多くかかり対策が行えない状況がある。
 - ・感染防止対策を頑張っていけば行うほど費用がかさむこと。費用対効果は出るが PPE や消毒剤等の購入費用を捻出することが難しい。
 - ・感染防止対策にかける経費について理解が得にくい。
 - ・感染防止対策加算 2 で求められている施設基準は、感染防止対策加算 1 の施設基準に比べ人的面、物的面で負担感が大きい。 / 等

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

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

- ・担当医以外の感染防止対策への積極的参加が少ない。
- ・感染症専門医や感染症内科がない中で、いかに診療部（医師）を説得し理解・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

- ・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）。
- ・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。
- ・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、病病連携、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ため、様々な感染症に罹患しやすく、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

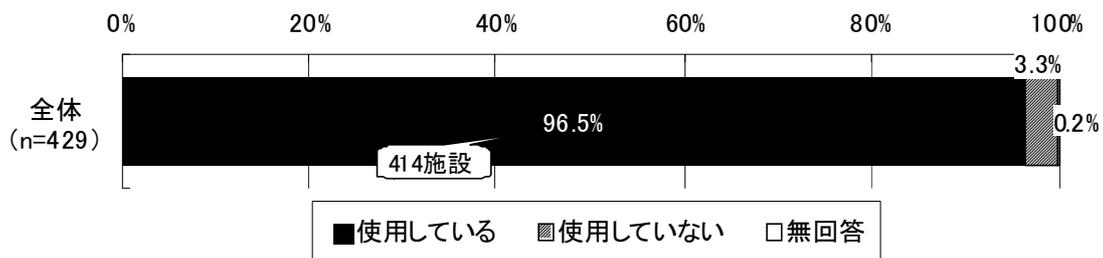
(3) 医療機器の安全管理の状況等

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）

CTの使用状況についてたずねたところ、「使用している」が96.5%、「使用していない」が3.3%であった。

図表 63 CTの使用状況（平成24年4月以降）



CTを使用していると回答した414施設におけるCTの使用台数をみると、全体では平均1.65台（標準偏差1.23、中央値1.00）であった。

病床規模別にみると、病床規模が大きくなるごとに、CTの使用台数も増える傾向にあり、「～99床」では平均0.99台（標準偏差0.12、中央値1.00）であるのに対して、「500床～」では平均3.44台（標準偏差1.76、中央値3.00）となった。

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

CTを使用していると回答した414施設におけるCTの使用台数をみると、「1台」が65.5%、「2台」が18.6%、「3台」が7.5%、「4台」が3.1%、「5台以上」が4.6%であった。

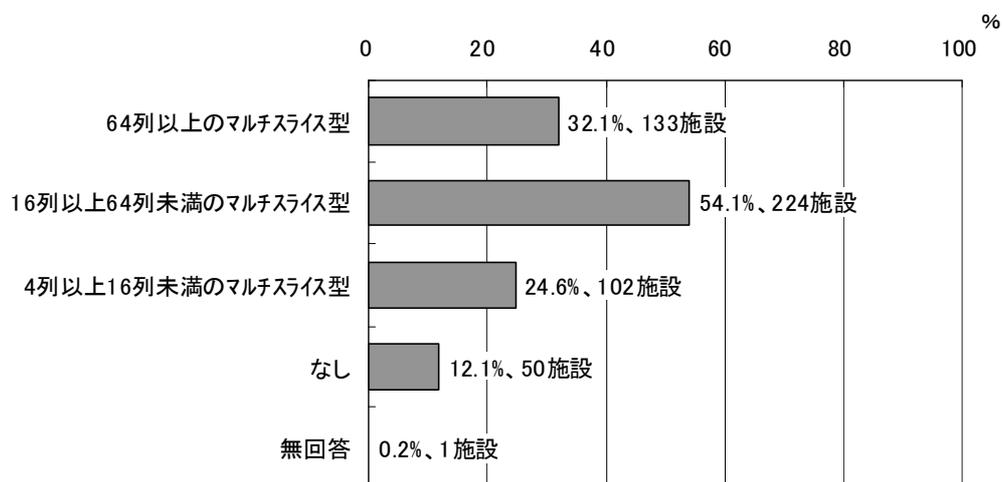
図表 65 CTの使用台数別施設数・割合（CTを使用している施設）

	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

コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出状況をみると、「64列以上のマルチスライス型」の届出施設が32.1%、「16列以上64列未満のマルチスライス型」が54.1%、「4列以上16列未満のマルチスライス型」が24.6%であった。

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）

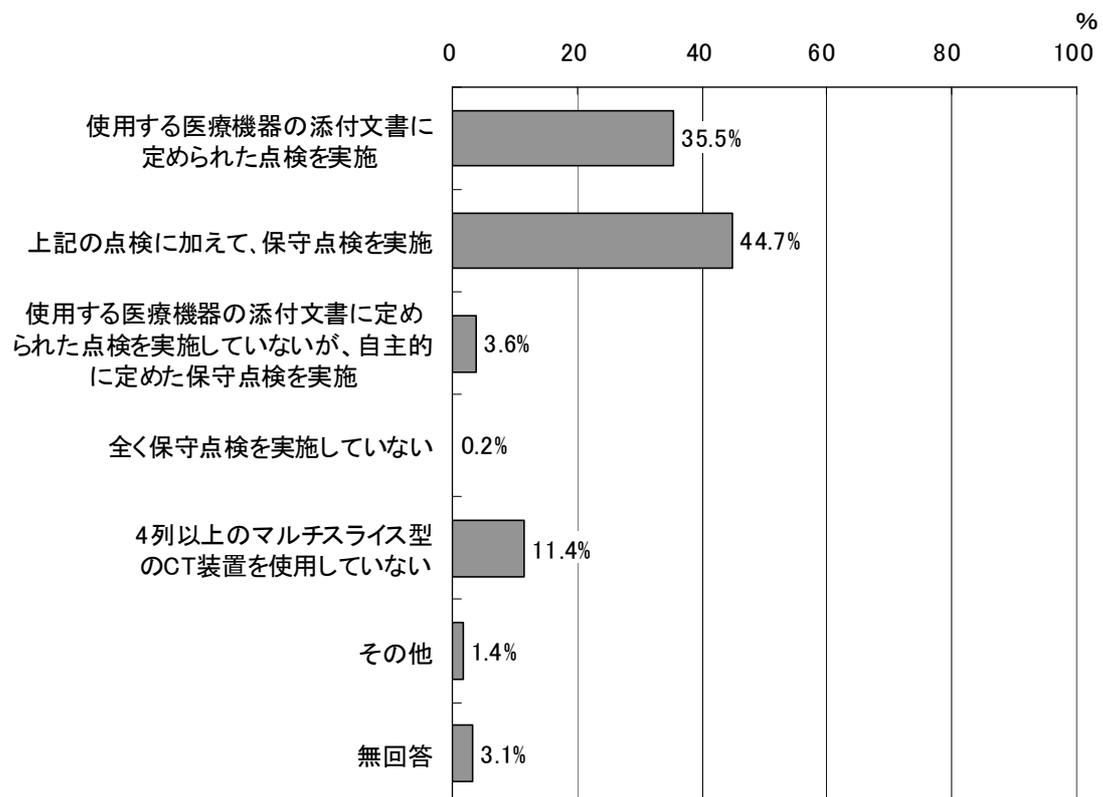
～4列以上16列未満マルチスライス型施設基準の届出施設～

	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

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をたずねたところ、「使用する医療機器の添付文書に定められた点検に加えて、保守点検を実施」が44.7%と最も多く、次いで「使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施」が35.5%となった。

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)



(注) 「その他」の内容として、「年4回メーカーによる定期点検」、「年2回メーカーによる定期点検」等が挙げられた。

【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・終業点検
- ・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】

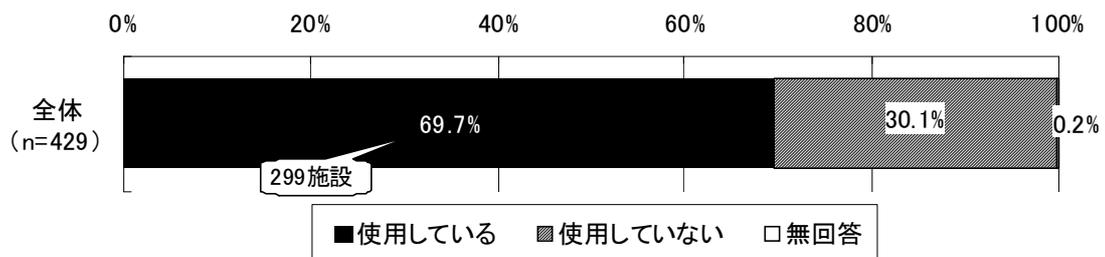
- ・メーカー委託による定期点検。
- ・テストスキャンの実施、ガントリ内部確認、ガントリ内締結部締付け確認、緊急停止ボタン機能確認、コンソール部清掃その他、ガントリ内部清掃、油漏れ確認およびオイルクーラー清掃、コンソール内部ファン、ガントリ緊急停止ボタン動作確認。
- ・ガントリ内部、コンソール部、オイルクーラー、寝台内部の清掃。緊急停止ボタンや投光器の正常動作確認。X線系調整および出力確認。 / 等

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）

MRIの使用状況をたずねたところ、「使用している」が69.7%、「使用していない」が30.1%であった。

図表 71 MRIの使用状況（平成24年4月以降）



MRI を使用していると回答した 299 施設における MRI の使用台数をみると、全体では平均 1.48 台（標準偏差 0.89、中央値 1.00）であった。

病床規模別にみると、病床規模が大きくなるごとに、MRI の使用台数も増える傾向にあり、「～99 床」では平均 1.00 台（標準偏差 0.00、中央値 1.00）であったのに対して、「500 床～」では平均 2.54 台（標準偏差 1.19、中央値 2.00）となった。

図表 72 MRI の使用台数（MRI を使用している施設、病床規模別、n=299）

（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

MRI を使用していると回答した 299 施設における、MRI の使用台数をみると、「1 台」が 66.2%、「2 台」が 22.7%、「3 台」が 6.0%、「4 台」が 2.3%、「5 台以上」が 1.7%であった。

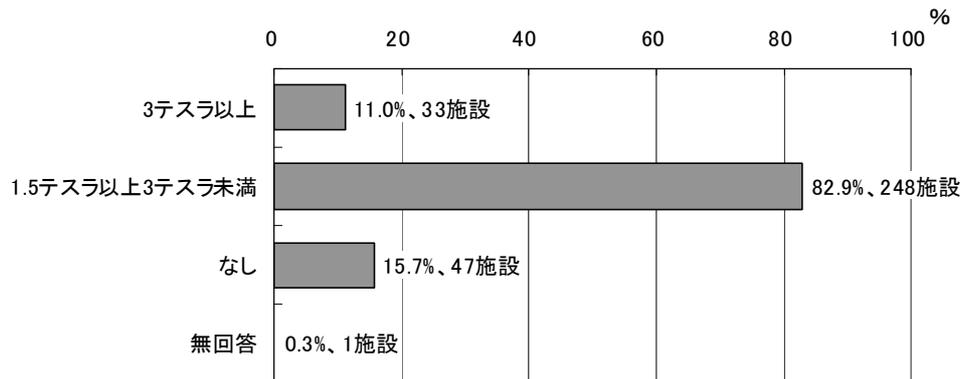
図表 73 MRI の使用台数別施設数・割合（MRI を使用している施設、n=299）

	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

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を見ると、「3 テスラ以上」が 11.0%、「1.5 テスラ以上 3 テスラ未満」が 82.9%であった。また「なし」との回答が 15.7%であった。

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%

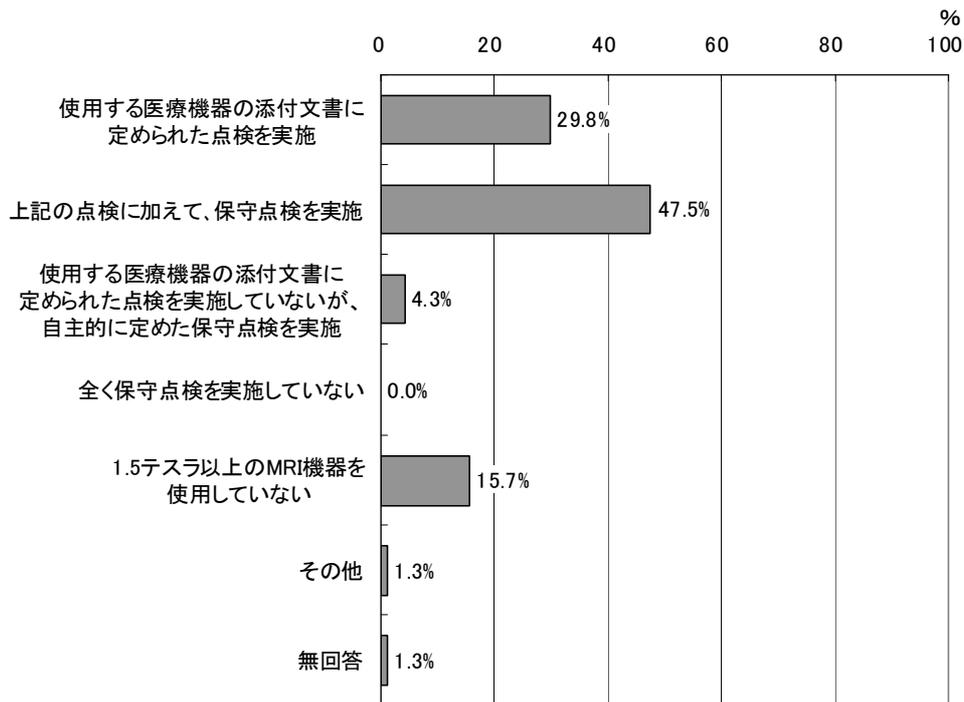
図表 76 MRI 保有台数別施設数・割合（MRI 撮影の施設基準の届出状況別）
～ 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満施設基準の届出施設～

	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

1.5 テスラ以上のMRIに関する保守点検の内容をたずねたところ、「使用する医療機器の添付文書に定められた点検に加えて、保守点検を実施」が47.5%で最も多く、次いで「使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施」が29.8%であった。

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)



(注)「その他」の内容として、「メーカーと保守契約し年4回実施」等が挙げられた。

【毎回実施している保守点検の内容】

- ・始業点検・終業点検
- ・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】

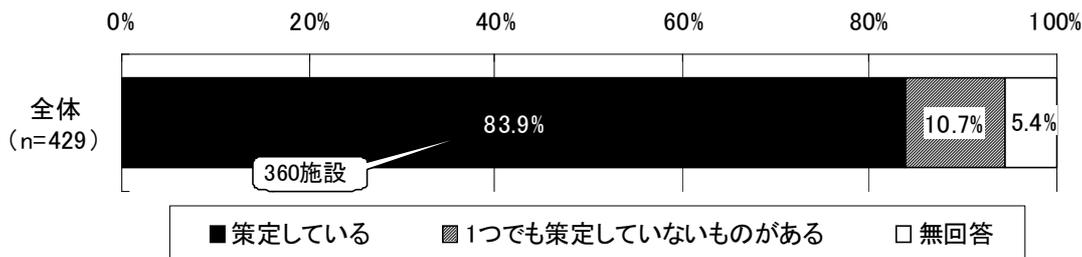
- ・メーカー委託による定期点検
- ・グラジエントコイル、グラジエントキャビネット、RFキャビネット、システムキャビネット、マグネット、冷凍機、患者テーブル、コンソール、PDU 各清掃、動作確認
- ・PDU、オペレータワークステーション、グラジエントコイル、冷却装置、RF
- ・システムキャビネット、エンクロージャー、患者テーブル等の点検 / 等

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

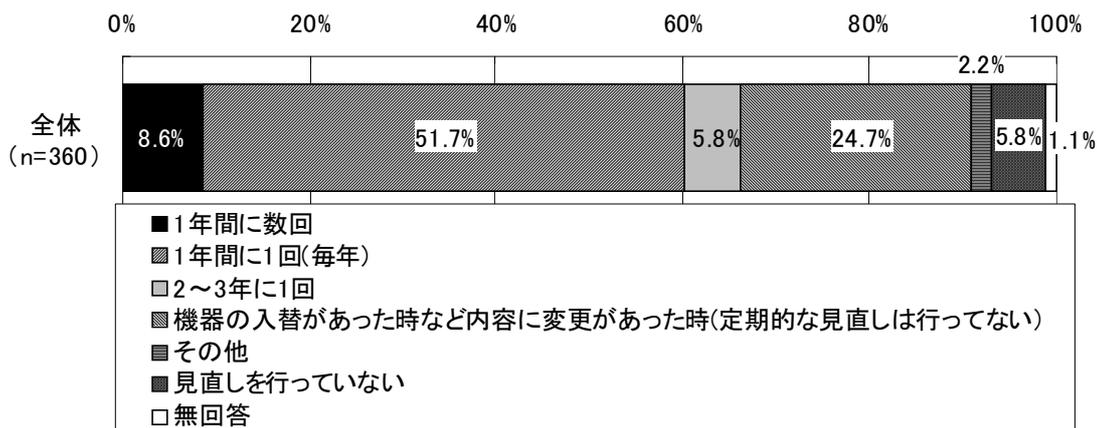
CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画の策定状況をみると、「策定している」が83.9%、「1つでも策定していないものがある」が10.7%であった。

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



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をたずねたところ、「1年間に1回(毎年)」が51.7%で最も多く、次いで「機器の入替があった時など内容に変更があった時(定期的な見直しは行ってない)」が24.7%、「1年間に数回」が8.6%となった。「見直しを行っていない」という施設が5.8%あった。

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)

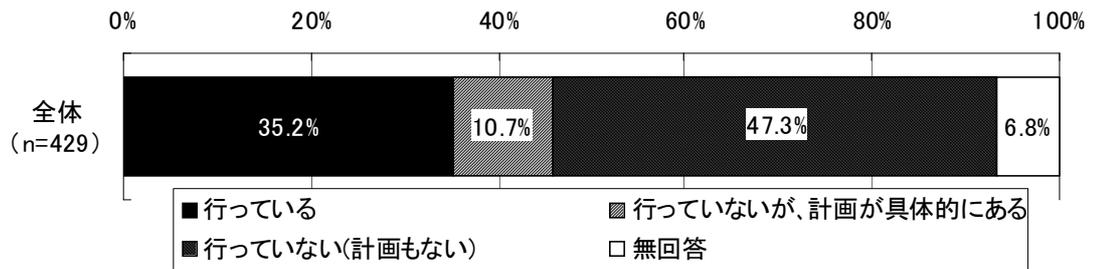


(注)「その他」の内容として、「計画は立てずに使用時に保守(自主点検)を実施」等が挙げられた。

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

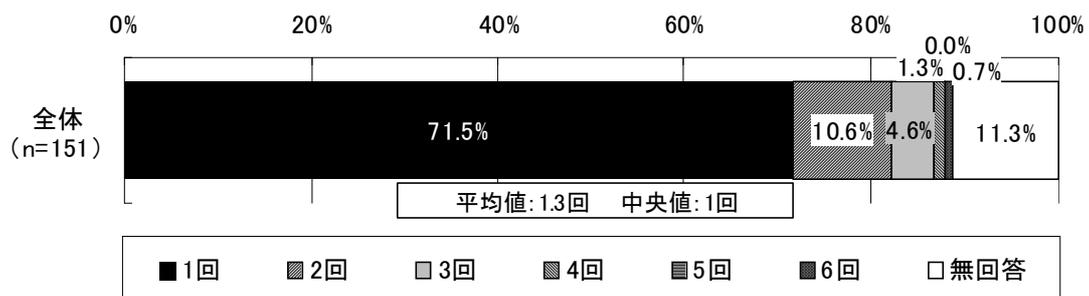
CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のための職員向けの院内研修の実施状況をたずねたところ、「行っていない（計画もない）」が47.3%で最も多かった。一方、「行っている」が35.2%、「行っていないが、計画が具体的にある」が10.7%であった。

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



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をたずねたところ、「1回」と回答した施設が71.5%と大多数を占め、次いで「2回」が10.6%となった。院内研修の開催数は、平均値1.3回、中央値1回という結果であった。

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／費用対効果が低い／（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

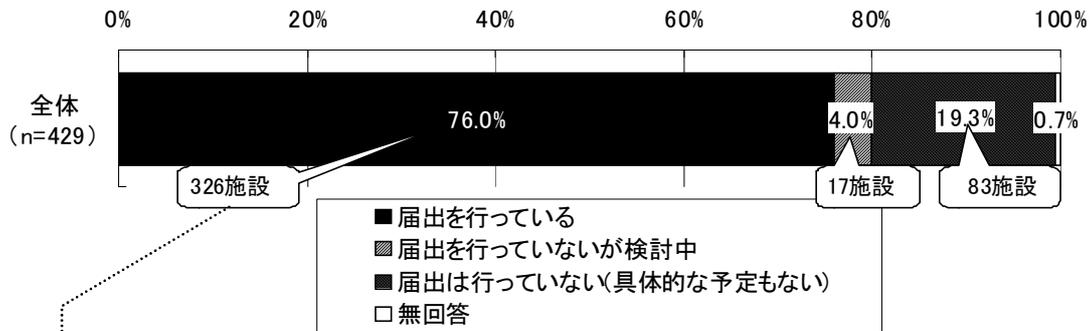
①患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

1) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況等

患者サポート体制充実加算の施設基準の届出状況をみると、「届出を行っている」が76.0%、「届出を行っていないが検討中」が4.0%、「届出は行っていない（具体的な予定もない）」が19.3%であった。

患者サポート体制充実加算の届出を行っている326施設について届出時期をたずねたところ、「平成24年4月」が80.1%で最も多く、「平成24年5月」が6.1%、「平成24年6月」が4.0%となっており、6月までの届出が9割を占めた。

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)

届出時期	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%

「届出を行っていないが検討中」と回答した17施設において、届出予定時期をたずねたところ、平成24年度中を予定している施設が47.0%であった。

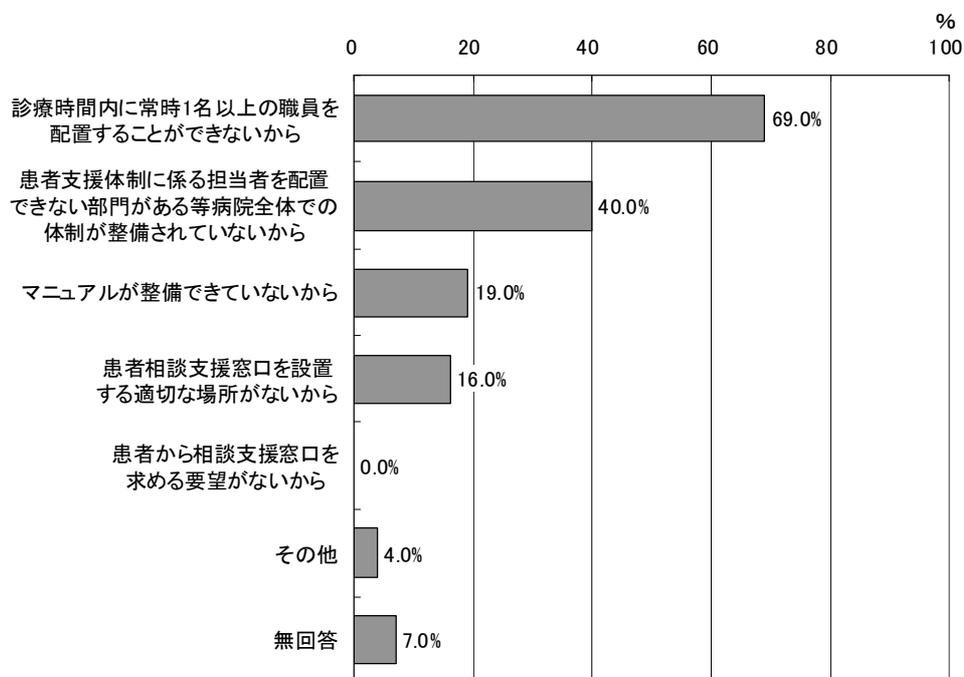
図表 85 患者サポート体制充実加算の届出予定時期
 (「届出を行っていないが検討中」と回答した施設)

	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%

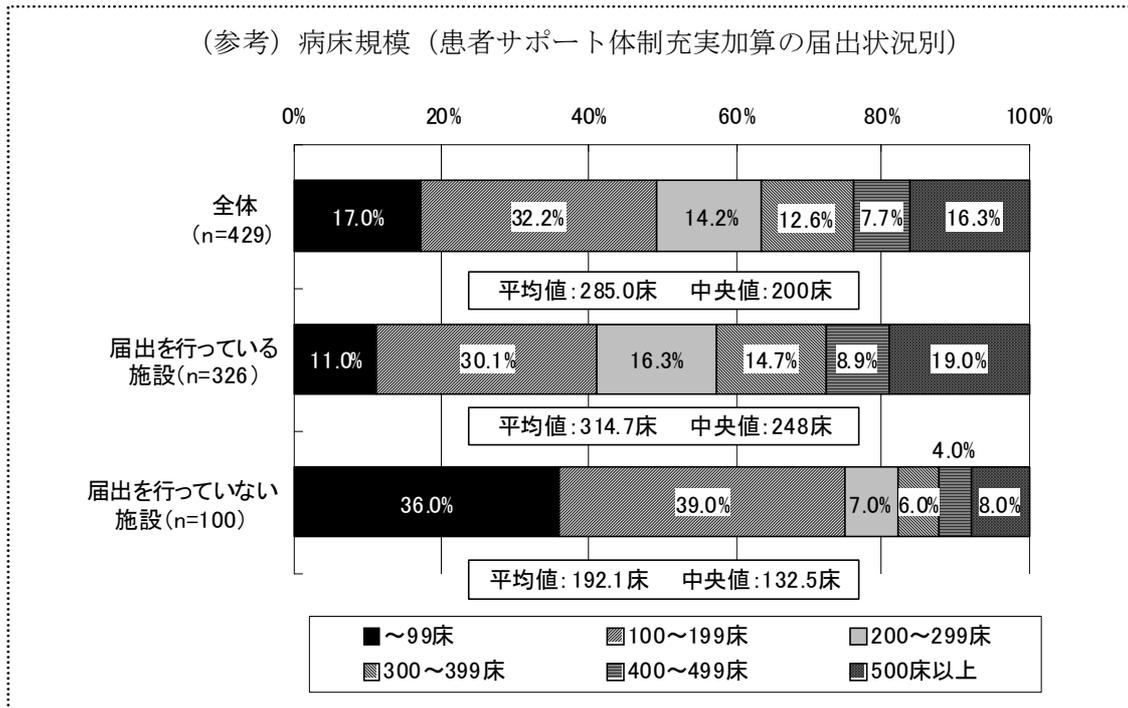
2) 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出を行っていない理由

患者サポート体制充実加算の届出を行っていない理由についてたずねたところ、「診療時間内に常時1名以上の職員を配置することができないから」が69.0%で最も多く、次いで「患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから」(40.0%)、「マニュアルが整備できていないから」(19.0%)、「患者相談支援窓口を設置する適切な場所がないから」(16.0%)となった。

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)



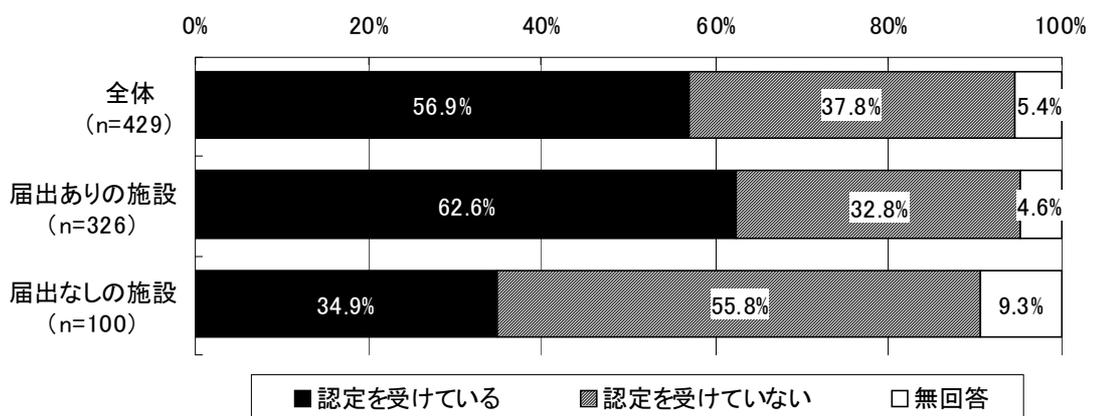
(注)「その他」の内容として、「施設基準の届出はしていないが医療相談窓口は開設しており、相談依頼に応じて対応している」、「体制整備に向け検討中であるが設置時期は未定」、「研修受講を検討中」等が挙げられた。



3) 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に、病院機能評価の認定状況をみると、全体では「認定を受けている」が56.9%、「認定を受けていない」が37.8%であった。患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では病院機能評価の「認定を受けている」が62.6%、届出なしの施設では「認定を受けている」が34.9%となった。

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

平成 24 年 9 月 1 か月の患者サポート体制充実加算の算定件数別施設数をみると、「～49 件」が 27.9%で最も多く、次いで「500～999 件」（16.0%）、「100～199 件」（13.5%）となった。

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)

	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%

平成 24 年 9 月 1 か月の 1 施設あたり患者サポート体制充実加算の算定件数をみると、平均 349.2 件（標準偏差 578.8、中央値 180.0）であった。

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、n=305)
(単位：件)

平均値	標準偏差	中央値
349.2	578.8	180.0

平成 24 年 9 月 1 か月の 100 床あたり患者サポート体制充実加算算定件数をみると、平均 101.1 件（標準偏差 166.1、中央値 92.3）であった。

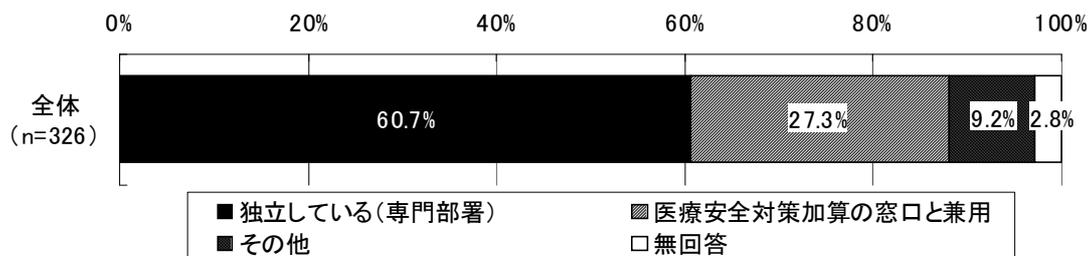
図表 90 100 床あたり患者サポート体制充実加算算定件数
(平成 24 年 9 月 1 か月、n=305)
(単位：件)

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

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を見ると、「独立している（専門部署）」が60.7%、「医療安全対策加算の窓口と兼用」が27.3%であった。

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。

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をみると、専従者の合計人数は平均1.10人(標準偏差2.33、中央値0.00)であり、専任者の合計人数は平均4.54人(標準偏差4.34、中央値3.00)であった。この結果、合計人数は1施設あたり平均5.64人(標準偏差4.20、中央値4.00)であった。

職種別の内訳は「看護師・保健師・助産師」が平均1.86人(標準偏差2.20、中央値1.00)、「社会福祉士」が平均1.77人(標準偏差1.87、中央値1.00)であり、他の職種と比較して多かった。

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

(注)「その他」の内容として、「放射線技師」(9件)、「管理栄養士」(8件)、「医療ソーシャルワーカー」(6件)、「理学療法士」(4件)、「ケアマネジャー」(4件)等が挙げられた。

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を患者相談の経験年数別にみると、「5 年以上」が平均 3.22 人（標準偏差 3.73、中央値 2.00）、「3 年以上 5 年未満」が平均 0.76 人（標準偏差 1.48、中央値 0.00）、「1 年以上 3 年未満」が平均 0.81 人（標準偏差 1.30、中央値 0.00）、「1 年未満」が平均 0.67 人（標準偏差 1.22、中央値 0.00）であった。

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）

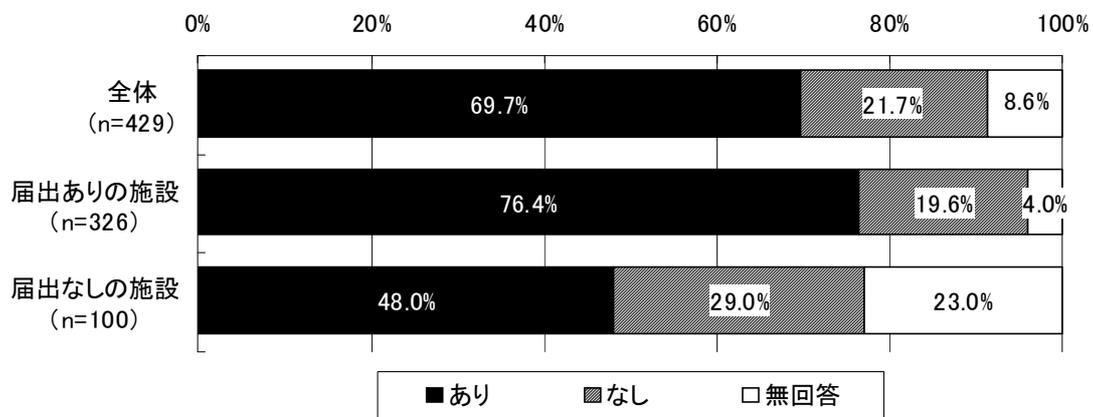
（単位：人）

	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

患者サポート体制充実加算の届出状況別に医療安全対策加算の施設基準の届出状況を見ると、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では、医療安全対策加算の施設基準の届出が「あり」という回答が76.4%、「なし」という回答が19.6%であった。一方、患者サポート体制充実加算の届出なしの施設では医療安全対策加算の施設基準の届出が「あり」という回答は48.0%で、「届出あり」の施設と比較して28.4ポイント低い結果となった。

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)

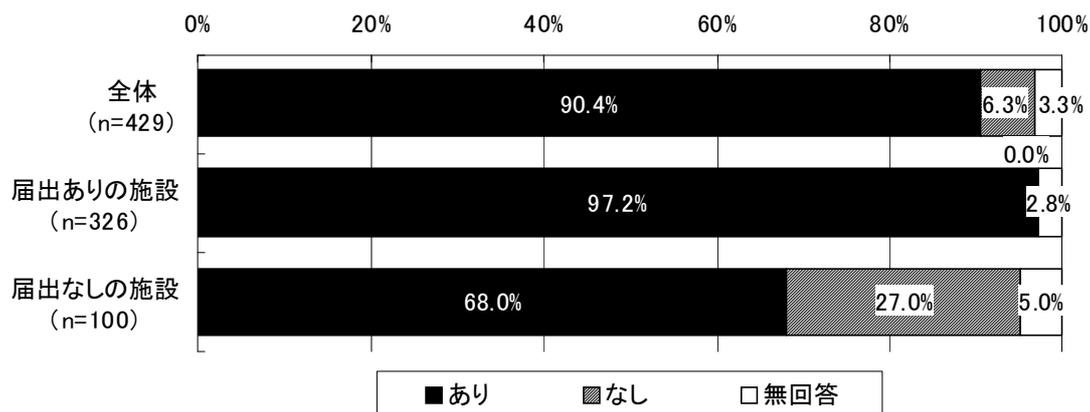


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

⑤患者相談支援窓口の有無

患者相談支援窓口の有無を患者サポート体制充実加算の届出状況別にみると、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では、患者相談窓口が「あり」という施設が97.2%（残り2.8%は無回答）であり、患者サポート体制充実加算の届出なしの施設では、患者相談窓口が「あり」という施設が68.0%、「なし」という施設が27.0%であった。

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）



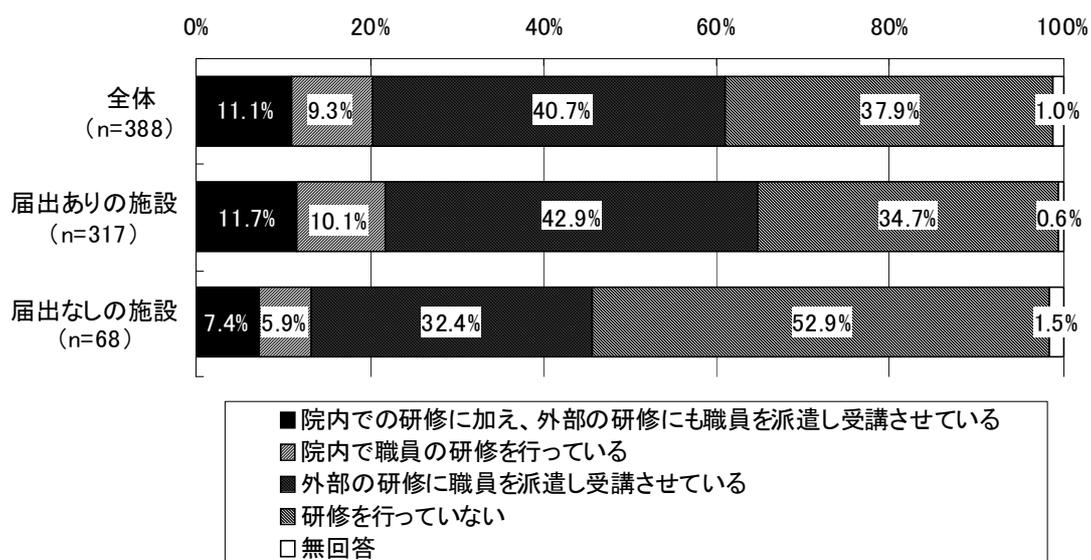
- (注) ・本調査での「患者相談支援窓口」とは、「医療従事者と患者との対話を促進するため、患者またはその家族等を支援する（相談の受付とその対応など）部門・担当者」と定義している（以下、同様）。
- ・「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するもので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

