

P4Pと疾病管理

～糖尿病地域連携パスから疾病管理、P4Pへ～

国際医療福祉大学三田病院 副院長

国際医療福祉総合研究所長

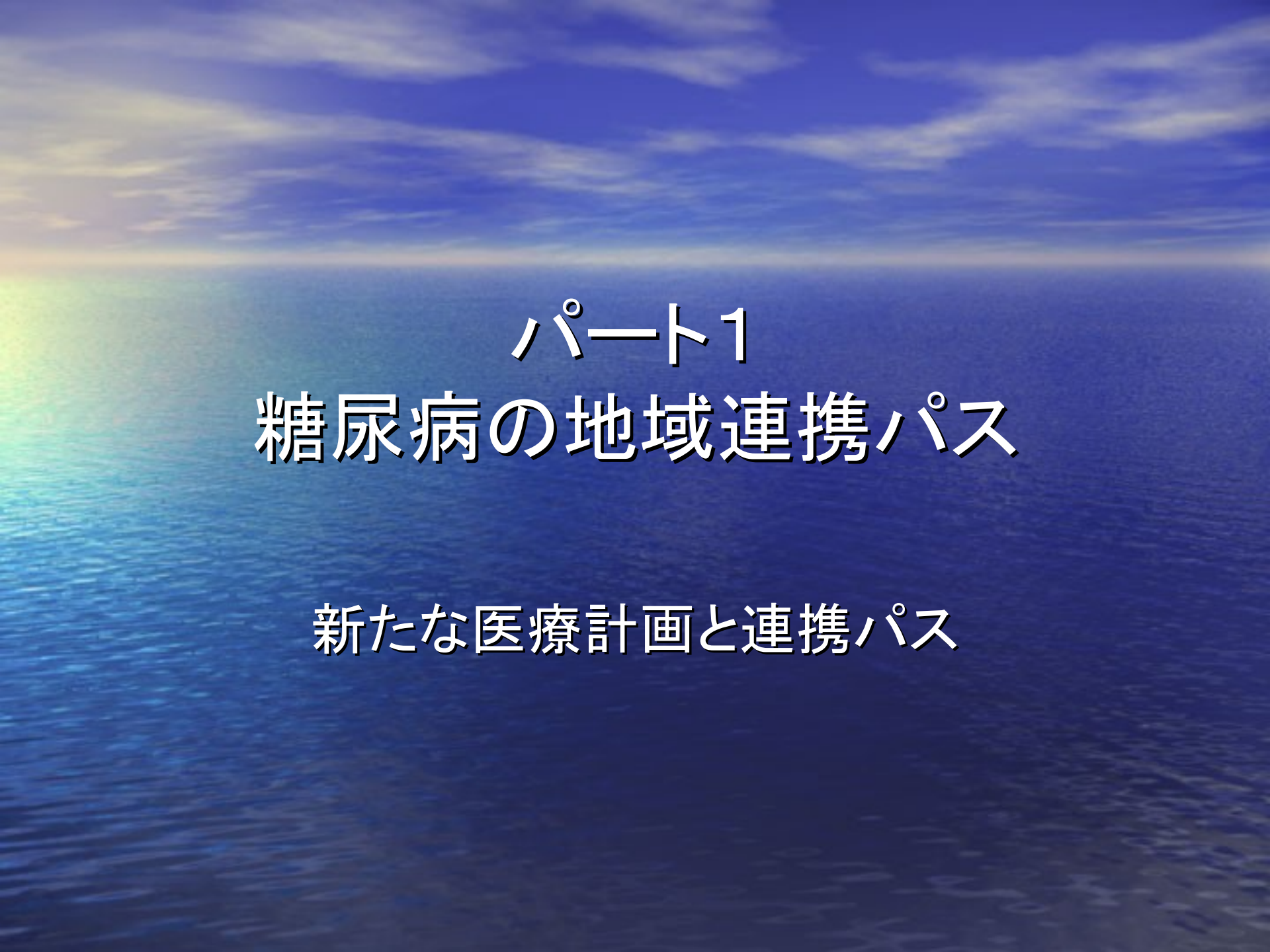
国際医療福祉大学大学院 教授

(株)医療福祉経営審査機構CEO

武藤正樹

目次

- パート1
 - － 糖尿病の地域連携パス
- パート2
 - － 地域連携パスから疾病管理へ
- パート3
 - － 日本への糖尿病疾病管理の応用
- パート4
 - － 地域疾病管理とP4P



パート1 糖尿病の地域連携パス

新たな医療計画と連携パス

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し



医療連携の法制化

地域医療計画の見直し

医療圏における医療連携体制構想

これまでの医療計画の考え方

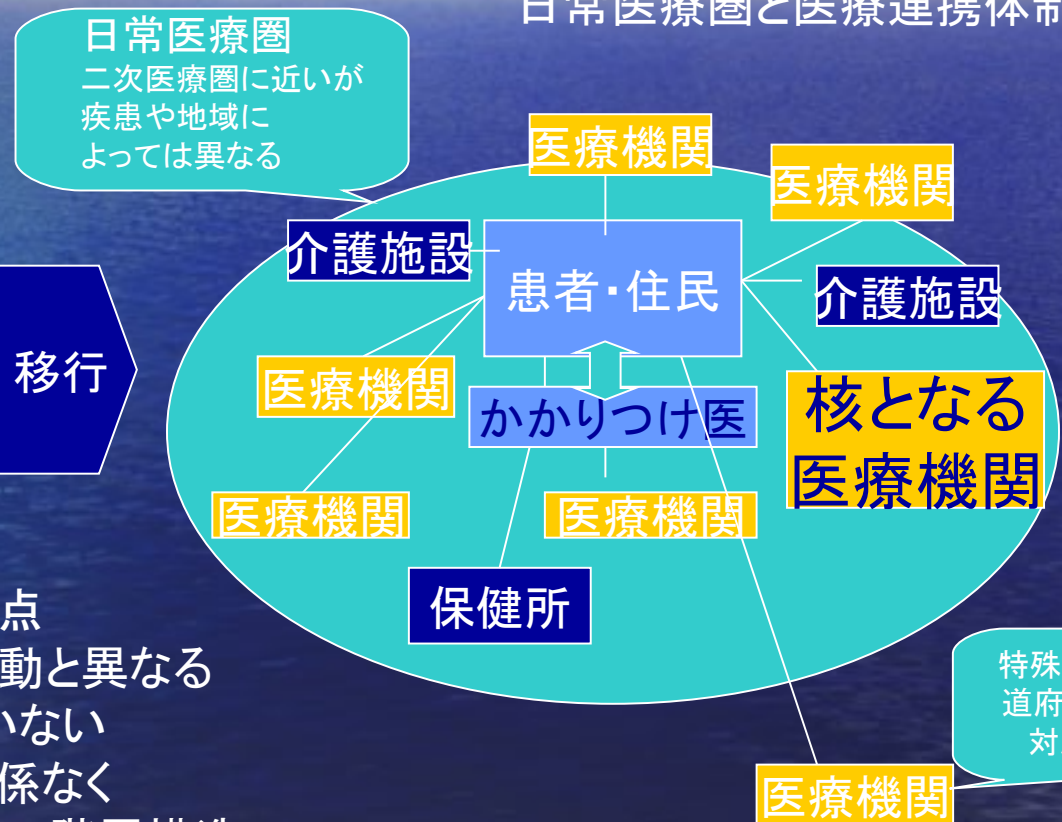


移行

現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病同行を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

日常医療圏と医療連携体制



4疾患5事業

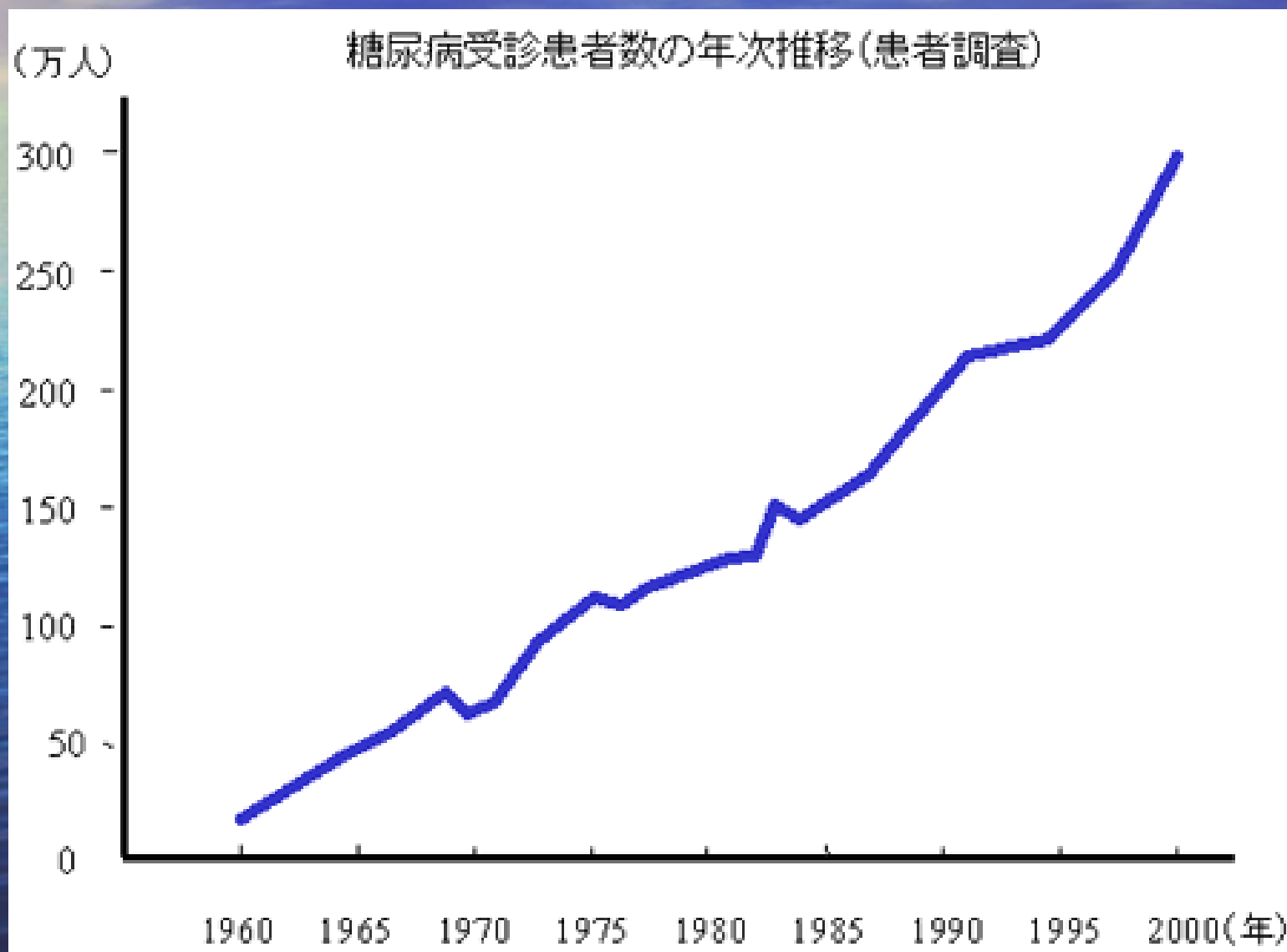
- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