患者相談支援窓口がある施設における、医療対話仲介者に関する職員の研修状況を患者サポート体制充実加算の届出状況別にみると、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「外部の研修に職員を派遣し受講させている」が42.9%、「院内での研修に加え、外部の研修にも職員を派遣し受講させている」が11.7%、「院内で職員の研修を行っている」が10.1%で、いずれかの形で研修を行っているという回答が6割を超えた。一方で、「研修を行っていない」という施設が34.7%あった。次に患者サポート体制充実加算の届出なしの施設では「研修を行っていない」が52.9%と過半数を占めたが、「外部の研修に職員を派遣し受講させている」が32.4%、「院内での研修に加え、外部の研修にも職員を派遣し受講させている」が7.4%、「院内で職員の研修を行っている」が5.9%で、いずれかの形で研修を行っているという施設が45.7%となった。

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

医療対話仲介者に関する研修を実施している施設における、医療対話仲介者に関する職員の研修実施回数・参加者数等を患者サポート体制充実加算の届出状況別にみると、患者サポート体制充実加算の届出を行っている施設では、院内研修の実施回数は平均 1.0 回（標準偏差 1.8、中央値 0.0）、参加者・受講者延べ人数は平均 30.9 人（標準偏差 57.2、中央値 0.0）であった。また、外部研修の実施回数は平均 1.6 回（標準偏差 2.4、中央値 1.0）、参加者・受講者延べ人数は平均 2.7 人（標準偏差 6.2、中央値 1.0）であった。

患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設では、院内研修の実施回数は平均 0.6 回（標準偏差 1.1、中央値 0.0）、参加者・受講者延べ人数は平均 17.1 人（標準偏差 37.8、中央値 0.0）であった。また、外部研修の実施回数は平均 2.8 回（標準偏差 3.4、中央値 1.0）、参加者・受講者延べ人数は平均 4.2 人（標準偏差 6.0、中央値 1.0）であった。

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】

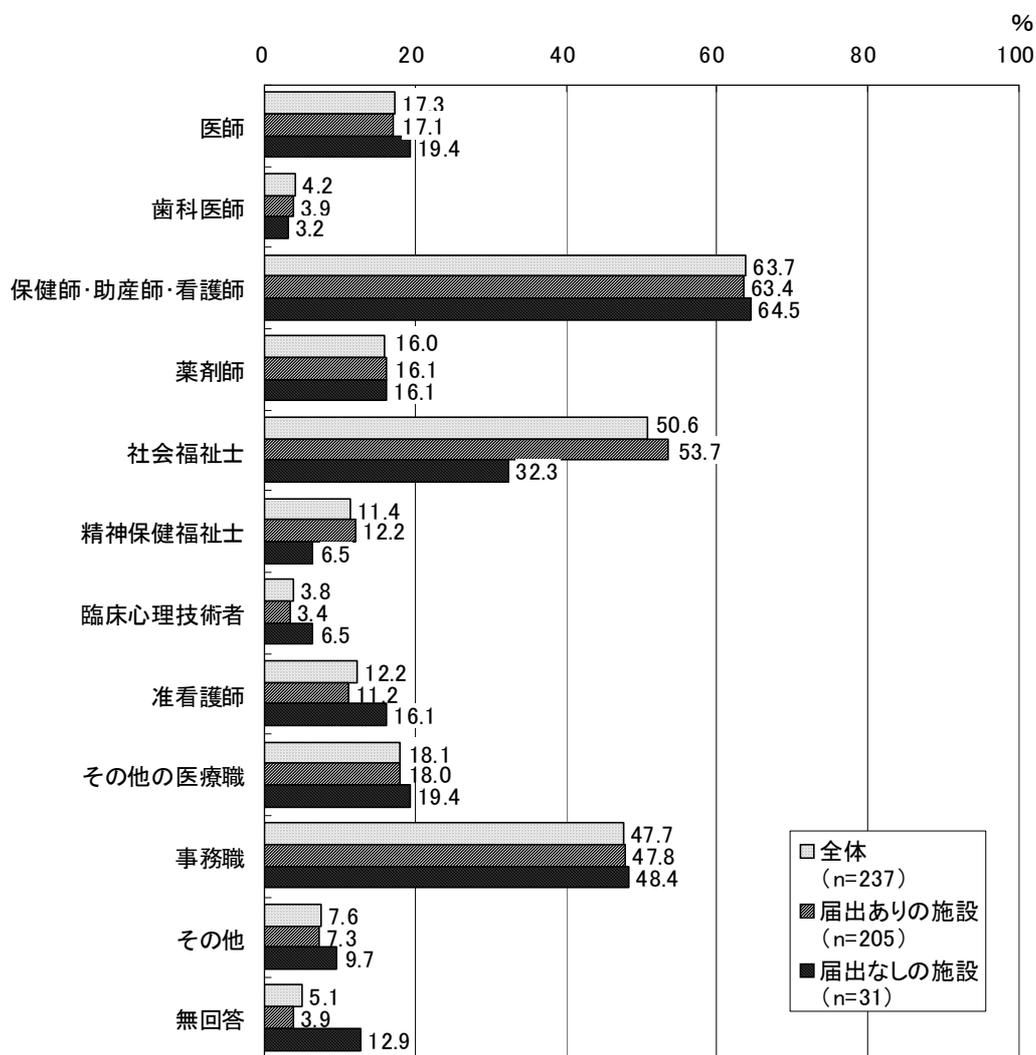
	施設数	実施回数(回)			参加者・受講者延べ人数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
全体	211	1.8	2.5	1.0	2.8	6.1	1.0
届出ありの施設	183	1.6	2.4	1.0	2.7	6.2	1.0
届出を行っていないが検討中の施設	6	1.7	1.0	2.0	3.2	2.2	3.0
届出は行っていない施設	21	2.8	3.4	1.0	4.2	6.0	1.0

(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

医療対話仲介者に関する職員研修の参加者をみると、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「保健師・助産師・看護師」が63.4%で最も多く、次いで「社会福祉士」が53.7%であった。届出なしの施設では「保健師・助産師・看護師」が64.5%で、次いで「事務職」が48.4%であった。患者サポート体制充実加算の届出の有無別にみると、「社会福祉士」「精神保健福祉士」では差異がみられるが、その他の職種では大きな差異はみられなかった。

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。

・「その他」の職員として「医療ソーシャルワーカー」5件、「社会福祉主事」3件、「作業療法士」3件等が挙げられた。

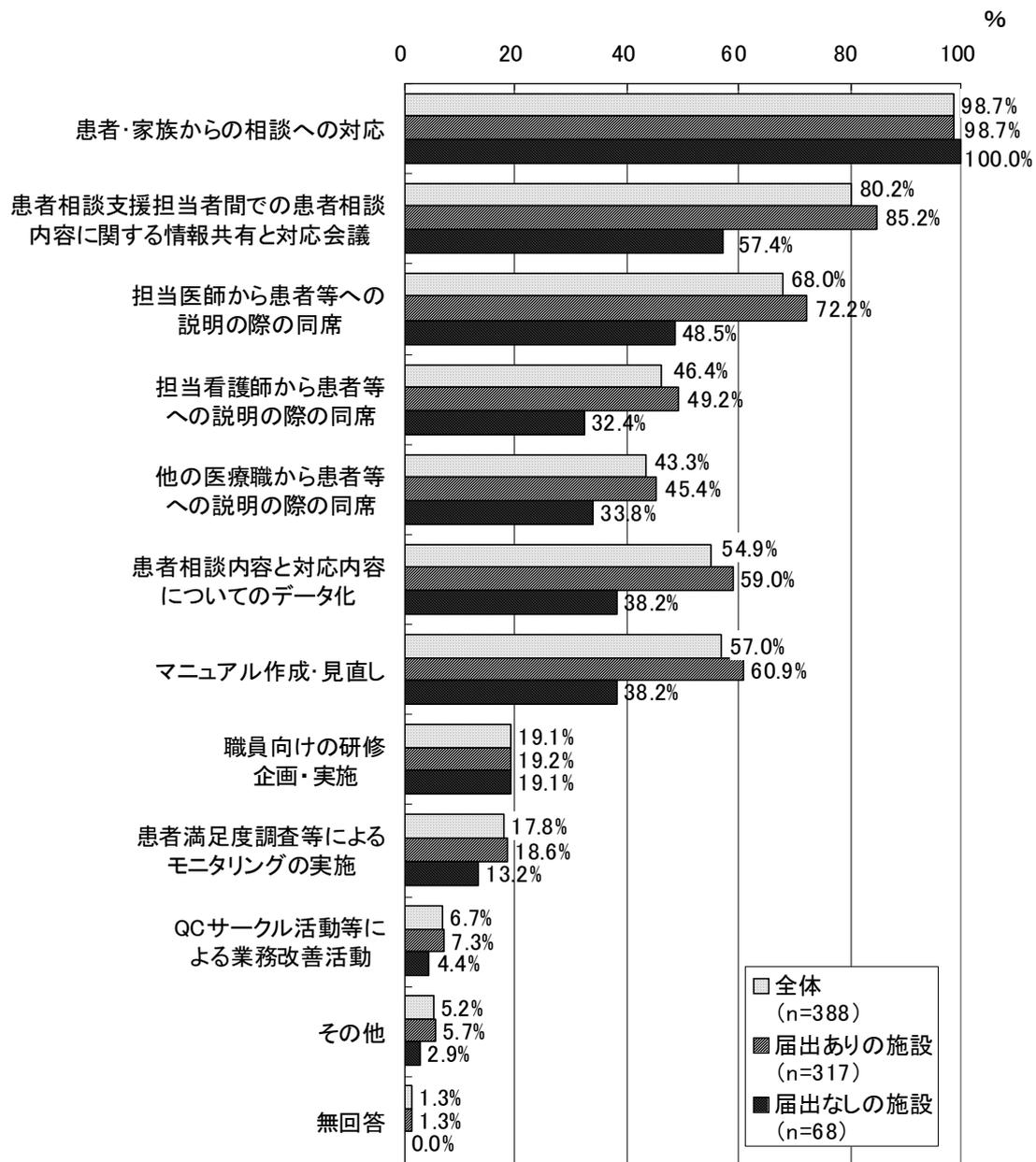
⑦患者相談支援窓口が行っている業務内容

患者相談支援窓口が行っている業務内容をみると、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設、届出なしの施設ともに「患者・家族からの相談への対応」がそれぞれ 98.7%、100.0%で最も多かった。

患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では、次いで「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議」(85.2%)、「担当医師から患者等への説明の際の同席」(72.2%)、「マニュアル作成・見直し」(60.9%)、「患者相談内容と対応内容についてのデータ化」(59.0%)と続いた。一方、患者サポート体制充実加算の届出なしの施設では「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議」(57.4%)、「担当医師から患者等への説明の際の同席」(48.5%)であった。

患者サポート体制充実加算の届出ありの施設、届出なしの施設、いずれにおいても最も高かった「患者・家族からの相談への対応」を除くと、他の業務内容のいずれにおいても患者サポート体制充実加算の届出ありの施設のほうが届出なしの施設と比較して割合が高かった。特に大きな差異がみられたのは、「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議」(27.8 ポイントの差)、「担当医師から患者等への説明の際の同席」(23.7 ポイントの差)、「マニュアルの作成・見直し」(22.7 ポイントの差)、「患者相談内容と対応内容についてのデータ化」(20.8 ポイントの差)、「担当看護師から患者等への説明の際の同席」(16.8 ポイントの差)、「他の医療職から患者等への説明の際の同席」(11.6 ポイントの差)となった。

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。

・「その他」の内容について「他機関からの相談対応・連携」(同旨 7 件)、「院内案内、かかりつけ医の紹介、介護保険制度案内、社会福祉制度案内等」(同旨 7 件)、「苦情対応」(同旨 5 件)等が挙げられた。

⑧平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等

平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等をみると、患者サポート体制充実加算の届出のある施設では、「患者・家族等からの相談件数」が 1 施設あたり平均 1,358.0 件で、このうち、「患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数」は 611.7 件(45.0%)、「主として医療職が対応した相談件数」が 626.7 件 (46.1%)、「主として医療職以外が対応した件数」が 519.9 件 (38.3%) であった。一方、患者サポート体制充実加算の届出のない施設における「患者・家族等からの相談件数」は 1 施設あたり平均 441.8 件で、このうち、「患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数」は 264.3 件 (59.8%)、「主として医療職が対応した相談件数」が 97.9 件 (22.2%)、「主として医療職以外が対応した件数」が 343.2 件 (77.7%) であった。患者サポート体制充実加算の届出のある施設では届出のない施設と比較して、「主として医療職が対応した相談件数」の割合が高かった。

主な相談の内容別にみると、患者サポート体制充実加算の届出のある施設では「医学的な内容に関する相談件数」が平均 324.4 件 (23.9%)、「終末期医療に関する相談件数」が 43.8 件 (3.2%)、「苦情・クレームの件数」が 21.9 件 (1.6%) であった。一方、患者サポート体制充実加算の届出のない施設では「医学的な内容に関する相談件数」が 94.4 件 (21.4%) で最も多く、次いで「苦情・クレームの件数」が 11.6 件 (2.6%) であった。患者サポート体制充実加算の届出のある施設では届出のない施設と比較して、「医学的な内容に関する相談件数」、「終末期医療に関する相談件数」の割合がやや高かった。

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			

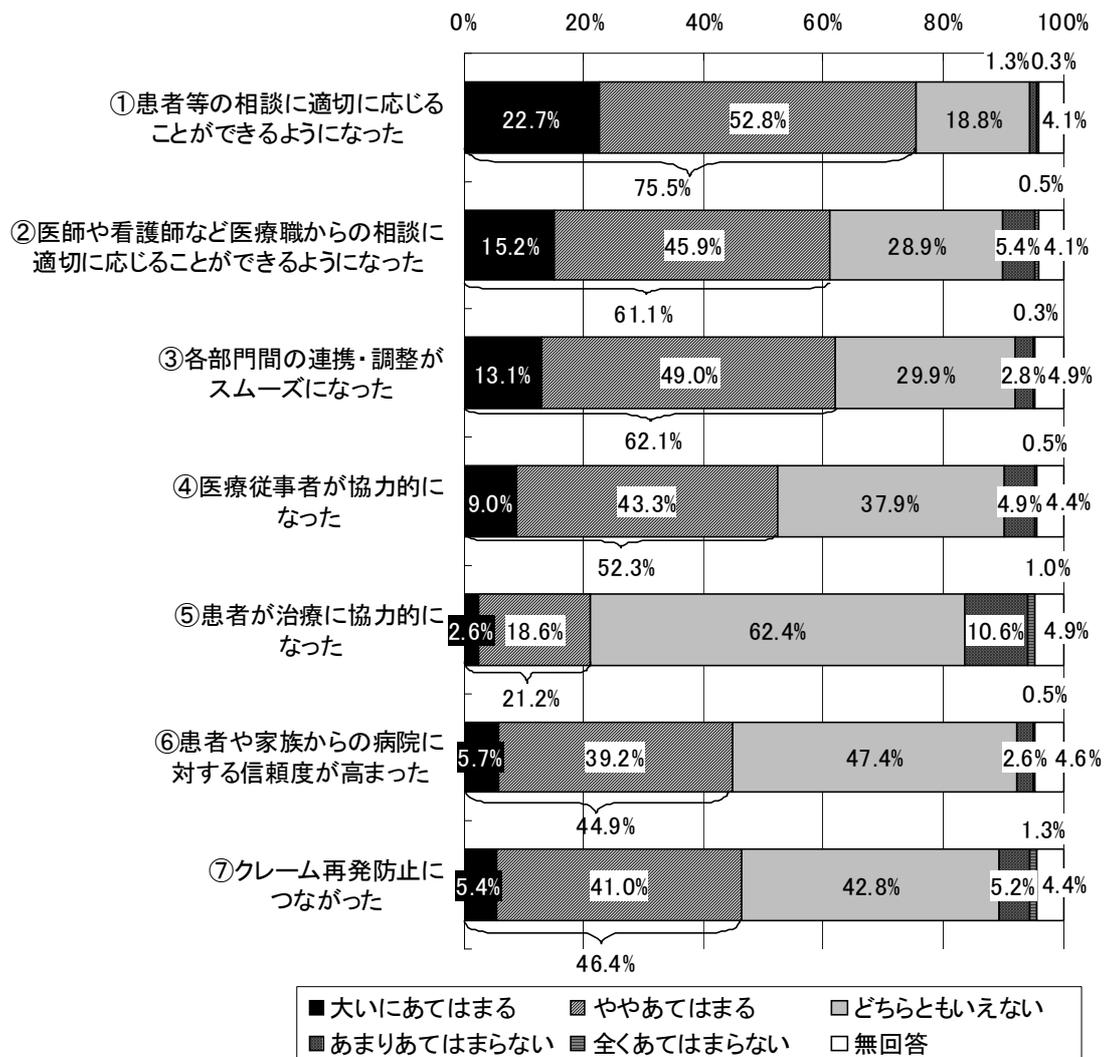
(注)・集計対象施設数：全体 n=358、届出ありの施設 n=296、届出なしの施設 n=48

- ・「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

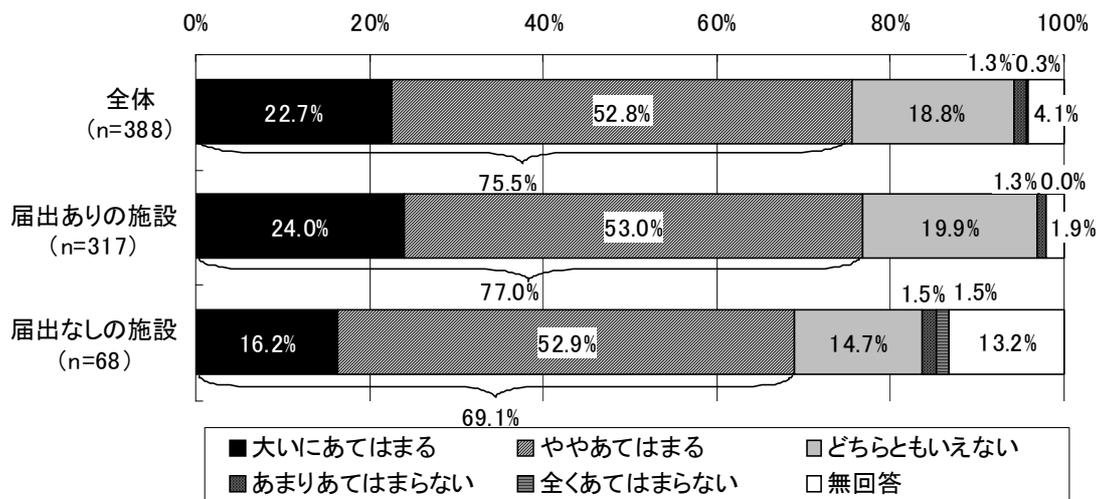
患者相談支援窓口がある施設に、患者相談支援体制を充実させることによる効果をたずねたところ、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合が過半数を超えたのは、「患者等の相談に適切に応じることができるようになった」(75.5%)、「各部門間の連携・調整がスムーズになった」(62.1%)、「医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった」(61.1%)、「医療従事者が協力的になった」(52.3%)であった。過半数には至らなかったものの「クレーム再発防止につながった」(46.4%)、「患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった」(44.9%)でも4割を超えた。一方、「患者が治療に協力的になった」では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は21.2%にとどまり、「どちらともいえない」が62.4%と半数を大きく上回った。

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)



患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「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」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は77.0%であり、届出なしの施設では69.1%となっており、7.9ポイントの差がみられた。

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)

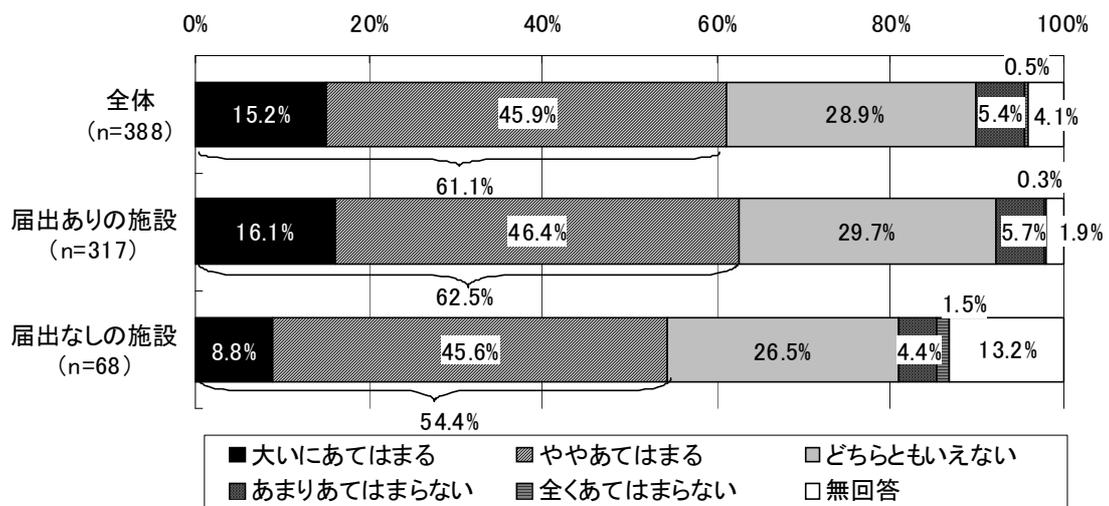


(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「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」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は62.5%であり、届出なしの施設では54.4%となっており、8.1ポイントの差がみられた。

図表 103 患者相談支援体制を充実させることによる効果

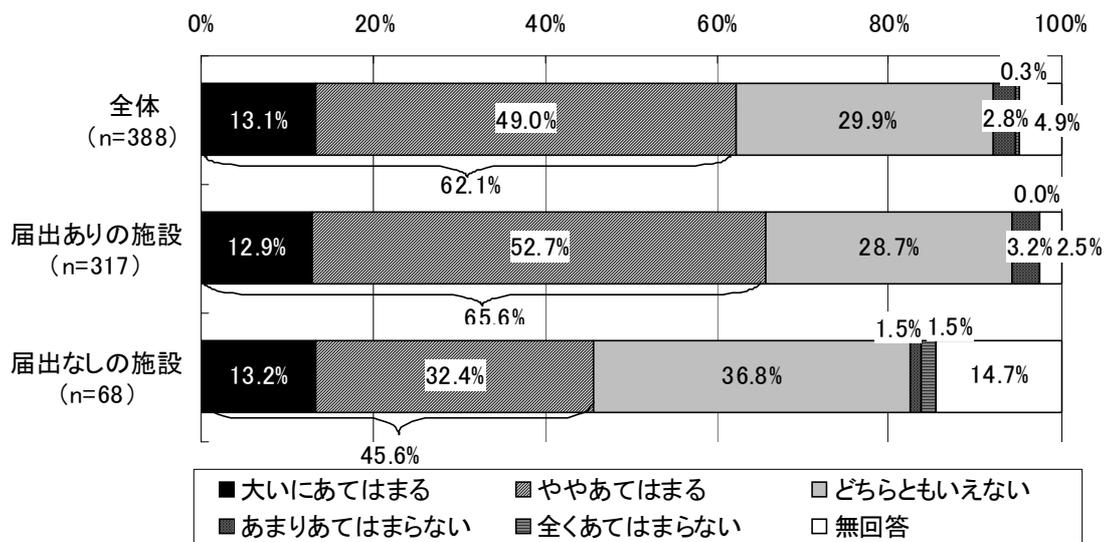
～②医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(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。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「各部門間の連携・調整がスムーズになった」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は65.6%であり、届出なしの施設では45.6%となっており、20.0ポイントと大きな差がみられた。

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)



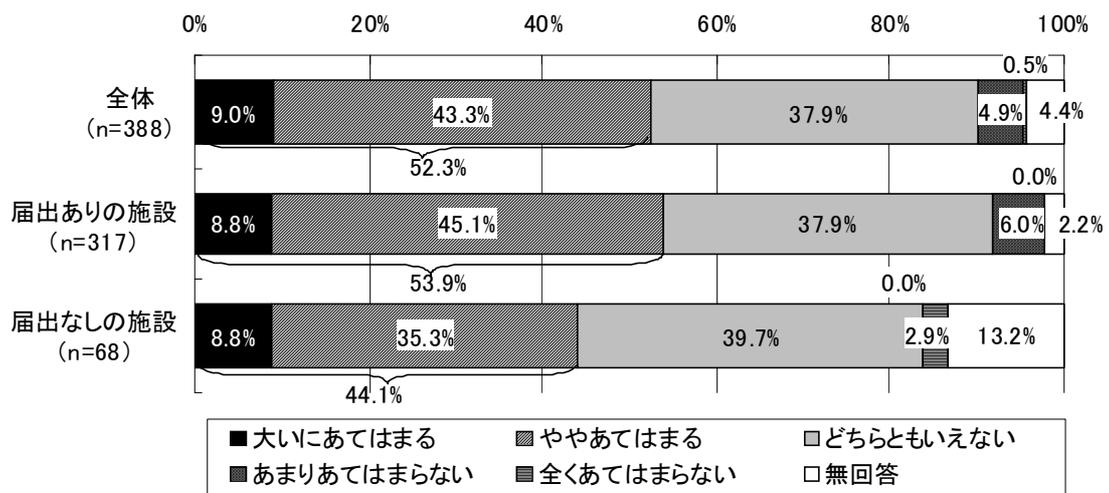
(注)「届出ありの施設」とは、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っている施設であり、「届出なしの施設」とは「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていない施設を指す。ただし、「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「医療従事者が協力的になった」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は53.9%であり、届出なしの施設では44.1%となっており、9.8ポイントの差がみられた。

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～

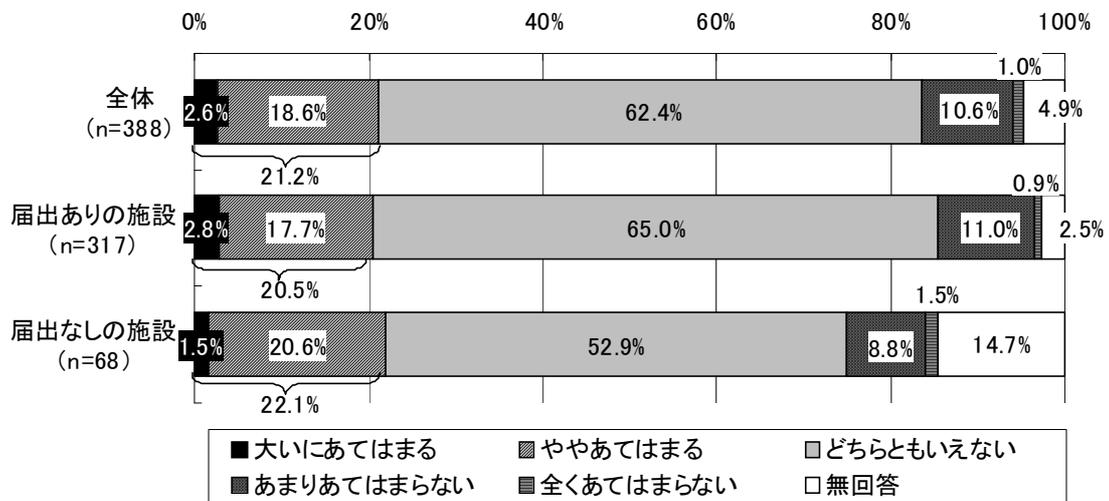
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(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。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「患者が治療に協力的になった」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は20.5%であり、届出なしの施設では22.1%となっており、届出なしの施設のほうが1.6ポイントとわずかではあるが届出ありの施設の割合を上回った。

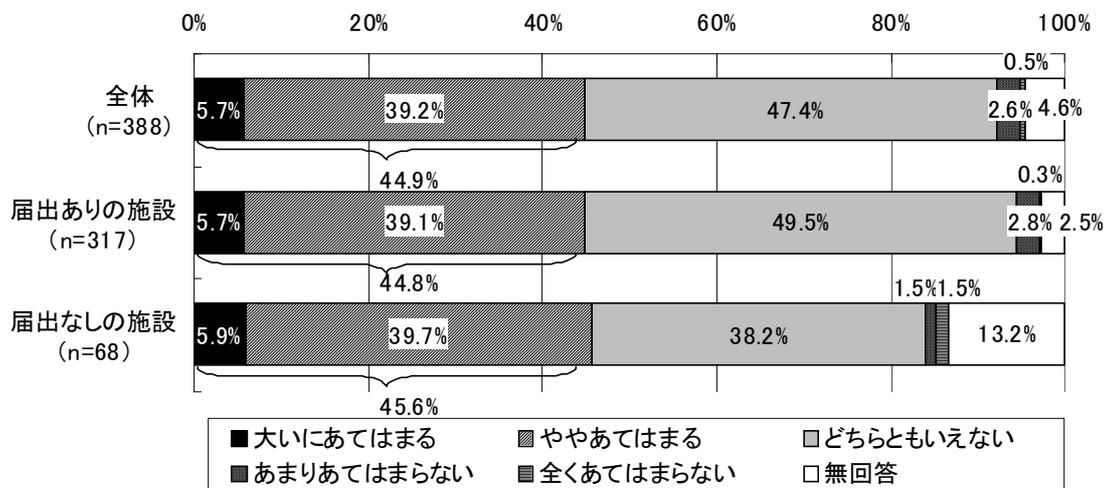
図表 106 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～⑤患者が治療に協力的になった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(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し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。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は44.8%であり、届出なしの施設では45.6%となっており、届出なしの施設のほうが0.8ポイントとわずかではあるが届出ありの施設での割合を上回った。

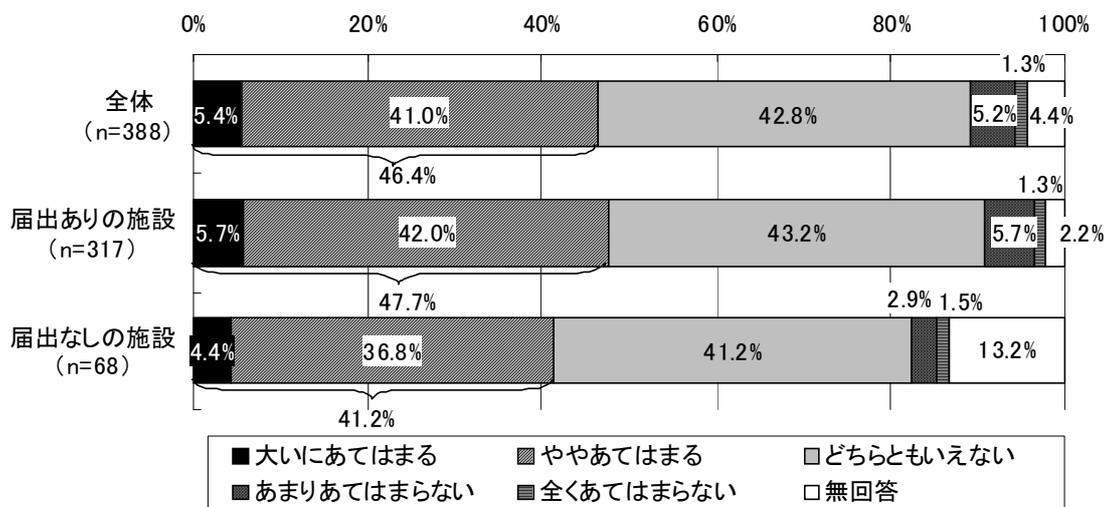
図表 107 患者相談支援体制を充実させることによる効果
 ～⑥患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった～
 (患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)



(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。

患者相談支援体制を充実させることによる効果として、「クレーム再発防止につながった」かをたずねたところ、患者サポート体制充実加算の届出ありの施設では「大いにあてはまる」「ややあてはまる」を合わせた割合は47.7%であり、届出なしの施設では41.2%となっており、6.5ポイントの差がみられた。

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。

⑩患者相談支援体制を充実させていく上で困っていること

患者相談支援体制を充実させていく上で困っていることについて、自由記述形式により記入していただいた主な内容は、以下の通りである。

○院内体制の整備

- ・相談支援体制充実のためには院内における体制整備が必要不可欠である。まずは院内での協力体制の充実を図りたいと思う。
- ・社会福祉士の確保が難しい。
- ・病棟スタッフが患者サポートと退院支援の違いの認識がまだ十分ではない。職員教育が必要。
- ・病棟スタッフからの相談依頼が少ない。もっと医療メディエーターの活用をしてもらいたい。院内でどのように周知させたらよいか策を検討中。
- ・当院では、看護部、事務部、地域連携の職員が兼任として協力して相談受入れ体制をとっているが、専従者はフロアマネジャー1名であり、十分に患者ニーズに応えられる状況でなく、報告・記録が遅れることがある。
- ・役割の明確化、権限委譲が必要。
- ・専任看護師1名の他は兼任のため本来業務で手一杯なところもあり、マンパワー不足による業務の煩雑が問題となっている。患者サポートセンター化していく構想はあるが、人材育成も含めて業務内容の構築や全職員との連携化が課題となっている。 /等

○研修が必要

- ・患者・家族は想定外の質問をするので、できるだけ対応できるよう研鑽する必要があると感じている。
- ・MSWの業務対応力アップのための研修を受ける機会が忙しい故に制限されている現状であるので人数増が必要。
- ・担当メディエーター各々の能力向上のための研鑽の場がない。院内で患者のアドボカシーについて討論できる場がない。
- ・セカンドオピニオン対応やがん診療情報提供への需要は増加傾向にあり、人員不足もあって最新・適切な情報提供は難しくなっている。相談が多いため、最新治療等のがん研修などに参加する機会が制限される。
- ・患者の要求が多岐にわたり専門的な知識とメディエーター的な立場での対応が要求されている。院内・院外の研修の必要性を感じる。
- ・院外研修等の案内があれば紹介してほしい。 /等

○スペース等の確保

- ・看護師・MSWが同室で業務にあたる体制であれば連携がとりやすいと思う。
- ・医療連携室はスペースが狭く、事務は医事課で、看護師は看護部で勤務と別々にして情報が共有しづらい。

- ・プライバシーを守れる相談スペースがない。
- ・施設や設備などで十分な環境がない。新病院建築段階では患者支援体制のことが十分考慮されていなかったため、多くの病院が入口付近に設けている相談窓口の場所を確保することが困難な状況である。設置場所はとても重要な要素であるため、今後、病院内で検討を要することが問題となっている。 /等

○システム構築が必要等

- ・相談業務の効率化を推進するため、記録業務やデータ管理についてシステムの構築を進めたいが予算がなく難渋している。
- ・苦情やクレームが上がっていく窓口と対応部門等の情報の共有化が難しく、またクレーム発生時の対応がどのようにどこの部署が対応しているのか見えにくい状況なので、統一して管理対応・情報共有ができるシステムが必要。
- ・データ化について悩んでいる。
- ・当院の患者相談支援体制の窓口が一本化されておらず、個々でデータ管理しているため、病院全体の患者相談の全体像がつかめない。 /等

○時間調整が困難

- ・夜間での電話相談の場合、人員も限られているため対応に苦慮していることがある。
- ・高齢化とともに、独居や高齢者世帯が増え時間内に相談に来る人が少なくなっている。医師の病状説明も、家族の仕事の都合で時間外に行われ、また、家族が遠方から帰省する休日に行うことも増えている。
- ・急を要する場合、実際に当院ではすぐ対応できず、家族にしてみれば他に回されてしまう現状があること。
- ・患者相談においては完全予約制ではなく、定期的に発生することなので、医師、看護師、MSW等の時間調整が困難である。
- ・休日の対応が難しい。 /等

○対応困難な患者相談等

- ・クレームが多発するようになり、医師、看護師から不十分な対応のまま問題を持ち込まれるケースがある。クレームに対する対応の仕方を病院全体で認識する必要がある。
- ・患者の中には精神疾患を持つことが多い。
- ・無理難題を当院が受け入れるまで訴え続ける患者・家族への対応。
- ・過剰要求や威圧的な患者・家族への対応。
- ・いわゆる「モンスター患者」から身を守るための体制。 /等

○対応が難しい相談内容

- ・がん相談の場合、ターミナルケアを受け持ってもらえるかかりつけ医が不足している。
- ・小児の在宅医療をしてもらえるかかりつけ医がない。

- ・治療を受けている医師を交替できないかという相談があり、とても難しい。
- ・患者相談窓口には、医療に関することから専門職でなくても対応できることまで様々な相談事が届けられる。現在の対応者はどの職種の者も本来の業務との兼務であるため、専従可能な独立部門とする必要がある。 /等

○その他

- ・算定基準を満たすための内容がわかりにくい。患者のすべての相談に対するサポートへの評価と認識しているが、詳しい内容や対応のスキルアップ研修を開催してほしい。
- ・相談内容で圧倒的に多いのは、退院後の生活相談や介護保険についてである。当院では先駆的に支援体制内にケアマネジャーを入れているが、診療報酬でも配置に対する評価を明確にしてよいと考える。
- ・MSW は小児・精神・救急など専門的かつ迅速さを求められるケースが増加しており、患者数あたりの配置人数を増やす必要がある。
- ・当院では医療ソーシャルワーカーが相談支援に関わることが多い。退院支援等他の業務と合わせて患者サポート体制を充実させるのであれば、病床数等病院の規模に応じたMSW の数を配置基準として明記してほしい。 /等

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

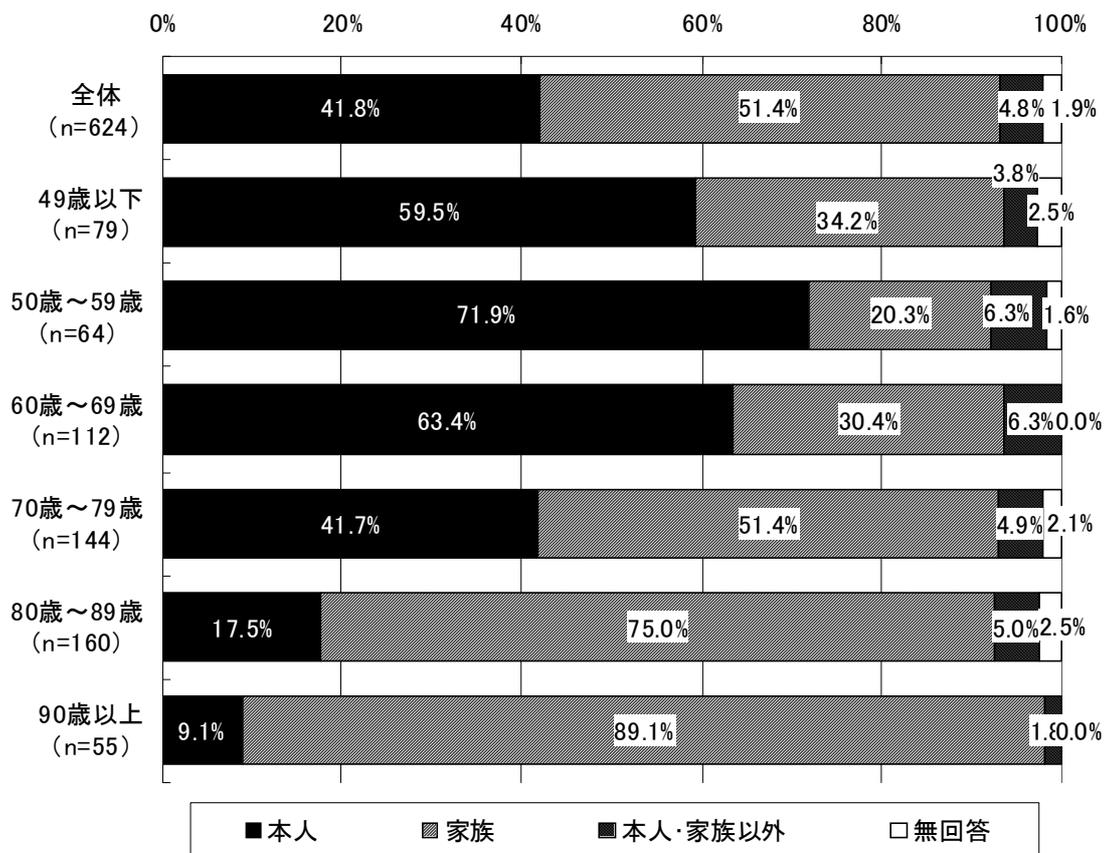
回答者：患者または家族等

(1) 患者の属性等

①回答者

本調査票の回答者は以下の通りであった。50歳以上の年齢階級において、階級が上がるごとに本人の回答率が下がり、家族が代理で回答する割合が高くなった。

図表 109 回答者（患者の年齢階級別）

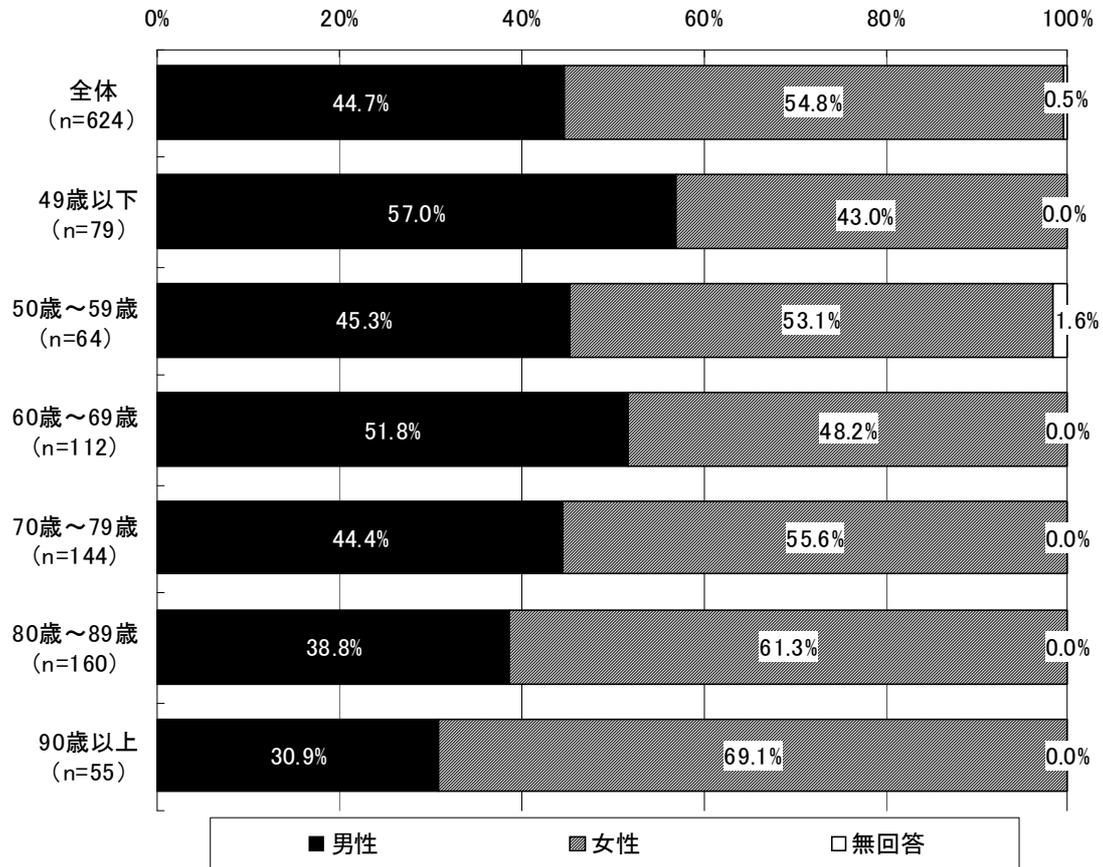


(注)「家族」には「患者の子供」(144件)、「患者の配偶者」(69件)、「患者の両親」(22件)などが挙げられた。「本人・家族以外」では「医療ソーシャルワーカー」等が挙げられた。

②患者の性別

患者の性別を年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど女性の割合が高くなる傾向がみられた。

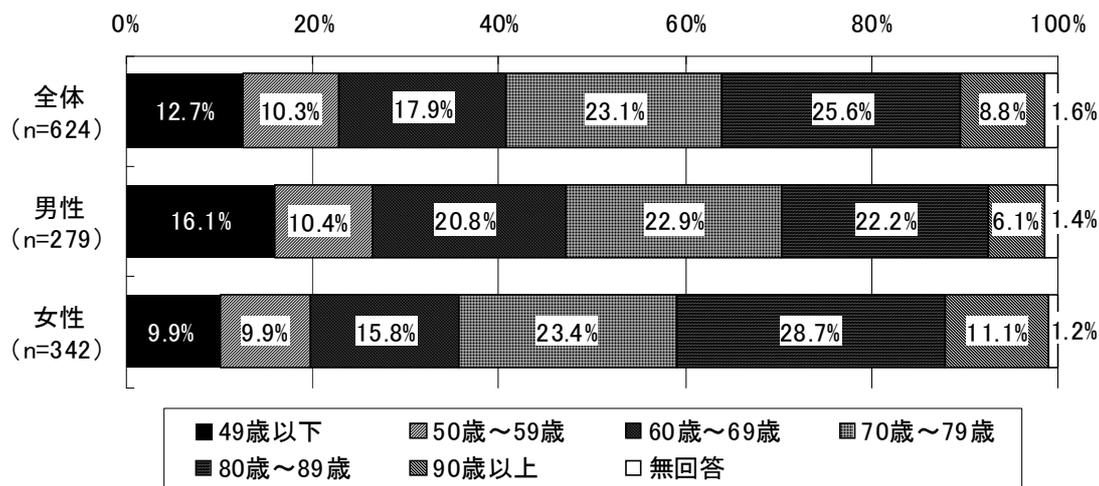
図表 110 患者の性別（年齢階級別）



③患者の年齢

年齢階級を男女別にみると、男性では「70～79歳」が22.9%で最も多く、次いで「80～89歳」(22.2%)、「60～69歳」(20.8%)となった。女性では「80～89歳」が28.7%で最も多く、次いで「70～79歳」(23.4%)であった。女性では70歳以上が63.2%を占めている。

図表 111 患者の年齢（男女別）



患者の年齢をみると、全体では平均69.8歳（標準偏差18.0、中央値73.0）であった。

男女別にみると、男性では平均67.0歳（標準偏差18.9、中央値71.0）、女性では平均72.2歳（標準偏差17.0、中央値77.0）となり、女性のほうが男性より平均年齢が高い結果となった。

図表 112 患者の平均年齢（男女別）

（単位：歳）

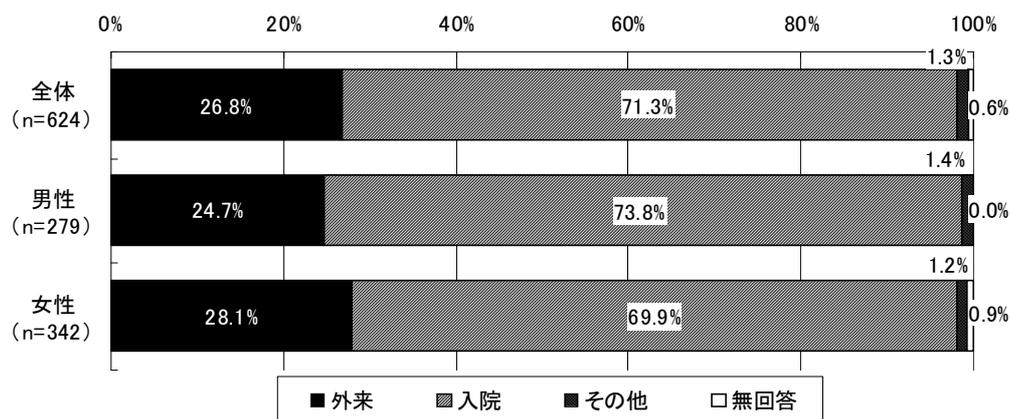
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	614	69.8	18.0	73.0
男性	275	67.0	18.9	71.0
女性	338	72.2	17.0	77.0

④外来・入院

外来と入院のいずれで病院を利用したかをたずねたところ、全体では「外来」が26.8%、「入院」が71.3%であった。

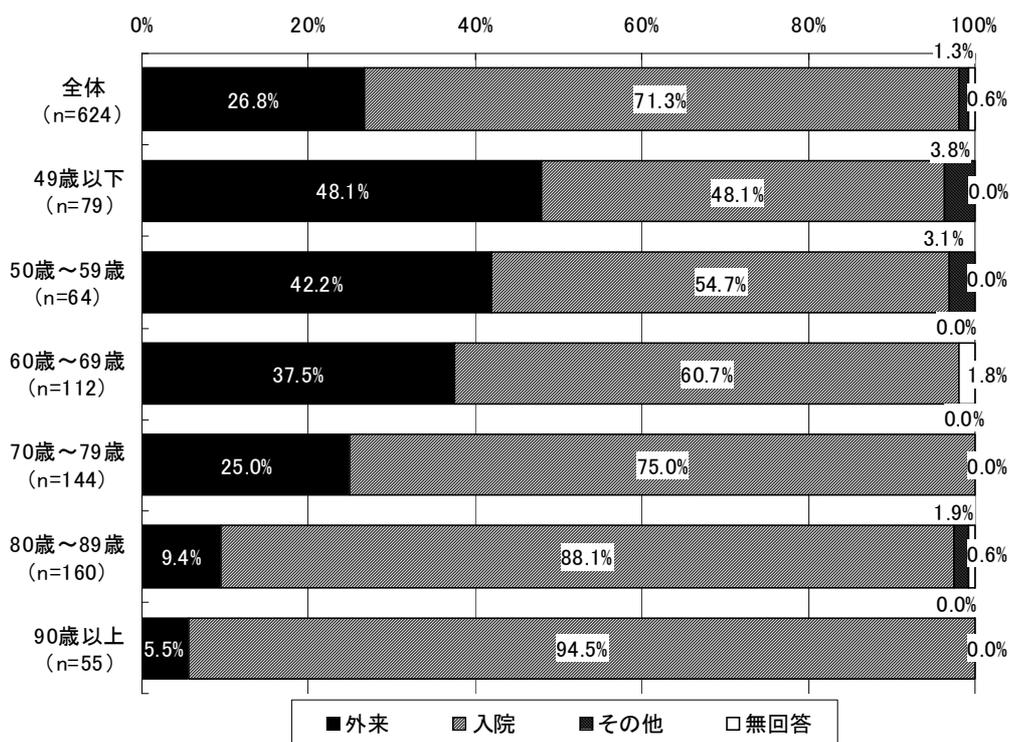
男女別にみると、男性では「外来」が24.7%、「入院」が73.8%であり、女性では「外来」が28.1%、「入院」が69.9%であった。

図表 113 外来・入院（男女別）



年齢階級別にみると、49歳以下では「外来」と「入院」がほぼ半々となっているが、50歳以上では年齢階級が高くなるほど、「入院」の割合が増加する傾向がみられた。特に90歳以上では「外来」が5.5%、「入院」が94.5%となり、ほとんどが入院患者であった。

図表 114 外来・入院（年齢階級別）



外来患者における外来の利用頻度をみると、最も多かったのは「1 か月に 1 回程度」(32.9%) であり、次いで「本日が初めて」、「週に 1 回程度」(ともに 15.0%) と続いた。

男女別にみると、「1 か月に 1 回程度」という回答は男性が 27.5%、女性が 36.5%で、男性より女性のほうが 9.0 ポイント高い結果となった。

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

外来患者における外来の利用頻度を年齢階級別にみると、60～69歳、90歳以上を除いた年齢階級で「1か月に1回程度」という回答が最も多かった。60～69歳では「週に1回程度」が最も多い回答であった。また、49歳以下では「本日が初めて」という回答が他の年齢階級と比較して高い結果となった。

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

入院患者における当該医療機関での入院期間をみると、「～3か月以内」が27.9%で最も多かった。

男女別にみても、男女ともに「～3か月以内」が最も多かった。

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

入院患者における当該医療機関での入院期間を年齢階級別にみると、49歳以下では「～2週間以内」が28.9%で最も多く、50～59歳、90歳以上では「～1か月以内」が最も多く、60歳以上90歳未満の各年齢階級では「～3か月以内」という回答が最も多かった。

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

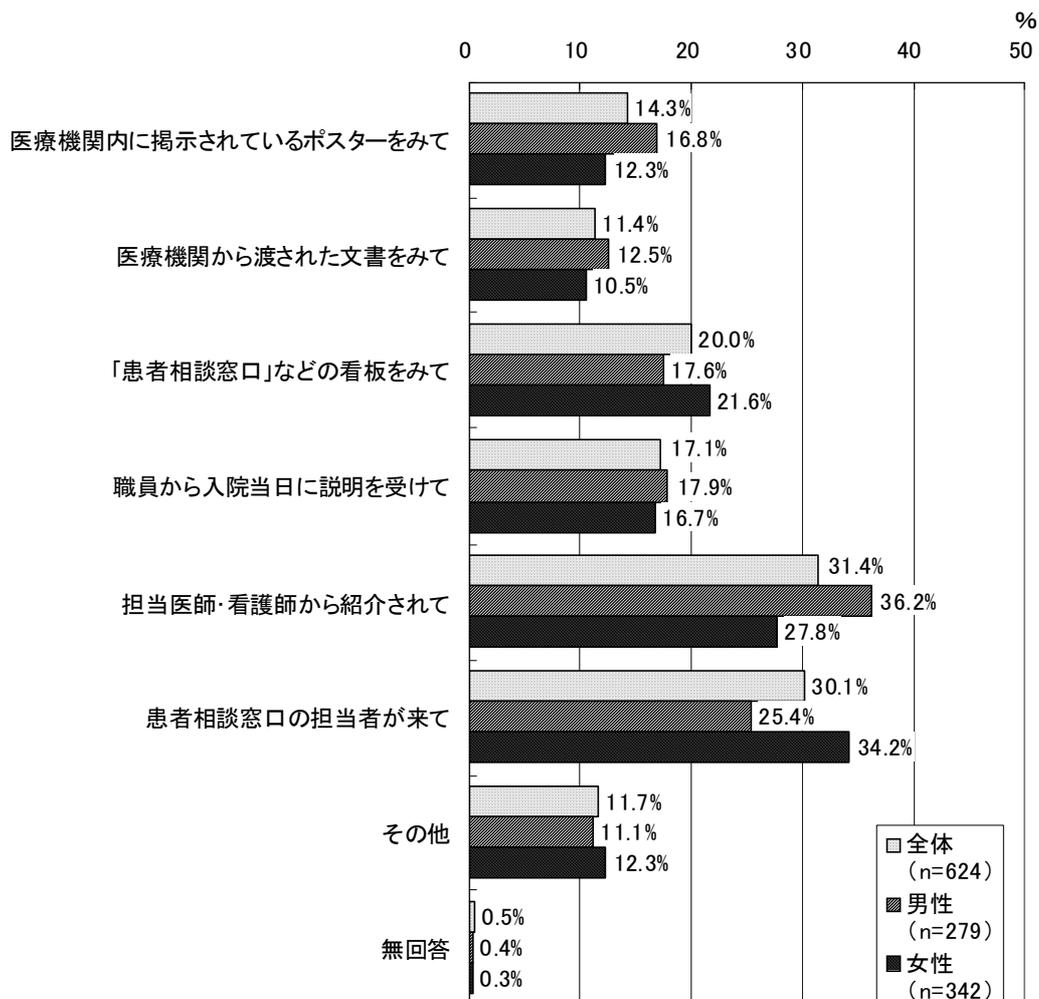
①患者相談窓口を知ったきっかけと説明等のわかりやすさ

1) 患者相談窓口を知ったきっかけ

患者相談窓口を知ったきっかけとしては、「担当医師・看護師から紹介されて」が31.4%で最も多く、次いで「患者相談窓口の担当者が来て」(30.1%)、「『患者相談窓口』などの看板をみて」(20.0%)、「職員から入院当日に説明を受けて」(17.1%)、「医療機関内に掲示されているポスターをみて」(14.3%)、「医療機関から渡された文書をみて」(11.4%)と続いている。

男女別にみると、男性では「担当医師・看護師から紹介されて」が36.2%で最も多く、女性と比較しても8.4ポイント高かった。一方、女性では「患者相談窓口の担当者が来て」が34.2%で最も多く、男性と比較して8.8ポイント高かった。

図表 119 患者相談窓口を知ったきっかけ（男女別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「福祉関係職員から聞いた」(同旨を含め13件)、「家族や知人に聞いた・調べた」(同旨を含め12件)、「事前に他の病院から紹介された」(同旨を含め9件)等が挙げられた。

患者相談窓口を知ったきっかけを年齢階級別にみると、49歳以下、70～79歳、80～89歳では「担当医師・看護師から紹介されて」が最も多かった。また、50～59歳、90歳以上では「患者相談窓口の担当者が来て」が最も多く、60～69歳では「『患者相談窓口』などの看板をみて」という回答が多かった。

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 %）

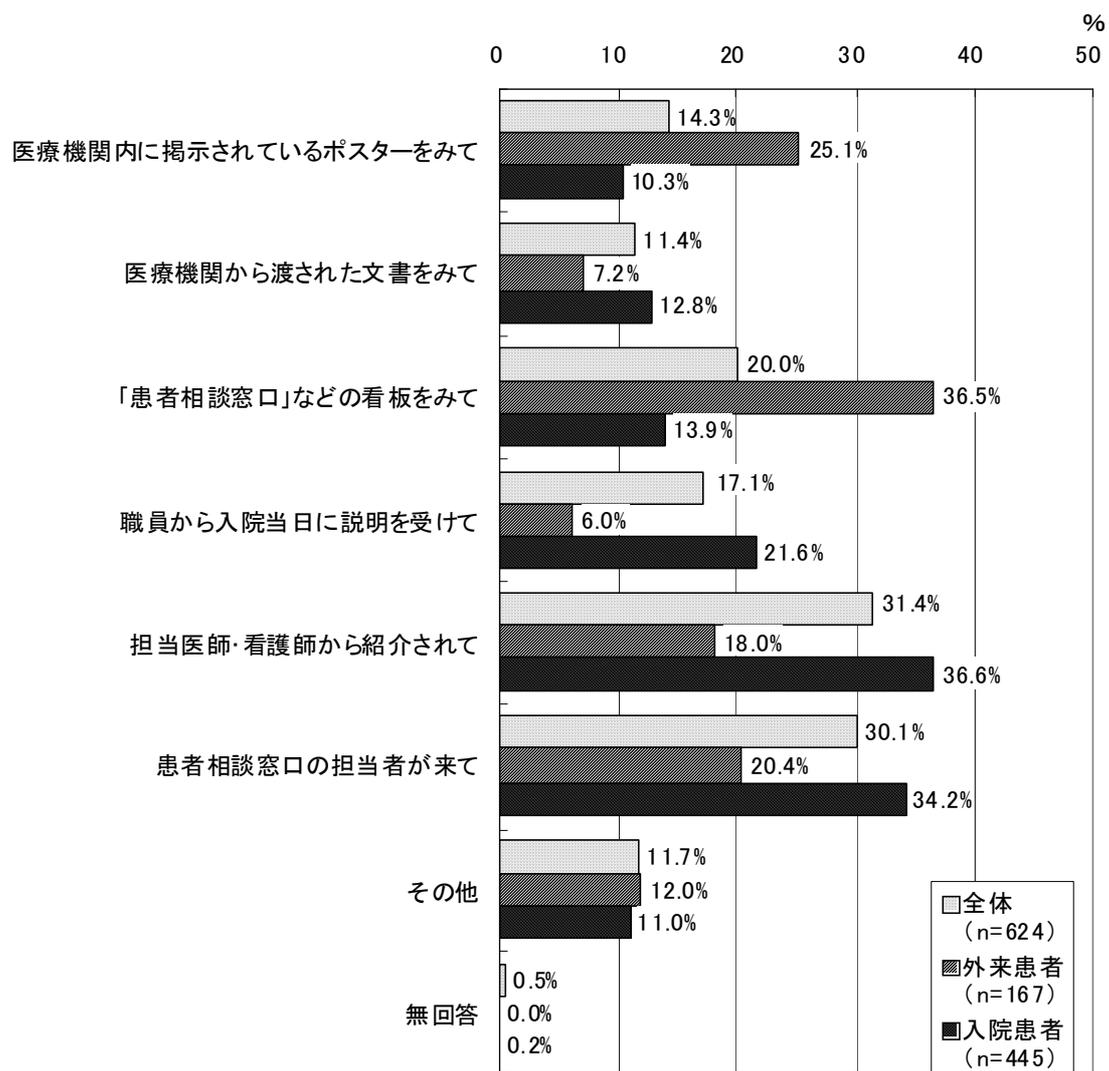
	総数	医療機関内に掲示されているポスターをみて	医療機関から渡された文書をみて	「患者相談窓口」などの看板をみて	職員から入院当日に説明を受けて	担当医師・看護師から紹介されて	患者相談窓口の担当者が来て	その他	無回答
全体	624 100.0	89 14.3	71 11.4	125 20.0	107 17.1	196 31.4	188 30.1	73 11.7	3 0.5
49歳以下	79 100.0	20 25.3	8 10.1	15 19.0	12 15.2	26 32.9	16 20.3	9 11.4	0 0.0
50歳～59歳	64 100.0	14 21.9	9 14.1	18 28.1	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

（注）「その他」の内容として、「福祉関係職員から聞いた」（同旨を含め13件）、「家族や知人に聞いた・調べた」（同旨を含め12件）、「事前に他の病院から紹介された」（同旨を含め9件）等が挙げられた。

患者相談窓口を知ったきっかけを外来・入院別にみると、外来患者では『患者相談窓口』などの看板をみて」が 36.5%で最も多く、次いで「医療機関内に掲示されているポスターをみて」(25.1%)であった。入院患者では「担当医師・看護師から紹介されて」が 36.6%で最も多く、次いで「患者相談窓口の担当者が来て」(34.2%)であった。

外来・入院の違いによって、患者相談窓口を知ったきっかけは大きく異なる結果となった。

図表 121 患者相談窓口を知ったきっかけ（外来・入院別、複数回答）



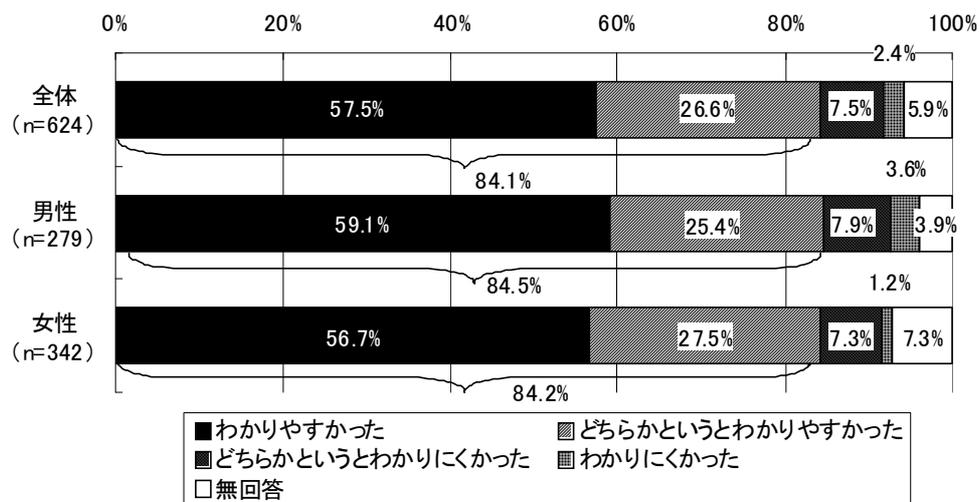
(注) 「その他」の内容として、「福祉関係職員から聞いた」(同旨を含め 13 件)、「家族や知人に聞いた・調べた」(同旨を含め 12 件)、「事前に他の病院から紹介された」(同旨を含め 9 件)等が挙げられた。

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

患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさをたずねたところ、「わかりやすかった」「どちらかというとわかりやすかった」を合わせた割合（以下、「わかりやすかった」とする）は84.1%であった。

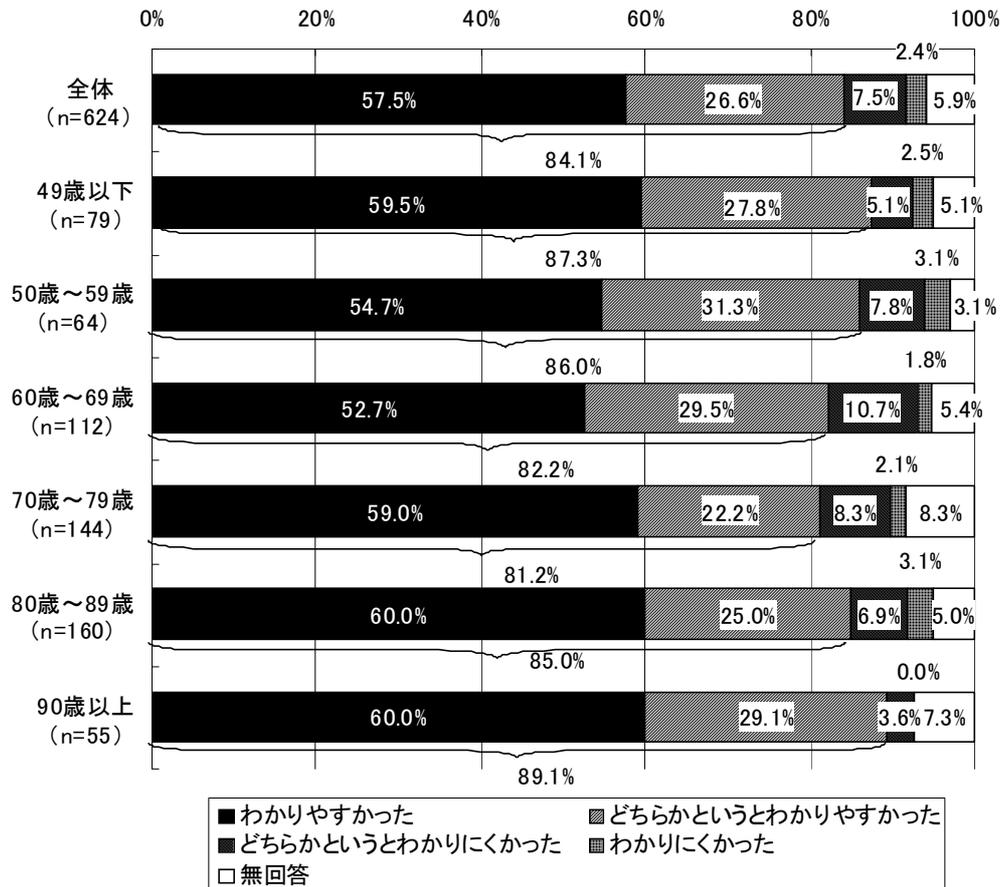
男女別にみても、男性では84.5%、女性では84.2%が「わかりやすかった」と回答しており、男女による差異はみられなかった。

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）



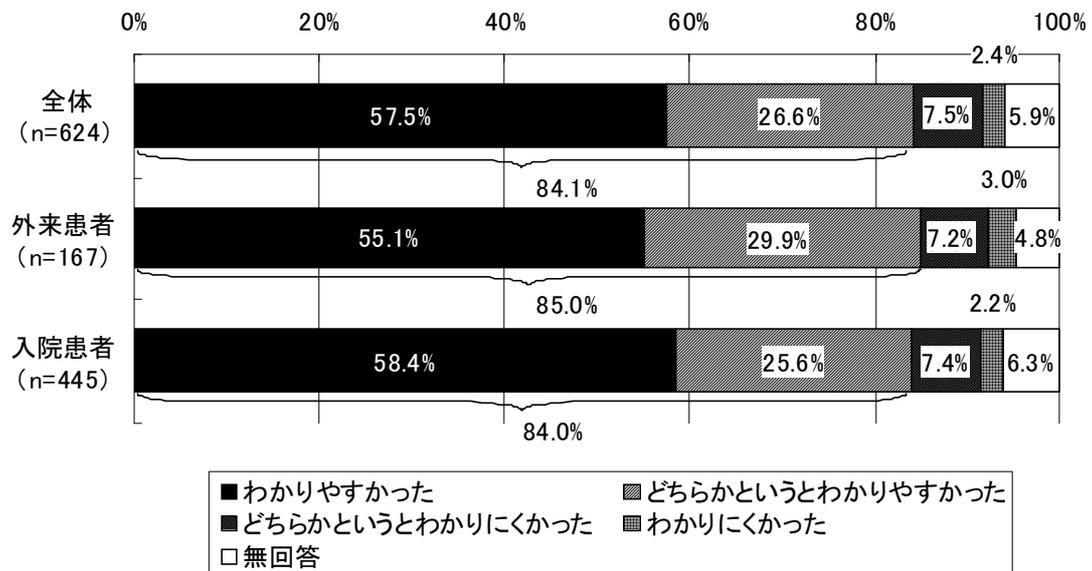
患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさを年齢階級別にみると、「わかりやすかった」「どちらかというとわかりやすかった」を合わせた割合は、すべての年齢階級で8割を超えた。

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）



患者相談窓口に関する掲示や説明・文書のわかりやすさを、外来・入院別にたずねたところ、「わかりやすかった」「どちらかというわかりやすかった」を合わせた割合は、外来患者が85.0%、入院患者が84.0%で、外来・入院の別による大きな差異はみられなかった。

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）



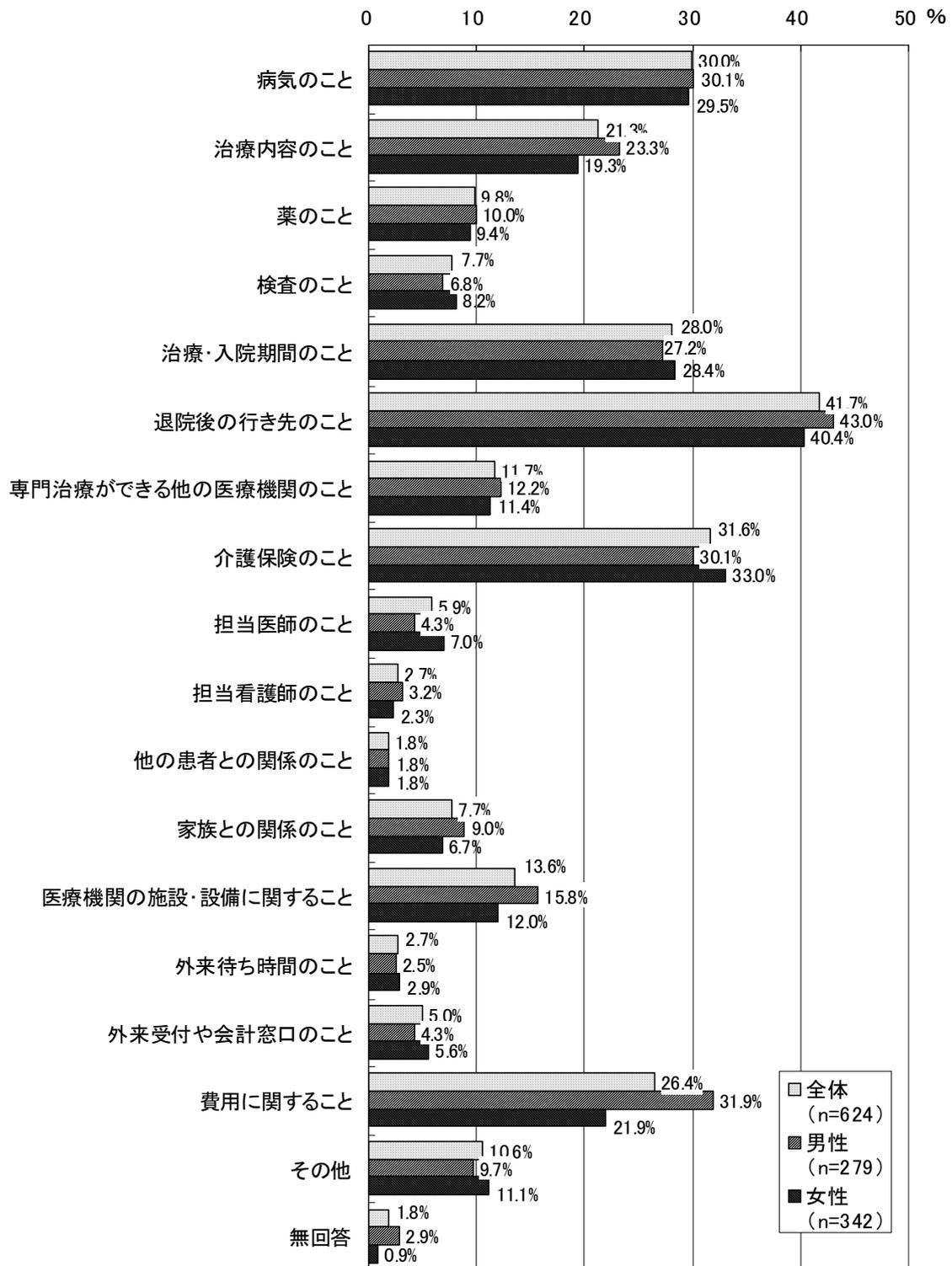
②患者相談窓口の利用内容

1) 患者相談窓口の利用内容

患者相談窓口の利用内容をたずねたところ、「退院後の行き先のこと」が41.7%で最も多く、次いで「介護保険のこと」(31.6%)、「病気のこと」(30.0%)、「治療・入院期間のこと」(28.0%)、「費用に関すること」(26.4%)、「治療内容のこと」(21.3%)と続いた。