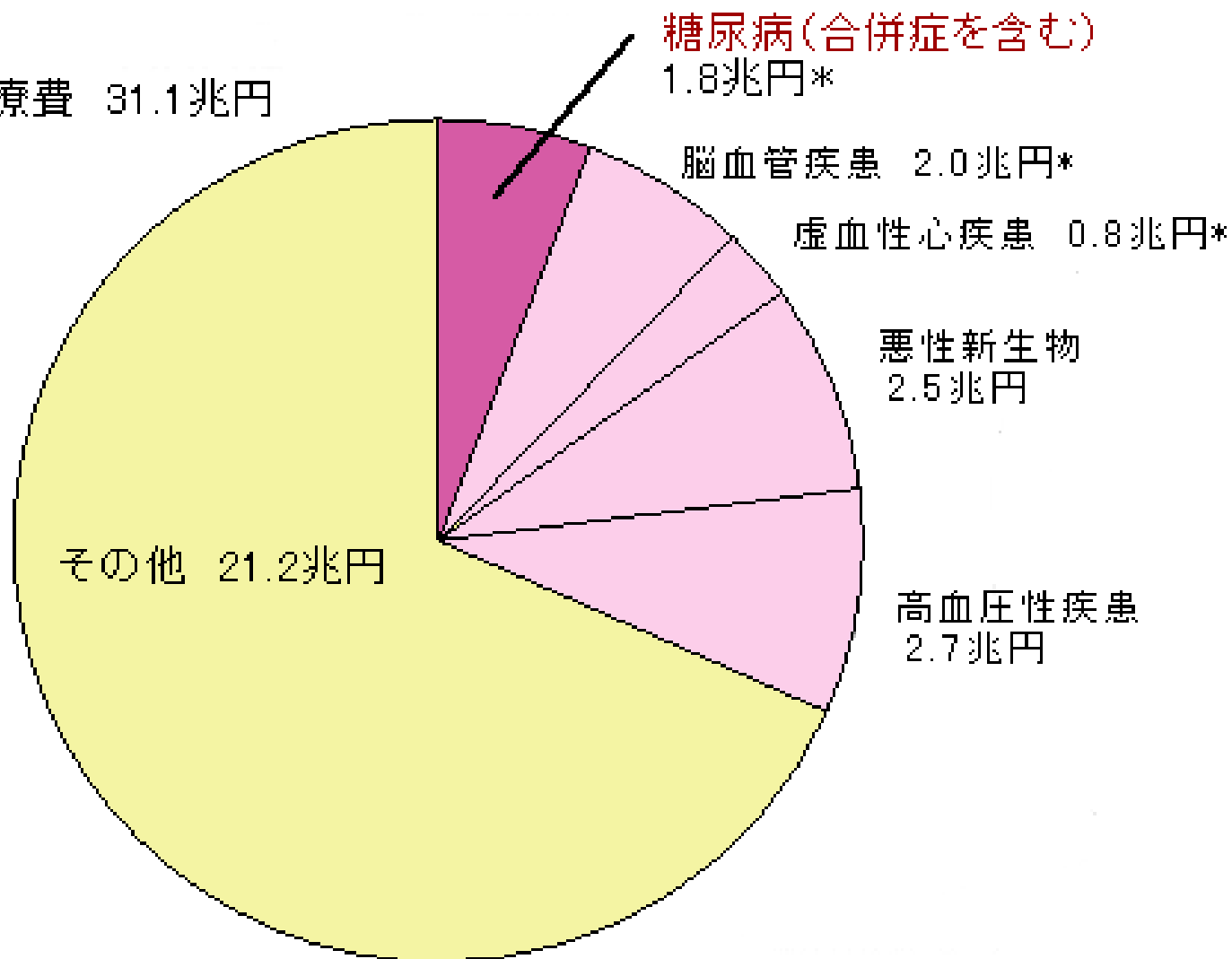
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療

糖尿病受診患者数はうなぎのぼり

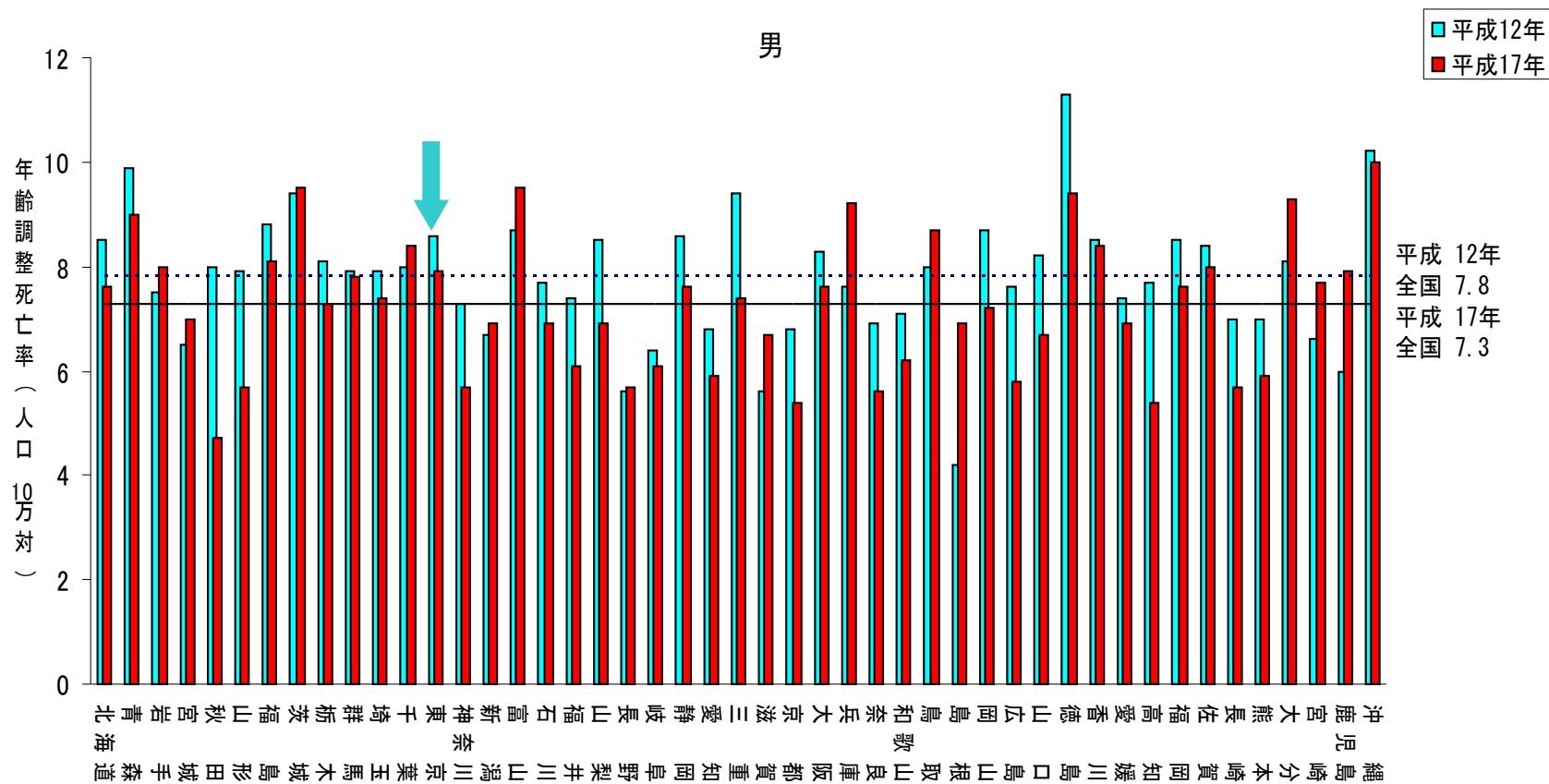


糖尿病対策が喫緊の課題

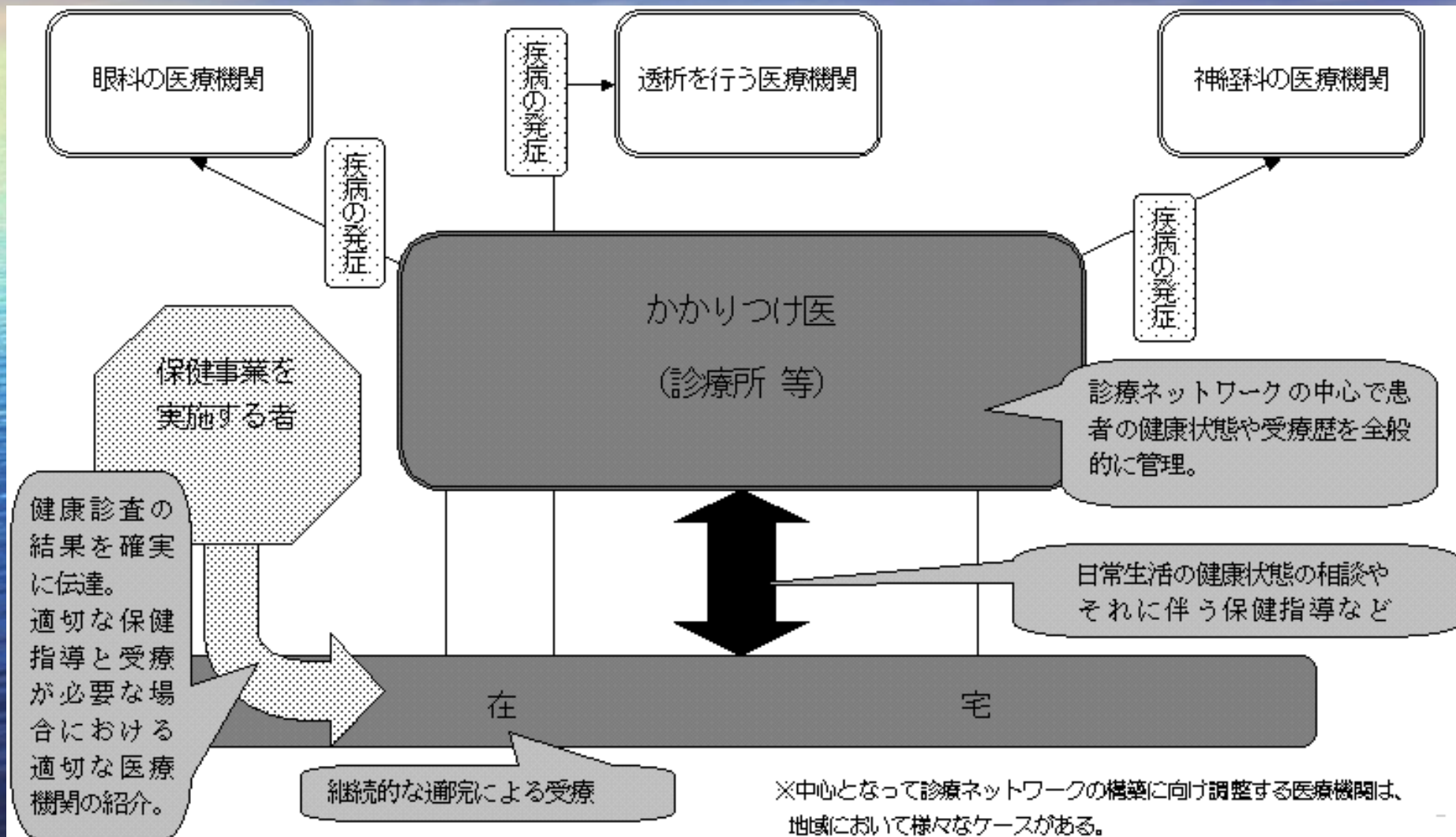
国民医療費 31.1兆円



糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



糖尿病の診療ネットワーク

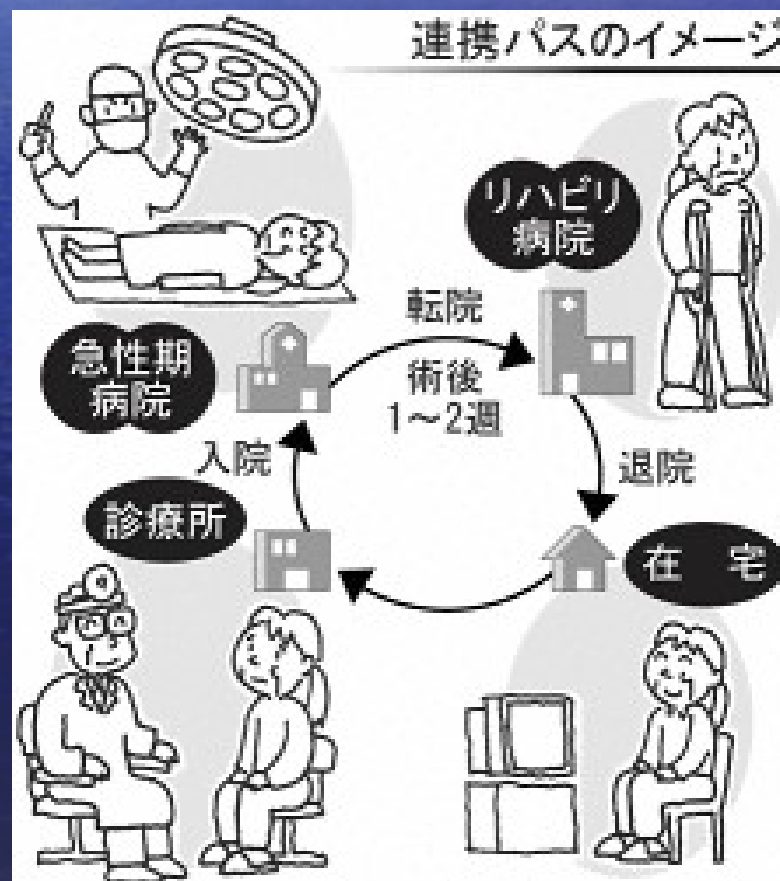


地域連携クリティカルパスが
地域医療計画における
医療連携ツールとして導入

地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 一方向型パス
- 双方向型パス
- 在宅支援型パス



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
			口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)						交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養							RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP
活動・安静度		フリー		ベッド上安静	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー
栄養(食事)		入院前に同じ	入院前に同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3 濃厚流動食 100ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 300ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC								TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ								
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書									
		内服継続	内服継続	内服中止	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続
観察	体温() () () ()		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()
	脈拍() () () ()		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()
	血圧() () () ()		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()
	SPO ₂ () () () ()		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()
				出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()
					創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()
					喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()
										下痢() () () ()	下痢() () () ()
										嘔吐() () () ()	嘔吐() () () ()
										臍満() () () ()	臍満() () () ()
褥創() () () ()		褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	
記録											
バリエーション		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
担当看護師署名		深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	

クリティカルパス標準診療計画
疾患別に作る標準診療計画



クリティカルパスは患者さんにも好評

地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

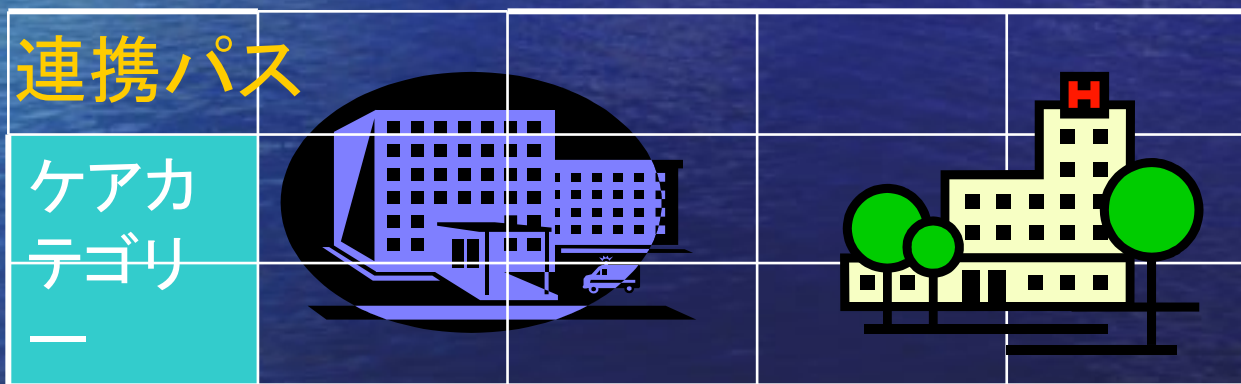
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院

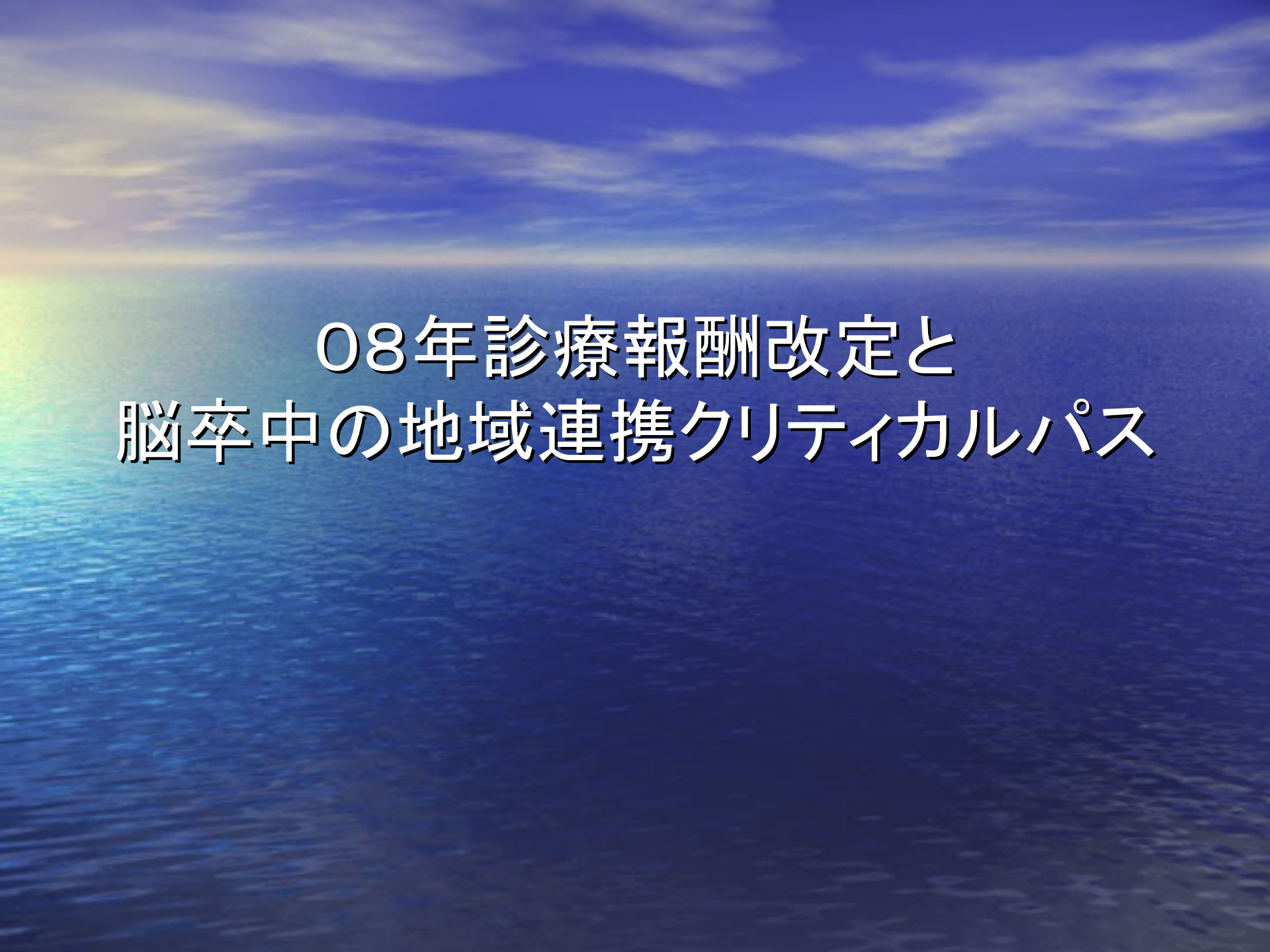


有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点

地域連携診療計画退院時指導料
1500点



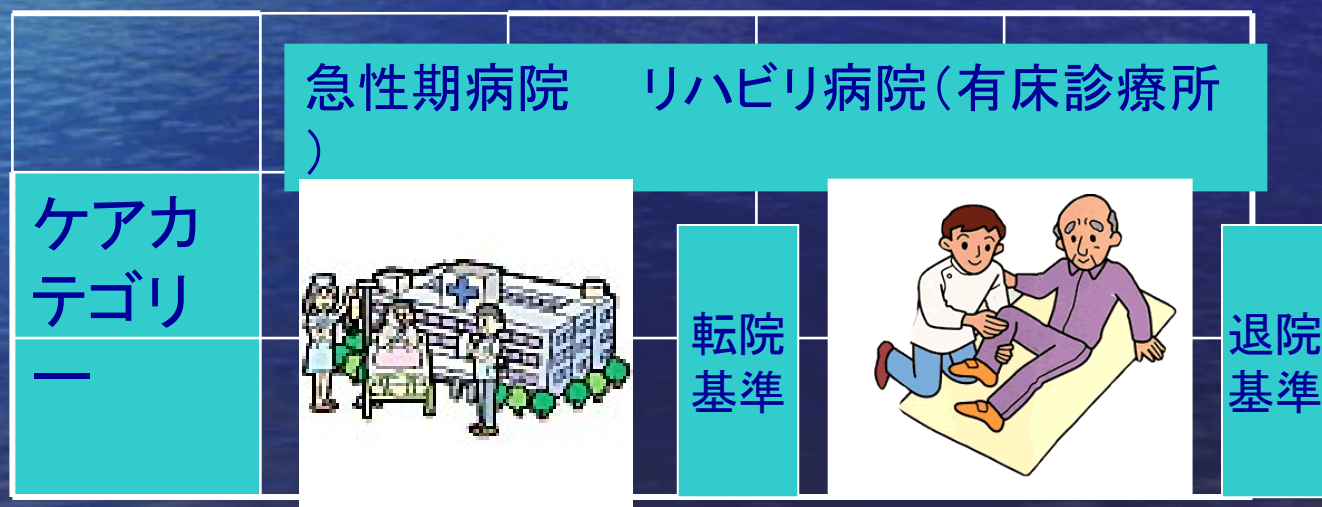


08年診療報酬改定と 脳卒中の地域連携クリティカルパス

脳卒中地域連携クリティカルパス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

- 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

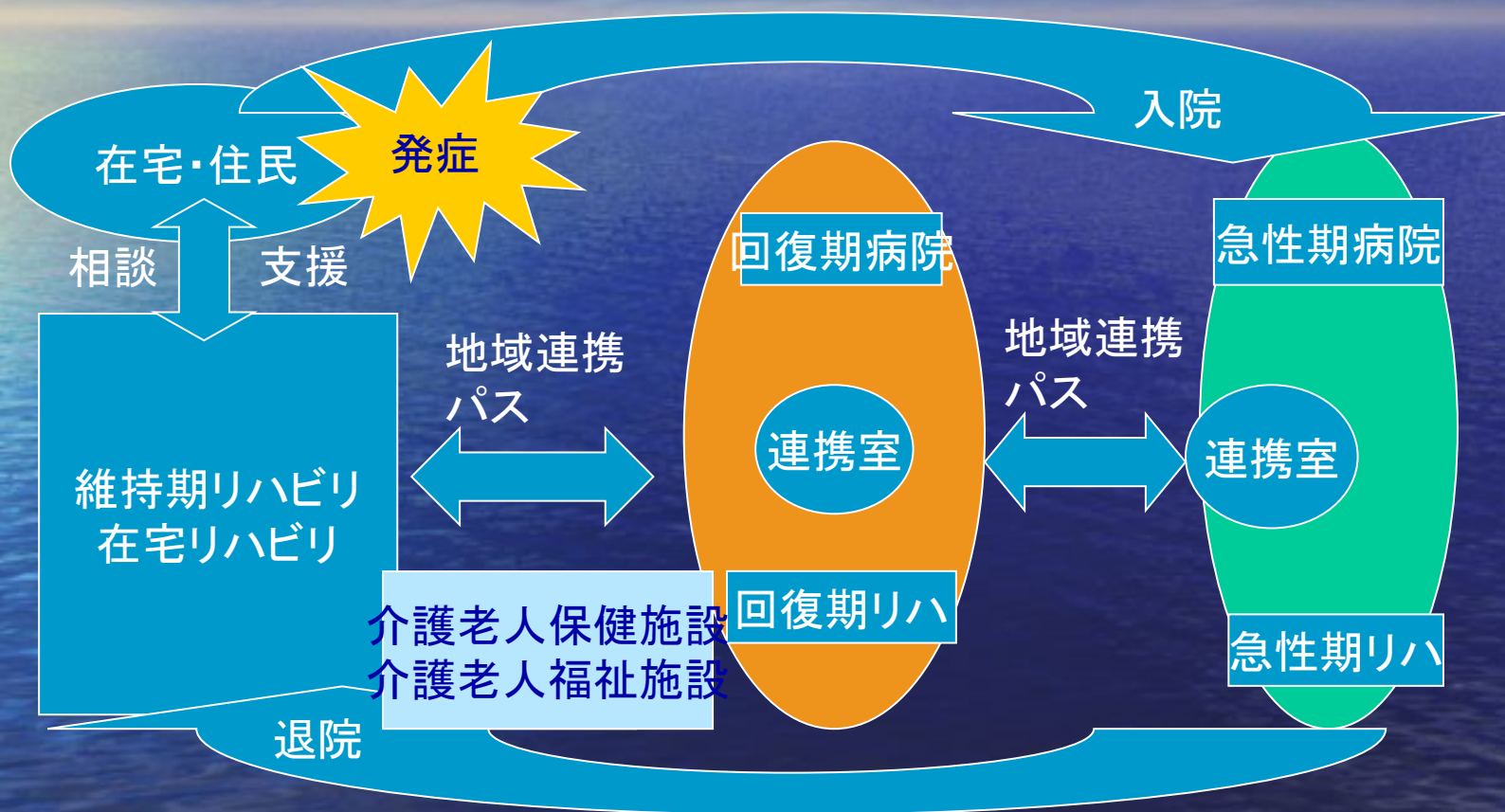
脳卒中地域連携クリティカルパスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク



慈恵医大リハビリテーション医学講座
安保雅博教授

脳卒中連携と 地域連携クリティカルパスの流れ



東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期 (22施設)

回復期 (20施設)

維持期 (11施設)

糖尿病の地域連携パス

国立病院機構横浜医療センター
統括診療部長 宇治原 誠



宇治原先生

横浜医療センターの糖尿病地域連携の概略

初期・安定期治療

かかりつけ医(非専門医)



専門治療

横浜医療センター



チーム医療



教育入院パス(特に短期入院パス)

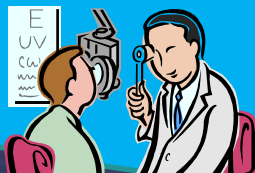
緊急対応

急性増悪時治療

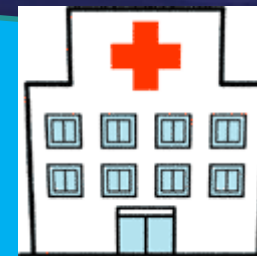


患者携帯型連携パス

慢性合併症治療



眼科クリニック



腎臓専門医

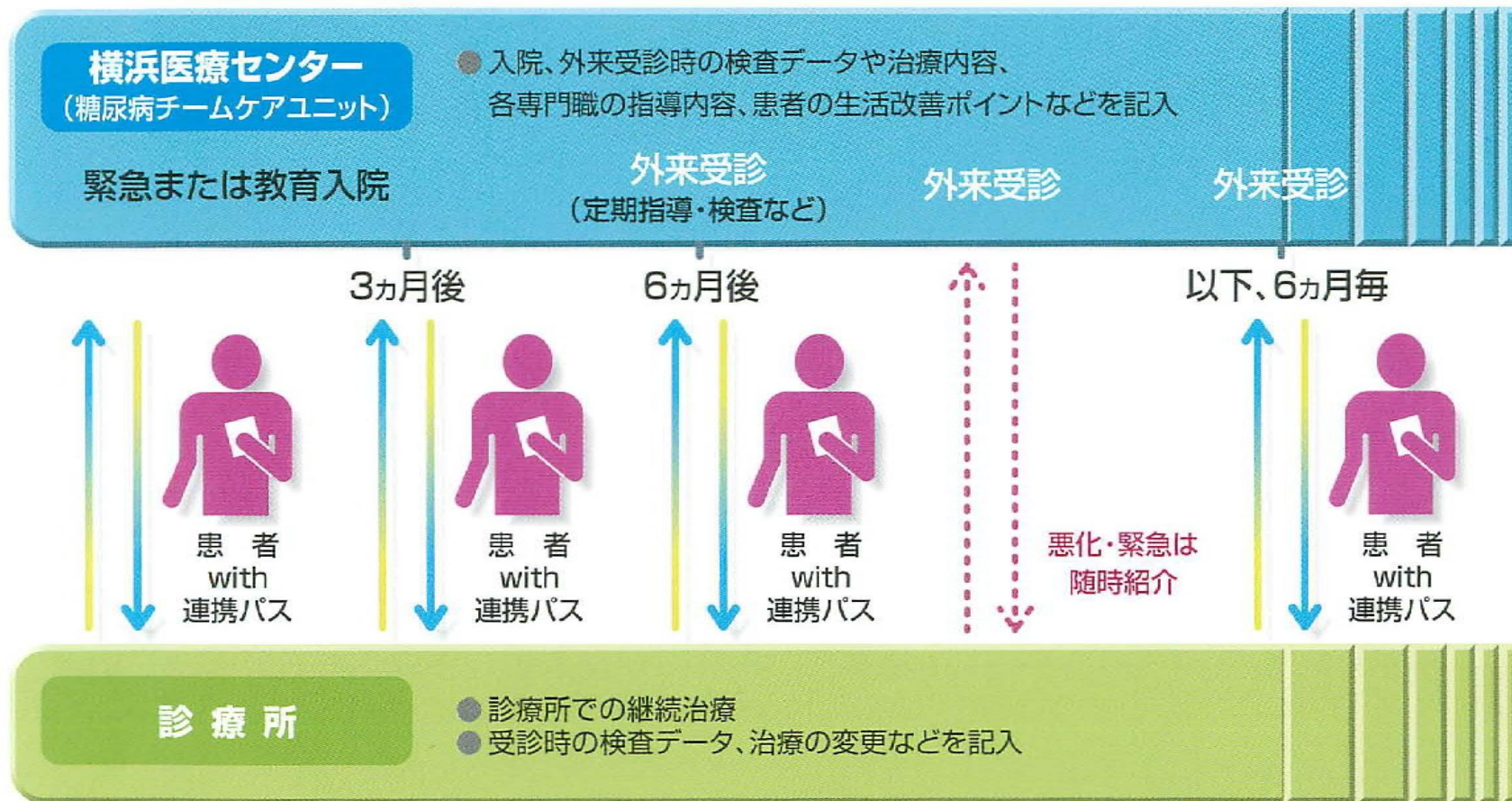
横浜医療センターでは・・・

- 2004年に、糖尿病の連携パスを作成し、運用を開始した。
 - － 教育入院後に地域に戻す患者の血糖コントロールの維持が目的
- しかし、開始当初は問題が山積み
- 糖尿病の連携パスは、従来の連携パスと違いがある

糖尿病連携パスと大腿骨頸部骨折・脳卒中連携パスとの違い

	大腿骨頸部骨折連携パス 脳卒中連携パス (すごろく上がり型連携パス)	糖尿病連携パス 心筋梗塞後連携パス、がん連携パス (循環型連携パス)
原疾患の病態	順調にいけば回復に向かう	再悪化しやすい。 合併症を併発しやすい。
適用患者の状態	入院、在宅	日常生活をしている
急性期病院側から見た連携先	回復期リハ病院、療養型病院、 在宅関係施設、医院	診療所
連携の方向性	順調にいけば1方向 入院→入院→入院→在宅	双方向・多方向性 病院外来→診療所 病院(外来)←診療所
連携施設の専門性	専門病院(回復期リハ、療養病院、在宅)	診療所には糖尿病や循環器病やがんの専門医は少ない

糖尿病連携パスは双方向性



横浜医療センターから連携医への一方通行のパスではない。定期的に横浜医療センターで療養生活の確認と指導する双方向性のパス

横浜医療センターの 糖尿病地域連携クリティカルパス



コンセプト

- 患者携帯型
- 医療者患者パス合体化
- 書き込むデータはシンプル&ミニマム
- 日常生活指導を重点に

治療の目標値

朝食前血糖値	130 未満
食後 2 時間後血糖値	180 未満
HbA1c	6.5 未満
総コレステロール	200 未満
悪玉コレステロール	120 未満
血 圧	130/80 未満

1. 上の治療の目標値を目指して糖尿病をコントロールしましょう。この目標値を超えると、糖尿病の合併症（神経障害、網膜症、腎症、心筋梗塞、脳梗塞、足壊疽）の可能性が高くなります。
2. 禁煙も重要です。タバコを吸う糖尿病の方は、心筋梗塞、足壊疽になりやすいからです。
3. かかりつけの先生に定期的に受診し、血液、尿検査をしてもらいましょう。結果をこのパスポートに書いてもらいましょう。
4. 年に一回は受診して網膜を、お近くの眼科医院で診てもらいましょう。結果はこのパスポートに書いてもらいましょう。
5. 3ヶ月間、HbA1c が 8.0 を超え続けるのは、とてもよくありませんので、まず、ご自分の食事、運動を見直し、かかりつけの先生の指導に従ってください。

参加医療機関 (かかりつけ医、眼科医、横浜医療センター)
の取り決め項目

治療の目標値

朝食前血糖値	130 未満
食後2時間後血糖値	180 未満
HbA1c	6.5 未満
総コレステロール	200 未満
LDLコレステロール	120 未満
血圧	130/80 未満

1. 糖尿病の患者さんのページもご参照ください。
2. この連携バスでの診療は、かかりつけ医の先生に毎月受診し、3ヶ月から半年に一回横浜医療センターにて療養指導（栄養、薬剤など）を受けるものです。上の目標値を患者さんに示しております。定期的な検査をお願いします。
3. かかりつけの先生と眼科の先生のデータはこのパスポートの「かかりつけ医院のページ」に御記載いただきたくよろしくお願いします。
4. 3ヶ月間、HbA1cが8.0を超え続けた場合や急激な検査値の悪化（尿タンパク、クレアチニンの上昇）を認められた場合、横浜医療センター内科（糖尿病内分泌内科）にご紹介いただければ幸いです。緊急時はお電話（代表 045-851-2621）をいただきたく存じます。

「 」様のプロフィール

IDナンバー：_____

入院期間：H ____年 ____月 ____日～ ____月 ____日

氏 名：_____ 様(男・女)

生年月日：M・T・S・H ____年 ____月 ____日 才

身長	cm	体重	kg	入時(給食時) HbA1c	%	<p>____様</p> <p>の生活改善ポイント</p> <p>看護師</p> <p>担当:</p> <p>栄養士</p> <p>担当:</p> <p>薬剤師</p> <p>担当:</p> <p>検査技師</p> <p>担当:</p> <p>医師</p> <p>担当:</p>
BMI		体脂肪率			%	
既往歴 (今まで かかった病気)						
糖尿病 の病型	(1型・2型・その他)					
合併症	網膜症 (なし・あり) 神経障害 (なし・あり) 腎 症 (なし・あり) その他 ()					
治療内容	(食事療法・運動療法・薬物療法) 薬品名:					
自 宅	(一人暮らし・ 人暮らし)					
家族の中で 要口となる人						
職 業	通勤 (電車・車・バス・徒歩 ____分)					
調理担当		指 示 エネルギー			kcal	
自己血 糖測定	(なし・あり) 測定器の名前:					
備 考:						

◆今回は(教育入院後紹介・外来逆紹介)です。(どちらかに○)

かかりつけの医師:	_____	_____ 病院	_____ 先生
-----------	-------	----------	----------

かかりつけ医院のページ

日 時	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
	ヵ月後	ヵ月後	ヵ月後	ヵ月後
達成目標	HbA1c 6.5%以下			→
◆検査結果(採血)				
血糖値 空腹時 随時	-----	-----	-----	-----
HbA1c(又はGA)	%	%	%	%
T-CHO				
TG				
HDL-CHO				
LDL-CHO				
Cre				
◆検査結果(尿)				
尿糖				
尿蛋白(ACR)				
◆体 重	kg	kg	kg	kg
体脂肪率	%	%	%	%
ウエスト周囲径	cm	cm	cm	cm
血 圧	/	/	/	/
◆眼所見				
糖尿病網膜症 右	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)
左	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)
変 化 右	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)
左	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)
福田分類(右/左)	(/)	(/)	(/)	(/)
そ の 他				
患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。)				
備 考 (内服薬などの変更があれば記入してください。)				