男女別にみると、男女ともに「退院後の行き先のこと」(男性43.0%、女性40.4%)が最も多かった。男性では、次いで「費用に関すること」(31.9%)、「病気のこと」(30.1%)、「介護保険のこと」(30.1%)となった。このうち、「費用に関すること」では、男性は女性と比較して10ポイント高い結果となった。女性では、二番目に多かったのは「介護保険のこと」(33.0%)であり、次いで「病気のこと」(29.5%)、「治療・入院期間のこと」(28.4%)となった。

図表 125 患者相談窓口の利用内容（男女別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「退院後の自宅での生活について」(同旨を含め 10 件)、「障害手帳や手続きについて」(同旨を含め 5 件)、「転院入院の準備について」(同旨を含め 5 件)等が挙げられた。

患者相談窓口の利用内容を年齢階級別にみると、69歳以下では「病気のこと」や「費用に関すること」という回答が多かったが、70歳以上になると「退院後の行き先のこと」や「介護保険のこと」という回答が多い結果となった。

図表 126 患者相談窓口の利用内容（年齢階級別、複数回答）

（単位：上段 人、下段 %）

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

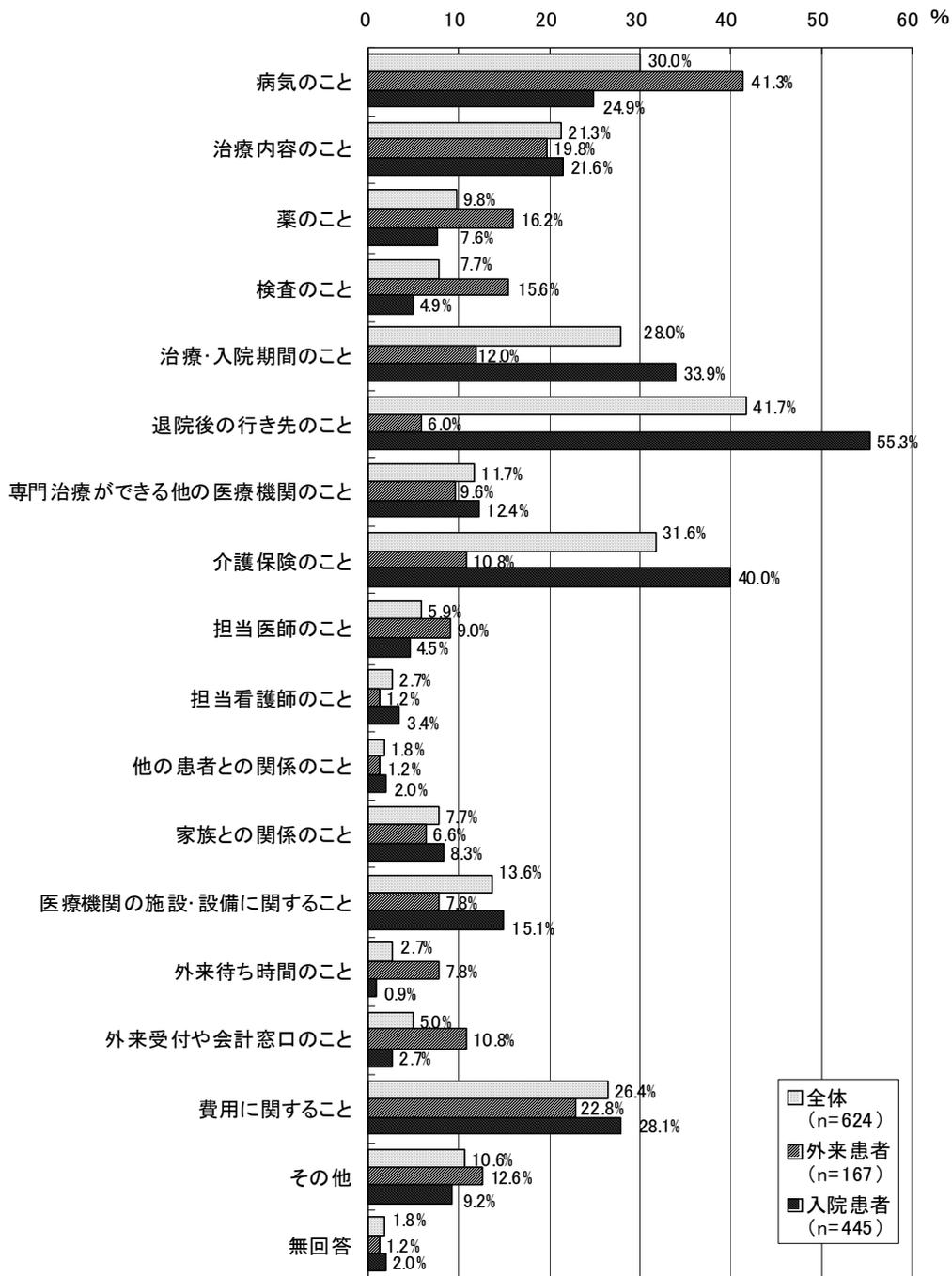
	担当看護師のこと	他の患者との関係のこと	家族との関係のこと	医療機関の施設・設備に関するのこと	外来待ち時間のこと	外来受付や会計窓口のこと	費用に関するのこと	その他	無回答
全体	17 2.7	11 1.8	48 7.7	85 13.6	17 2.7	31 5.0	165 26.4	66 10.6	11 1.8
49歳以下	2 2.5	2 2.5	4 5.1	13 16.5	6 7.6	8 10.1	23 29.1	15 19.0	3 3.8
50歳～59歳	1 1.6	1 1.6	8 12.5	8 12.5	2 3.1	4 6.3	25 39.1	15 23.4	0 0.0
60歳～69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

（注）「その他」の内容として、「退院後の自宅での生活について」（同旨を含め10件）、「障害手帳や手続きについて」（同旨を含め5件）、「転院入院の準備について」（同旨を含め5件）等が挙げられた。

患者相談窓口の利用内容を外来・入院別にみると、外来患者では「病気のこと」が41.3%で最も多く、次いで「費用に関すること」(22.8%)であった。入院患者では「退院後の行き先のこと」が55.3%で最も多く、次いで「介護保険のこと」(40.0%)と続いた。

外来・入院の違いにより、患者相談窓口の利用内容が大きく異なる結果となった。

図表 127 患者相談窓口の利用内容（外来・入院別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「退院後の自宅での生活について」(同旨を含め10件)、「障害手帳や手続きについて」(同旨を含め5件)、「転院入院の準備について」(同旨を含め5件)等が挙げられた。

2) 相談に対応してくれた人数（最も多い時）

相談に対応してくれた人数（最も多い時）をみると、平均 1.7 人（標準偏差 1.3、中央値 1.0）であった。

男女別にみても、男女ともに平均 1.7 人であり、差異は見られなかった。

図表 128 相談に対応してくれた人数（最も多い時、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。複数回相談したことがある場合には、最も多い時の人数を記入してもらった。

年齢階級別にみても、年齢階級による大きな差異はみられなかった。

図表 129 相談に対応してくれた人数（最も多い時、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

（注）相談に対応してくれた際の職員数。複数回相談したことがある場合には、最も多い時の人数を記入してもらった。

外来・入院別にみると、外来では平均 1.5 人（標準偏差 1.1、中央値 1.0）であり、入院では平均 1.7 人（標準偏差 1.4、中央値 1.0）であった。

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

（注）相談に対応してくれた際の職員数。複数回相談したことがある場合には、最も多い時の人数を記入してもらった。

3) 相談回数

患者1人あたりの相談回数をみると、平均3.5回（標準偏差5.7、中央値2.0）であった。男女別にみると、男性では平均4.1回（標準偏差7.6、中央値2.5）、女性では平均3.1回（標準偏差3.3、中央値2.0）となった。

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

患者1人あたりの相談回数を年齢階級別にみると、49歳以下では平均2.7回、50～59歳では5.2回、60～69歳では3.1回、70～79歳では3.7回、80～89歳では3.5回、90歳以上では3.1回であった。

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

患者1人あたりの相談回数を外来・入院別にみると、外来では平均3.1回（標準偏差8.6、中央値2.0）で、入院では平均3.7回（標準偏差4.2、中央値3.0）であった。

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

相談時間合計をみると、平均 62.7 分（標準偏差 105.1、中央値 30.0）であった。

男女別にみると、男性では平均 71.9 分（標準偏差 136.1、中央値 30.0）、女性では平均 55.3 分（標準偏差 69.2、中央値 30.0）となり、女性より男性のほうの相談時間が長い結果となった。しかし、中央値でみると男女による差異はみられなかった。

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

相談時間合計を年齢階級別にみると、50～59 歳が平均 101.8 分で、他の年齢階級より長い結果となった。中央値でみると、70 歳未満では 30.0 分、70 歳以上では 40.0 分となった。

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

相談時間合計を外来・入院別にみると、外来では平均 46.9 分（標準偏差 98.3、中央値 20.0）、入院では平均 68.7 分（標準偏差 108.0、中央値 40.0）であった。入院のほうが外来よりも相談時間合計が長い結果となった。

図表 136 相談時間合計（患者 1 人あたり、外来・入院別）

（単位：分）

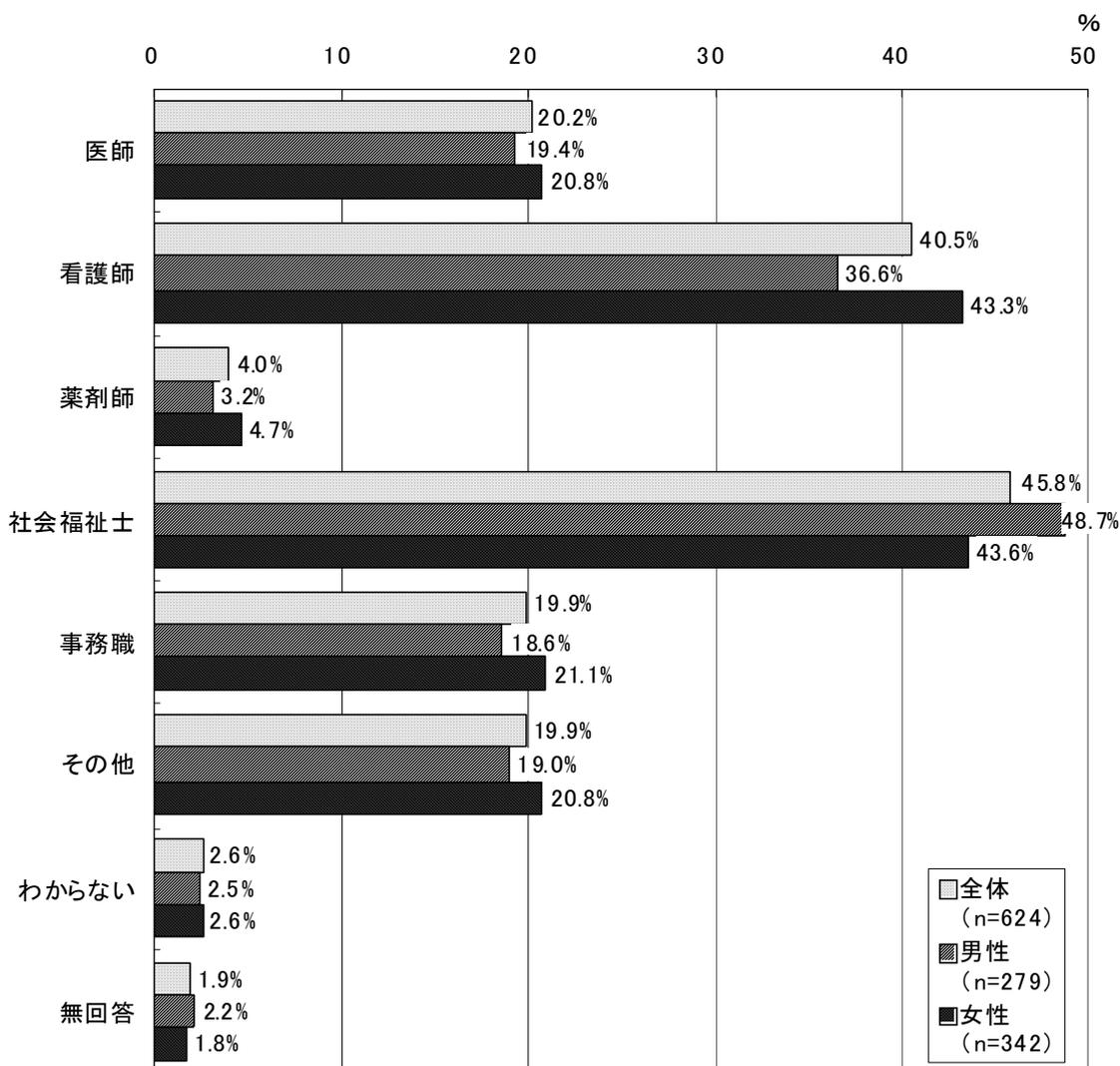
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	550	62.7	105.1	30.0
外来	142	46.9	98.3	20.0
入院	398	68.7	108.0	40.0

5) 相談対応者

相談対応者をみると、「社会福祉士」が 45.8%で最も多く、次いで「看護師」(40.5%)、「医師」(20.2%)と続いた。

男女別にみると、男女ともに「社会福祉士」が最も多いが、男性のほうが女性よりも 5.1 ポイント高い結果となった。次に多かったのは、男女ともに「看護師」であったが、男性よりも女性のほうが 6.7 ポイント高い結果となった。

図表 137 相談対応者（男女別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「ソーシャルワーカー」(72件)、「精神保健福祉士」(13件)、「リハビリ関係者」(8件)、「ケアマネジャー」(8件)等が挙げられた。

相談対応者を年齢階級別にみると、49歳以下と特に50～59歳では、「看護師」という回答が最も多かった。60歳以上では「社会福祉士」という回答が最も多かった。

図表 138 相談対応者（年齢階級別、複数回答）

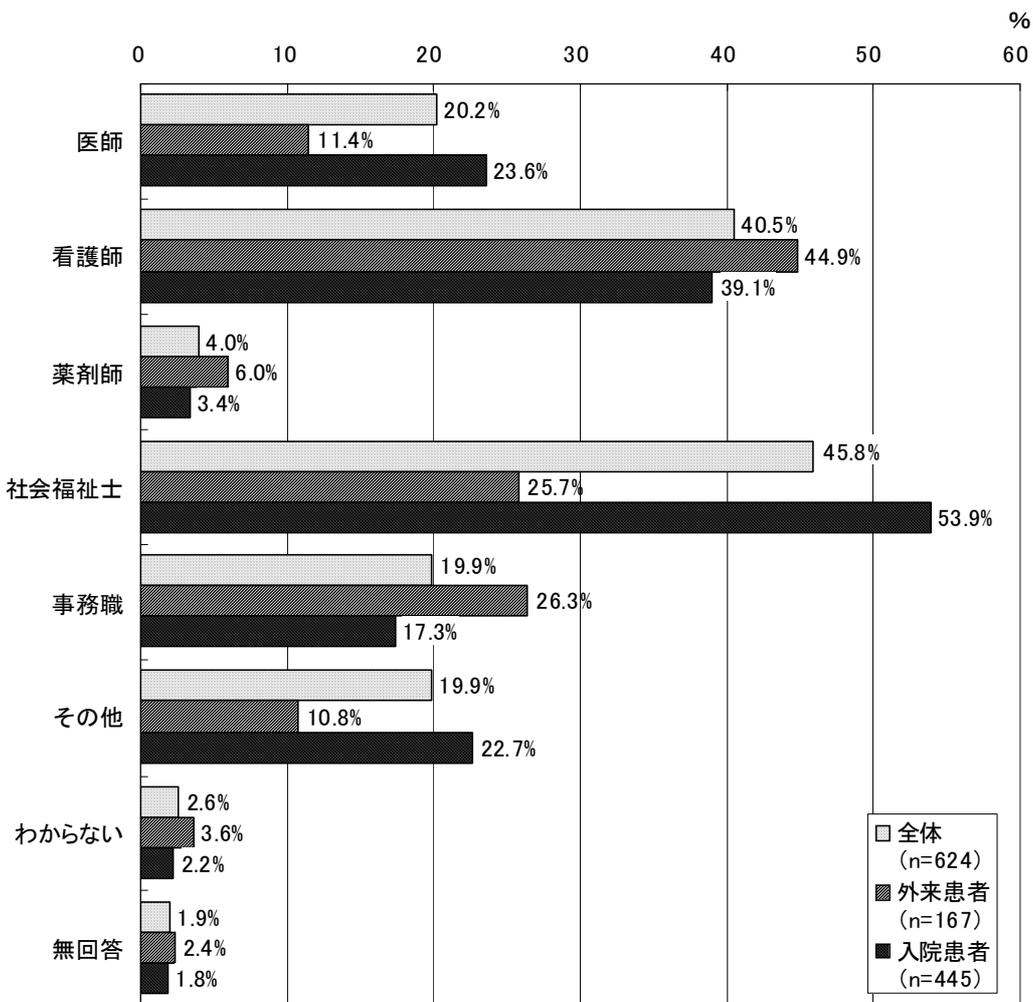
（単位：上段 人、下段 %）

	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

（注）「その他」の内容として、「ソーシャルワーカー」（72件）、「精神保健福祉士」（13件）、「リハビリ関係者」（8件）、「ケアマネジャー」（8件）等が挙げられた。

相談対応者を外来・入院別にみると、外来患者では「看護師」が44.9%で最も多く、次いで「事務職」(26.3%)、「社会福祉士」(25.7%)となった。入院患者では「社会福祉士」が53.9%で最も多く、次いで「看護師」(39.1%)、「医師」(23.6%)となった。外来・入院の違いにより、患者相談窓口の相談対応者が大きく異なる結果となった。

図表 139 相談対応者（外来・入院別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「ソーシャルワーカー」(72件)、「精神保健福祉士」(13件)、「リハビリ関係者」(8件)、「ケアマネジャー」(8件)等が挙げられた。

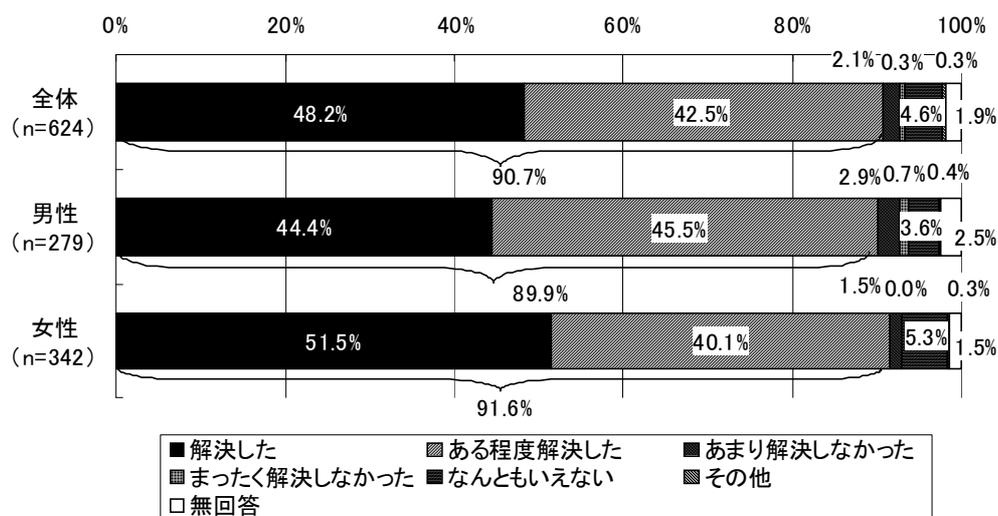
③患者相談窓口に対する評価

1) 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が解決したか

患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が解決したかどうかたずねたところ、「解決した」「ある程度解決した」を合わせた割合は90.7%となった。

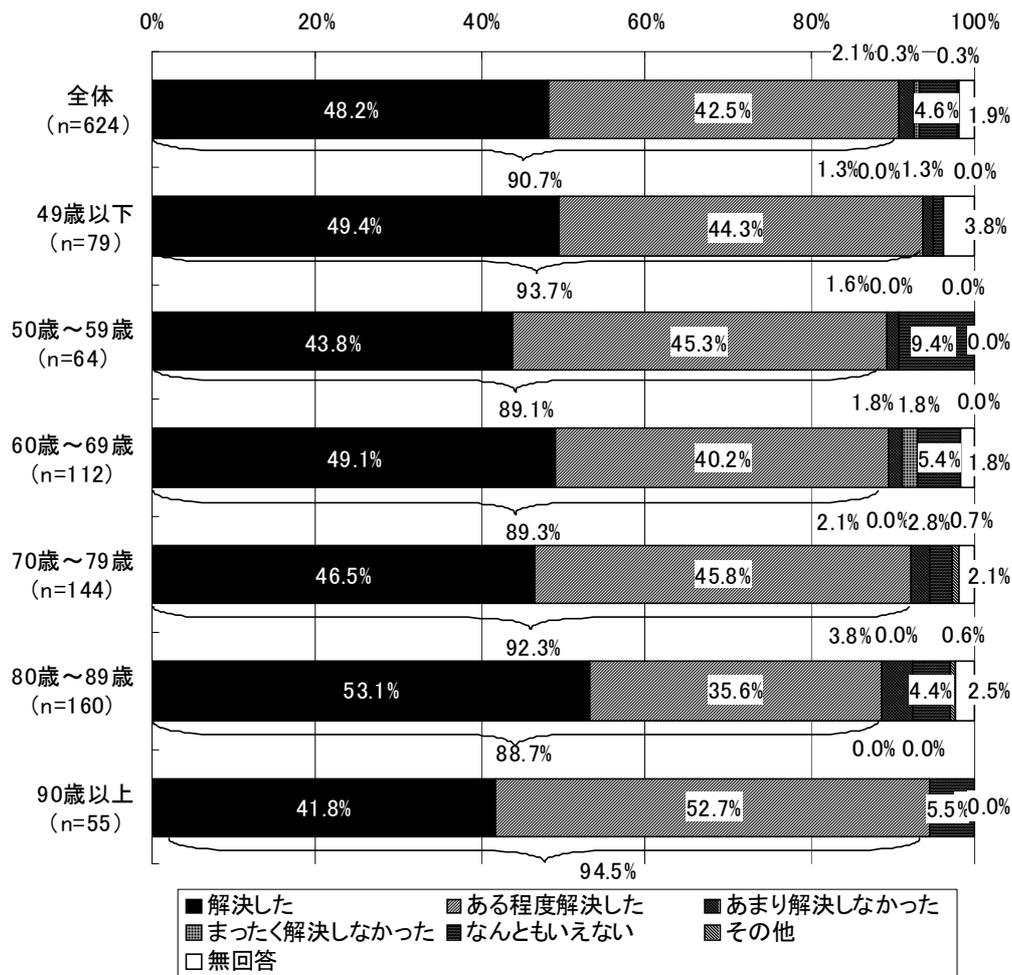
男女別にみると、この割合は、男性では89.9%、女性では91.6%となり、男性より女性のほうが1.7ポイント高い結果となった。

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



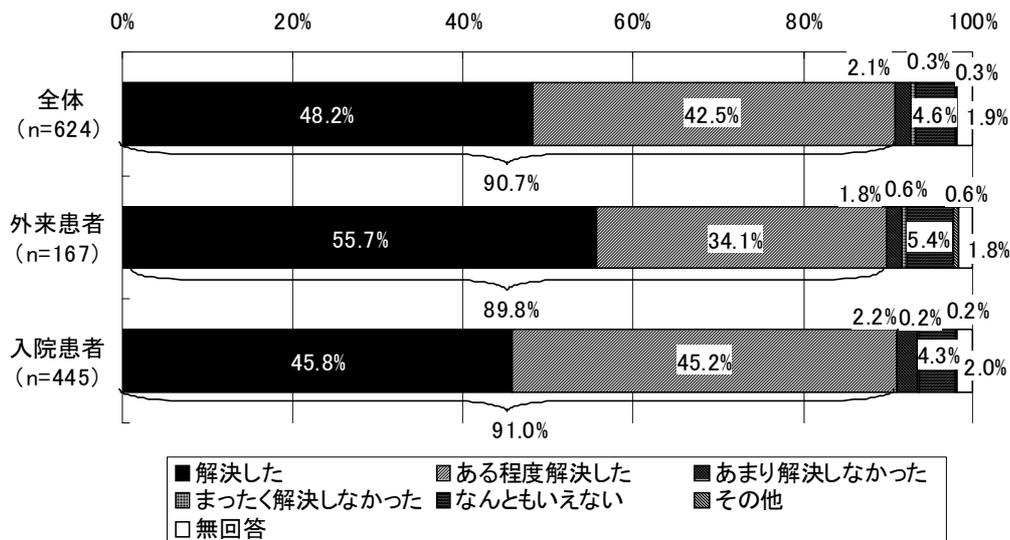
患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したかどうかを年齢階級別にみると、49歳以下、70～79歳、90歳以上の年齢階級においては、「解決した」、「ある程度解決した」を合わせた割合が、全体の90.7%よりも高い結果となった。50～59歳、60～69歳、80～89歳では解決したという回答は9割近い結果となった。

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）



患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解消したかどうかを、外来・入院別にみると、外来患者では「解決した」「ある程度解決した」を合わせた割合は 89.8%となり、入院患者では 91.0%となった。

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)

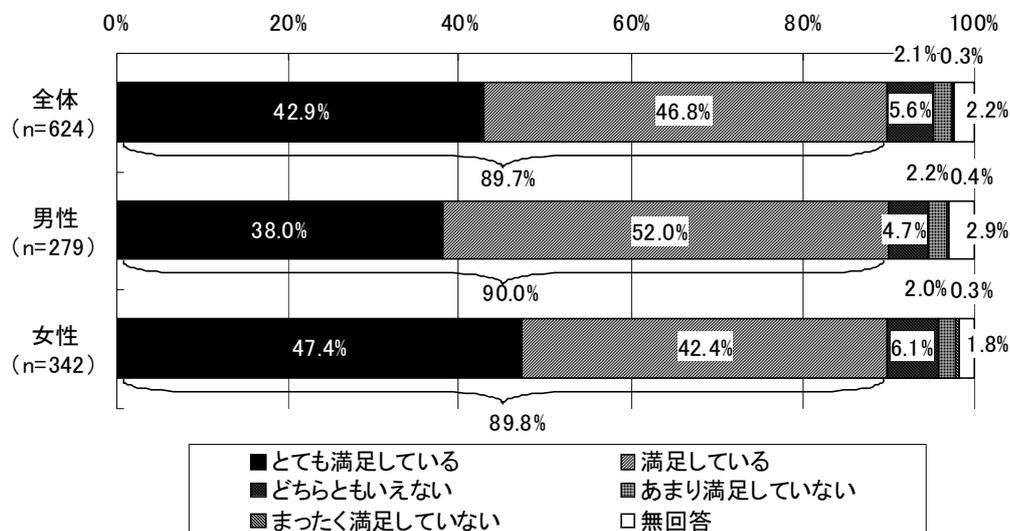


2) 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度

患者相談窓口の職員の対応に対する満足度をみると、「とても満足している」「満足している」を合わせた割合は 89.7%となった。また、「どちらともいえない」が 5.6%、「あまり満足していない」が 2.1%、「まったく満足していない」が 0.3%となった。

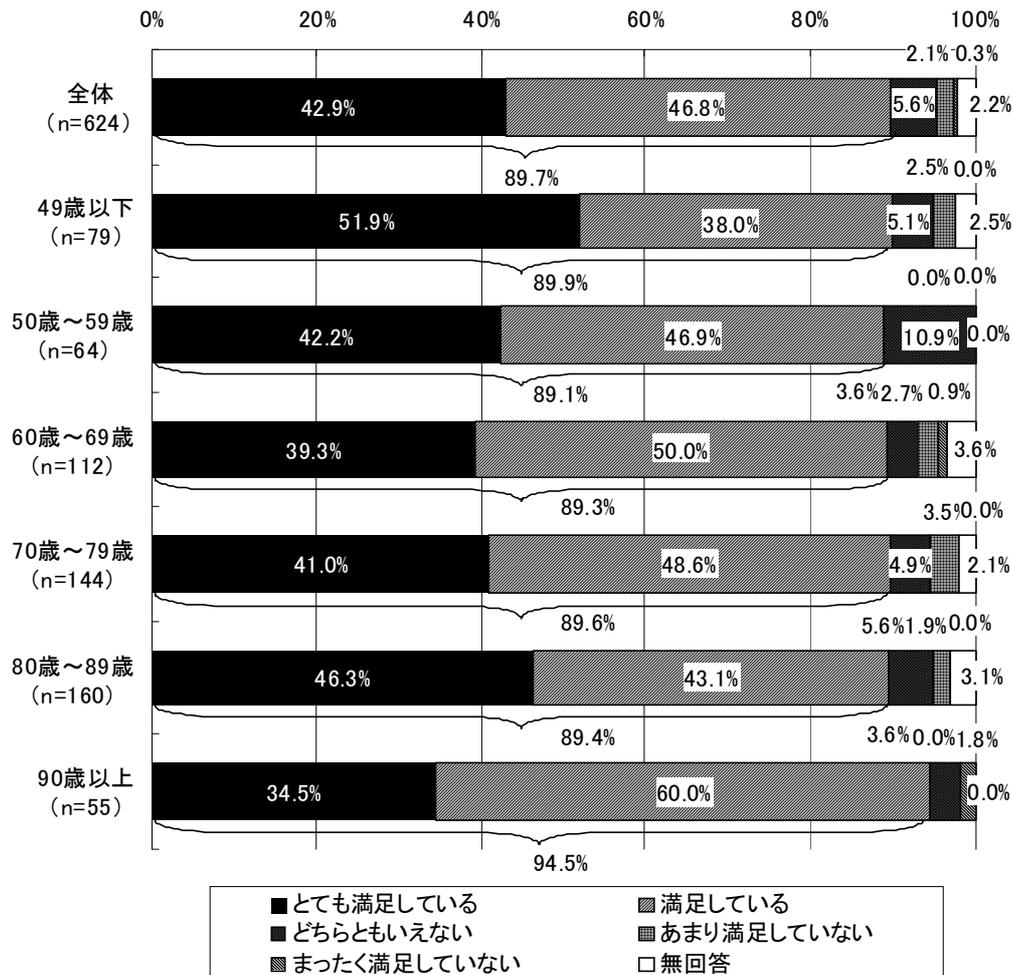
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 143 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度 (男女別)



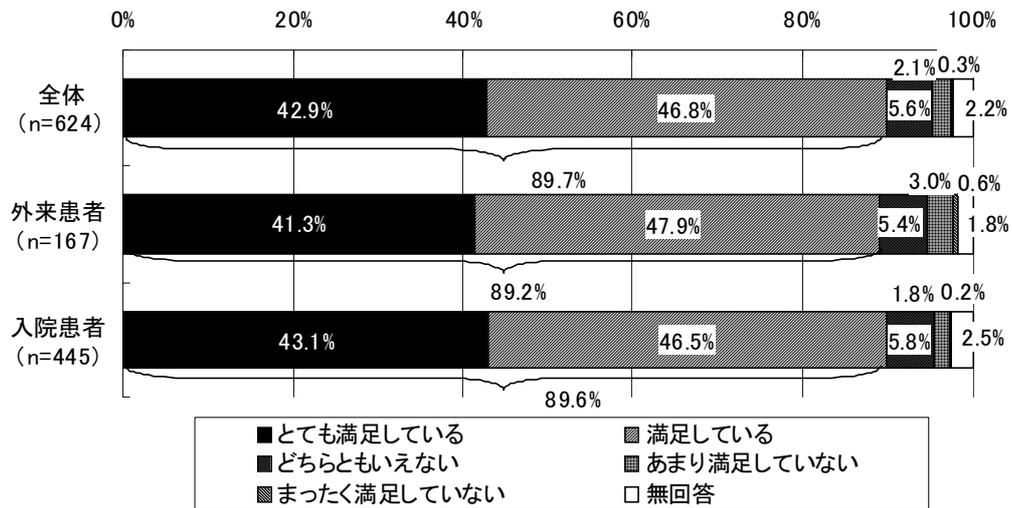
患者相談窓口の職員の対応に対する満足度を年齢階級別にみると、「とても満足している」「満足している」の合わせた割合は、90歳以上が94.5%で最も高く、50～59歳が89.1%で最も低い結果となった。特に「とても満足している」に着目すると、49歳以下で51.9%と5割を超えた。一方、50～59歳では「どちらともいえない」が10.9%となり、他の年齢階級と比較して高い結果となった。

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）



患者相談窓口の職員の対応に対する満足度を、外来・入院別にみると、外来患者では「とても満足している」「満足している」を合わせた割合が 89.2%、入院患者では 89.6%であり、外来・入院の違いによる大きな差異はみられなかった。

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患者相談窓口に対する要望等

患者相談窓口に対する要望等について、自由記述形式により記入していただいた主な内容は、以下の通りである。

○相談体制を充実してほしい

- ・相談する MSW が1つの病棟に1人いるとよい。看護師や医師は忙しそうで大変そうだ。MSW を何人いないとだめという規定でもつくってほしい。
- ・いつでも相談できる相談員の人数を補充してほしい。
- ・相談員が忙しすぎるのか、相談したい時にいないことが多かったので、もっと時間や人数のゆとりをとってほしい。
- ・病気がわかる看護師または医師が対応してくれることが望ましい。適切な部署に役割分担してくれるとよい。
- ・治療の選択肢を明確にし納得して選べる体制。医師、看護師、医事課等、専門分野で説明してもらえる体制。
- ・患者や家族の話をじっくりと聞いてくれるような人員体制を整えてほしい。 /等

○相談対応に満足

- ・家族の急な入院・相談等。いろいろと納得いくまで話していただき感謝している。
- ・この病院では、常時3~4人の先生が外来を担当しているが、受付で医師を指名することができる。受付の方に相談すると丁寧に答えてくれ、良い医師に診察してもらった。医師との相性に苦しむことが何度かあり、ストレスを感じていたから。
- ・医師の話がわからなくなった時などに相談すると、医師に確認し連絡してくれるのでとても満足している。
- ・今回相談員の方がとても親身になって相談に応じてくれた。私は1人で両親2人を看っていて、2人同時の介護が始まるため（父要介護1、母要介護5）、不安で仕方なかったが、ケアマネジャーの方と相談員の方が連絡を密に取ってくれた。初めてこのような対応をしてくれる病院に出会えたので、このような体制を取ってくれる病院が増えることを望む。
- ・その時々困り事、心配事等にすぐ対応し、相談にのっていただけるのがとても安心。 /等

○相談内容の充実

- ・退院、リハビリ後のアドバイスがもう少しあると助かる。
- ・入院中と退院後では生活環境が変わるので、病院→家での生活がスムーズに移行できるようなアドバイス（制度の申請、有無など）が必要と思った。
- ・医療、介護、福祉制度について自分に該当するものを教えてほしい。
- ・退院後の他の制度の利用方法。施設の内容と対処法。
- ・通院、入院に関する費用、退院後の生活支援などの相談の充実。

- ・短期間しか入院できないといいながら、退院後の行き先の情報が少なく、なかなか退院できない。もっと情報を多く集めてほしい。
- ・セカンドオピニオンと薬について相談ができるようにしてほしい。無駄な費用をなくせる。
- ・相談内容の例を書いたものがあると相談しやすいと思った。 /等

○相談場所の改善等

- ・現在窓口としては固定されていないため、担当者が見つかりにくい。看板を置くなど、すぐに安心できるようにしてほしい。
- ・相談窓口が入りやすいこと、総合案内所とともに相談窓口の存在が広く知られれば、より多くの悩みが解決に向けて動くと思う。
- ・会計のすぐそばに窓口があることをしっかり表示していると存在に気づきやすいかも。医師に相談窓口があると伝えられるまでまったく気づかなかった。
- ・入院、外来と相談窓口を分けてほしい。
- ・相談する時に専用の部屋があると話しやすい。フロントでは声かけはしやすいが本当の悩みは打ち明けられない。 /等

○相談対応の改善

- ・相談中専門用語を使われることが何度かあったので、こちらが聞けば説明してもらえたが初めからもう少し易しい言葉にして、わかりやすく家族に説明してもらえたらと思う。
- ・職員の対応が大きな病院と違って体制も含め悪い。
- ・患者が立って看護師が座って説明する点を改善してほしい。同じ目線で相談にのってほしい。
- ・高齢者がひとりで受診した時に専門用語ではなく、わかりやすい言葉でフリップ等があればよいと思う。挿絵などを使い文字は少なくしてほしい。
- ・ソーシャルワーカーは人数が少ない中で精力的に対応してくれて満足している。医師、看護師は業務（仕事）が忙しすぎるのか、相談の途中での退席がほとんどで不満を感じている。医師、看護師が不足している。 /等