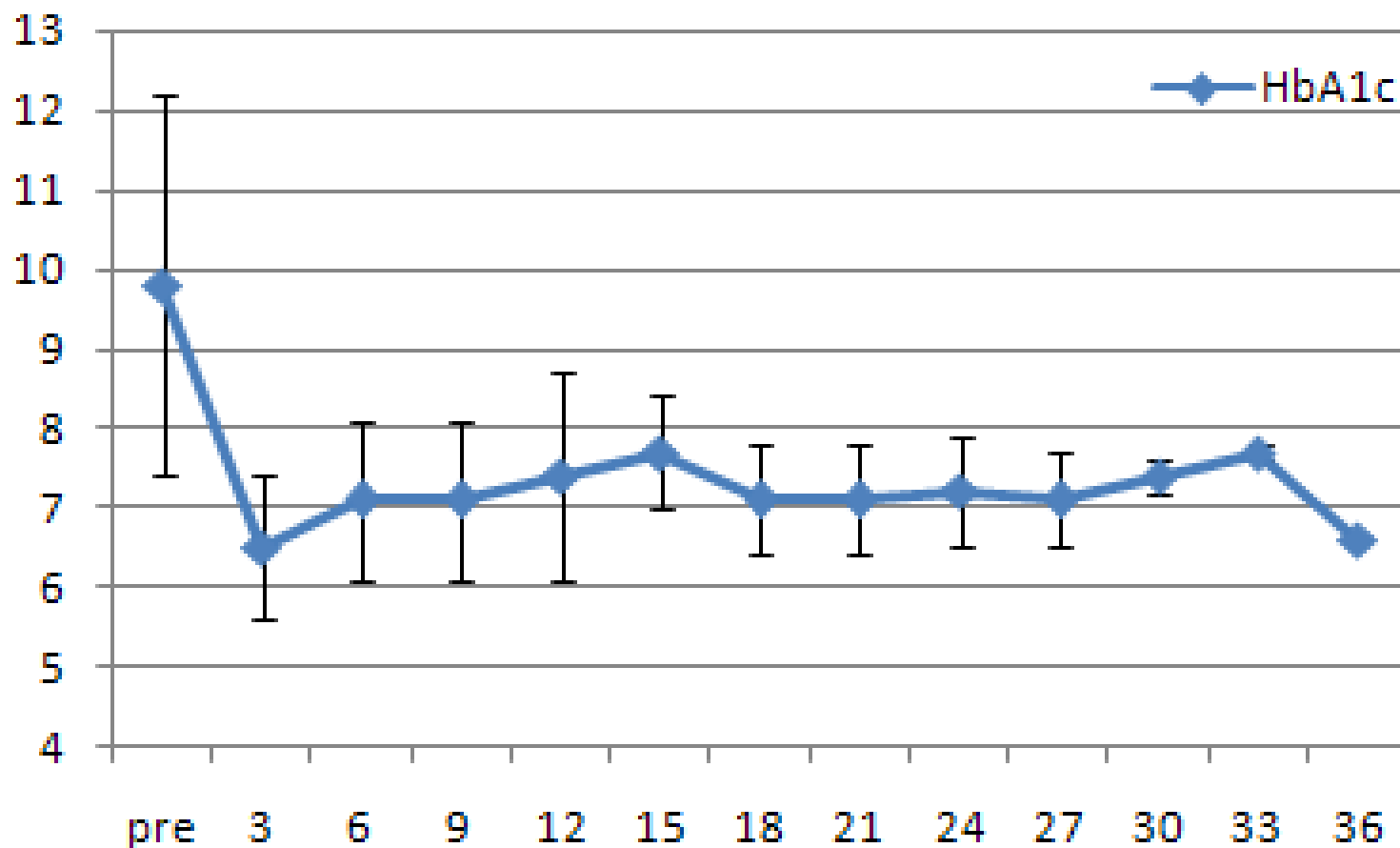
横浜医療センターのページ

日 時	H 年 月 日	看護師
	ヵ月後	
達成目標	HbA1c 6.5%以下	
◆検査結果(採血)		
血糖値 空腹時 随時	-----	
HbA1c(又はGA)	%	担当:
T-CHO		
TG		
HDL-CHO		
LDL-CHO		
Cre		
◆検査結果(尿)		
尿糖		
尿蛋白(ACR)		
◆体 重	kg	
体脂肪率	%	
ウエスト周囲径	cm	
血 圧	/	
◆眼所見		
糖尿病網膜症 右	(なし・軽微・増悪前・増悪)	
左	(なし・軽微・増悪前・増悪)	
変 化 右	(改善・不変・悪化)	
左	(改善・不変・悪化)	
福田分類(右/左)	(/)	
そ の 他		担当:
患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。)		
備 考 (内服薬などの変更があれば記入してください。)		
		担当:

時系列ページ(かかりつけ医と横浜医療のページ)

連携パス患者31名時点でのHbA1cの変動 (横浜医療センター)

HbA1c



パート2 連携パスから地域疾病管理へ

連携パスは進化する

病診連携は進化する

病診連携→連携パス→地域疾病管理

ステップ0

1

2

3

4

顔の見えない連携

急性期病院と診療所の間で紹介率、逆紹介率も低い

顔の見える連携

疾病別・診療科別連携が始まる
紹介率・逆紹介率も増える

診療情報の共有

症例検討や診療情報の共有化
共同診療が始まる

連携パス

連携パスも施設別連携パスから地域連携パスへ進化する

地域疾病管理

さらにP4Pへと進化中

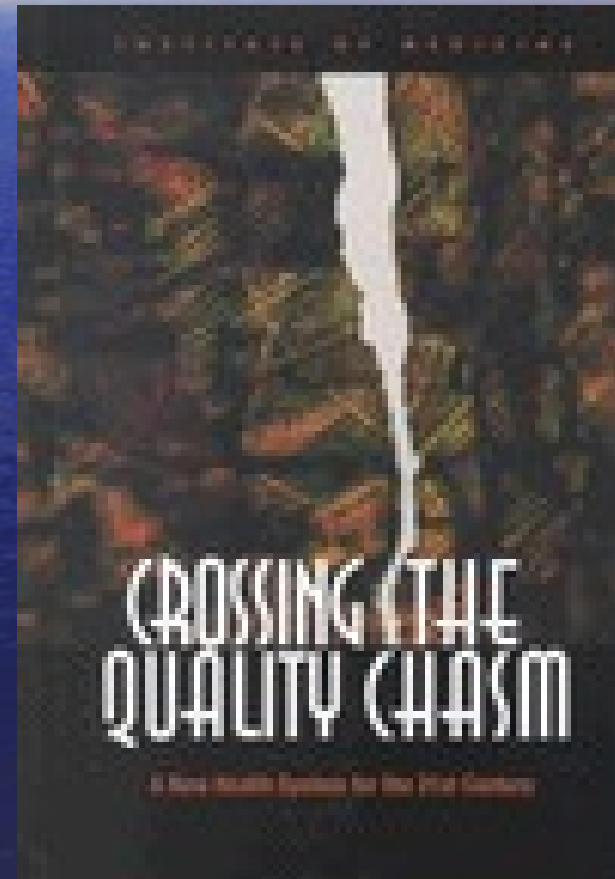
地域疾病管理は先進各国のテーマ

- 慢性疾患の半数以上が適切な治療を受けていない
- 治療の半分以上は合併症の治療
- しかも合併症は回避できる
- 合併症によって医療費が消費されている
- 国民医療費のこれ以上の高騰に国民は耐えかねている
- 今、先進各国が疾病管理モデルの構築を行っている
 - － 米国、英国、ドイツなど

医療の質の亀裂を乗り越えて

ギャップを埋めるためのシステムが疾病管理

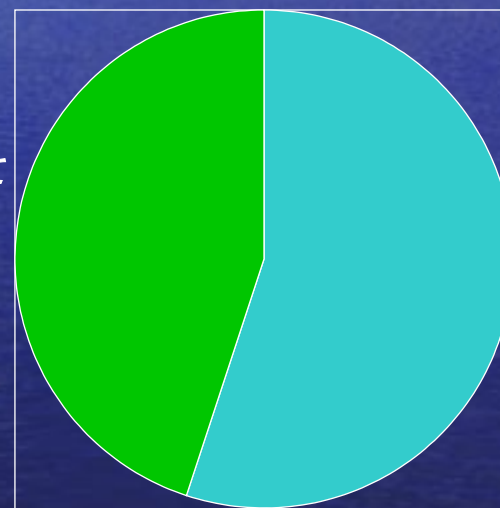
- 慢性疾患があまりに増えすぎた
- 医療のエビデンスが急増しているが、最新のエビデンスが普及していない
- ガイドラインがあることとガイドラインが地域に普及しているかどうかは別問題
- 受けるべき適切な医療と実際に受けている医療の間のギャップがひどすぎる
- このギャップは専門家のどのような努力でも埋めることはできない
- システムを変えなければならない



米国でも半数の患者は 適切なケアを受けていない

- 高血圧 64.7%
- 心不全 63.9%
- 結腸・直腸がん 53.9%
- 喘息 53.5%
- **糖尿病 45.4%**
- 肺炎 39.0%
- 大腿骨骨頭骨折 22.8%

- *Source: Elizabeth McGlynn et al, RAND, 2003*



適切なケアを受けて
いない患者
45%

適切なケアを受け
ている患者
55%

あるべき医療と現実の間のギャップを埋める

- 診療ガイドラインがあることと、ガイドラインを地域に普及することは別のこと
- 診療ガイドラインを地域に普及させる！
- エビデンス・プラクティス・ギャップ！

地域疾病管理プログラム

—合併症・重症化予防プログラム—

- ①慢性疾患の患者を対象
- ②診療ガイドラインに基づいて行う
- ③プライマリケア医と専門医の連携を支援する
- ④患者の自己管理教育を支援する
- ⑤看護師・薬剤師の疾病ケアマネージャー
- ⑥アウトカム測定を行う

地域疾病管理に適した疾患

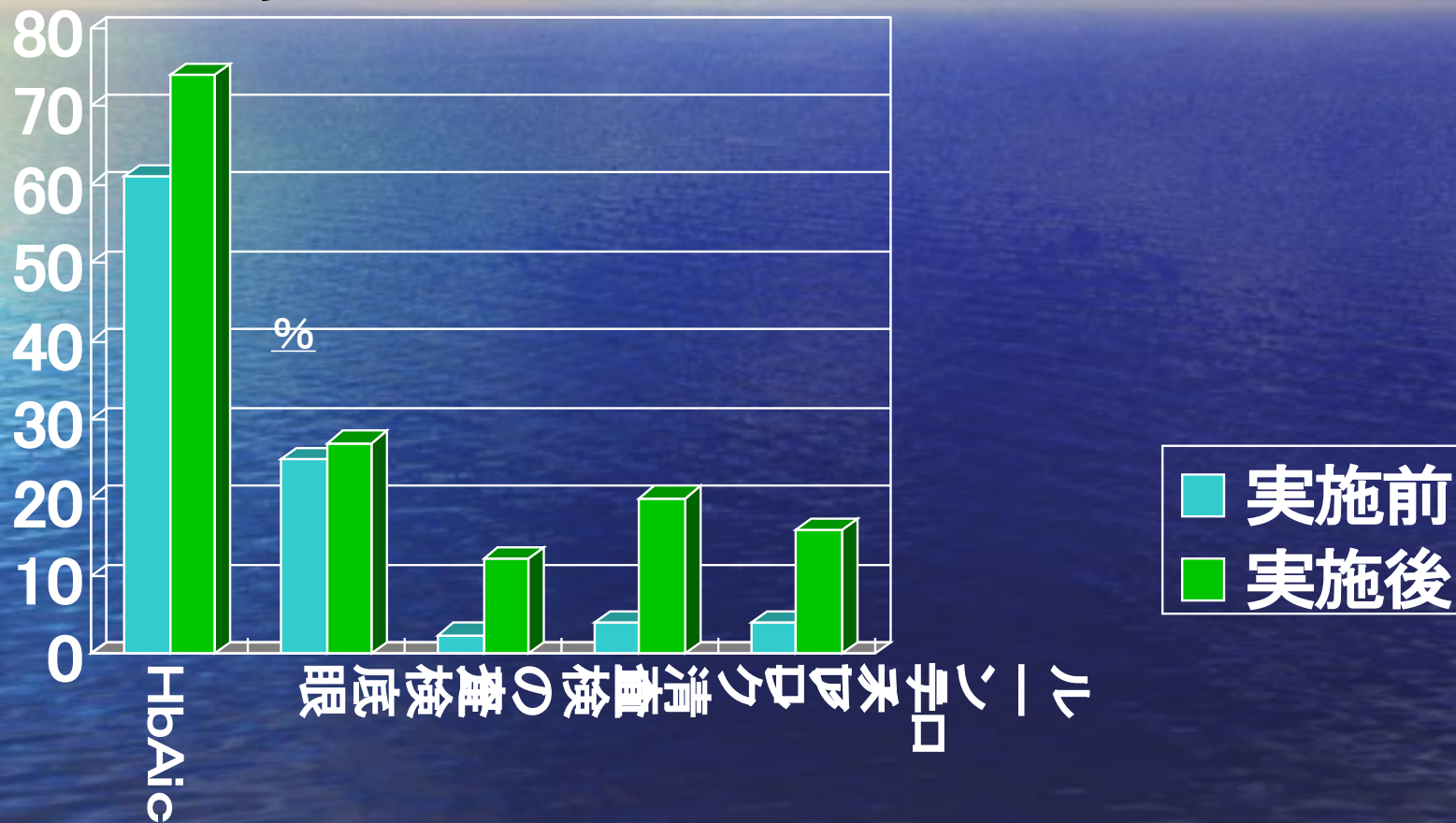
- 患者数が多い慢性疾患
- 診療ガイドラインがある疾患
- 患者経路(クリティカルパス)が定型化できる疾患
- 介入効果を臨床指標で評価できる疾患
- 多職種 of 専門職や専門施設が関与する疾患
- 米国の例
 - － 糖尿病、ぜんそく、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、うつ病、エイズなど

糖尿病疾病管理会社

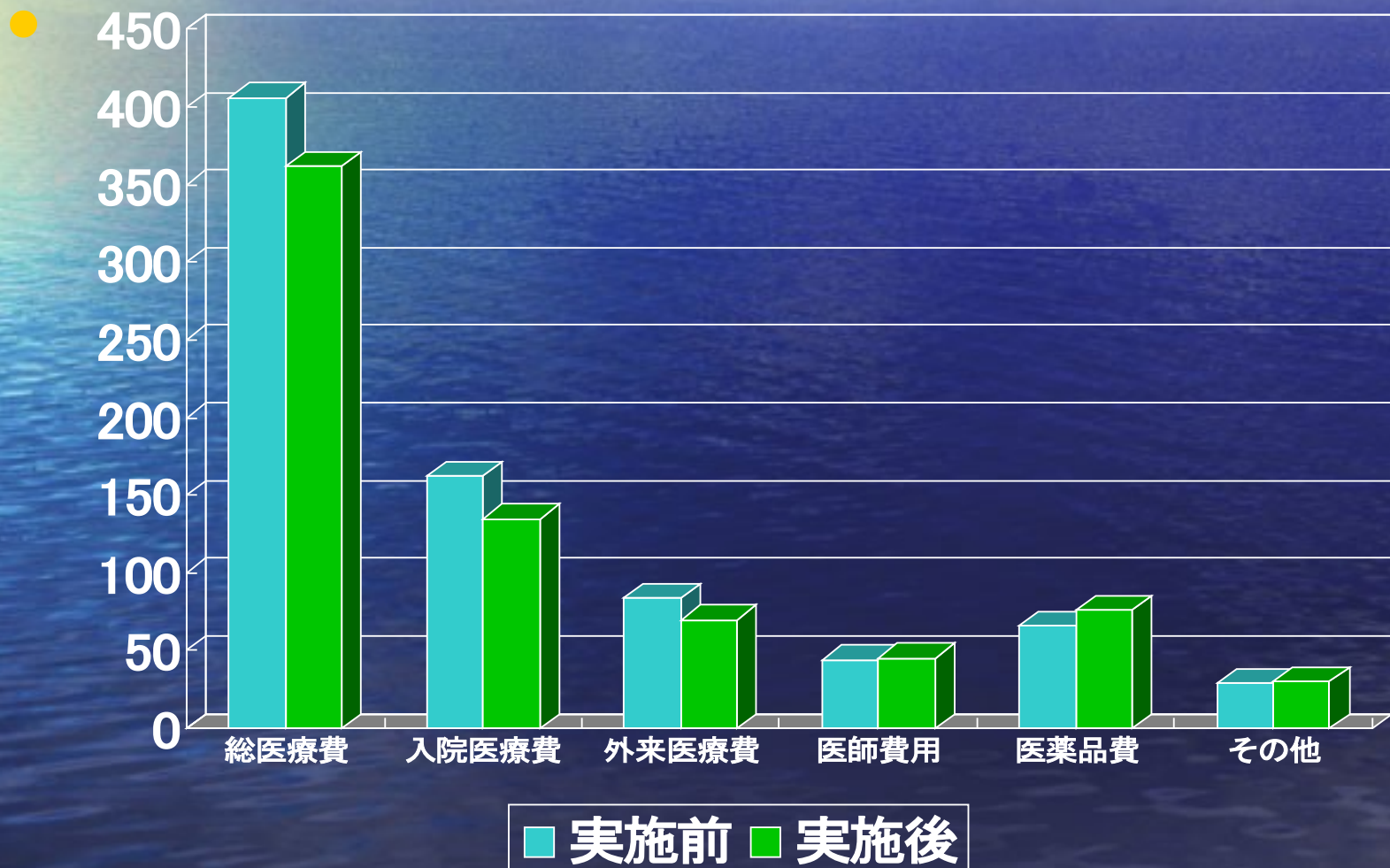
- American Healthways社
- 糖尿病のDMプログラムの成果
 - メディケアの糖尿病患者20、539人の参加
 - 患者1名について1ヶ月あたり114ドル(17%)の医療費削減
 - 医療費削減効果は入院費用の削減で最大
 - 1名について1ヶ月あたり67.91ドル(23%)が削減された

アメリカン・ヘルスウェイ社

糖尿病DMプログラム実施前後の受診率の変化



アメリカン・ヘルスウェイ社の糖尿病疾病管理前後の医療費の変化



アメリカン・ヘルスウェイ社の成功の鍵 看護師によるコールセンター

- 看護師コールセンター

- 経験豊かな糖尿病看護マネージャーが患者に定期的に電話をかけ、糖尿病治療のために教育・支援を提供する
- 看護師が電話をかけて医師の指示に従うよう促し、治療・処置の合理的根拠や重要性を説明するとともに、患者の質問に答えている
- 電話をかける頻度は個々の患者のリスクによって決まり、そのリスクは今後6–12か月間に医療費がかかる可能性を予測するモデルによって決定される

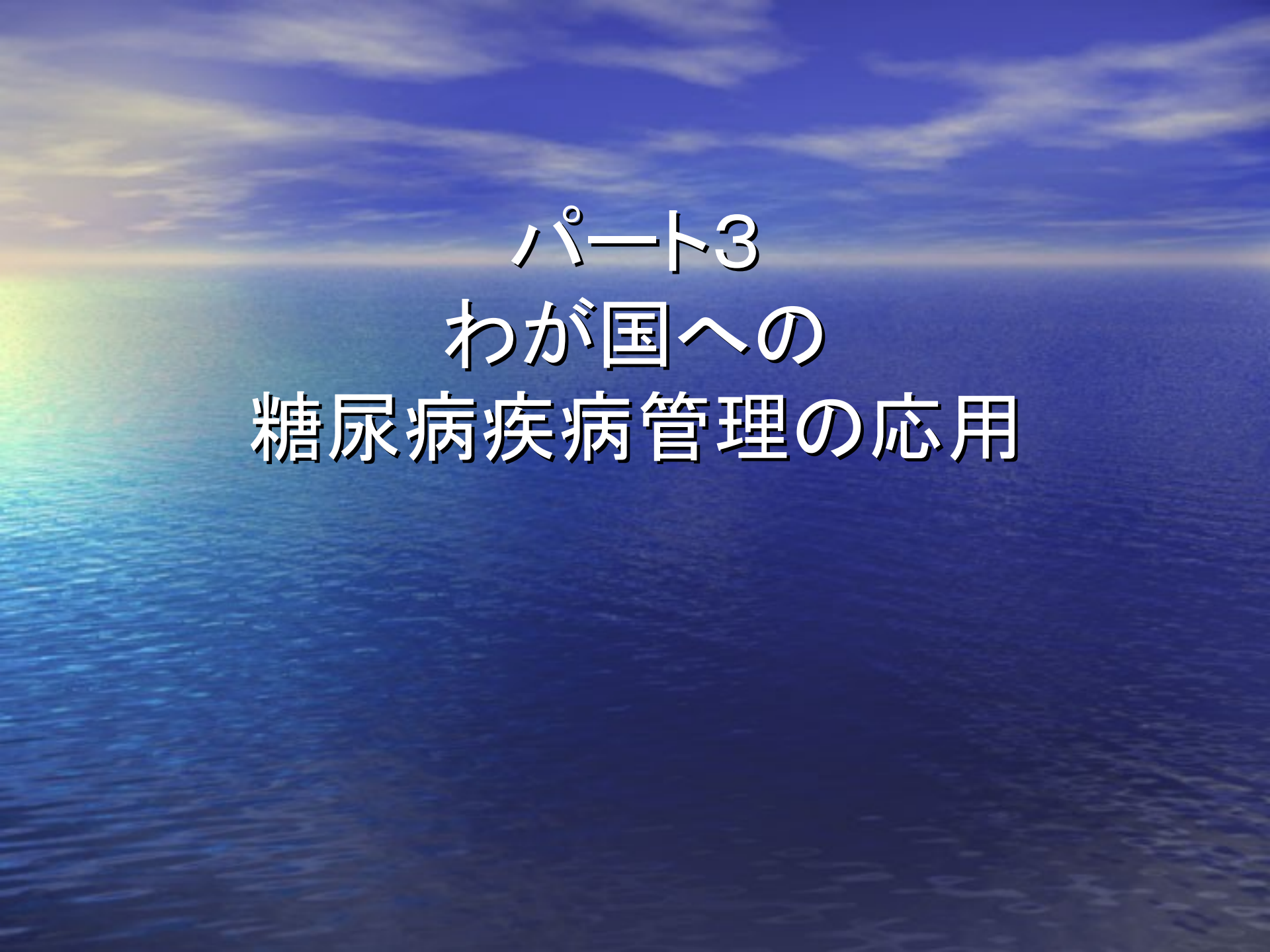
ゲイジッター・ヘルスプランの 糖尿病疾病管理

- ゲイジッター・ヘルスプラン
 - 1985年創業の医師主導のHMO(健康維持組織)
 - ペンシルバニア州を中心におもに郡部をカバーするHMO大手
- 糖尿病疾病管理群と非管理群の比較試験
 - 糖尿病非疾病管理プログラム群(3600人)
 - 患者1人1日あたり502.48ドル
 - 患者1人当たり入院回数は年0.56回
 - ER受診では年0.56回
 - 糖尿病疾病管理プログラム群(3000人)
 - 患者1人1日あたり医療費394.62ドル
 - 患者1人当たり入院回数では年0.12回
 - ER受診ではプログラムでは年0.49回、