○その他

- ・受付時間、曜日の拡大、特に日曜、祝日の対応ができていない、平日でないと相談できない。
- ・仕事をしながら入院している身内の面会をする場合、どうしても時間が遅くなる。入院期間中、遅い時間（19時以降）でも、病状の確認や今後の治療計画等を相談できる窓口がほしい。
- ・相談窓口のことを入院して初めて知った。外来時に窓口を知っていたら、いろいろと病気のことを知って安心して通院できたのにと感じた。外来の窓口でこの相談窓口があるということを知らせてほしい。 /等

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

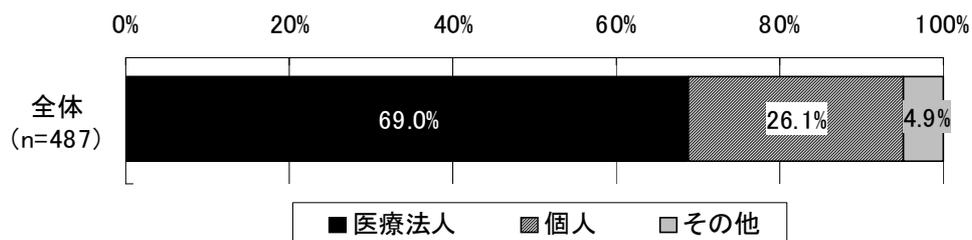
回答者：管理者

(1) 施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

①開設者

開設者をみると、「医療法人」が 69.0%、「個人」が 26.1%、「その他」が 4.9%であった。

図表 146 開設者

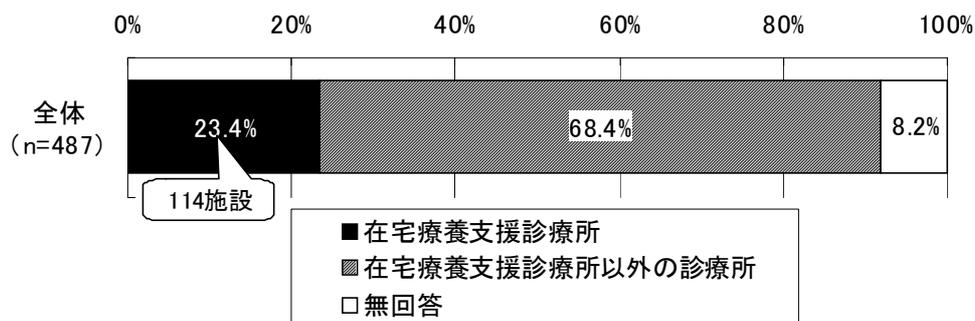


(注) 「その他」の内容として、「公立」「社会福祉法人」等が挙げられた。

②在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の状況をみると、「在宅療養支援診療所」は 23.4%（114 施設）、「在宅療養支援診療所以外の診療所」は 68.4%であった。

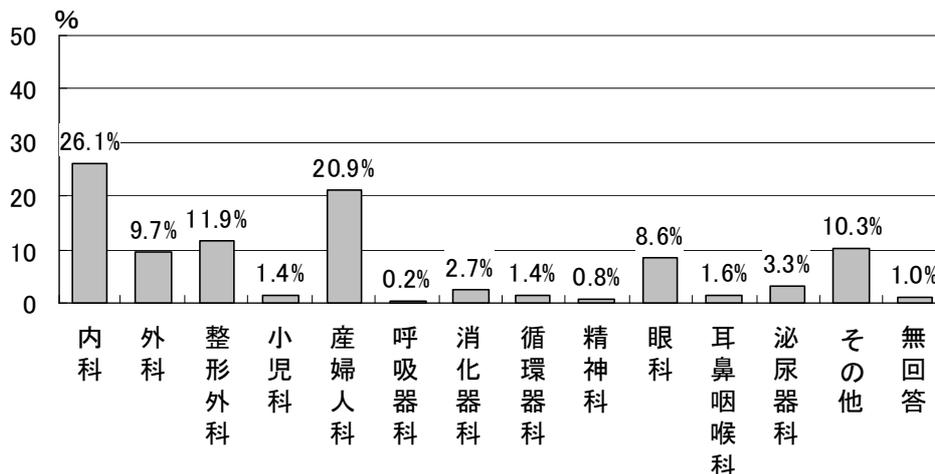
図表 147 在宅療養支援診療所の状況



③主たる診療科

主たる診療科をみると、「内科」が26.1%で最も多く、次いで「産婦人科」(20.9%)、「整形外科」(11.9%)、「外科」(9.7%)、「眼科」(8.6%)であった。

図表 148 主たる診療科 (n=487、単数回答)



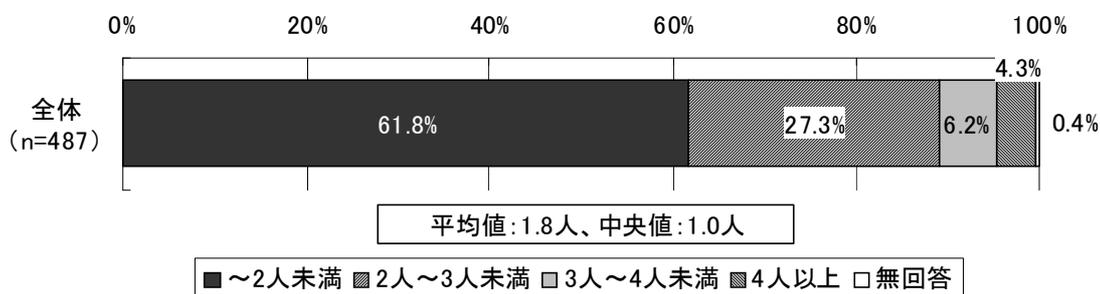
(注)「その他」の内容として、「脳神経外科」(10件)、「肛門科」(7件)、「リハビリテーション科」(4件)、「皮膚科」(3件)等が挙げられた。

④職員数

1) 医師数

医師数(常勤換算)をみると、「~2人未満」が61.8%、「2人~3人未満」が27.3%、「3人~4人未満」が6.2%、「4人以上」が4.3%であった。1施設あたりの医師数は平均1.8人(中央値1.0)であった。

図表 149 医師数(常勤換算)



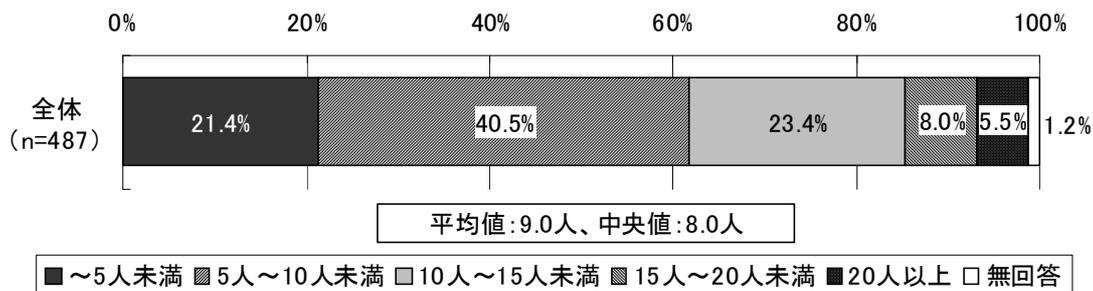
(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までとした(以下、同様である)。

- ・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

看護職員数（常勤換算）をみると、「5人～10人未満」が40.5%で最も多く、「10人～15人未満」が23.4%、「～5人未満」が21.4%、「15人～20人未満」が8.0%、「20人以上」が5.5%であった。1施設あたりの看護職員数は平均9.0人（中央値8.0）であった。

図表 150 看護職員数（常勤換算）

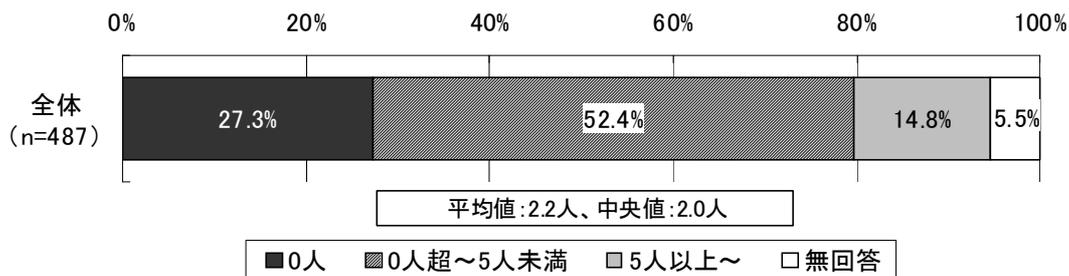


(注) 看護職員数には准看護師が含まれる。

3) 看護補助者数

看護補助者数（常勤換算）をみると、「0人超～5人未満」が52.4%で最も多く、「0人」が27.3%、「5人以上」が14.8%であった。1施設あたりの看護補助者数は平均2.2人（中央値2.0）であった。

図表 151 看護補助者数（常勤換算）



⑤病床数

1施設あたりの病床数をみると、一般病床は平均12.6床（標準偏差6.3、中央値14.0）であった。また、療養病床は平均1.7床（標準偏差4.2、中央値0.0）で、このうち介護療養病床は平均0.6床（標準偏差2.4、中央値0.0）であった。

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

一般病床がある施設に限定して、1施設あたりの一般病床数をみると、平均は12.9床（標準偏差6.1、中央値14.0）であった。

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

療養病床がある施設に限定して、1施設あたりの療養病床数をみると、平均は9.6床（標準偏差4.7、中央値9.0）で、うち介護療養病床は平均3.6床（標準偏差4.8、中央値0.0）であった。

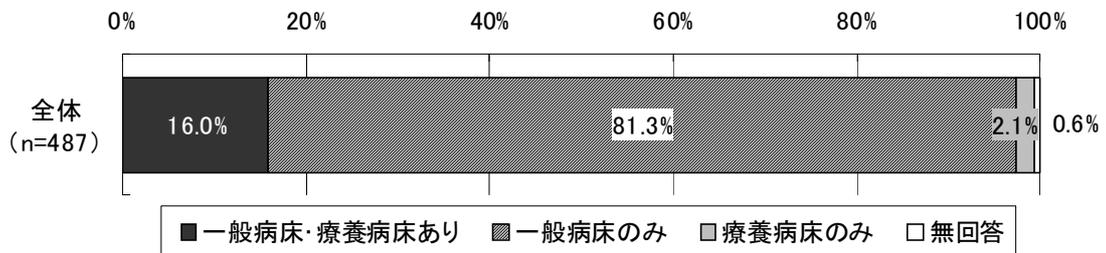
図表 154 1施設あたり療養病床数（療養病床がある施設）

（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

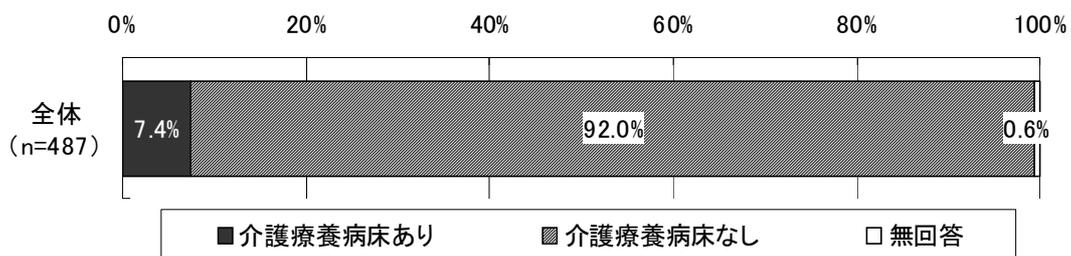
病床種類別施設割合をみると、「一般病床・療養病床あり」が16.0%、「一般病床のみ」が81.3%、「療養病床のみ」が2.1%であった。

図表 155 病床種類別施設割合



介護療養病床の有無をみると、「介護療養病床あり」は7.4%、「介護療養病床なし」は92.0%であった。

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

1 か月間の外来患者延べ人数をみると、1 施設あたりの外来患者延べ人数は平均 1,599.6 人（標準偏差 1,147.0、中央値 1,369.0）であった。

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

1日あたりの平均入院患者数をみると、1施設あたりの平均入院患者数は8.5人（標準偏差6.6、中央値8.1）であった。

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

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

一般病床における1施設あたりの入院基本料の算定件数をみると、一般病床がある施設全体では平均57.7件（標準偏差120.1、中央値18.0）であった。このうち「有床診療所入院基本料1」を算定している施設では平均84.0件（標準偏差142.4、中央値26.0）、「有床診療所入院基本料2」を算定している施設では平均24.5件（標準偏差71.0、中央値10.0）、「有床診療所入院基本料3」を算定している施設では平均9.3件（標準偏差15.4、中央値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」した施設では平均1.0件（標準偏差0.0、中央値1.0）であった。

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

療養病床における 1 施設あたりの入院基本料の算定件数をみると、療養病床がある施設全体では、平均 9.0 件（標準偏差 32.8、中央値 2.0）であった。このうち、「有床診療所療養病床入院基本料」を算定している施設では平均 9.0 件（標準偏差 32.8、中央値 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」している施設では平均 2.3 件（標準偏差 1.1、中央値 2.0）であった。

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。

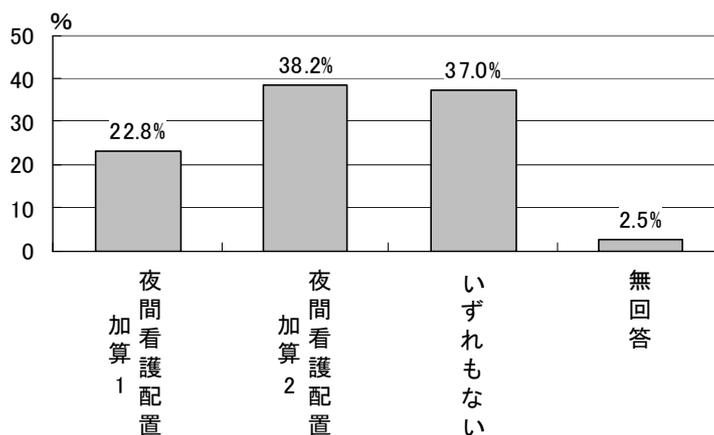
・「療養病床総数」は該当施設における療養病床数の総計。

・「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

夜間看護配置加算の施設基準の届出状況を見ると、「夜間看護配置加算 1」の施設は 22.8%、「夜間看護配置加算 2」の施設は 38.2%であり、「いずれもない」という施設は 37.0%であった。

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）



夜間看護配置加算の施設基準の届出状況を主たる診療科別にみると、「内科」では「夜間看護配置加算 1」の届出施設は 18.9%、「夜間看護配置加算 2」の届出施設は 42.5%、「いずれもない」が 36.2%となっており、「夜間看護配置加算 2」の届出施設が多かった。「外科」では「内科」よりも「夜間看護配置加算 2」の届出施設の割合が 61.7%と高く、「夜間看護配置加算 1」は 8.5%、「いずれもない」が 27.7%であった。この他、ある程度、回答施設数がある診療科についてみると、「夜間看護配置加算 2」の割合が高いのは「整形外科」(53.4%)であり、「夜間看護配置加算 1」の割合が高いのは「産婦人科」(46.1%)であった。「眼科」では「夜間看護配置加算 1」「夜間看護配置加算 2」のいずれも割合が低く「いずれもない」が 83.3%であった。

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

（注）「その他」の診療科には、「脳神経外科」（10 件）、「肛門科」（7 件）、「リハビリテーション科」（4 件）、「皮膚科」（3 件）等が含まれる。

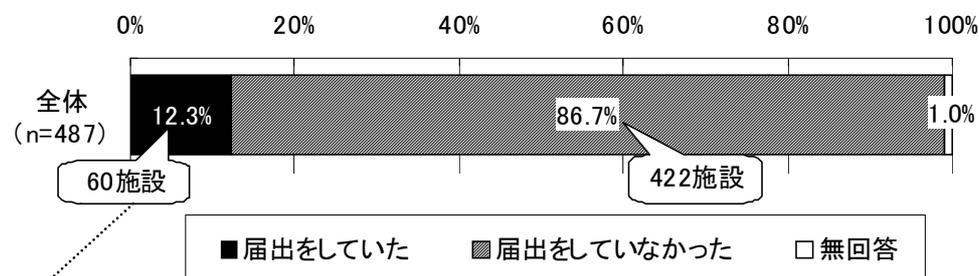
(2) 栄養管理体制の状況

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

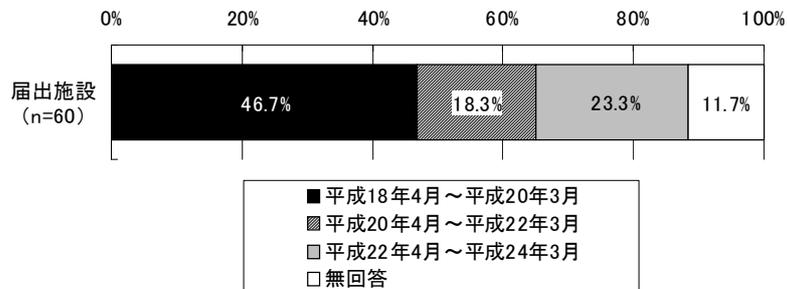
平成24年3月31日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況をみると、「届出をしていた」施設が12.3%、「届出をしていなかった」施設が86.7%であった。

このうち届出をしていた60施設に対して「栄養管理実施加算」の届出時期をたずねたところ、「平成18年4月～平成20年3月」が46.7%、「平成20年4月～平成22年3月」が18.3%、「平成22年4月～平成24年3月」が23.3%であった。

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

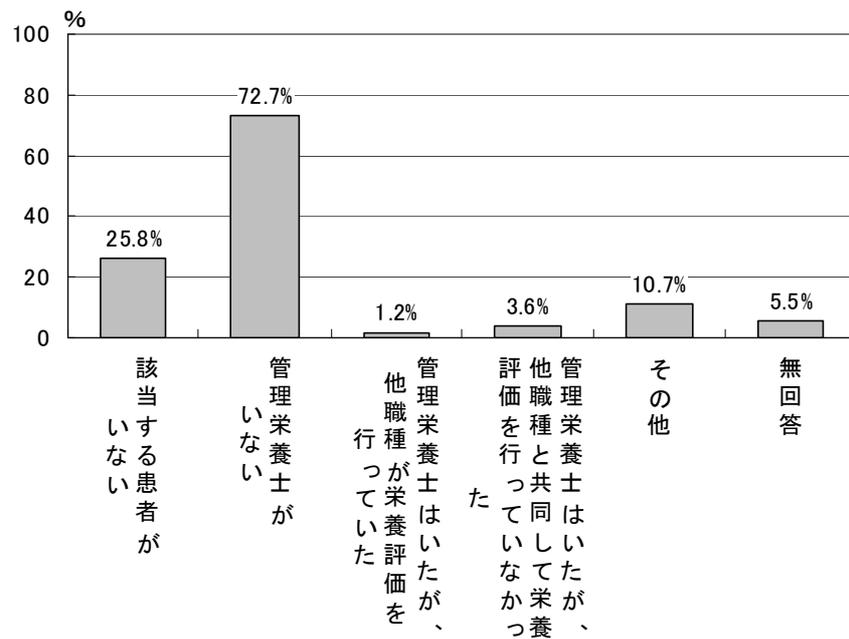


図表 164 「栄養管理実施加算」の届出施設における届出時期
(届出をしていた施設)



また、届出をしていなかった 422 施設に対して「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった理由をたずねたところ、最も多かったのは「管理栄養士がない」(72.7%)で、次いで「該当する患者がない」(25.8%)であった。

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
(届出をしていなかった施設、複数回答、n=422)



(注)「その他」の内容として、「入院食は委託」(同旨を含め 12 件)、「食事の提供がない」(同旨を含め 5 件)等が挙げられた。

平成 24 年 3 月 31 日時点における「栄養管理実施加算」の届出状況を主たる診療科別にみると、「届出をしていなかった」施設の割合が 90%以上となっているのは、「小児科」、「呼吸器科」、「循環器科」、「耳鼻咽喉科」（いずれも 100.0%）、「産婦人科」（97.1%）、「眼科」（95.2%）、「消化器科」（92.3%）であった。

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

(注) 「その他」の診療科には、「脳神経外科」(10 件)、「肛門科」(7 件)、「リハビリテーション科」(4 件)、「皮膚科」(3 件)等が含まれる。

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を主たる診療科別にみると、いずれの診療科においても「管理栄養士がいない」が最も多い回答であった。また、「小児科」、「産婦人科」、「眼科」、「耳鼻咽喉科」では「該当する患者がいない」という割合が「全体」と比較して高かった。

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）

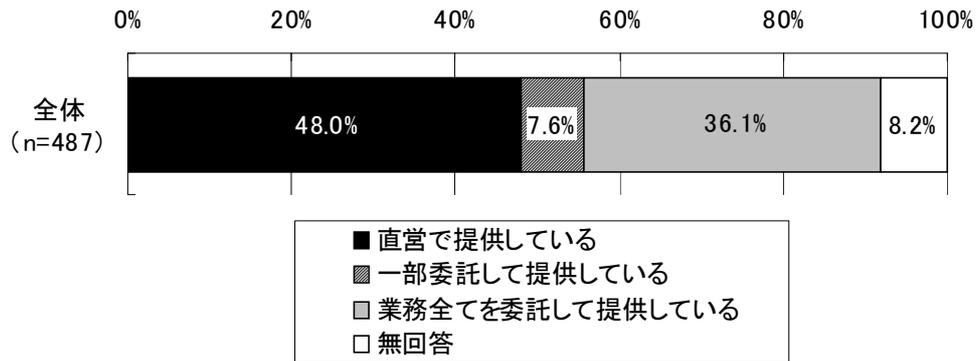
	総数	該当する患者 がいない	管理栄養士が いない	他職種が栄養 評価を行ってい た	他職種と共同し て栄養評価を行 っていないかった	その他	無回答
全体	422 100.0	109 25.8	307 72.7	5 1.2	15 3.6	45 10.7	23 5.5
内科	101 100.0	20 19.8	67 66.3	2 2.0	2 2.0	17 16.8	9 8.9
外科	37 100.0	5 13.5	28 75.7	0 0.0	3 8.1	4 10.8	0 0.0
整形外科	49 100.0	10 20.4	42 85.7	0 0.0	1 2.0	2 4.1	1 2.0
小児科	7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

(注)「その他」の診療科には、「脳神経外科」(10 件)、「肛門科」(7 件)、「リハビリテーション科」(4 件)、「皮膚科」(3 件)等が含まれる。

②施設における食事の提供状況

施設における食事の提供状況をたずねたところ、「直営で提供している」が 48.0%、「一部委託して提供している」が 7.6%、「業務全てを委託して提供している」が 36.1%であった。

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

管理栄養士数・栄養士数をみると、平成23年9月時点では常勤の管理栄養士は平均0.2人（標準偏差0.5、中央値0.0）で、このうち栄養指導など患者と直接接する管理栄養士数は平均0.2人（標準偏差0.4、中央値0.0）、栄養士数は平均0.3人（標準偏差0.6、中央値0.0）であった。平成24年9月時点では常勤の管理栄養士数は平均0.2人（標準偏差0.5、中央値0.0）で、このうち栄養指導など患者と直接接する管理栄養士数は平均0.2人（標準偏差0.4、中央値0.0）、栄養士数は平均0.3人（標準偏差0.5、中央値0.0）であった。

非常勤の管理栄養士数・栄養士数をみると、平成23年9月時点では管理栄養士は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）で、このうち栄養指導など患者と直接接する管理栄養士数は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）、栄養士数は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）であった。平成24年9月時点では非常勤の管理栄養士数は平均0.1人（標準偏差0.4、中央値0.0）で、このうち栄養指導など患者と直接接する管理栄養士数は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）、栄養士数は平均0.1人（標準偏差0.3、中央値0.0）であった。

平成23年9月と平成24年9月を比較すると、常勤・非常勤ともに、管理栄養士・栄養士の人数に変化はなかった。

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。

平成 24 年 3 月 31 日時点で「栄養管理実施加算」の届出を行っていない施設において、管理栄養士の有無別施設数とその割合をみると、「常勤の管理栄養士がいる施設」は平成 23 年 9 月では 6.9%であったのが、平成 24 年 9 月では 8.8%とわずかながら増加している。また、「常勤はいないが非常勤の管理栄養士がいる施設」についても、平成 23 年 9 月では 7.1%であったのが、平成 24 年 9 月には 10.4%と増加している。この結果、「常勤・非常勤ともに管理栄養士がいない施設」は 73.7%から 68.5%と 5.2 ポイント減少している。

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)

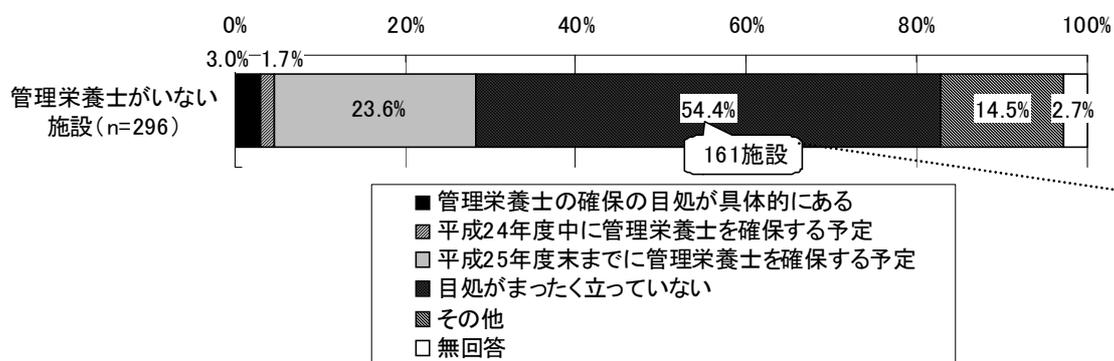
	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
全体	422	100.0	422	100.0
常勤の管理栄養士がいる施設	29	6.9	37	8.8
常勤はいないが非常勤の管理栄養士がいる施設	30	7.1	44	10.4
常勤・非常勤ともに管理栄養士がいない施設	311	73.7	289	68.5
無回答	52	12.3	52	12.3

④管理栄養士の確保の状況

管理栄養士がいない施設における管理栄養士の確保の状況をみると、「管理栄養士の確保の目処が具体的にある」はわずか3.0%で、「平成24年度中に管理栄養士を確保する予定」が1.7%、「平成25年度末までに管理栄養士を確保する予定」が23.6%であり、「目処がまったく立っていない」が54.4%で最も多かった。

「目処がまったく立っていない」と回答した161施設に対して、管理栄養士確保のために都道府県栄養士会等に相談しているかたずねたところ、「相談していない」が78.3%を占めた。

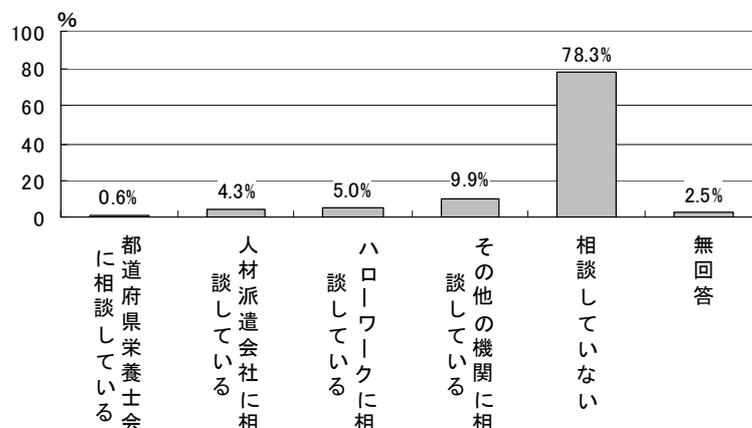
図表 171 管理栄養士の確保の状況（管理栄養士がいない施設）



(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たずねたところ、「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。
- ・「その他」の内容として、「入院を休止中・該当患者なし」（同旨を含め7件）、「委託業者が検討中」（同旨を含め7件）、「食事提供なし」（同旨を含め6件）、「短期入院にて必要性なし」（同旨を含め6件）、「栄養士が管理栄養士試験に挑戦中」（同旨を含め6件）等が挙げられた。

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）

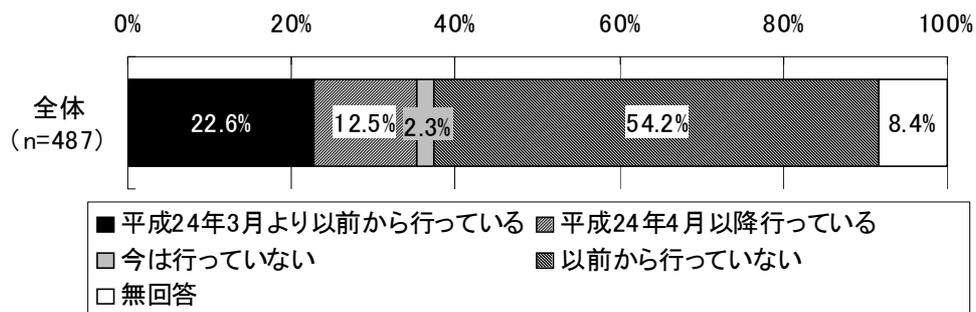


(注)「その他の機関に相談している」という施設に対してその相談相手をたずねたところ、「委託業者に相談」（同旨を含め13件）、「保険医協会・医師会等」（同旨を含め3件）等が挙げられた。

⑤栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況

栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況を見ると、「平成24年3月より以前から行っている」が22.6%、「平成24年4月以降に行っている」が12.5%、「今は行っていない」が2.3%、「以前から行っていない」が54.2%であった。

図表 173 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況



栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況について主たる診療科別にみると、「平成 24 年 3 月以前から行っている」という割合が「全体」と比較して高かったのは、「内科」、「外科」、「呼吸器科」、「循環器科」、「精神科」であるが、回答施設数が少ない「呼吸器科」、「循環器科」、「精神科」については留意する必要がある。「小児科」、「眼科」、「耳鼻咽喉科」では「以前から行っていない」という割合が 80%を超えた。

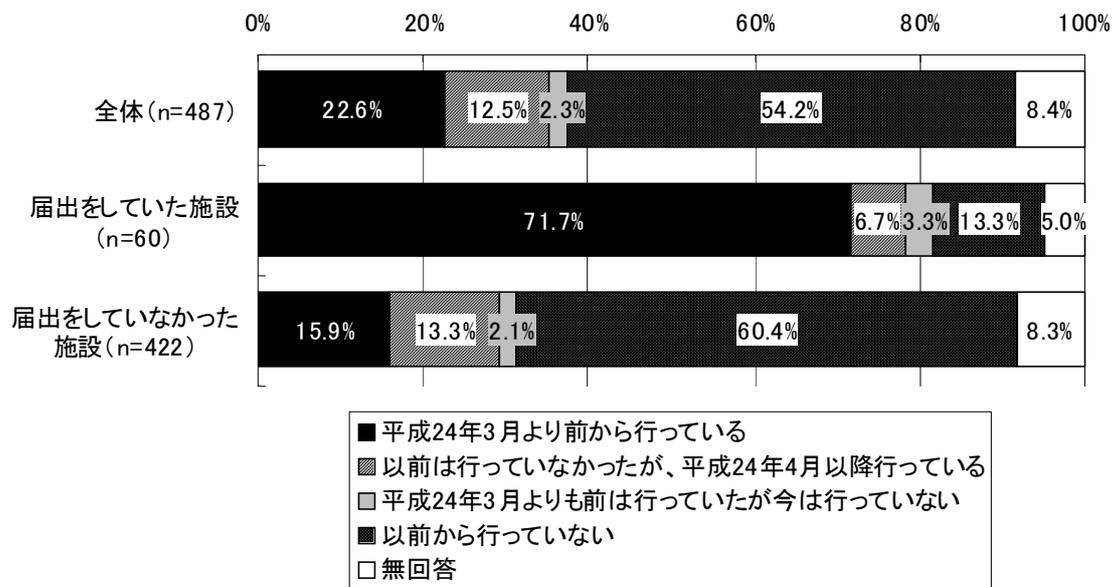
図表 174 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況（主たる診療科別）

（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

栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況を、栄養管理実施加算の施設基準届出の有無別にみると、届出をしていた施設では「平成24年3月以前から行っている」という回答が71.7%を占め、届出をしていなかった施設では「以前から行っていない」が60.4%を占めた。

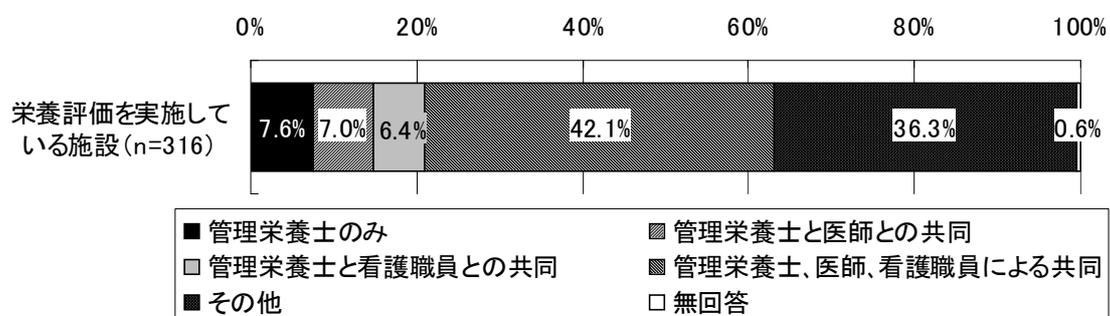
図表 175 栄養スクリーニング等の栄養評価の実施状況
(栄養管理実施加算の施設基準届出の有無別)



(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」、届出を行っていない施設を「届出をしていなかった施設」としている。

栄養評価を実施している施設における患者の栄養評価の実施者をみると、「管理栄養士、医師、看護職員による共同」が42.1%で最も多かった。「管理栄養士のみ」が7.6%、「管理栄養士と医師との共同」が7.0%、「管理栄養士と看護職員との共同」が6.4%、「管理栄養士と医師、看護職員による共同」が36.3%であった。

図表 176 患者の栄養評価の実施者



(注) 「その他」の内容として、「医師・看護師による共同」(38件)、「医師のみ」(19件)、「医師・看護師・栄養士による共同」(13件)、「栄養士のみ」(8件)等が挙げられた。

⑥患者の栄養管理を行う上での課題

患者の栄養管理を行う上での課題について、自由記述形式で記載していただいた内容をまとめた。

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。
- ・持病として罹患している患者の管理。／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。
- ・看護職員における栄養管理の理解が必要。／等

(3) 褥瘡対策の実施状況等

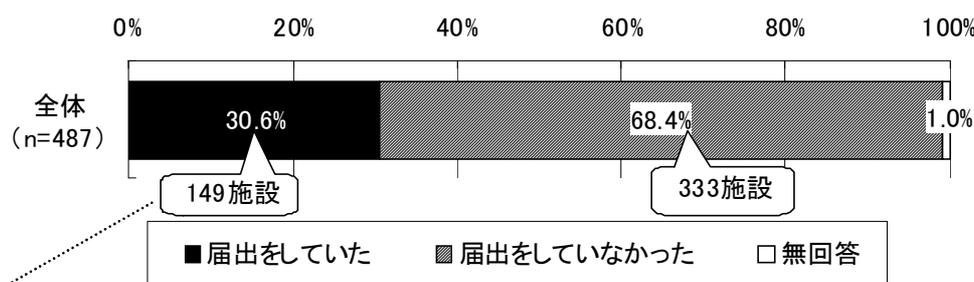
①平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況

平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況をみると、「届出をしていた」が30.6%、「届出をしていなかった」が68.4%であった。

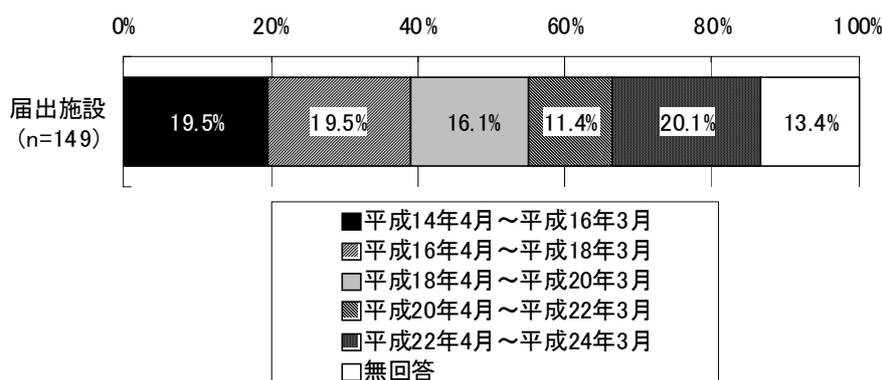
届出をしていた149施設における届出時期をみると、「平成22年4月～平成24年3月」が20.1%で最も多く、「平成14年4月～平成16年3月」と「平成16年4月～平成18年3月」がいずれも19.5%であった。

また、届出をしていなかった333施設に対して、「褥瘡患者管理加算」の届出をしていなかった理由をたずねたところ、「該当する患者がない」が62.8%、「褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師がない」が35.1%、「褥瘡対策に係る専任の医師がない」が20.4%といった理由が比較的多くあげられた。

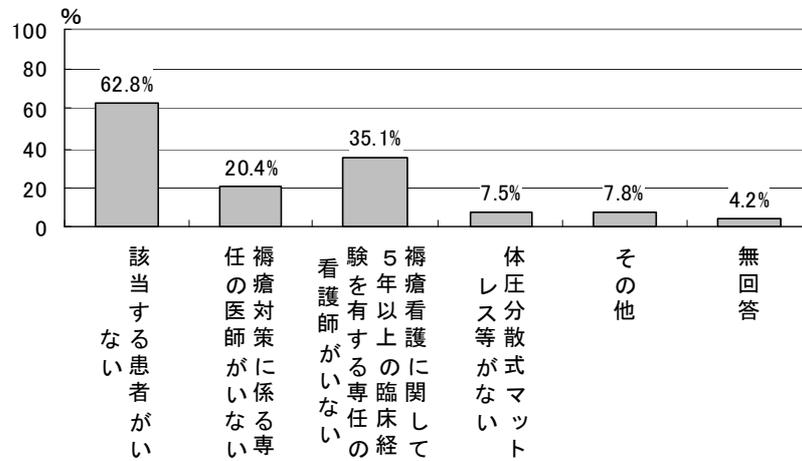
図表 178 平成24年3月31日時点における「褥瘡患者管理加算」の届出状況



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)

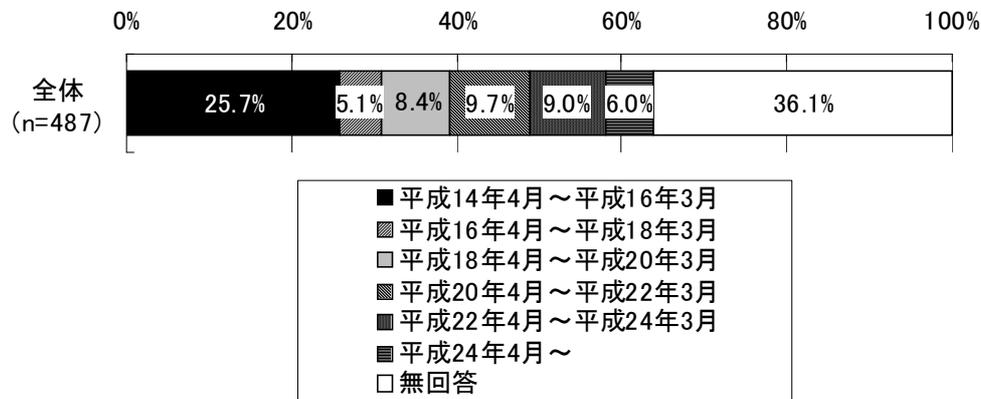


(注) 「その他」の内容として、「施設の条件が整っていない」(同旨 6 件)、「産科の 6 日間程度の入院なので褥瘡になり得ない」(同旨 2 件)等が挙げられた。

②褥瘡対策チームの設置時期

褥瘡対策チームの設置時期をみると、「平成14年4月～平成16年3月」が25.7%で最も多かった。

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

褥瘡対策チームの職種別人数をみると、褥瘡患者管理加算の届出をしていた施設では、1施設あたりの職員数は医師が平均1.1人、看護師が1.8人、准看護師が1.7人、その他が0.6人であった。一方、届出をしていなかった施設では、1施設あたりの職員数は医師が平均1.0人、看護師が1.3人、准看護師が1.6人、その他が0.6人であった。

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」、届出を行っていなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

- ・「その他」の内容として「事務員（医事課）」（同旨45件）、「看護助手」（同旨16件）、「管理栄養士」「栄養士」（それぞれ同旨12件）、「薬剤師」（同旨10件）等が挙げられた。

④褥瘡対策チームによるカンファレンス

褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催回数をみると、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た施設では、平成 23 年 4 月～9 月は平均 1.62 回（標準偏差 1.91、中央値 1）であり、平成 24 年 4 月～9 月は平均 1.64 回（標準偏差 1.95、中央値 1）であった。一方、届出をしていなかった施設では、平成 23 年 4 月～9 月は平均 1.24 回（標準偏差 0.95、中央値 1）であり、平成 24 年 4 月～9 月は平均 1.25 回（標準偏差 0.96、中央値 1）であった。届出をしていた施設のほうが届出をしていなかった施設と比較して、改定前後ともにカンファレンスの回数が多い。

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）

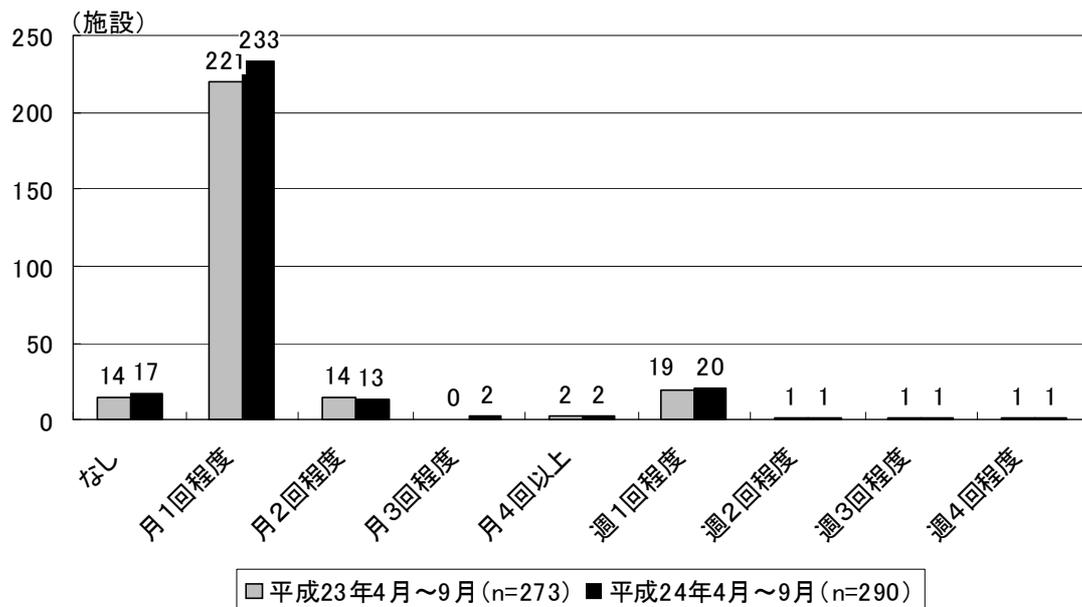
		実績のある施設数	月あたりカンファレンス回数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成 23 年 4 月～9 月	259	1.42	1.48	1
	平成 24 年 4 月～9 月	273	1.41	1.46	1
届出をしていた施設	平成 23 年 4 月～9 月	119	1.62	1.91	1
	平成 24 年 4 月～9 月	113	1.64	1.95	1
届出をしていなかった施設	平成 23 年 4 月～9 月	138	1.24	0.95	1
	平成 24 年 4 月～9 月	158	1.25	0.96	1

(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。

褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度別施設数をみると、「月1回程度」開催している施設が最も多く、平成23年4月～9月では221施設であったのが、平成24年4月～9月には233施設に増えた。次いで「週に1回程度」で、平成23年4月～9月では19施設であったのが、平成24年4月～9月では20施設とわずかではあるが増えた。

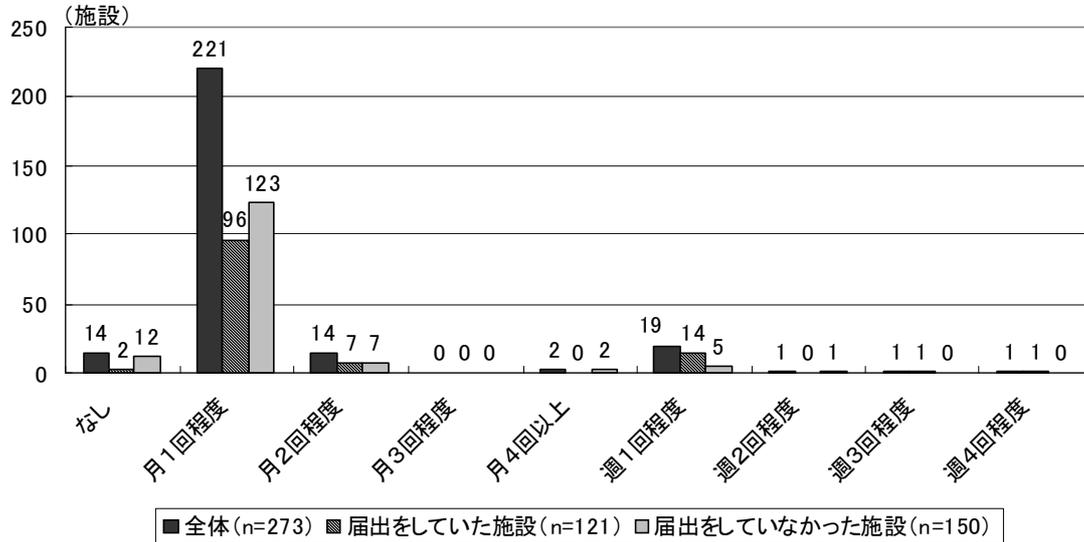
図表 184 褥瘡対策チームによるカンファレンス開催頻度別施設数



- (注)・褥瘡患者管理加算の施設基準の届出の有無は、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の施設基準の届出を行っていた施設を「届出をしていた施設」、届出を行っていなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。
- 平成23年4月～9月において、カンファレンスの開催頻度として「その他」を回答した施設にその内容をたずねたところ、「褥瘡患者が発生もしくは入院した時」(同旨24件)、「該当する患者がいないため適宜」(同旨13件)等が挙げられた。

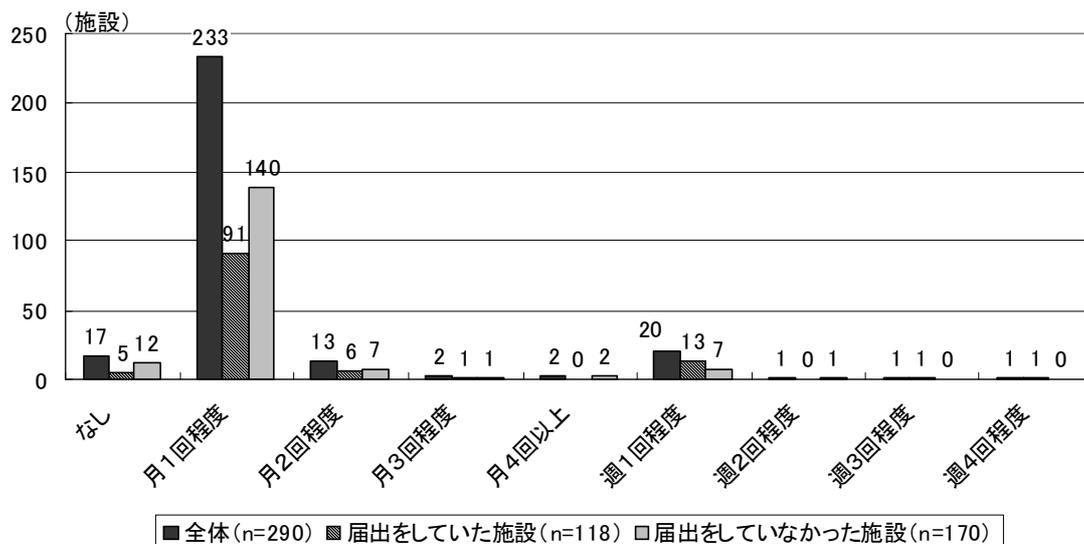
褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度別施設数を褥瘡患者管理加算施設基準届出別にみると、届出の有無にかかわらず「月1回程度」という施設が最も多かった。

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。
- ・平成 23 年 4 月～9 月において、カンファレンスの開催頻度として「その他」を回答した施設にその内容をたずねたところ、「褥瘡患者が発生もしくは入院した時」(同旨 24 件)、「該当する患者がないため適宜」(同旨 13 件)等が挙げられた。

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

褥瘡対策チームによる褥瘡回診数をみると、褥瘡管理加算の施設基準の届出をしていた施設では、平成23年4月～9月が平均5.83回（標準偏差7.45、中央値4）、平成24年4月～9月が平均6.59回（標準偏差8.29、中央値4）となり、褥瘡回診数が増加した。一方、届出をしていなかった施設では、平成23年4月～9月では平均5.05回（標準偏差6.61、中央値4）であったのが、平成24年4月～9月では平均4.42回（標準偏差5.61、中央値4）と減少した。

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）

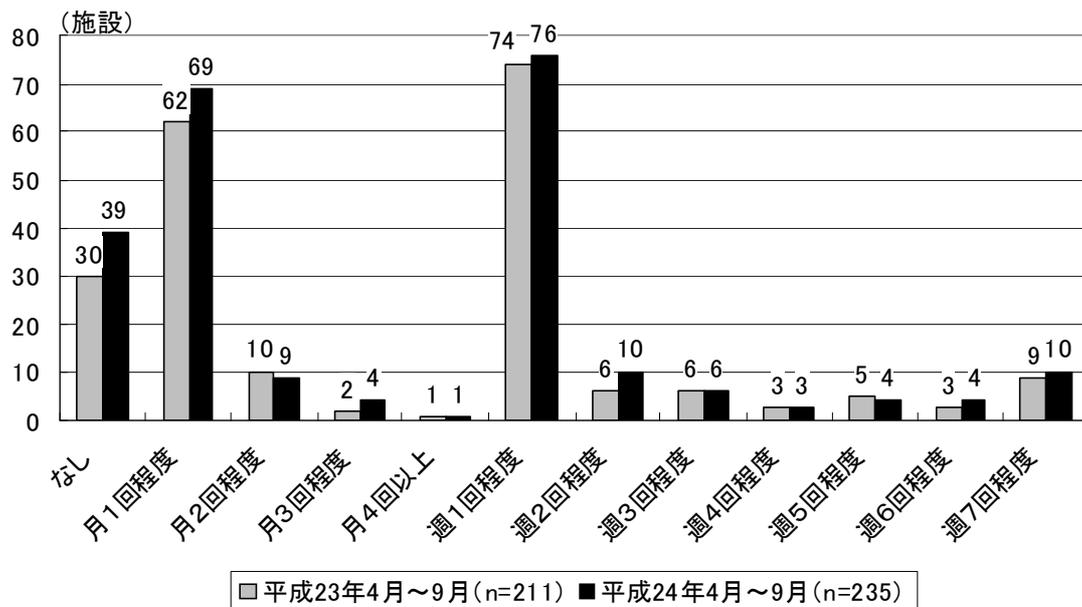
		実績のある施設数	月あたり褥瘡回診数(回)		
			平均値	標準偏差	中央値
全体	平成23年4月～9月	181	5.40	7.00	4
	平成24年4月～9月	196	5.40	7.03	4
届出をしていた施設	平成23年4月～9月	87	5.83	7.45	4
	平成24年4月～9月	90	6.59	8.29	4
届出をしていなかった施設	平成23年4月～9月	93	5.05	6.61	4
	平成24年4月～9月	105	4.42	5.61	4

（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」、届出を行ってなかった施設を「届出をしていなかった施設」としている。

- ・「月あたり褥瘡回診数」は、1月あたり4週として、例えば、「週1回」は「月4回」などと「週単位」による回答を月ベースに換算した数値である。
- ・平成23年4月～9月において、褥瘡対策チームによる褥瘡回診として「その他」を回答した施設にその内容をたずねたところ、「該当する患者がいないためしていない」（同旨40件）、「褥瘡患者が発生もしくは入院した時」（同旨23件）等が挙げられた。

褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数をみると、「週1回程度」と回答した施設が最も多く、平成23年4月～9月には74施設であったのが、平成24年4月～9月には76施設と増加している。次いで「月1回程度」となっており、平成23年4月～9月には62施設であったのが、平成24年4月～9月には69施設と増加している。

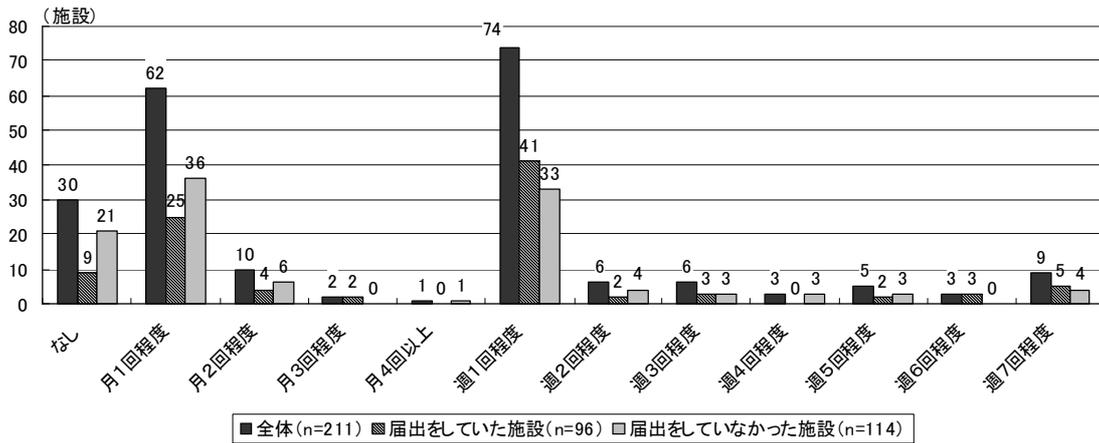
図表 188 褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数



(注) 平成23年4月～9月において、褥瘡対策チームによる褥瘡回診として「その他」を回答した施設にその内容をたずねたところ、「該当する患者がいらないためしていない」(同旨40件)、「褥瘡患者が発生もしくは入院した時」(同旨23件)等が挙げられた。

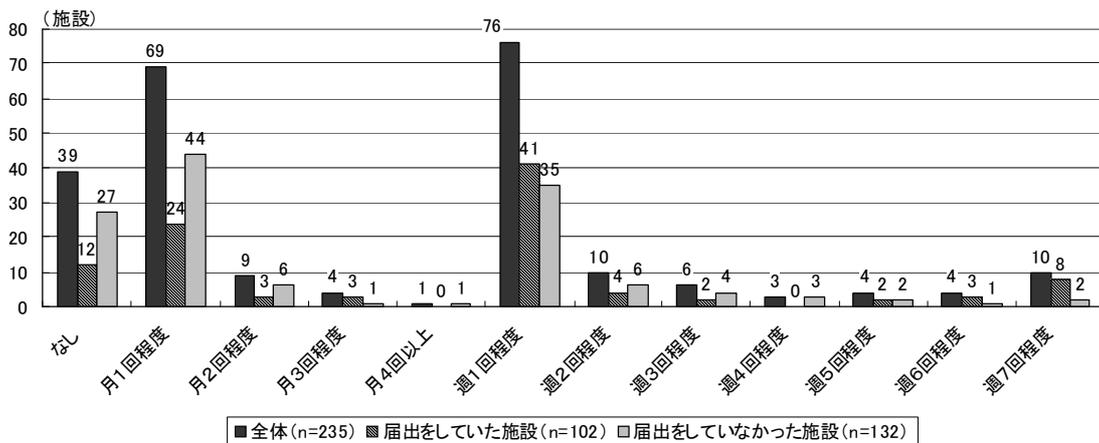
褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数を、褥瘡患者管理加算施設基準届出別にみると、届出をしていた施設では「週1回程度」と回答した施設が平成23年、24年とも多かった。一方、届出をしていなかった施設では「月1回程度」が最も多かった。

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。
- ・平成23年4月～9月において、褥瘡対策チームによる褥瘡回診として「その他」を回答した施設にその内容をたずねたところ、「該当する患者がいないためしていない」(同旨40件)、「褥瘡患者が発生もしくは入院した時」(同旨23件)等が挙げられた。

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)



- (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。

褥瘡対策チームによる褥瘡回診頻度別施設数を診療科別にみると、「眼科」や「産婦人科」では、「なし」という施設の割合が比較的多かった。

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

褥瘡保有者数について、「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」を平成23年9月と平成24年9月とで比較すると、59.7%から67.2%と高くなった。また、「褥瘡保有者に占める院内発生の褥瘡保有者の割合」、「褥瘡保有者に占める真皮を越える褥瘡保有者率」、「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」は低下している。

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 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		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）

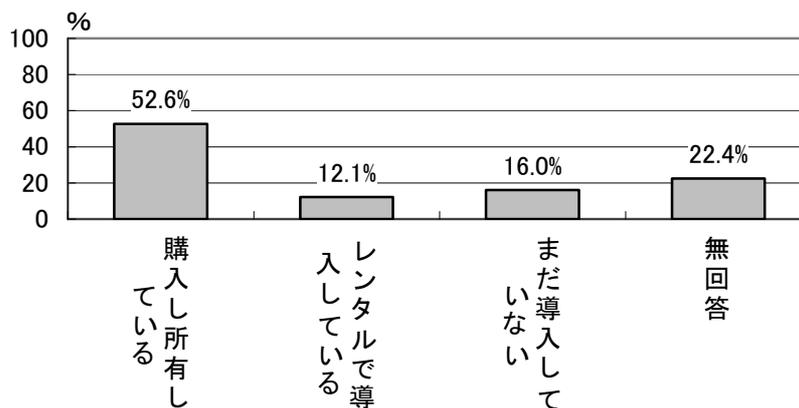
（単位：人）

		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 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		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

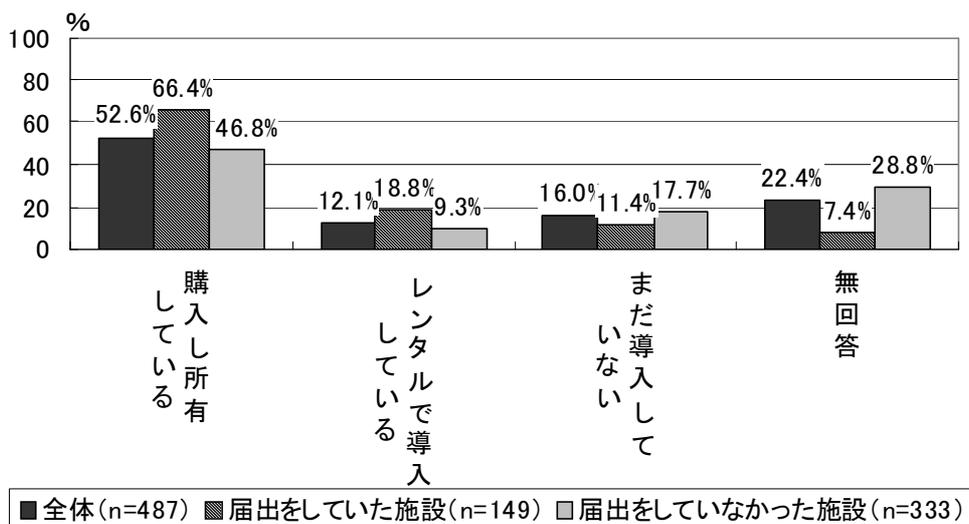
褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況を見ると、「購入し所有している」は52.6%、「レンタルで導入している」が12.1%、「まだ導入していない」が16.0%であった。

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）



褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況を褥瘡患者管理加算の施設基準の届出別にみると、届出をしていた施設では「購入し所有している」が66.4%、「レンタルで導入している」が18.8%、「まだ導入していない」が11.4%であった。届出をしていなかった施設では「購入し所有している」が46.8%、「レンタルで導入している」が9.3%、「まだ導入していない」が17.7%であった。

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）



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状況を、褥瘡患者管理加算の施設基準の届出別にみると、届出をしていた施設では「圧切替型のエアマットレス」の平均枚数は平成 23 年、24 年ともに 2.8 枚で増減なく、「ウレタンフォームマットレス」は 2.7 枚から 2.9 枚に増加し、「その他のマットレス」はともに 1.7 枚で増減なしという状況であった。届出をしていなかった施設では「圧切替型のエアマットレス」の平均枚数は 2.2 枚から 2.4 枚に増加し、「ウレタンフォームマットレス」は 2.3 枚で増減なく、「その他のマットレス」は 1.1 枚から 1.4 枚に増加という状況であった。

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)

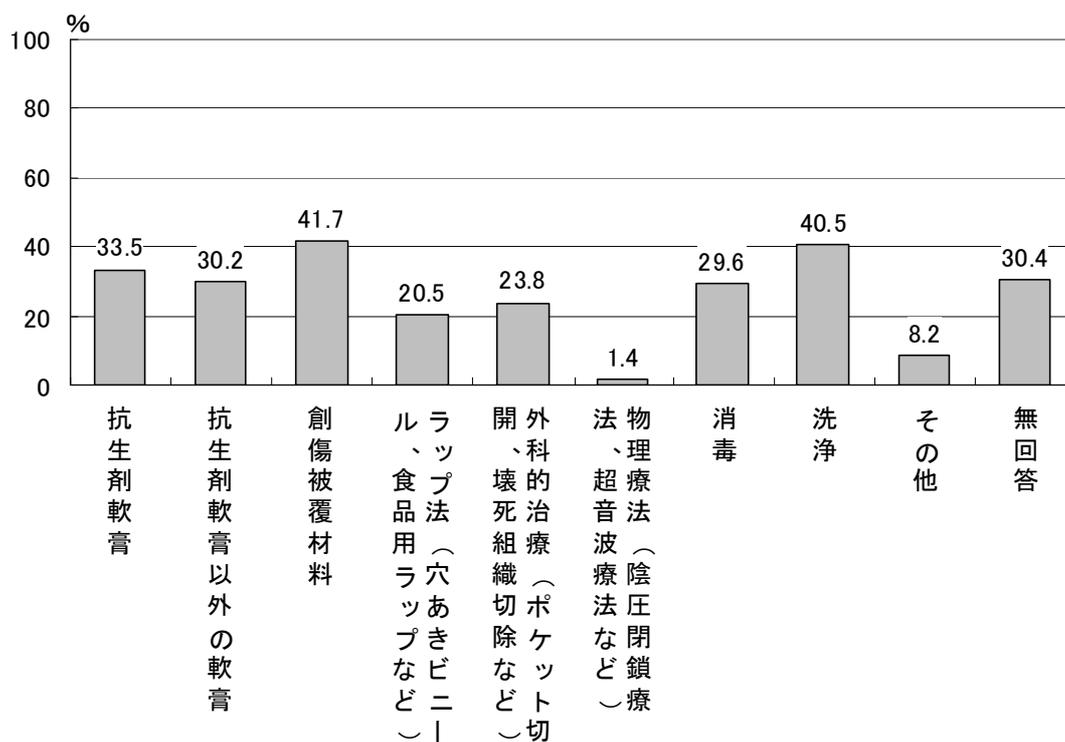
(単位：枚)

			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圧切替型のエアマットレス	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圧切替型のエアマットレス	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

褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法をみると、「創傷被覆材料」が41.7%で最も多く、次いで「洗浄」が40.5%、「抗生剤軟膏」が33.5%、「抗生剤軟膏以外の軟膏」が30.2%と続いた。

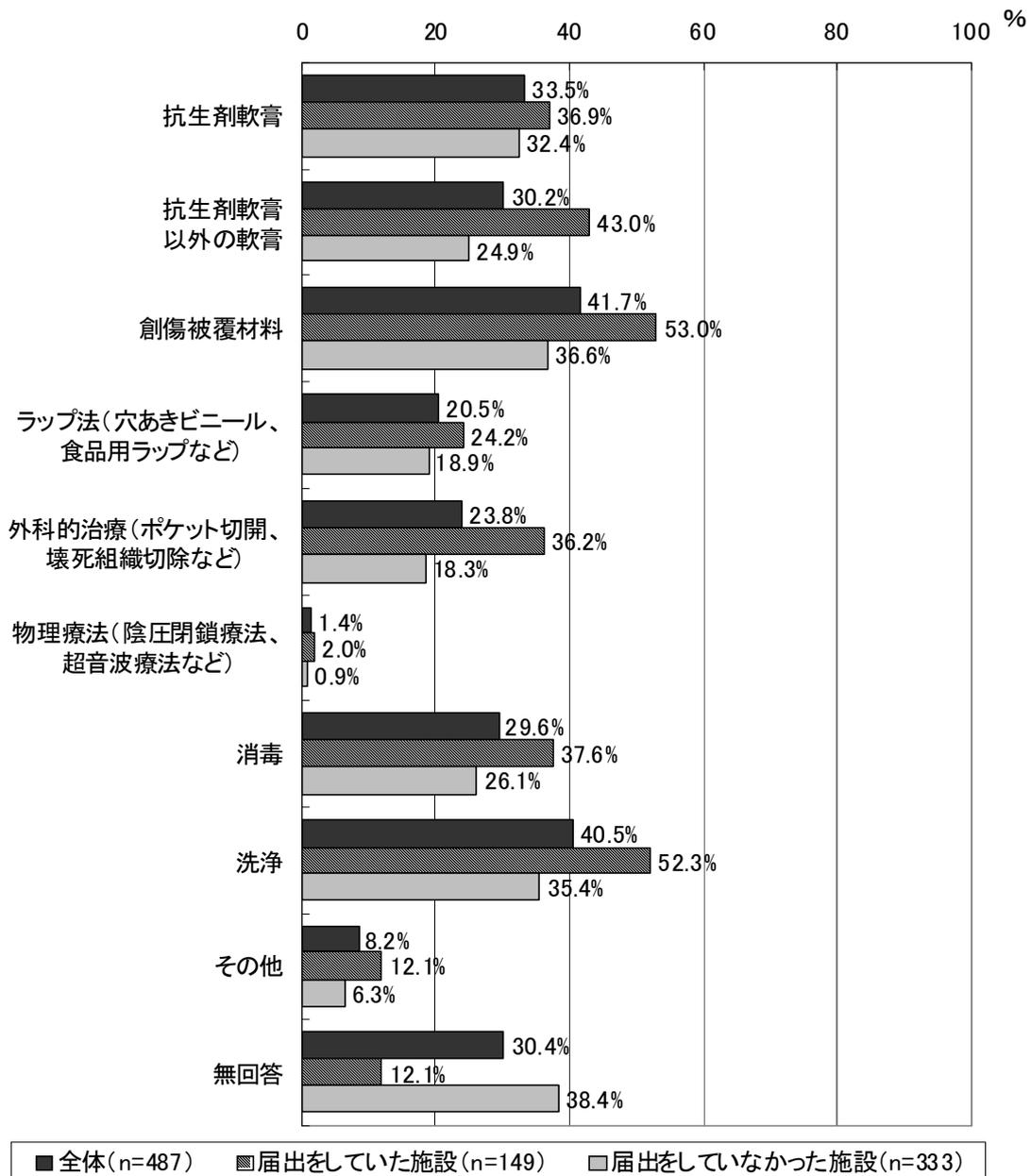
図表 198 褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法（複数回答、n=487）



(注) 「その他」の内容として、「該当者なし」(16件)、「体圧分散マットレス・除湿エアマット等を使用・購入・レンタル」(同旨6件)、「ワセリン塗布」(2件)、「体位変換」(2件)等が挙げられた。

褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法を褥瘡患者管理加算の施設基準の届出別にみると、すべての項目で、届出をしていた施設のほうが届出をしていなかった施設よりも割合が高かった。

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)



(注) 「その他」の内容として、「該当者なし」(16件)、「体圧分散マットレス・除湿エアマット等を使用・購入・レンタル」(同旨6件)、「ワセリン塗布」(2件)、「体位変換」(2件)等が挙げられた。

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

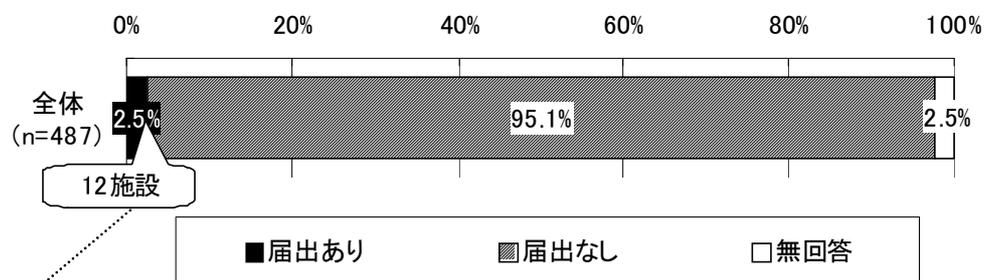
(4) 緩和ケア、ターミナルケア等の実施状況等

①有床診療所緩和ケア診療加算

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況をみると、「届出あり」が2.5%、「届出なし」が95.1%であった。

「届出あり」と回答した12施設における届出時期をみると、「平成24年4月」が41.7%、「平成24年6月」が8.3%、「平成24年9月」が16.7%であった。また、算定回数をみると、「0回」が58.3%、「1回」、「2回」がいずれも8.3%であった。

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)

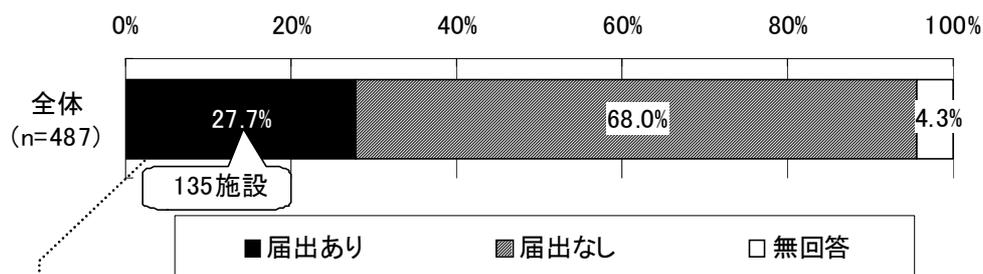
	施設数	割合 (%)
0回	7	58.3
1回	1	8.3
2回	1	8.3
無回答	3	25.0
全体	12	100.0

②看取り加算

看取り加算の施設基準の届出状況を見ると、「届出あり」が27.7%、「届出なし」が68.0%であった。

「届出あり」と回答した135施設における届出時期を見ると、「平成24年4月」が84.4%と最も多かった。また、平成24年4月～9月の算定回数をみると、「0回」が53.3%、「1回」が14.1%、「2回」が11.9%であった。

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

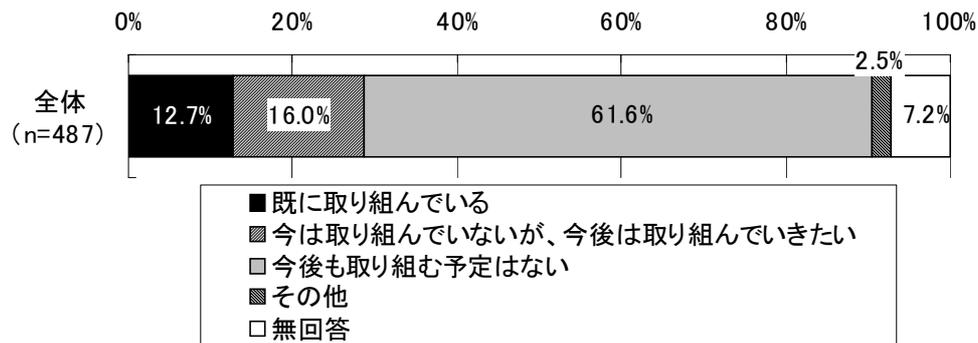
(平成24年4月～平成24年9月の半年間)

	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

緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向をみると、最も多かったのは「今後も取り組む予定はない」が 61.6%、次いで「今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい」が 16.0%、「既に取り組んでいる」が 12.7%であった。

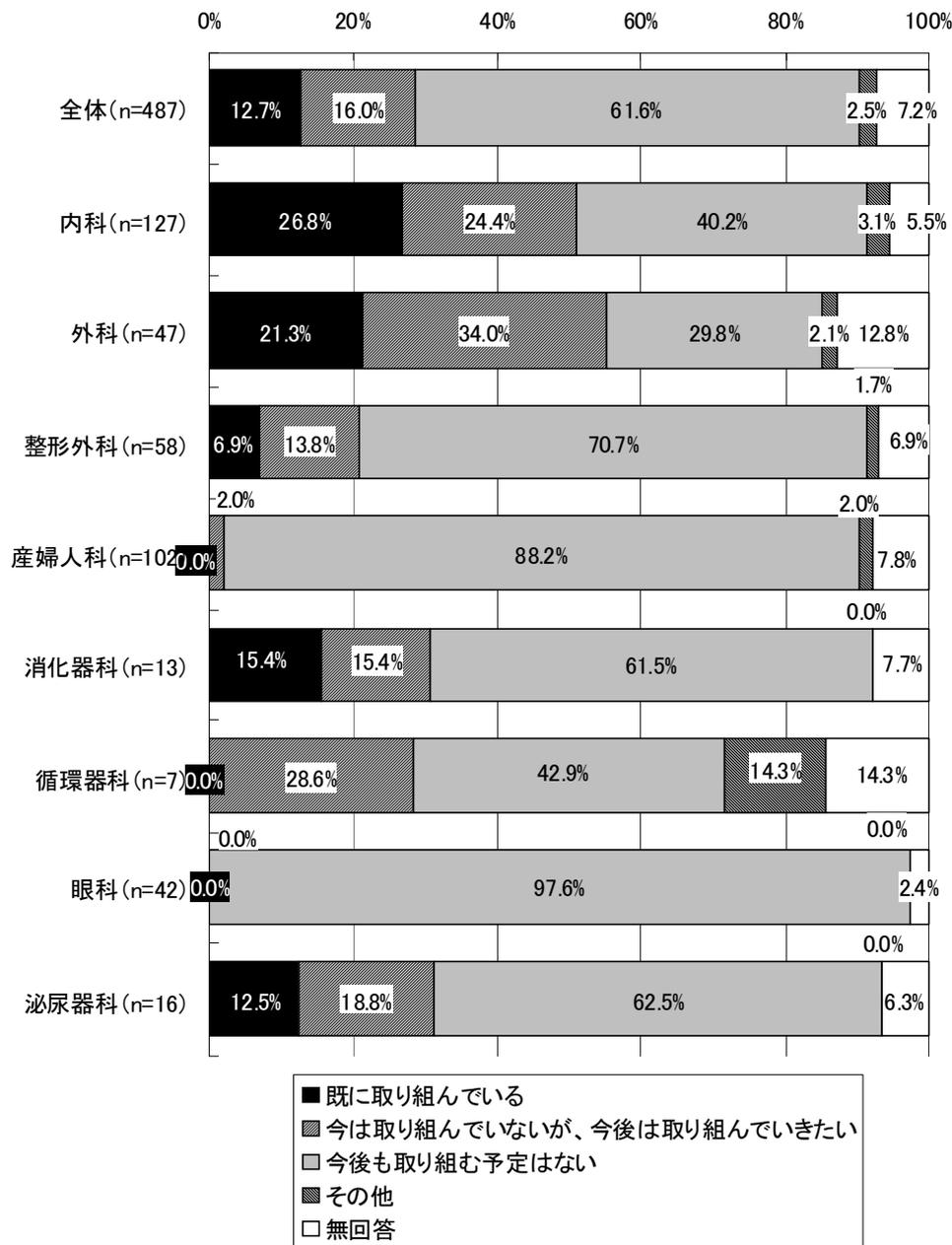
図表 207 緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向



(注) 「その他」の内容として、「体制が確保できれば検討」、「取り組んでいるが、算定できる体制ではないのでコストがもらえない。チームを組んだり、専任・専従等の規定に阻まれ、算定しづらい」「延命治療を希望しない場合で当院で対応可能な患者のみに取り組んでいる」、「症例発生時に検討」等が挙げられた。

診療科別に、緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向があるかどうかをたずねたところ、内科、外科では「既に取り組んでいる」、「今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい」を合わせた回答が51.2%、55.3%と過半数を占め、他の診療科よりも高かった。一方、産婦人科・眼科では「今後も取り組む予定はない」という回答が8割を超えた。

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）

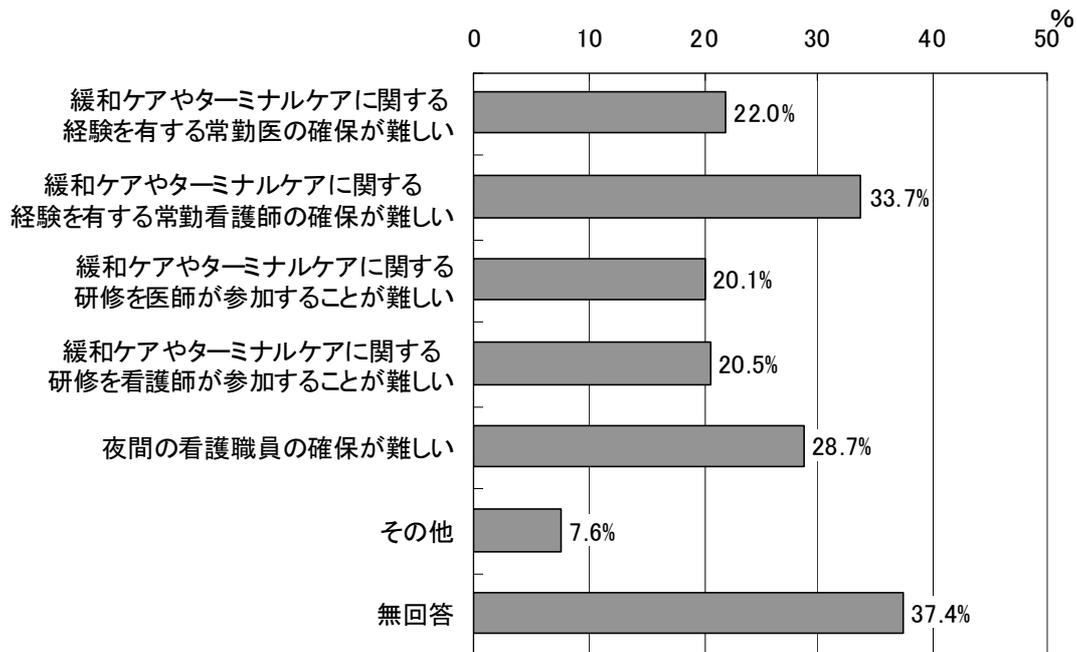


(注)「全体」には、小児科 (n=7)、呼吸器科 (n=1)、精神科(n=4)、耳鼻咽喉科(n=8)、その他 (n=50)、診療科について無回答 (n=5) 施設が含まれる。

④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題

緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合の課題をみると、「緩和ケアやターミナルケアに関する経験を有する常勤看護師の確保が難しい」が33.7%で最も多かった。次いで「夜間の看護職員の確保が難しい」(28.7%)、「緩和ケアやターミナルケアに関する経験を有する常勤医の確保が難しい」(22.0%)と続いた。

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）



(注) 「その他」の内容として、「研修他算定要件のハードルが高すぎる」(同旨6件)、「該当患者がいない」(同旨5件)、「採算がとれない」(同旨3件)等が挙げられた。

(5) 診療報酬改定の影響等

以下は、平成 24 年度の診療報酬改定で入院基本料等加算の簡素化（例えば、栄養管理実
施加算が入院基本料や特定入院料で包括して評価され、入院基本料、特定入院料がそれぞ
れ 11 点ずつ引き上げられた）が行われたが、これによる施設への影響等について、自由記
述形式にて記入していただいた結果をまとめたものである。

○栄養管理、褥瘡管理が必要な患者がいない

- ・全診療科とも同じ基準にすることは考え直すべき。
- ・診療科によっても事情が異なるため、加算制度にしてほしい。
- ・管理栄養士を必要とする患者がいない。
- ・産科を中心とした産婦人科診療所においては、栄養管理や褥瘡管理の対象者がいない。
- ・産婦人科クリニックであるが、毎日の献立や栄養指導なら、必ずしも管理栄養士でなくとも栄養士がいれば対応は可能かと思う。2人は雇用できない。
- ・栄養管理が必要な患者が存在しない。朝入院して夕刻には退院する健康な患者しかいない。
- ・改定後、管理栄養士の配置が必要となったが、当院は最長 2 泊の入院体制（眼科手術目的の入院）を採っており、常時入院患者がいないため、管理栄養士の確保が非常に困難であり、現在課題となっている。 / 等

○管理栄養士の確保が困難

- ・管理栄養士について 2 年間の猶予期間があるが、募集してもこのような過疎地区に来てもらえるか不安。このような地区に管理栄養士が何人実在するのかさえわからない。
- ・管理栄養士の確保が難しいので、努力はしてみるが無理であれば 2 年後は入院患者を受け入れられなくなるので無床とすることを考えている。
- ・管理栄養士（常勤）の確保自体が難しい中、栄養管理実務を行うことのできる管理栄養士を確保することがさらに難しい状況になった。
- ・次回改定までに管理栄養士を確保しないと入院基本料が算定できなくなるため、現在も目途が立っておらず困っている。
- ・管理栄養士の確保は難しい。当該地域に管理栄養士が何人いるのかさえわからずどこに求人したらいいのかもわからない。 / 等

○経営上の困難

- ・管理栄養士をパートで雇ったためその人件費の加算のほうが同じく診療報酬の加算より大きいので赤字になる。
- ・9 床の療養病床の有床診療所であるが、患者の給食は開院当初よりすべて業者に委託している現状である。管理栄養士の配置は非常に難しい。
- ・現在入院患者数が少ないので管理栄養士を確保する経済力がないので有床診療所の中止を考えている。

- ・病院と比較して入院料等の評価が低いので管理栄養士がいるにもかかわらず、入院料に包括されるのはいかなるものか。入院料の減額は経営にも関わることで改定前と比べて減少している。
- ・管理栄養士の確保が困難で、このままだと入院基本料が算定できなくなり、有床診療所をやめざるを得ない。地域的に有床診療所が求められており、管理栄養士がいなくても入院基本料を算定できるようにしてほしい。 /等

○その他

- ・簡素化といいながら提出書類として必要なもの、必要ないものの提示の仕方が複雑で、こちらが準備していたものはほとんど必要なかったということが締切前日に知らされ、とても不親切だと感じた。もっと個別対応で相談できる窓口がほしい。
- ・わずかではあるが増収になっている。
- ・管理栄養士でなく栄養士でも可してほしい。
- ・過疎地で高齢者の白内障手術を行っている有床診療所の現状を知ってほしい。 /等

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

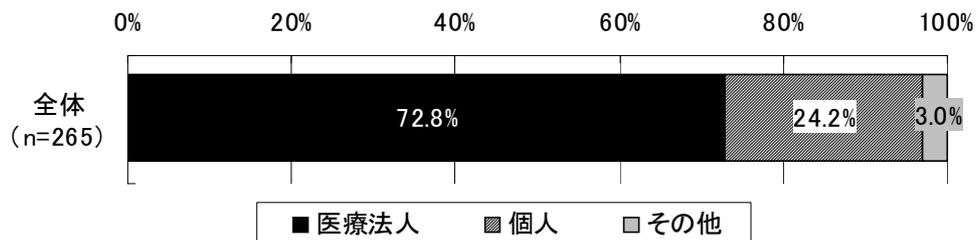
回答者：管理者

（1）施設の概要（平成 24 年 9 月 30 日時点）

①開設者

開設者をみると、「医療法人」が 72.8%、「個人」が 24.2%、「その他」が 3.0%であった。

図表 210 開設者

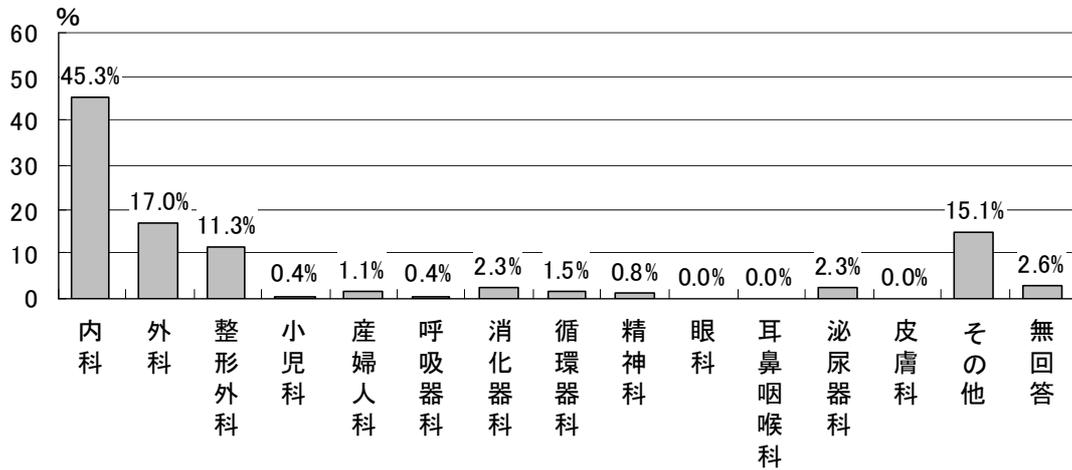


(注)「その他」の内容として「公立」が挙げられた。

②主たる診療科

主たる診療科をみると、「内科」が 45.3%で最も多く、次いで「外科」が 17.0%、「整形外科」が 11.3%と続いた。

図表 211 主たる診療科（単数回答）



(注) 「その他」の診療科として、「リハビリテーション科」(5件)、「脳神経外科」(4件)、「肛門科」(3件)、「心療内科」3件等が挙げられた。

③職員数

1 施設あたりの職員数をみると、合計人数は常勤が平均 16.63 人（標準偏差 9.50、中央値 15.0）であり、非常勤が平均 3.10 人（標準偏差 4.01、中央値 2.0）であった。

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

1 施設あたりの病床数をみると、一般病床は平均 7.6 床（標準偏差 4.7、中央値 7）、療養病床は平均 9.9 床（標準偏差 4.6、中央値 10）であった。全体でみると平均 17.5 床（標準偏差 2.7、中央値 19）であった。

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

一般病床がある施設における、1施設あたりの一般病床数は、平均 8.5 床（標準偏差 4.1、中央値 8.0）であった。

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

1か月間の外来患者延べ人数は、平均 1,361.6 人（標準偏差 862.8、中央値 1,202.5）であった。

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

1日あたりの平均入院患者数は、一般病床では平均 5.7 人（標準偏差 4.2、中央値 5.3）、療養病床では平均 7.2 人（標準偏差 5.4、中央値 6.0）で、全体でみると平均 12.9 人（標準偏差 5.9、中央値 14.0）であった。

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

療養病床の平均在院日数は、平均 79.6 日（標準偏差 169.8、中央値 30.0）であった。

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

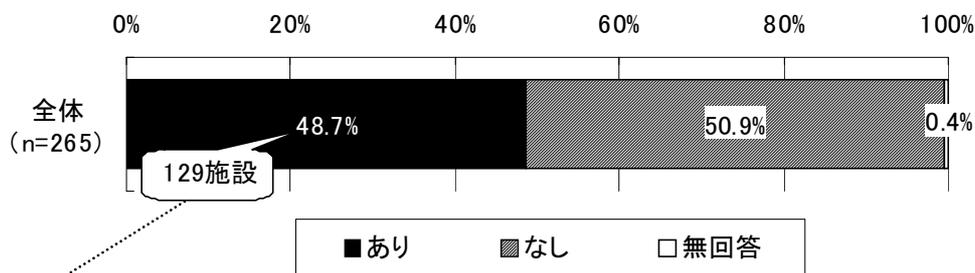
⑥施設基準の届出状況

1) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況をみると、「あり」が48.7%、「なし」が50.9%であった。

「届出あり」と回答した129施設における届出時期をみると、「平成18年4月～平成20年3月」が60.5%で最も多く、次いで「平成24年4月～」が9.3%、「平成22年4月～平成24年3月」が7.8%、「平成20年4月～平成22年3月」が4.7%であった。

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

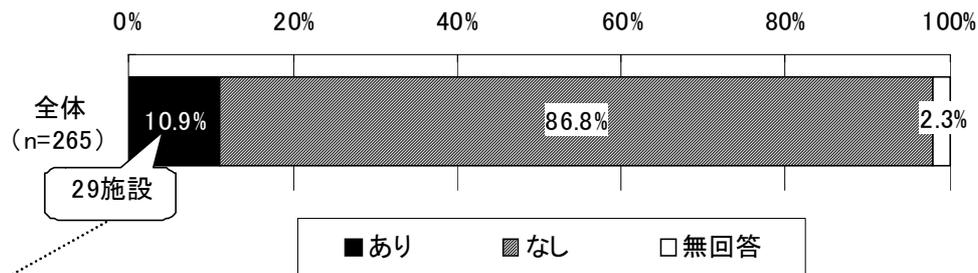
	施設数	割合 (%)
平成18年4月～平成20年3月	78	60.5
平成20年4月～平成22年3月	6	4.7
平成22年4月～平成24年3月	10	7.8
平成24年4月～	12	9.3
無回答	23	17.8
全体	129	100.0

2) 機能強化型在宅療養支援診療所

機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準の届出状況をみると、「あり」が 10.9%、「なし」が 86.8%であった。

届出ありと回答した 29 施設における届出時期をみると、「平成 24 年 4 月」が 82.8%と最も多かった。

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

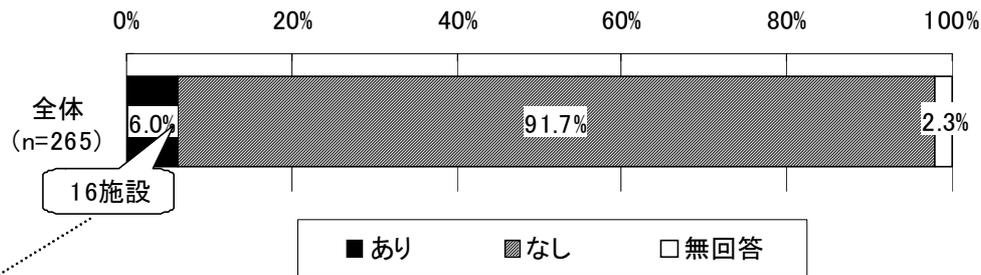
	施設数	割合 (%)
平成 24 年 4 月	24	82.8
平成 24 年 5 月	1	3.4
平成 24 年 7 月	2	6.9
平成 24 年 8 月	1	3.4
平成 24 年 9 月	1	3.4
全体	29	100.0

3) 有床診療所緩和ケア診療加算

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準の届出状況をみると、「あり」が6.0%、「なし」が91.7%であった。

「届出あり」と回答した16施設における届出時期をみると、「平成24年4月」が37.5%、「平成24年6月」、「平成24年8月」、「平成24年10月」がいずれも12.5%であった。

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

	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

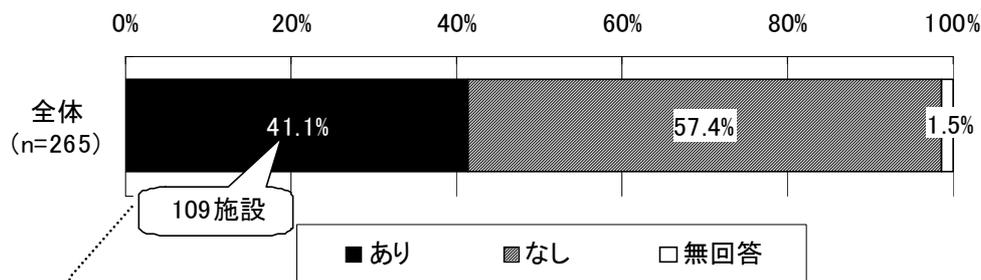
4) 看取り加算

看取り加算の施設基準の届出状況を見ると、「あり」が 41.1%、「なし」が 57.4%であった。

「届出あり」と回答した 109 施設における届出時期をみると、「平成 24 年 4 月」が 80.7%で最も多かった。

夜間の看護職員数別施設数は、「1 人」が 81.7%で最も多く、「2 人」が 11.0%、「3 人」が 0.0%、「4 人」が 0.9%であった。

図表 224 看取り加算の施設基準の届出状況



図表 225 看取り加算の施設基準の届出時期

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

図表 226 夜間の看護職員数別施設数

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

平成 24 年 4 月～9 月の半年間における看取り加算の算定回数別施設数をみると、「0 回」という施設が 53.2%で最も多く、「1 回」が 18.3%、「2 回」が 5.5%、「3 回」が 2.8%、「4 回」が 1.8%、「5 回以上」が 6.4%であった。

また、平成 24 年 4 月～9 月の半年間における看取り加算の算定回数は平均 1.11 回（標準偏差 2.61、中央値 0.00）であった。

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	2.61	0.00

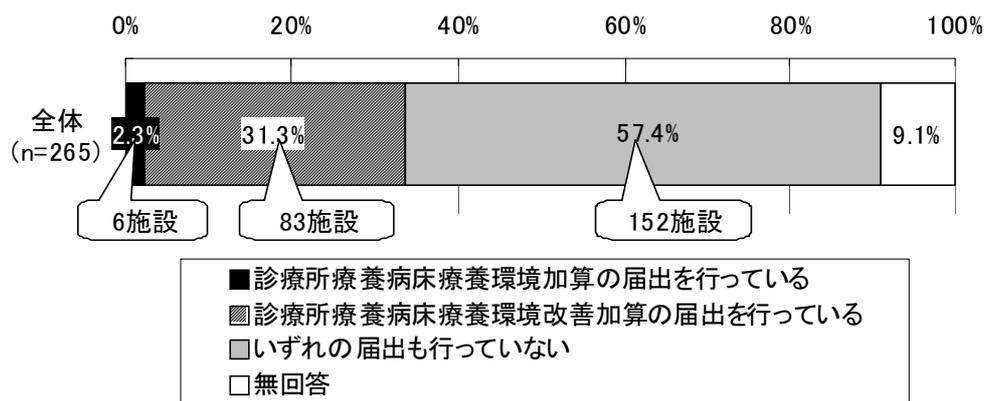
(注) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数。

(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

施設基準の届出状況を見ると、「診療所療養病床療養環境加算の届出を行っている」が 2.3%、「診療所療養病床療養環境改善加算の届出を行っている」が 31.3%、「いずれの届出も行っていない」57.4%であった。

図表 229 施設基準の届出状況

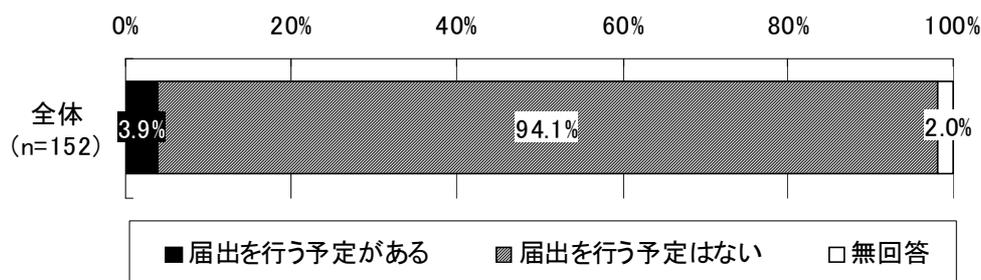


(注) ・「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行っていると回答した 6 施設の届出時期は「平成 24 年 4 月」が 4 施設、「平成 24 年 10 月」が 2 施設であった。
 ・「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出を行っていると回答した 83 施設の届出時期は、「平成 24 年 4 月」が 21 施設、「平成 24 年 5 月」「平成 24 年 7 月」「平成 24 年 8 月」が各 1 施設、「平成 24 年 9 月」が 31 施設、「平成 24 年 10 月」が 22 施設、「平成 24 年 11 月」が 1 施設であった。

②今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定

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かどうかをたずねたところ、「届出を行う予定がある」という施設が 3.9%、「届出を行う予定はない」という施設が 94.1%であった。

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

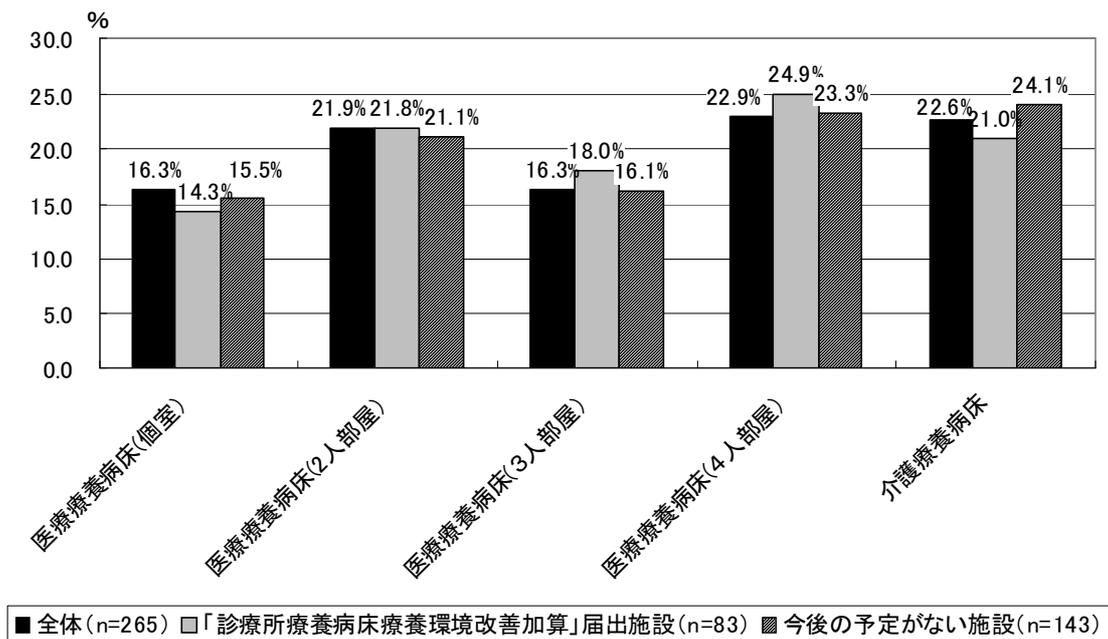
図表 231 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定がない理由
(現在、「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の
いずれの届出も行っておらず、今後も「診療所療養病床療養環境加算」の
届出を行う予定もない施設、自由記述形式)

- ・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

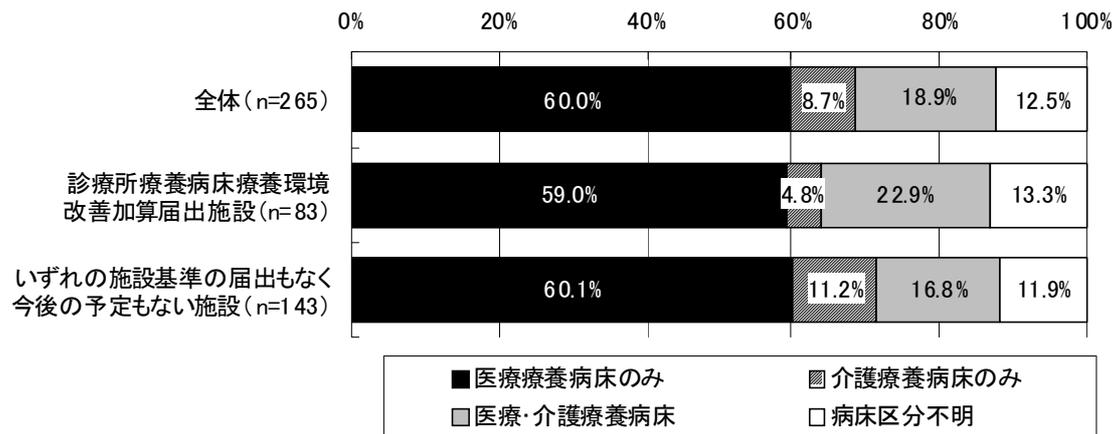
療養病床の病室構成等をみると、「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設では「医療療養病床（4人部屋）」が24.9%で最も多く、次いで「医療療養病床（2人部屋）」が21.8%、「介護療養病床」が21.0%であった。「今後の予定がない施設」では「介護療養病床」が24.1%で最も多く、次いで「医療療養病床（4人部屋）」が23.3%、「医療療養病床（2人部屋）」が21.1%と続いた。

図表 232 療養病床の病室構成等（施設基準の届出状況別）



療養病床の病床構成を施設基準の届出状況別にみると、「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では「医療療養病床のみ」が 59.0%、「医療・介護療養病床」が 22.9%、「介護療養病床のみ」が 4.8%であった。「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では「医療療養病床のみ」が 60.1%、「医療・介護療養病床」が 16.8%、「介護療養病床のみ」が 11.2%であった。

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

療養病床の病床部分の患者1人あたり床面積をみると、全体では平均8.09㎡（標準偏差2.11、中央値7.70）であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では平均7.62㎡（標準偏差1.08、中央値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」では平均8.31㎡（標準偏差2.32、中央値7.90）であった。

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

片側室部分の廊下幅をみると、全体では平均1.71m（標準偏差0.34、中央値1.70）であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では平均1.65m（標準偏差0.22、中央値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」では平均1.71m（標準偏差0.38、中央値1.72）であった。

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

両側室部分の廊下幅をみると、全体では平均 1.91m（標準偏差 0.45、中央値 1.80）であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では平均 1.81m（標準偏差 0.33、中央値 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」では平均 1.97m（標準偏差 0.50、中央値 1.80）であった。

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

食堂の面積をみると、全体では平均 22.11 m²（標準偏差 11.19、中央値 20.00）であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では平均 22.77 m²（標準偏差 0.33、中央値 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」では平均 22.23 m²（標準偏差 12.39、中央値 19.80）であった。

図表 237 食堂の面積

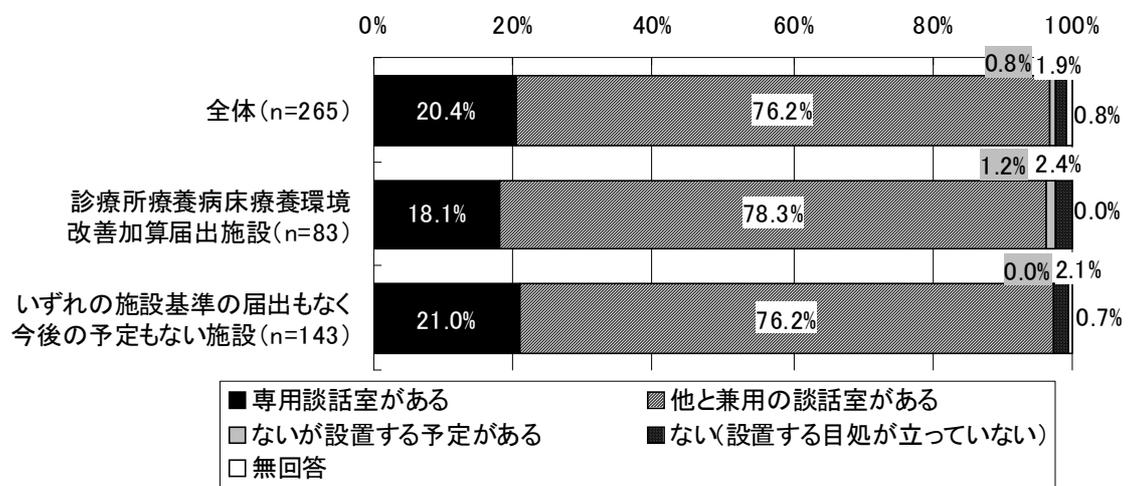
(単位：m²)

	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

談話室の状況をみると、全体では「専用談話室がある」が20.4%、「他と兼用の談話室がある」が76.2%であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では「専用談話室がある」が18.1%、「他と兼用の談話室がある」が78.3%であり、「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では「専用談話室がある」が21.0%、「他と兼用の談話室がある」が76.2%であった。一方、「ない（設置する目処が立っていない）」と回答した施設の割合は、「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では2.4%、「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では2.1%であった。

図表 238 談話室の状況

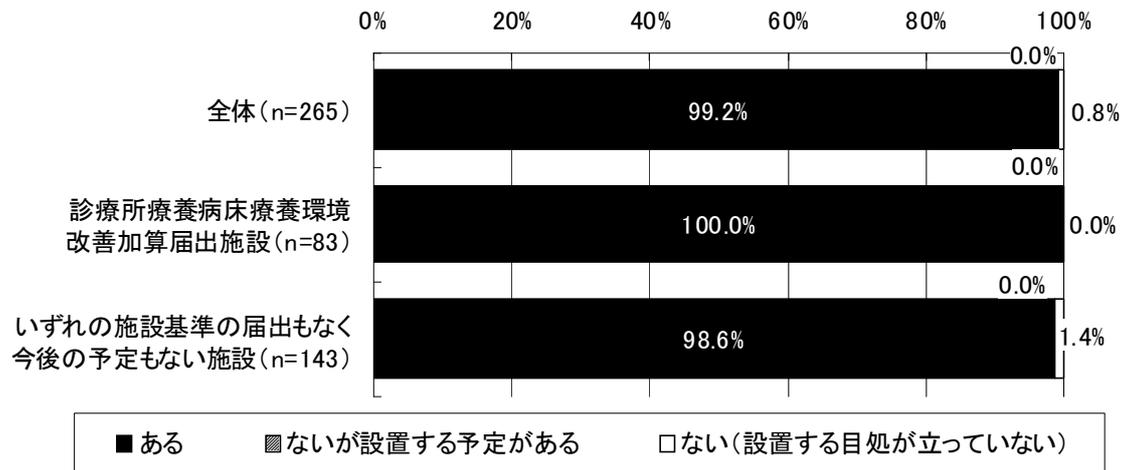


(注) 「ないが設置する予定がある」と回答した2施設に予定時期を尋ねたところ、「平成25年11月」が1施設、「平成34年」が1施設であった。

5) 浴室

浴室の状況をみると、全体では浴室が「ある」という回答が99.2%であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では浴室が「ある」という回答が100.0%であり、「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では98.6%であった。

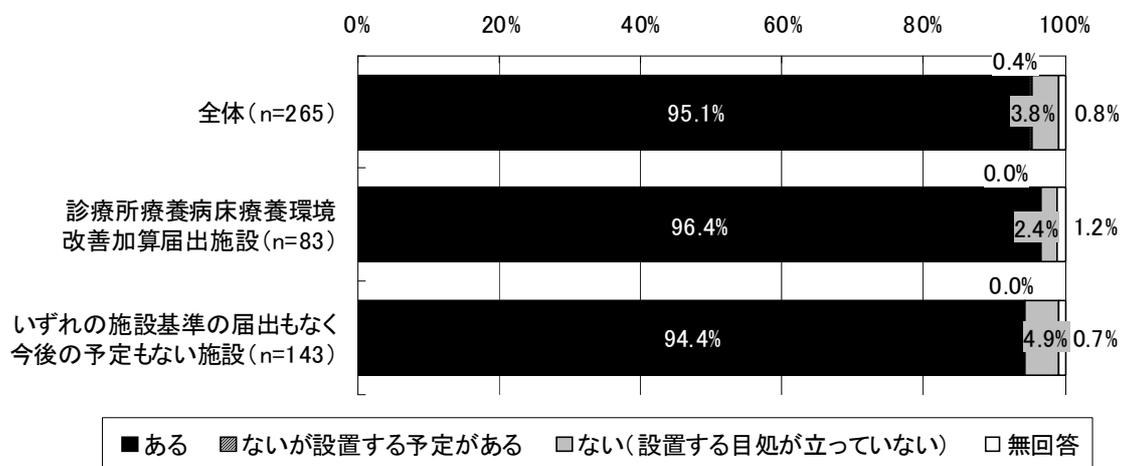
図表 239 浴室の状況



6) 機能訓練室

機能訓練室の状況をみると、全体では「ある」が95.1%、「ないが設置する予定がある」が0.4%、「ない（設置する目処が立っていない）」が3.8%であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では機能訓練室が「ある」という回答が96.4%、「ないが設置する予定がある」が0.0%、「ない（設置する目処が立っていない）」が2.4%であった。また、「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では機能訓練室が「ある」という回答が94.4%、「ないが設置する予定がある」が0.0%、「ない（設置する目処が立っていない）」が4.9%であった。

図表 240 機能訓練室の状況



(注)「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。

機能訓練室の床面積をみると、全体では平均43.53㎡（標準偏差39.10、中央値32.00）であった。「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では平均37.85㎡（標準偏差34.57、中央値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」では平均43.28㎡（標準偏差37.22、中央値31.39）であった。

図表 241 機能訓練室の床面積

(単位：㎡)

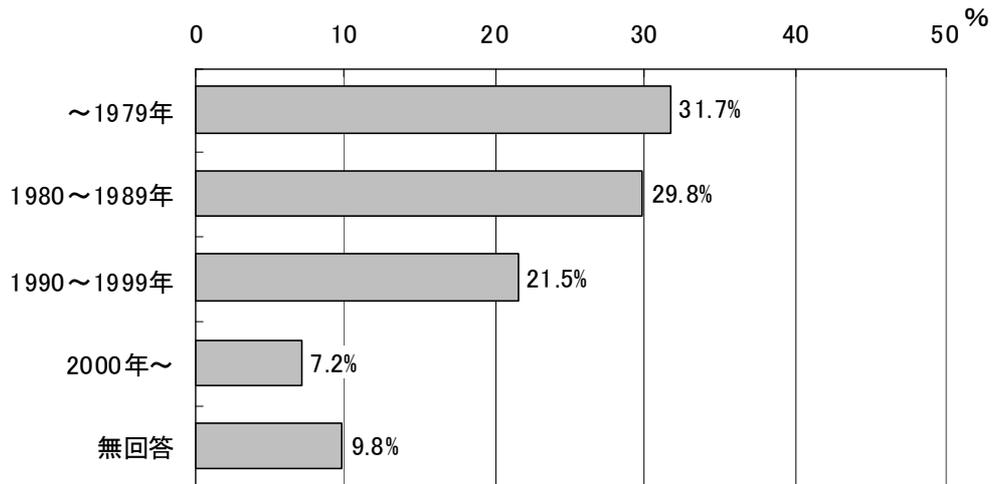
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	211	43.53	39.10	32.00
診療所療養病床療養環境改善加算届出施設	68	37.85	34.57	28.35
いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設	112	43.28	37.22	31.39

⑥建築時期

1) 療養病床のある建物を建築した時期

療養病床のある建物を建築した時期をみると、「～1979年」が31.7%、「1980～1989年」が29.8%、「1990～1999年」が21.5%、「2000年～」が7.2%であった。

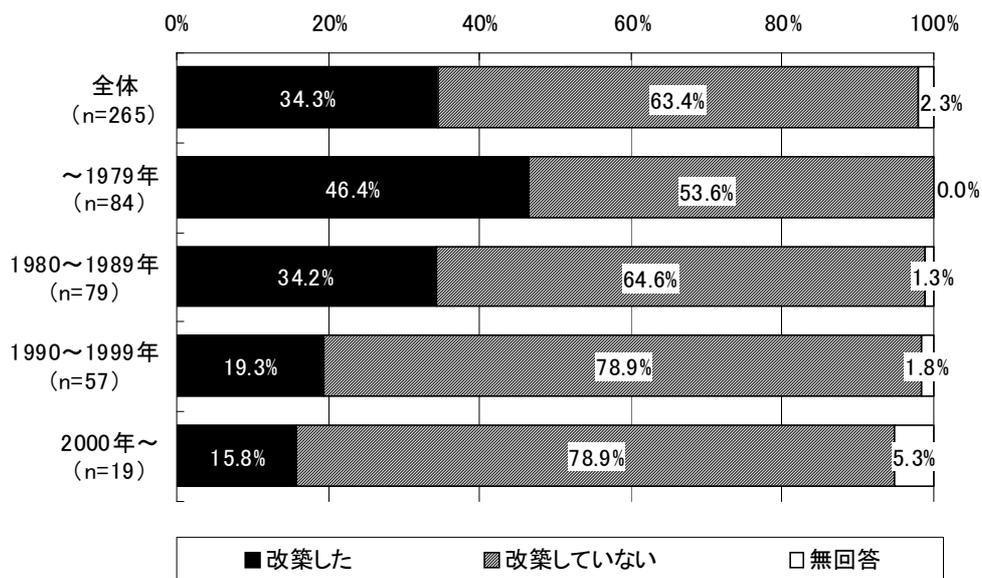
図表 242 療養病床のある建物を建築した時期



2) 療養病床のある建物の改築の有無

療養病床のある建物の改築の有無をみると、建築年月が「～1979年」の建物では「改築した」が46.4%、「改築していない」が53.6%、「1980～1989年」の建物では「改築した」が34.2%、「改築していない」が64.6%、「1990～1999年」の建物では「改築した」が19.3%、「改築していない」が78.9%、「2000年～」の建物では「改築した」が15.8%、「改築していない」が78.9%であった。

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）



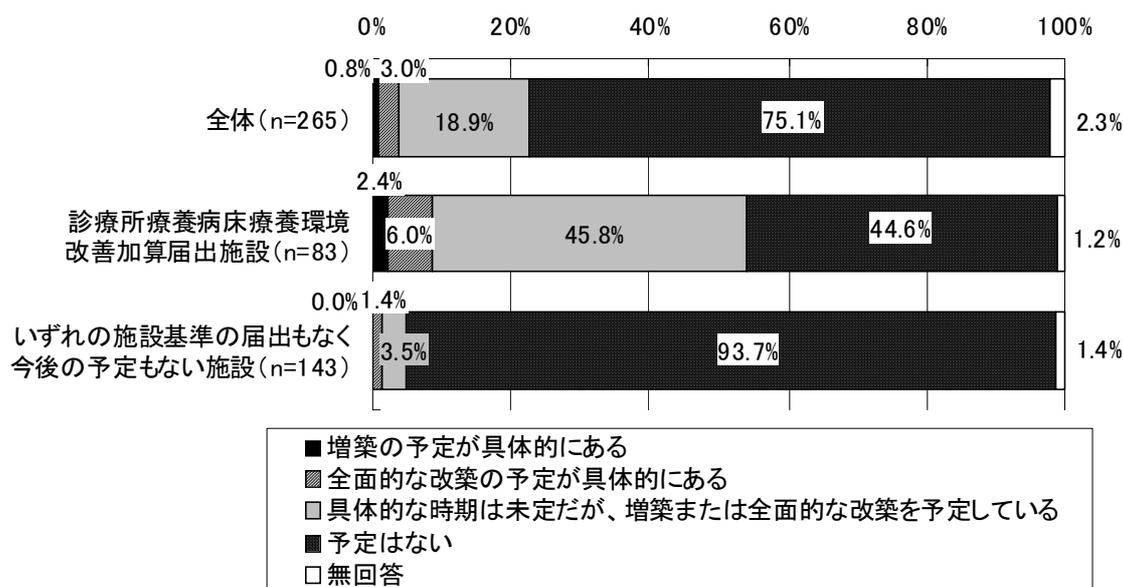
図表 244 療養病床のある建物の改築年（建物の建築年別）

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

療養病床についての今後の増改築の予定をみると、「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」という回答が、全体では18.9%、「診療所療養病床療養環境改善加算届出施設」では45.8%、「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では3.5%であった。「いずれの施設基準の届出もなく今後の予定もない施設」では、「予定はない」が93.7%と大半を占めた。

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

(3) 今後の課題

有床診療所として療養病床を運営していく上での課題等について、自由記述形式により記入していただいた主な内容は、以下の通りである。

○経営持続性の困難

- ・入院基本料が低すぎるため、経営が難しい
- ・入院料の点数が低いのが一番の問題。当院では医療と介護療養病床では1か月で平均10,000点程の差が出る。同じ治療をしていても介護病床のほうが点数が高い。全く納得できない。
- ・職員の確保が困難。赤字であるため、今後閉鎖も視野に入れている。
- ・当院は鉄筋コンクリート造りで建物中央にスロープを配置した造りの2階建て。病室は2階に存在し、病室とスロープの手すりの間の片廊下が1.33mしかなく療養環境加算の対象とならない。今後食事提供での管理栄養士の配置の問題、診療報酬上の問題で、地域で1か所しかない入院病床がなくなることを危惧する。 /等

○職員の確保が困難

- ・職員の確保が困難。
- ・看護職員の雇用が困難。
- ・看護職員で夜勤ができる人の募集が困難。
- ・管理栄養士が必要となれば、全病床を廃止する可能性大。
- ・管理栄養士の常勤・非常勤の雇用が困難な様子であり、病床を止めることも考えざるを得なくなっている。医師会立病院を当地区では経営しているが、そこからの派遣も困難のようだ。 /等

○建物上の問題

- ・廊下幅が10cm以上不足するため、環境加算の届出ができなくなった。療養病床の制度が今後いつまで存続するのかよくわからないのに、建物を改築する予定はない。
- ・設備についての課題。
- ・診療報酬に比して人件費の増加が賄えず、全面改築したくてもとても経営が成り立たない。
- ・療養環境加算の経過措置終了にて、今後一層療養病床の収入減となり、廊下幅の改善へ向けた資金の確保も一層困難となる。現状廊下幅1.77mで、看護に何の支障も出たことはなく、そういう面の条件の見直しなどをお願いしたい。
- ・医療法の原則の基準（廊下幅など）となると、改築、又は建て直しをしなければならなくなるが難しい。 /等

○その他

- ・病院並みの基準と指導をしてくるが、診療点数は病院の足元にも及ばない。せめて診療

所の基準を下げてほしい。

- 人員基準（特に准看護職員）の緩和。
- 一般病床、療養病床を介護保険のショートステイに利用したいと思うも、規約などの書類の複雑さ、訪問監査指導などと考えると二の足を踏む。もう少し簡素化できないものか。
- 制度の変更への対応。報酬に対しコストが多くかかること。
- 規制が多すぎる。また急速に制度が変わるので、ついていくのが大変。
- 有床診はほとんどが単科の医療機関である。入院高齢者は他科の疾患も持ち合わせている。他科への受診の際の診療費（入院治療費）の通減は是非見直してほしい。
- 療養病床のように包括請求では投薬、検査他に難しい点がある。
- 医療機関における療養病床と介護病床の境界が定かでない。
- 現在6床しか認められないので、できれば全て療養病床にしたい。経営が成立しないため。 /等

施設票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

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 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における院内感染防止対策の実施状況や患者サポート体制に関する取組状況、課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人	
②病院種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院	2. 地域医療支援病院	3. がん診療連携拠点病院	4. 臨床研修指定病院					
③DPC対応 ※○は1つだけ	1. DPC対象病院Ⅰ群	2. DPC対象病院Ⅱ群	3. DPC対象病院Ⅲ群	4. DPC準備病院	5. 対応していない				
④第三者評価の認定 ※あてはまる番号すべてに○	1. 病院機能評価→Ver. () 2. ISO9001 認証 3. その他の第三者評価 (具体的に) 4. 第三者評価の認定を受けていない (具体的に検討中・準備中) 5. 第三者評価の認定を受けていない (予定もない)								
⑤貴施設の職員数(常勤、非常勤別)をお書きください。									
	医師 歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看護 師	薬剤師	放射線 技師	臨床検 査技師	臨床工 学技師	その他	病院 全体
1) 常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人
2) 非常勤 (常勤換算で)	人	人	人	人	人	人	人	人	人
※常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。 ■1週間に複数勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に複数勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)									

⑥貴施設の 1) 病床数、2) 1日平均入院患者数（小数点以下第1位まで）をお書きください。					
	一般病床	療養病床	精神病床	その他の病床	病院全体
1) 許可病床数（医療法）	床	床	床	床	床
2) 1日平均入院患者数	人	人			人

2. 貴施設における院内感染防止対策の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設における「感染防止対策加算」の施設基準の届出状況 ※〇は1つだけ	1. 感染防止対策加算 1 2. 感染防止対策加算 2 3. 届出をしていない→質問②へ	
①-1 上記①の施設基準の届出時期	平成 24 年（ ）月	
①-2 平成 24 年 9 月 1 か月間の感染防止対策加算の算定件数	（ ）件	
②貴施設では、院内感染防止対策にどのように取り組んでいますか。※〇は1つだけ		
1. 医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置している →設置時期：平成（ ）年（ ）月 2. 医療安全管理部門が感染制御チーム（感染防止対策部門）としても機能している 3. 感染防止対策を担当する部門（チーム）はない→4ページの質問⑦へ 4. その他（具体的に ）→4ページの質問⑦へ		
③感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数（常勤換算）を専従・専任別にお書きください。		
	専従	専任（兼任）
1) 医師・歯科医師（感染症対策の経験：3年以上）	人	人
2) 医師・歯科医師（感染症対策の経験：3年未満）	人	人
3) 保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5年以上）	人	人
4) 保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5年未満）	人	人
5) 薬剤師（病院勤務経験：3年以上）	人	人
6) 薬剤師（病院勤務経験：3年未満）	人	人
7) 臨床検査技師（病院勤務経験：3年以上）	人	人
8) 臨床検査技師（病院勤務経験：3年未満）	人	人
9) その他の医療職	人	人
10) その他（ ）	人	人
11) 合計	人	人
③-1 上記のうち、日本看護協会認定の感染症看護専門看護師の資格を有する者	人	人
③-2 上記のうち、日本看護協会認定の感染管理認定看護師の資格を有する者	人	人

④感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、以下のようなことは効果としてあてはまりますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。	大い にあて はまる	やや あて はまる	ど ち ら と も い え な い	あ ま り あ て は ま ら な い	全 く あ て は ま ら な い
1) 院内感染発生率が低下した	5	4	3	2	1
2) 院内感染の拡大を防ぐことができた	5	4	3	2	1
3) 抗菌薬の適正使用が進んだ	5	4	3	2	1
4) 職員の感染防止対策の知識や意識が向上した	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
6) 病室や水回り環境の清潔保持等、環境の整備が進んだ	5	4	3	2	1
7) 職員の職業感染（針刺しなど）が減少した	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
⑤上記以外に感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、効果があれば具体的にご記入ください。					
⑥貴施設では、院内感染防止対策について他の医療機関との相互チェック等連携した取組を行っていますか。※○は1つだけ	1. 行っている 2. 行っていない→質問⑦へ				
⑥-1 感染防止対策における他の医療機関との相互チェック等の取組についてお伺いします。					
1) 貴施設で、相互チェック等の取組を開始した時期はいつですか。 ※○は1つだけ	1. 平成 22 年 3 月以前 2. 平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月 3. 平成 24 年 4 月以降				
2) 感染防止対策において連携している医療機関数	()				
3) 2) のうち、貴施設が現地に赴いて評価を行う連携医療機関数	()				
4) 2) のうち、貴施設の評価を行う連携医療機関数	()				
5) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に貴施設が現地に赴いて評価を行った医療機関数と実施回数（実績）	医療機関数：() 実施回数（累計）：() 回				
6) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に貴施設の院内感染防止対策を評価しに訪れた医療機関数と実施回数（実績）	医療機関数：() 実施回数（累計）：() 回				
7) 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に開催した合同の定期カンファレンスの回数（実績）	() 回				
8) 「感染防止対策地域連携加算」の届出の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし				

⑥-2 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことで、感染防止対策上の効果がありましたか。※〇は1つだけ		
1. 大きな効果があった	2. 効果があった	3. 効果がほとんどなかった
4. 効果がまったくなかった	5. 何ともいえない	
⑥-3 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上でどのような課題がありますか。		
【すべての施設の方にお伺いします】		
⑦抗菌薬の適正使用を図るため、貴施設ではどのような取組を行っていますか。※あてはまる番号すべてに〇		
1. 院内で使用しているクリティカルパスに抗菌薬の使用について明記		
2. 抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計		
3. 抗菌薬の使用に関する届出制の採用		
4. 院内に微生物学的検査を実施できる体制の確保		
5. 耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携		
6. その他 [具体的に]		
7. 特に行っていない		
⑧貴施設では、主として、誰が中心となって抗菌薬の適正使用のための取組を進めていますか。※〇は1つだけ		
1. 感染症専門医	2. 医師（上記 1.以外）	3. 歯科医師
4. 感染症看護専門看護師	5. 感染管理認定看護師	6. 看護師（上記 4.と 5.以外）
7. 感染症薬剤師	8. 薬剤師（上記 7.以外）	
9. その他（具体的に)		
⑨現在、貴施設が行っている院内の感染対策サーベイランスは何ですか。※あてはまる番号すべてに〇		
1. 外科手術部位感染サーベイランス		
2. 血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス		
3. 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス		
4. 尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス		
5. 薬剤耐性菌サーベイランス		
6. その他（具体的に)		
7. 感染対策サーベイランスを実施していない		
⑩現在、貴施設では厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業に参加していますか。※〇は1つだけ		
1. 参加している	2. 参加していない	
⑪上記⑩以外で貴施設が参加している院外の感染対策サーベイランス事業があれば、具体的にお書きください。		
⑫平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で実施した院内感染防止対策のための講習会の開催数と参加者数をお答えください。		
	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1) 講習会の開催回数	() 回	() 回
2) 講習会の延べ参加者数	() 人	() 人

⑬平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で院内感染防止対策のための講習に参加した職種としてあてはまる番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○		
	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1) 感染症専門医	1	1
2) 医師（上記 1）以外）	2	2
3) 歯科医師	3	3
4) 感染症看護専門看護師	4	4
5) 感染管理認定看護師	5	5
6) 保健師・助産師・看護師（上記 4）と 5）以外）	6	6
7) 感染症薬剤師	7	7
8) 薬剤師（上記 7）以外）	8	8
9) 臨床検査技師	9	9
10) その他の医療職	10	10
11) その他（事務職員など）	11	11
⑭貴施設では、職業感染についてどのような防止策を講じていますか。※あてはまる番号すべてに○		
1. HBs に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨している 2. 結核接触者検診に Q F T を活用している 3. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨している 4. 針刺し・切創事例に対する対応・報告システムが整っている 5. 安全装置付きの機材を導入している 6. その他（具体的に)		
⑮貴施設は院内感染防止対策について患者にどのように周知をしていますか。※あてはまる番号すべてに○		
1. 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 2. 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 3. 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 4. 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 5. その他（具体的に)		
⑯平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間における下記の患者数をお答えください。 ※ここでの「感染」とは保菌と発症の両方を含めます。下記の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」として計上してください。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、それぞれに「1 人」と計上してください。また、持ち込みか院内感染かの区別はしません。		
	平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 上記 1) のうち MRSA の感染者数	人	人
3) 上記 1) のうち多剤耐性緑膿菌の感染者数	人	人
4) 上記 1) のうち VRE の感染者数	人	人
⑰感染防止対策を推進する上での課題等がございましたら、ご記入ください。		

⑧-1 自主的に行っている保守点検の具体的な内容をご記入ください。		
1) 毎回実施している内容		
2) 定期的実施している内容		
⑨貴施設では、CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画を策定していますか。 ※○は1つだけ		
1. 策定している	2. 1つでも策定していないものがある→質問⑩へ	
⑨-1CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画はどのくらいの頻度で見直しを行っていますか。 ※○は1つだけ		
1. 1年間に数回	2. 1年間に1回（毎年）	3. 2～3年に1回
4. 機器の入替があった時など内容に変更があった時（定期的な見直しは行っていない）		
5. その他（具体的に		
6. 見直しを行っていない		
⑩貴施設では、平成24年4月以降、CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のために職員向けの院内研修を行っていますか。 ※○は1つだけ		
1. 行っている		
2. 行っていないが、計画が具体的にある→質問⑪へ		
3. 行っていない（計画もない）→質問⑪へ		
⑩-1平成24年4月～9月までの半年間で、職員向けの研修は何回開催しましたか。		
（ ）回 ※平成24年4月～9月		
⑪CTやMRI、造影剤注入装置の保守管理について、どのような課題がありますか。具体的にご記入ください。		

4. 患者サポート体制の取組についてお伺いします。

①貴施設では、「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ますか。 ※○は1つだけ	
1. 届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月→8ページの質問②へ	
2. 届出を行っていないが検討中→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃	
3. 届出は行っていない（具体的な予定もない）	
①-1 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は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 診療時間内に常時1名以上の職員を配置することができないから	
2. 患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから	
3. マニュアルが整備できていないから	
4. 患者相談支援窓口を設置する適切な場所がないから	
5. 患者から相談支援窓口の設置を求める要望がないから	
6. その他（具体的に	
-----▶ 質問⑥へ	

②平成 24 年 9 月 1 か月間の患者サポート体制充実加算の算定件数	() 件	
③患者サポート体制充実加算における患者相談支援窓口は、医療安全対策加算における相談窓口と兼用でしょうか。 ※〇は1つだけ		
1. 独立している（専門部署） 2. 医療安全対策加算の窓口と兼用 3. その他（具体的に)		
④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職員数についてお書きください。		
	専従	専任（兼任）
1) 医師	人	人
2) 歯科医師	人	人
3) 看護師・保健師・助産師	人	人
4) 薬剤師	人	人
5) 社会福祉士	人	人
6) 精神保健福祉士	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人
8) 事務職	人	人
9) その他 ()	人	人
10) 合計	人	人
⑤上記④の職員について患者相談の経験年数別に職員数をご記入ください。		
	専従	専任（兼任）
1) 5年以上	人	人
2) 3年以上5年未満	人	人
3) 1年以上3年未満	人	人
4) 1年未満	人	人
⑥医療安全対策加算の施設基準の届出の有無※〇は1つだけ	1. あり 2. なし	
⑦貴施設では、施設基準の届出の有無とは関わらず、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（以下、「患者相談支援窓口」）がありますか。 ※〇は1つだけ		
1. ある 2. ない→10ページの質問⑭へ		
⑧貴施設では、医療対話仲介者に関する職員の研修を行っていますか。※〇は1つだけ		
1. 院内で職員の研修を行っている 2. 外部の研修に職員を派遣し受講させている 3. 院内での研修に加え、外部の研修にも職員を派遣し受講させている 4. 研修を行っていない（外部研修への職員派遣も実施していない）→9ページの質問⑩へ		
⑨上記⑧の研修（院内・外部）について、平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までの半年間にどのくらい開催または職員派遣をしましたか。		
	院内研修	外部研修
1) 実施回数（外部研修の場合、職員派遣した回数）	回	回
2) 参加者・受講者数（延べ職員数）	人	人

⑩上記⑧の研修の参加者はどのような職員ですか。※あてはまる番号すべてに○						
1. 医師	2. 歯科医師	3. 保健師・助産師・看護師				
4. 薬剤師	5. 社会福祉士	6. 精神保健福祉士				
7. 臨床心理技術者	8. 准看護師	9. その他の医療職				
10. 事務職	11. その他（具体的に				）	
⑪患者相談支援窓口が行っている業務内容についてお答えください。※あてはまる番号すべてに○						
1. 患者・家族からの相談への対応						
2. 患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議						
3. 担当医師から患者等への説明の際の同席	4. 担当看護師から患者等への説明の際の同席					
5. 他の医療職から患者等への説明の際の同席	6. 患者相談内容と対応内容についてのデータ化					
7. マニュアル作成・見直し	8. 職員向けの研修企画・実施					
9. 患者満足度調査等によるモニタリングの実施	10. QCサークル活動等による業務改善活動					
11. その他（具体的に					）	
⑫平成24年4月～9月の半年間の患者からの相談件数等についてご記入ください。						
		平成24年4月～9月				
1) 患者・家族等からの相談件数					件	
対応者	2) 1)のうち、患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数				件	
	3) 1)のうち、主として医療職が対応した件数				件	
	4) 1)のうち、主として医療職以外が対応した件数				件	
内容	5) 1)のうち、医学的な内容に関する相談件数				件	
	6) 1)のうち、終末期医療に関する相談件数				件	
	7) 1)のうち、苦情・クレームの件数				件	
	8) 7)のうち、弁護士等への相談などに発展した件数				件	
⑬患者相談支援体制を充実させることで、どのような効果がみられますか。						
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。		大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 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		5	4	3	2	1
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		5	4	3	2	1
3) 各部門間の連携・調整がスムーズになった		5	4	3	2	1
4) 医療従事者が協力的になった		5	4	3	2	1
5) 患者が治療に協力的になった		5	4	3	2	1
6) 患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった		5	4	3	2	1
7) クレーム再発防止につながった		5	4	3	2	1

⑭患者相談支援体制を充実させていく上で、お困りになっていることがございましたら、ご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

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)

医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査 調査票

質問 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- | | | |
|---------------------|------------|---|
| 1. 本人（家族が代筆した場合も含む） | 2. 家族（具体的に | ） |
| 3. 本人・家族以外（具体的に | | ） |

問1. 患者さんご自身のことについて、おうかがいします。

(1) 性別

1. 男性	2. 女性
-------	-------

 (2) 年齢

()

 歳

(3) 本日、この調査票を受け取った医療機関では、外来と入院のどちらでご利用されましたか。

※○は1つ

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. 外来→(3) - 1へ | 2. 入院→(3) - 2へ | 3. その他→問2.(1)へ |
|----------------|----------------|----------------|

(3) - 1 【外来の場合】本日受診した（この調査票を受け取った）医療機関の利用頻度はどのくらいですか。※○は1つ

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 本日が初めて | 2. 週に1回程度 | 3. 2週間に1回程度 |
| 4. 1か月に1回程度 | 5. 2か月に1回程度 | 6. 1年に数回程度 |
| 7. ()に1回程度 | | |

(3) - 2、【入院の場合】本日、この調査票を受け取った医療機関には、今日までどのくらい入院されていますか。※○は1つ

- | | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 1. 3日以内 | 2. ～2週間以内 | 3. ～1か月以内 |
| 4. ～3か月以内 | 5. ～6か月以内 | 6. 6か月以上 |
| 7. その他（具体的に | | ） |

問2. 患者相談窓口について、おうかがいします。

(1) 本日、診療を受けた医療機関で、患者や家族等のための相談窓口があることをどのようにお知りになりましたか。※あてはまるものすべてに○

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. 医療機関内に掲示されているポスターをみて | |
| 2. 医療機関から渡された文書をみて | |
| 3. 「患者相談窓口」などの看板をみて | |
| 4. 職員から入院当日に説明を受けて | |
| 5. 担当医師・看護師から紹介されて | |
| 6. 患者相談窓口の担当者が来て | |
| 7. その他（具体的に | ） |

(2) 上記(1)の掲示や説明、文書はわかりやすかったですか。※○は1つ

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. わかりやすかった | 2. どちらかというわかりやすかった |
| 3. どちらかというわかりにくかった | 4. わかりにくかった |

-----▶裏面につづきます

(3) 相談窓口を利用した内容は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 病気のこと	2. 治療内容のこと
3. 薬のこと	4. 検査のこと
5. 治療・入院期間のこと	6. 退院後の行き先のこと
7. 専門治療ができる他の医療機関のこと	8. 介護保険のこと
9. 担当医師のこと	10. 担当看護師のこと
11. 他の患者との関係のこと	12. 家族との関係のこと
13. 医療機関の施設・設備に関すること	14. 外来待ち時間のこと
15. 外来受付や会計窓口のこと	16. 費用に関すること
17. その他（具体的に	）

(4) ①相談に対応してくれた人数（最も多い時）、②相談回数、③全体の相談時間はどのくらいですか。

①対応してくれた人数→（	）人	
②相談回数	→（	）回
③全体の相談時間	→（	）分くらい

(5) どのような人が対応してくれましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 医師	2. 看護師	3. 薬剤師
4. 社会福祉士	5. 事務職	
6. その他（	）	7. わからない

(6) 相談したことで問題や疑問、不安は解決しましたか。※○は1つ

1. 解決した	2. ある程度解決した	
3. あまり解決しなかった	4. まったく解決しなかった	
5. なんともいえない	6. その他（	）

(7) 職員の対応に満足はしましたか。※○は1つ

1. とても満足している	2. 満足している
3. どちらともいえない	4. あまり満足していない
5. まったく満足していない	

(8) 今後、医療機関の相談窓口で、どのような患者支援体制があれば、納得して受診することができると思いますか。

--

ご協力いただきまして、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに11月22日（木）までに投函してください。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における入院基本料等加算の簡素化の影響や課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は1つだけ	1. 医療法人 2. 個人 3. その他 ()		
②種類 ※○は1つだけ	1. 在宅療養支援診療所 2. 在宅療養支援診療所以外の診療所		
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. その他 (具体的に)
④医師数 (常勤換算)	() 人		
⑤看護職員数 (常勤換算) ※准看護師を含む	() 人		
看護補助者 (常勤換算)	() 人		
⑥平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数	() 人 ※初診+再診患者延べ人数		
⑦病床数 ※平成 24 年 9 月 30 日時点	1) 一般病床	() 床	
	2) 療養病床	() 床 うち介護療養病床 () 床	
	3) 合計	() 床	
⑧平成 24 年 9 月における 1 日あたり平均入院患者数	() 人		
⑨平成 24 年 9 月 1 か月間の算定件数をご記入ください。			
	算定件数		算定件数
1) 有床診療所入院基本料 1	件	3) 有床診療所入院基本料 3	件
2) 有床診療所入院基本料 2	件	4) 有床診療所療養病床入院基本料	件
5) 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			件
6) 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			件
⑩次の施設基準の届出がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 夜間看護配置加算 1 2. 夜間看護配置加算 2 3. いずれもない		

2. 貴施設における栄養管理体制についてお伺いします。

①貴施設では、平成24年3月31日時点において「栄養管理実施加算」の届出をしていましたか。※〇は1つだけ						
1. 届出をしていた→届出時期：平成（ ）年（ ）月→質問②へ						
2. 届出をしていなかった（平成24年4月以降開設した場合も含む）						
①-1 届出をしていなかった理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇						
1. 該当する患者がない						
2. 管理栄養士がいない						
3. 管理栄養士はいたが、他職種が栄養評価を行っていた						
4. 管理栄養士はいたが、他職種と共同して栄養評価を行っていなかった						
5. その他（具体的に						
②貴施設における食事の提供はどのようにしていますか。 ※〇は1つだけ						
1. 直営で提供している						
2. 一部委託して提供している						
3. 業務全てを委託して提供している						
③管理栄養士数 ・栄養士数 (実人数)	※いない場合は「0」とお書きください。 食事の提供を委託している場合は委託先の職員数を除きます。		平成23年9月		平成24年9月	
			常勤	非常勤	常勤	非常勤
	1) 管理栄養士数		人	人	人	人
	2) 1)のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数		人	人	人	人
3) 栄養士		人	人	人	人	
④【管理栄養士がいない施設の方】貴施設では、管理栄養士の確保についてどのような状況でしょうか。※〇は1つだけ						
1. 管理栄養士の確保の目処が具体的にある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月→質問⑤へ						
2. 具体的な予定はないが、平成24年度中に管理栄養士を確保する予定である→質問⑤へ						
3. 平成25年度末までに管理栄養士を確保する予定である→質問⑤へ						
4. 目処がまったく立っていない						
5. その他（具体的に						
④-1 管理栄養士を確保するために都道府県栄養士会等に相談していますか。※あてはまる番号すべてに〇						
1. 都道府県栄養士会に相談している						
2. 人材派遣会社に相談している						
3. ハローワークに相談している						
4. その他の機関に相談している						
5. 相談していない						
⑤貴施設では、栄養スクリーニング等の栄養評価を行っていますか。※〇は1つだけ						
1. 平成24年3月より以前から行っている						
2. 以前は行っていなかったが、平成24年4月以降行っている						
3. 平成24年3月よりも前は行っていたが、今は行っていない→質問⑦へ						
4. 以前から行っていない→質問⑦へ						
⑥患者の栄養評価は誰が行っていますか。※〇は1つだけ、「看護職員」には准看護師を含む。						
1. 管理栄養士のみのみ						
2. 管理栄養士と医師との共同						
3. 管理栄養士と看護職員との共同						
4. 管理栄養士、医師、看護職員による共同						
5. その他（具体的に						
⑦貴施設において、患者の栄養管理を行う上で、どのような課題がありますか。						

3. 貴施設における褥瘡対策等についてお伺いします。

①貴施設では、平成24年3月31日時点において「褥瘡患者管理加算」の届出をしていましたか。※○は1つだけ		
1. 届出をしていた→届出時期：平成（ ）年（ ）月→質問②へ		
2. 届出をしていなかった（平成24年4月以降開設した場合も含む）		
①-1 届出をしていなかった理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 該当する患者がない		
2. 褥瘡対策に係る専任の医師がない		
3. 褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師がない		
4. 体圧分散式マットレス等がない		
5. その他（具体的に		
②褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。		平成（ ）年（ ）月
③上記②の内訳を職種別に記入してください（実人員）。 ※該当職種がない場合、（ ）に「0」と記入してください。 その他の場合は、（ ）に具体的に職種を記入してください。		1) 医師（ ）人 2) 看護師（ ）人 3) 上記2)のうち 皮膚・排泄ケア認定看護師 （ ）人 4) 准看護師（ ）人 5) その他（ ）人 ↳（具体的に
④褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。		
1) 平成23年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
	3. その他（具体的に	
2) 平成24年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診は、どのくらいの頻度で実施していますか。		
1) 平成23年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
	3. その他（具体的に	
2) 平成24年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
⑥平成23年9月と平成24年9月1か月間の以下の患者数について記入してください。 ※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。		
	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	人	人
2) 褥瘡ハイリスク患者特定数	人	人
3) 褥瘡保有者数	人	人
4) 上記3)のうち院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人
5) 上記3)のうち真皮を越える褥瘡を有する患者数	人	人
6) 上記5)のうち院内発生の患者数	人	人
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を教えてください。		
1. 購入し所有している		
2. レンタルで導入している		
3. まだ導入していない→質問⑧へ		
⑦-1 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の種類別の所有枚数（レンタルも含みます）。		
	平成23年9月	平成24年9月
1) 圧切替型のアアマットレス	枚	枚
2) ウレタンフォームマットレス	枚	枚
3) その他のマットレス	枚	枚

⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法は何ですか。※あてはまる番号すべてに○		
1. 抗生剤軟膏	2. 左記 1. 以外の軟膏	3. 創傷被覆材料
4. ラップ法（穴あきビニール、食品用ラップなど）		5. 外科的治療（ポケット切開、壊死組織切除など）
6. 物理療法（陰圧閉鎖療法、超音波療法など）		7. 消毒
8. 洗浄	9. その他（具体的に	）
⑨貴施設では、褥瘡対策を行う上で、どのような課題がありますか。		

4. 貴施設における緩和ケア、ターミナルケア等についてお伺いします。

①貴施設では、「有床診療所緩和ケア診療加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ	
1. 届出あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 算定回数：（ ）回 ※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間	
2. 届出なし	
②貴施設では、「看取り加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ	
1. 届出あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 算定回数：（ ）回 ※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間	
2. 届出なし	
③貴施設では、今後緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向はありますか。※○は1つだけ	
1. 既に取り組んでいる	
2. 今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい	
3. 今後も取り組む予定はない	
4. その他（具体的に	）
④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合、どのような課題がありますか。※○はいくつでも	
1. 緩和ケアやターミナルケアに関する経験を有する常勤医の確保が難しい	
2. 緩和ケアやターミナルケアに関する経験を有する常勤看護師の確保が難しい	
3. 緩和ケアやターミナルケアに関する研修を医師が参加することが難しい	
4. 緩和ケアやターミナルケアに関する研修を看護師が参加することが難しい	
5. 夜間の看護職員の確保が難しい	
6. その他（具体的に	）

5. 診療報酬改定の影響等についてお伺いします。

①平成 24 年度の診療報酬改定で入院基本料等加算の簡素化（例えば、栄養管理実施加算が入院基本料や特定入院料で包括して評価され、入院基本料、特定入院料がそれぞれ 11 点ずつ引き上げられました）が行われましたが、これによって、貴施設への影響等がございましたら、具体的な改定前後の状況や理由等、お書きください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

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)

療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における療養環境の整備状況や今後の意向・課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は1つだけ	1. 医療法人 2. 個人 3. その他(具体的に)										
②主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. 皮膚科 14. その他(具体的に)										
③全職員数(常勤換算*) ※小数点以下第1位まで	医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	その他 医療職 職員	看護補 助者	事務 職員他	計		
常勤	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)											
④平成 24 年 9 月 1 か月間の 外来患者延べ人数	() 人 ※初診+再診患者延べ人数										
⑤1) 病床数と 2) 1日当たり 平均入院患者数 ※平成 24 年 9 月 30 日現在			1) 病床数				2) 1日当たり平均入院患者数				
	一般病床		() 床				() 人				
	療養病床		() 床				() 人				
	全 体		() 床				() 人				
⑥療養病床の平均在院日数	(.) 日 ※平成 24 年 9 月 1 か月間、小数点以下第1位まで										

⑦施設基準の届出の有無等（平成 24 年 9 月 30 日時点） ※○はそれぞれ1つ	
1) 在宅療養支援診療所	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
2) 機能強化型在宅療養支援診療所	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
3) 有床診療所緩和ケア診療加算	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
4) 看取り加算	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 夜間の看護職員数：（ ）人 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数：（ ）回 2. なし

2. 貴施設における療養病床の状況等についてお伺いします。

①貴施設の療養病床の病室構成はどのようになっていますか。					
医療療養病床			介護療養病床		
	病室数	該当病床数合計		病室数	該当病床数合計
1) 個室	() 室	() 床	1) 個室	() 室	() 床
2) 2人部屋	() 室	() 床	2) 2人部屋	() 室	() 床
3) 3人部屋	() 室	() 床	3) 3人部屋	() 室	() 床
4) 4人部屋	() 室	() 床	4) 4人部屋	() 室	() 床
②療養病床の病床部分の面積をお答えください。					
1) 病床部分に係る床面積	() m ²	2) 患者1人当たり床面積	() m ²		
③廊下幅はどのくらいですか。					
1) 片側室部分	() m	2) 両側室部分	() m		
④食堂の面積はどのくらいですか。	() m ²				
⑤談話室はありますか。 ※○は1つだけ	1. 専用談話室がある 2. 他と兼用の談話室がある 3. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 4. ない（設置する目処が立っていない）				
⑥浴室はありますか。 ※○は1つだけ	1. ある 2. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）				
⑦機能訓練室はありますか。 ※○は1つだけ	1. ある→面積：（ ） m ² 2. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）				
⑧貴施設が療養病床のある建物を建築した時期はいつですか。	西暦（ ）年				
⑨貴施設では、療養病床のある建物を改築しましたか。 ※○は1つだけ	1. 改築した→いつ頃：西暦（ ）年 2. 改築していない				