糖尿病疾病管理のITツール

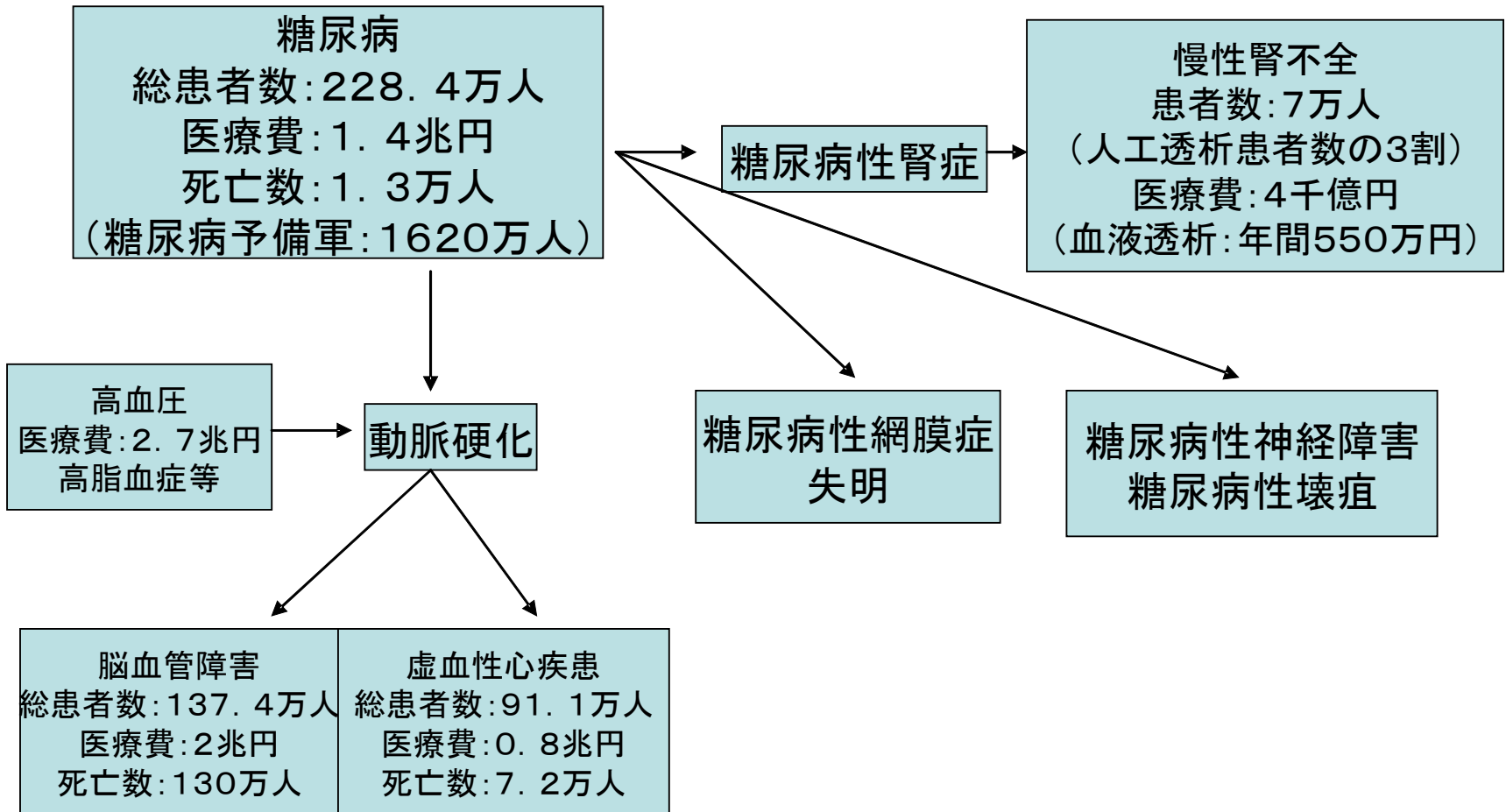
● 糖尿病の疾病管理ツール

- 患者教育ツール、在宅用血糖測定キット、糖尿病専門の疾病管理看護師やコールセンター
- コンピューター支援ツール(カイザー財団のHMO)
 - コンピューターによる患者受診促進システム(リマインダー・システム)を使って検査率をあげている
 - リマインダー・システムと通常の電話による受診促進を比較した研究
 - 通常の電話では患者のHbA1c検査率は44%であったのに対して、コンピューター支援によるリマインダー・システムでは検査率が77%にアップ

The background of the slide features a serene sunset over a vast ocean. The sky is a deep, clear blue, with soft, wispy white clouds scattered across it. On the left side, the sun is partially visible, creating a bright, glowing effect that transitions into a faint rainbow spectrum. The ocean below is a rich, dark blue, with gentle ripples on its surface. The overall atmosphere is calm and peaceful.

パート3
わが国への
糖尿病疾病管理の応用

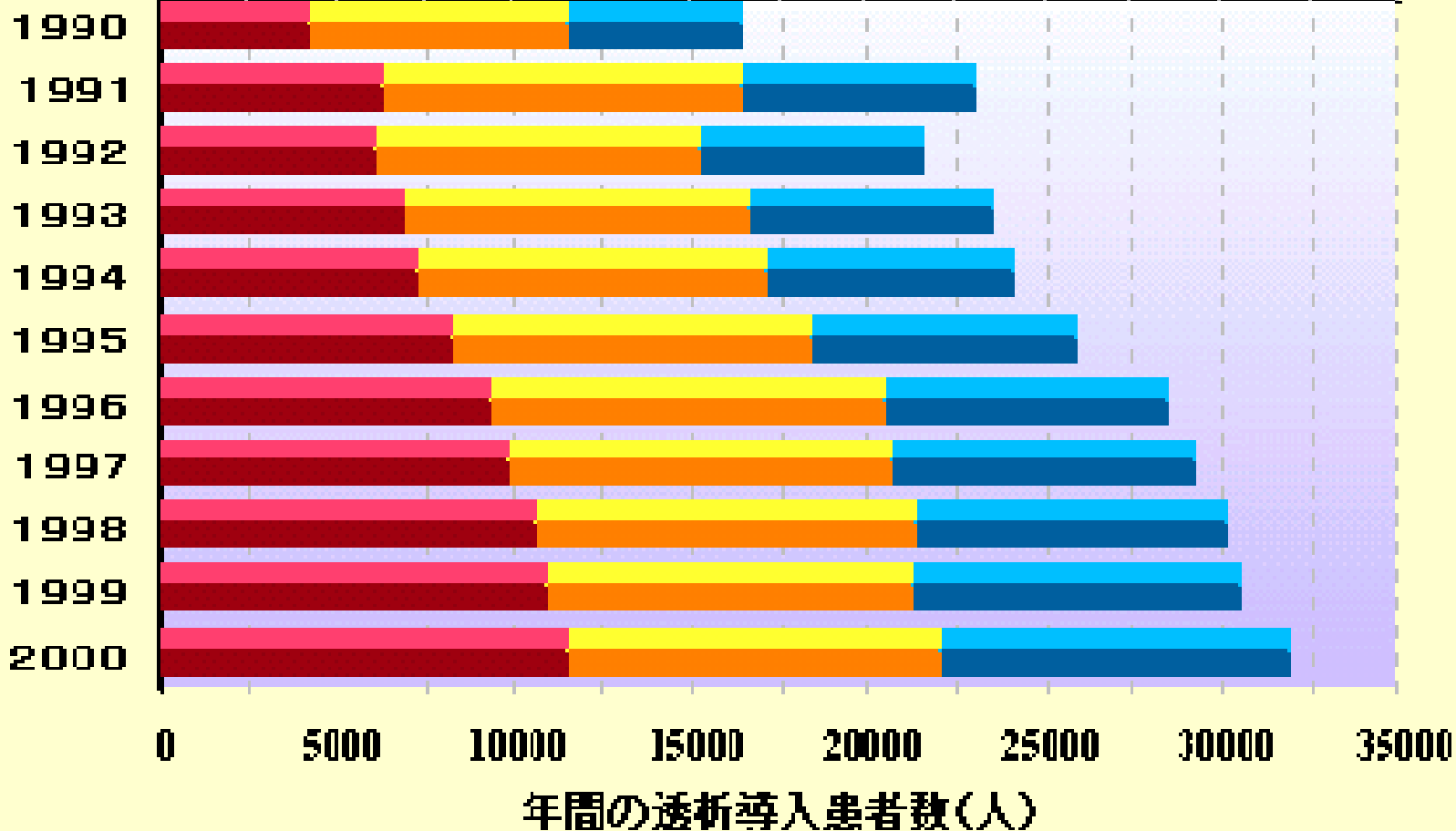
糖尿病を中心とした 生活習慣病の合併症と医療費



糖尿病性腎症による透析導入

■ 糖尿病性腎症 ■ 慢性糸球体腎炎 ■ その他

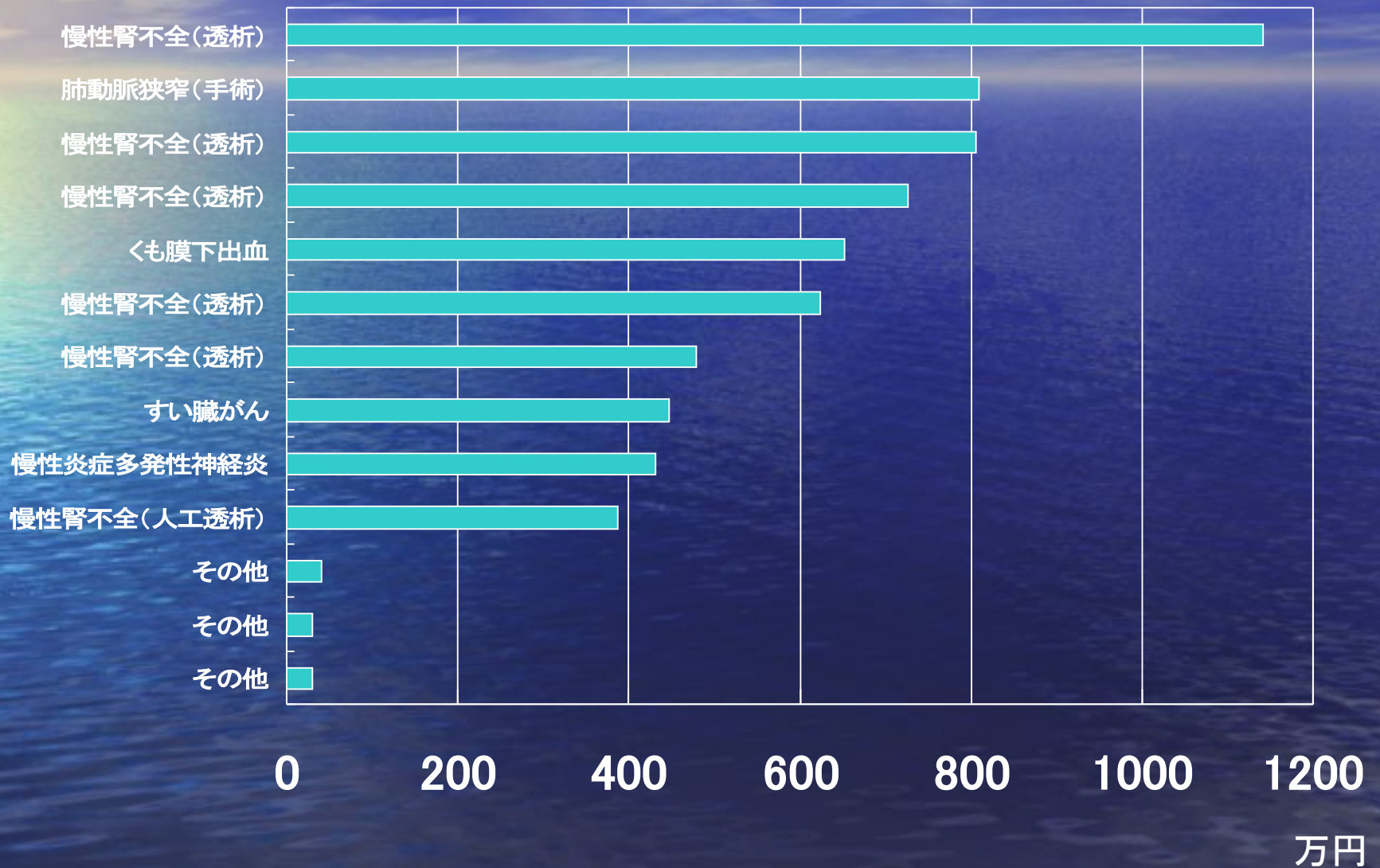
(年)



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - － 糖尿病性腎症による透析7万人
 - － 毎年1万人増えている
 - － 一人当たり年間550万円
- 糖尿病腎症による透析だけで1年間で550億円増えているということ

ある健保組合のレセプト分析より

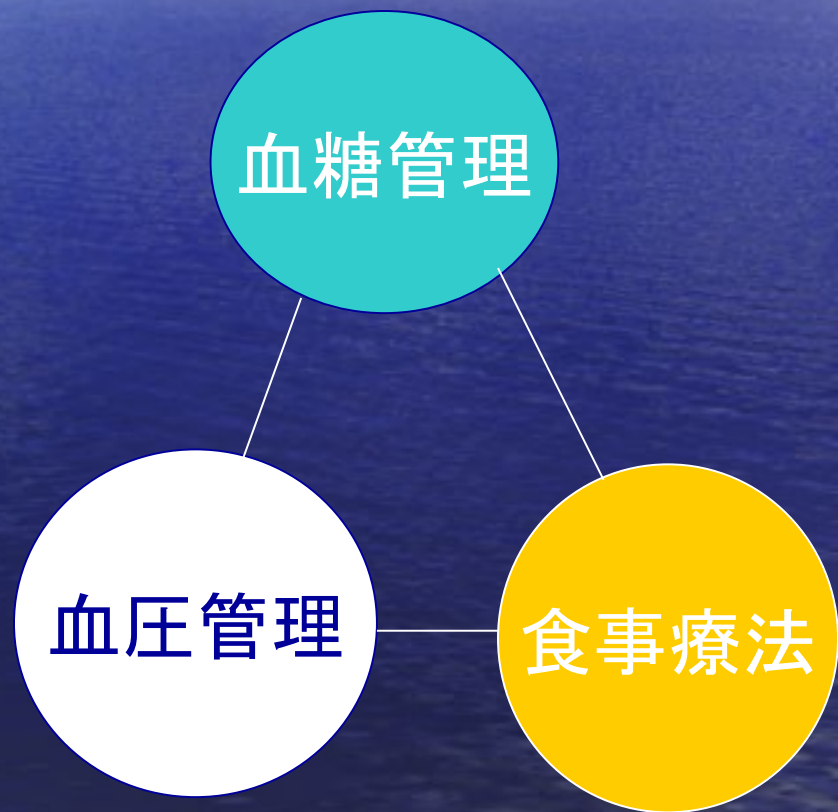


糖尿病の地域疾病管理で
透析導入患者を減らすことはできないか？

プレダイアリシスの地域連携パス

糖尿病腎症保存期の管理

- 糖尿病性腎症の保存期の管理目標
 - ①ヘモグロビンA1Cを6.5%以下
 - ②血圧を120/70mmHg以下
 - ③たんぱく質0.8g/kg



糖尿病性腎症保存期の疾病管理 —透析移行阻止・遷延プログラム—

- 糖尿病性腎症保存期の管理目標
 - HbA1C:6.5%以下
 - 血圧:120/70mmHg以下
 - 蛋白制限食:0.8g/kg
- プレダイアリシスの疾病管理
 - 血圧コントロールを130/80mmHg以下を目標として、ACE阻害剤やARBを用いて行う
 - 血糖コントロールについてはヘモグロビンA1c値6.5%以下を目標として行う
 - 蛋白制限食による食事療法を徹底する
 - 検査としては6～12ヶ月の尿検査、GFR, Hb測定を行う

RMS社のプレダイアリシス疾病管理

- RMS社(イリノイ州)

- 患者同定

- メディケイド患者についてICD-9と請求データからCKD患者を同定重症度で階層化
- 看護師の疾病マネージャーによる電話、家庭訪問
- 開業医と腎臓内科医との連携プログラムを実施

- アウトカム評価

- 開業医における検査率の向上
- 病院の入院率の低下
- 1年間のプログラム実施により15.3%の医療費削減を達成

地域連携クリティカルパスは 日本版疾病管理プログラム

地域連携クリティカルパスを
疾病管理モデルを念頭に作ろう！

地域連携パスと疾病管理プログラム

	地域連携クリティカルパス	疾病管理プログラム
対象疾患	慢性疾患（脳卒中、がん、糖尿病、心疾患、整形疾患など）	慢性疾患（糖尿病、心不全、ぜんそく、COPDなど）
診療ガイドライン	診療ガイドラインを用いる	診療ガイドラインを用いる
病院と診療所の連携を支援	病院と診療所の連携ツール	病院と診療所の連携を支援
多職種チーム	多職種チームによって作成し運用を行う	看護師や薬剤師の役割が重要
アウトカム志向 アウトカム測定	在院日数やADL改善率、合併症率、患者満足度などのアウトカムで評価	在院日数、入院率、合併症率、検査成績などのアウトカムを測定 医療費削減額で評価

糖尿病の連携パスを疾病管理
モデルを念頭において作ろう！

パート4

地域疾病管理とP4P

医療の質に基づく支払い方式
(Pay for Performance:P4P)が
地域疾病管理を推進する

P4Pの定義とは？

- P4P(Pay for Performance)とは**高質の医療提供に対して経済的インセンティブ**を、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、**高質の医療への改善プロセス**を促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる

英国では2004年よりP4Pを導入

- Quality and Outcome Framework: QOF
 - 2004年より新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%
 - * 1ポイントは175ポンド

糖尿病

- 血圧記録 最高3ポイント 25~90%
- 血圧 145/85mmHg以下 最高17ポイント 25~55%
- 微量アルブミン尿試験 最高3ポイント 25~90%
- 血清クレアチニン値 最高3ポイント 25~90%
- ACE阻害剤/A2拮抗剤の服用(蛋白尿、微量アルブミン尿)最高3ポイント 25~70%
- 総コレステロール値記録 最高3ポイント 25~90%
- 総コレステロール193mg/dl(5mmol/l)以下 最高6ポイント 25~60%
- インフルエンザワクチン接種率 最高3ポイント 25~85%

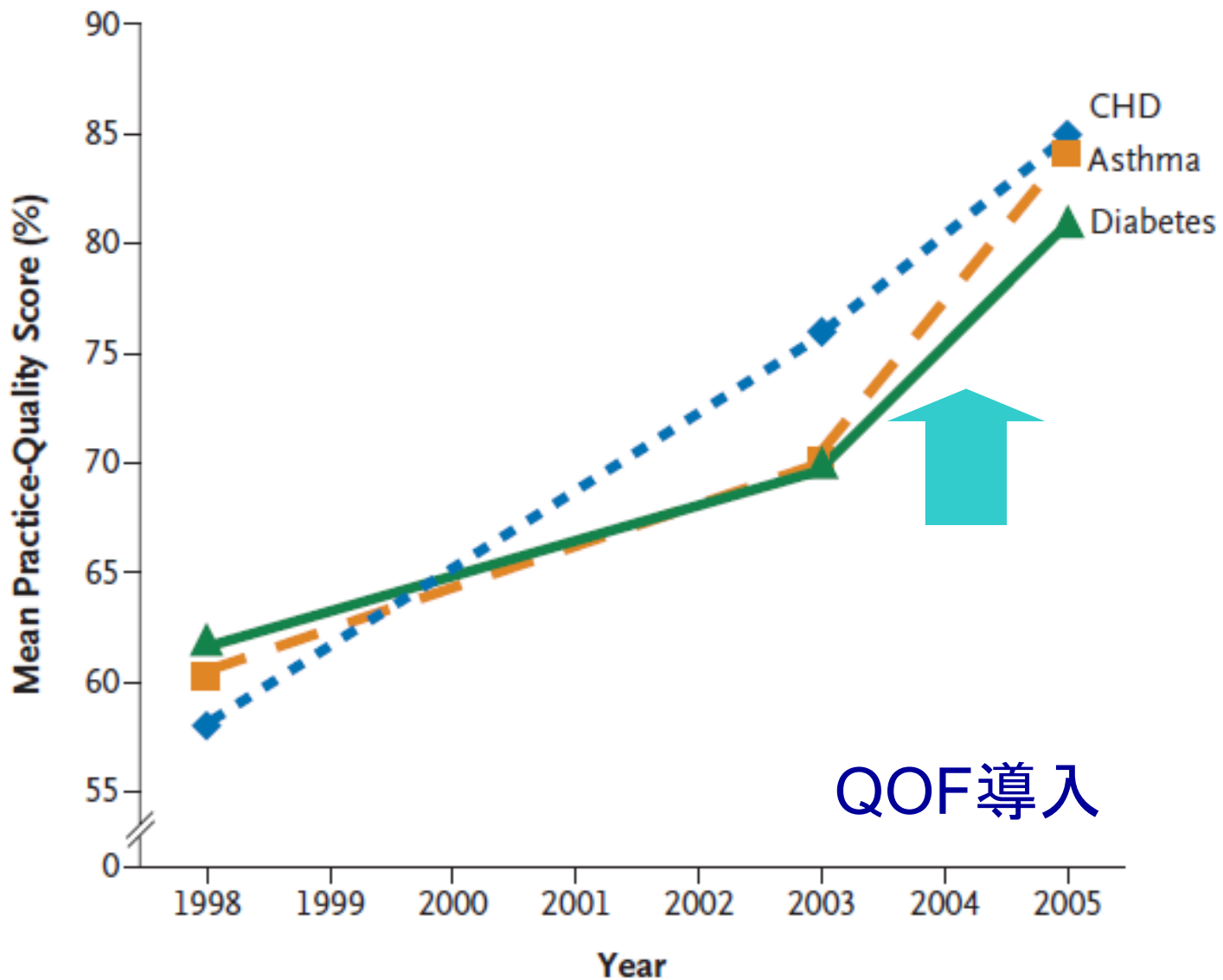


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie

マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのにも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力は手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

地域疾病管理による診療アウトカムを診療報酬で評価する

- 英国のP4Pの成功の秘訣
 - 疾病管理の診療成果にポイント制で点数をつけた
 - HbA1cのコントロール良好患者が多ければ多いほど、ポイントがつく
 - P4Pを支えるITシステム
 - まず日本では地域連携パスのアウトカム評価からはじめては？
 - 医療の質に対する予算投資

地域連携パスを作る時には
疾病管理モデルを参考にしよう

そして地域連携パスや疾病管理モ
デルに対してアウトカム評価を！

P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは

P4P研究会 編 医療タイムス社
版

2007年12月 発行 ページ 229P
サイズ A5ソフトカバー 2,940
円

- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安
- ・英米のp4P臨床指標(資料編)



P4P研究会編(武藤ら)

まとめと提言

- 地域医療連携は今、進化しつつある
- 糖尿病の連携パスを作ろう
- 糖尿病の地域疾病管理をめざそう
- 糖尿病治療アウトカムを測定しよう
日本版P4Pの構築を！

よくわかる医療連携Q&A

- 武藤正樹編著
- 監修
 - － 東京都連携実務者協議会
- じほう
- 発行日2007年2月
- **地域連携クリティカルパスの作り方**
- 定価 2,730円



国際医療福祉大学大学院 ナースプラクティショナー養成分野 4月開講

- 本学では、外来にて慢性疾患管理を行うことができるナースプラクティショナーを養成する
- 領域としては代謝性障害と循環器障害が中心となる
- 看護学についての知識は獲得していることを前提に、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など通院患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。



国際医療福祉大学大学院
東京青山キャンパス

国際医療福祉大学大学院公開講座「乃木坂スクール」 地域連携コーディネーター養成講座 4月開講

- 本講座では、地域連携クリティカルパスや退院支援・在宅医療における医療・介護連携の実践にかかわる諸問題を取り上げます
- 病院の連携業務に携わる方(医師、看護師、MSW、事務等)、ケアマネージャー、訪看ステーション、包括支援センター、保健所、製薬メーカー、医療関係出版社等の方々とともに学んでいきたいと思えます
- インターネットによる受講も可能です
- 12回シリーズで3万5千円です



乃木坂スクール

検索



ご静聴ありがとうございました



本日の講演資料は武藤正樹の
ウェブサイト公開しております。
ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問とお問い合わせは下記まで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp