



国際医療福祉大学

三田病院

回復期リハビリ病棟とP4P

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
国際医療福祉大学医療管理部長
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のコメディカルを育成している。

国際医療福祉大学



東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程：保健医療学専攻、医療福祉経営専攻
臨床心理学専攻

博士課程：保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置（東京・小田原・熱海・福岡・大川）
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価65、000点
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

目次

- パート1
 - P4Pとは？～支払い方式の最新トレンド～
- パート2
 - 回復期リハから始まった日本版P4P
- パート3
 - 拡大するDPCとP4P
- パート4
 - 地域連携パスとP4P

パート1

P4Pとは？

Pay for performance(P4P)

医療の質に基づく支払い方式

～支払い方式の最新トレンド～

内閣規制改革会議でP4Pが 取り上げられる(2007年12月)

- 内閣府の規制改革会議第2次答申
(2007年12月25日)
 - － 議長＝草刈隆郎・日本郵船株式会社代表取締役会長
 - 混合診療の見直し
 - 医師と他の医療従事者の役割分担の見直し
 - 医療従事者の派遣拡大
 - 後発医薬品の使用推進
 - 質に基づく支払い(Pay for Performance: P4P)の推進
 - － 「P4Pの導入に向けた検討を08年度中にスタートすること」

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

A photograph of the Golden Gate Bridge in San Francisco, California, taken from a low angle looking across the water towards the bridge's towers. The sky is a deep blue with scattered white clouds, and the water is dark. The bridge's structure is silhouetted against the sky.

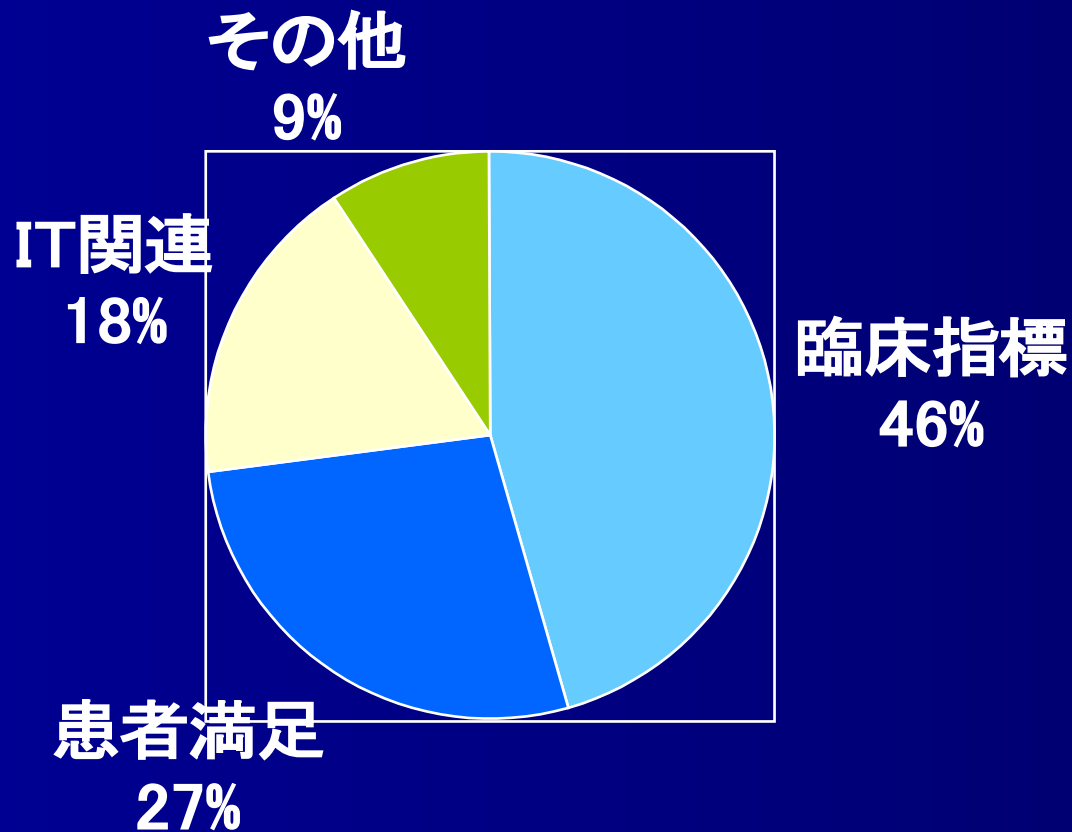
P4Pの国際潮流
～米国の現状～

米国のP4Pプログラムのトレンド

- 2001年
 - プライマリケアグループむけP4P保険プランでスタート
- 2004年
 - 3700病院が質パフォーマンス報告を開始
- 2005年
 - 病院P4Pプログラム
 - 上位10%に対して2%割り増しDRG支払いボーナス
- 2009年
 - メディケアにP4Pの一種である、Value Based Purchase (価値に基づく医療サービスの購入)の導入

質パフォーマンス測定

カリフォルニアP4Pの例



**P4Pとは
臨床指標、患者満足、IT等で評価し
て保険償還でボーナスを与える
支払い方式**

臨床指標

病院向けP4Pプログラム

- 疾患別に臨床指標を設定する
 - 急性心筋梗塞
 - 心不全
 - 市中肺炎
 - 心臓バイパス手術
 - 腰と膝の人工関節手術
- 臨床指標 (clinical indicator)

急性心筋梗塞

<プロセス指標>

1. 来院時にアスピリンの投与
2. 退院時にアスピリンの投与
3. 左室収縮機能不全に対しACE阻害剤の投与
4. 禁煙指導・カウンセリングの実施
5. 退院時に β ブロッカーの投与
6. 来院時に β ブロッカーの投与
7. 来院後30分以内に血栓溶解剤の投与
8. 来院後120分以内にPCIの実施

<アウトカム指標>

9. 入院死亡率

股関節・膝関節置換術

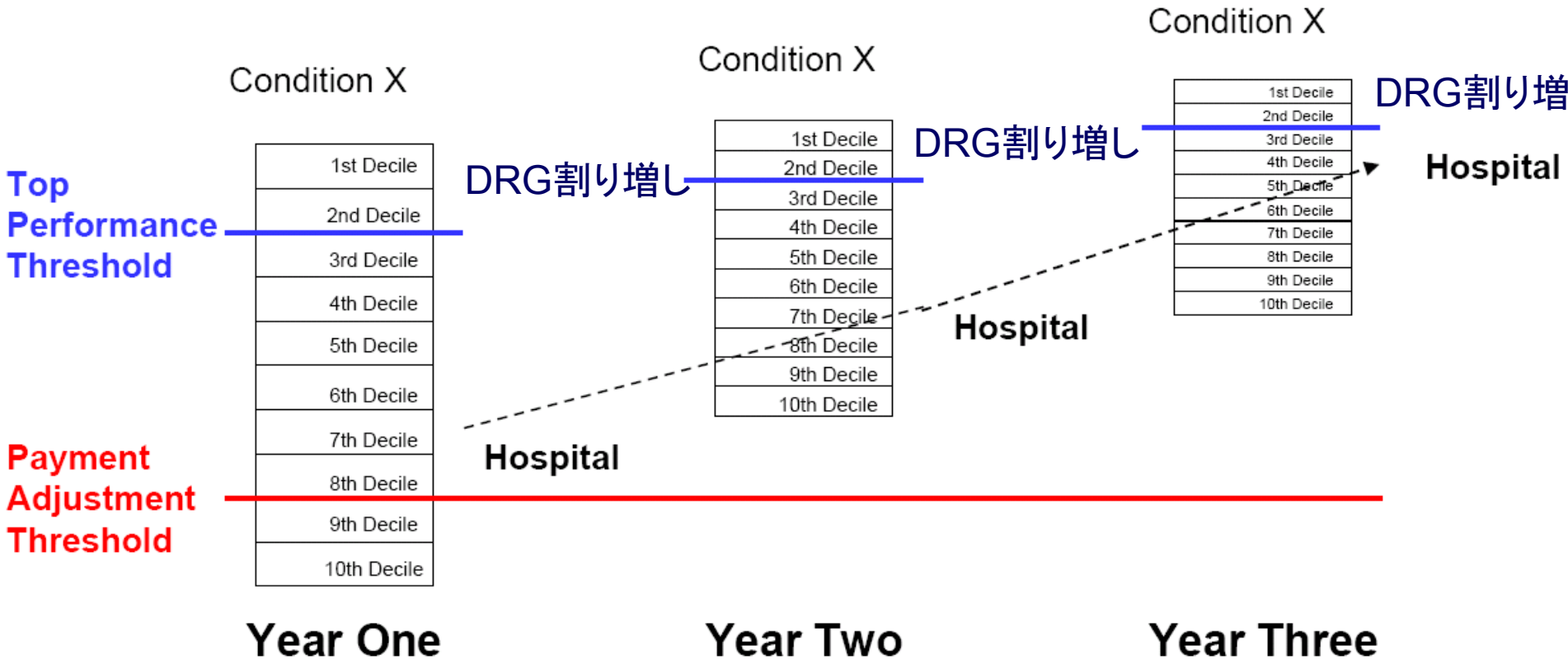
＜プロセス指標＞

- 29. 皮膚切開の1時間前以内に予防的抗菌薬の投与
- 30. 手術患者に対する予防的抗菌薬の適切な選択
- 31. 手術終了後24時間以内の予防的抗菌薬を中止

＜アウトカム指標＞

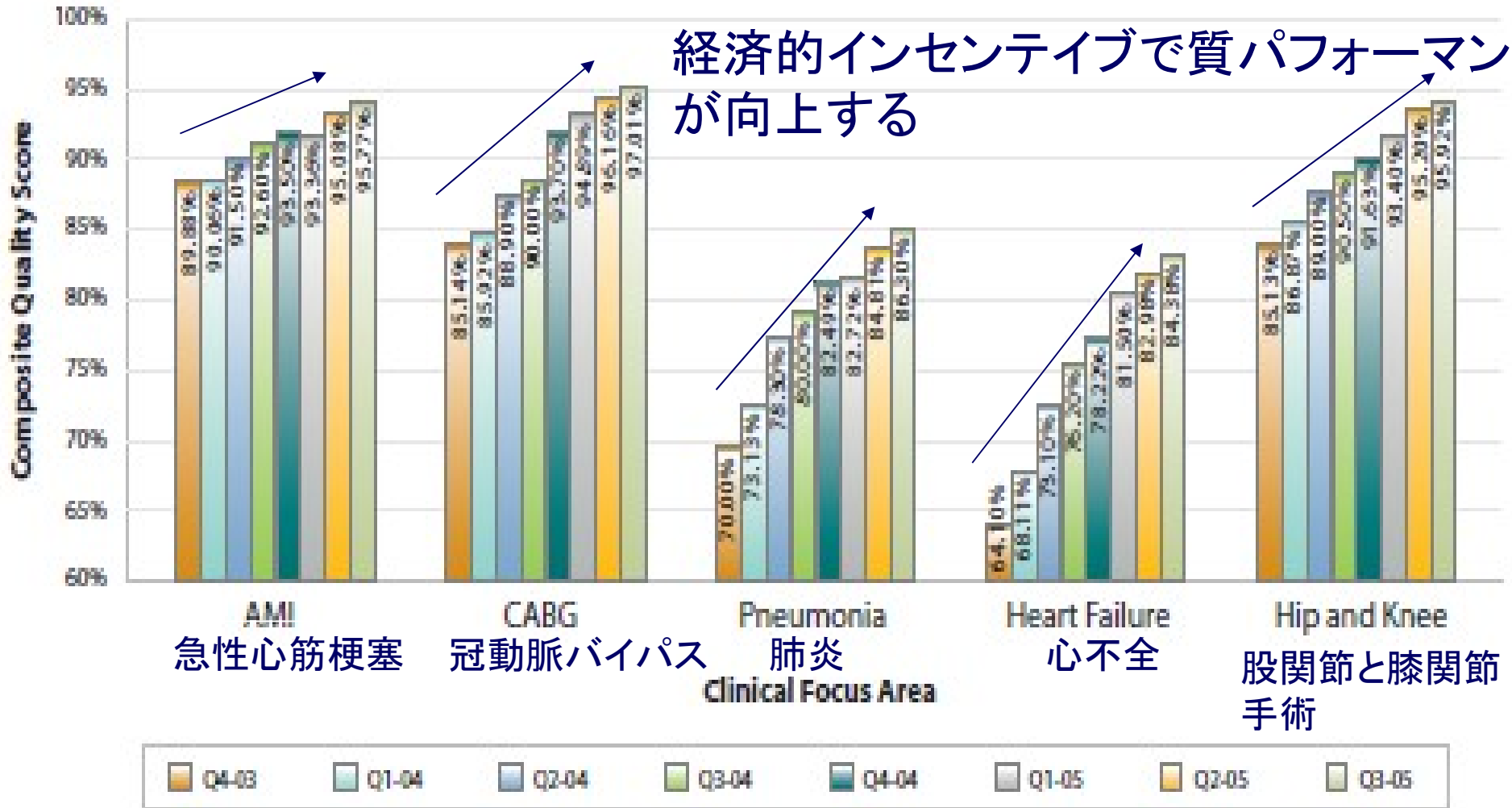
- 32. 術後出血・血腫
- 33. 術後の生理的異常・代謝異常
- 34. 退院後30日以内の再入院
- 35. 自宅への退院・在宅医療

P4P支払いインセンティブ



Composite Quality Score

CMS/Premier HQID Project Participants Composite Quality Score:
Trend of Quarterly Median (5th Decile) by Clinical Focus Area
October 1, 2003 through September 30, 2005 (Year 1 and Year 2 Final Data)



米国のP4Pの最新トレンド

ナーシングホームP4P

在宅医療P4P

ナーシングホームP4P

Nursing Home
Quality Based Purchasing Demonstration

ナーシングホームP4P デモンストレーションプロジェクト

- 2008年から3年計画でCMS (Center for Medicare and Medicaid Services)が実施中
- メディケア対象のナーシングホーム入居者に、パフォーマンス指標を用いた支払い方式のデモンストレーションプログラムを実施
- 4～5州、100施設（半数はコントロール）で実施

パフォーマンス指標

- パフォーマンス指標
 - スタッフィング 30ポイント
 - 適切な入院 30ポイント
 - 質アウトカム(MDSアウトカム) 20ポイント
 - 施設基準サーベイ 20ポイント
- パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
 - 上位20%の高得点群
 - 上位20%の改善群
- ケースミックス調整
 - RUGIIIを使用

パフォーマンス指標

■ スタッフイング

- 正看護師数／延べ入居者数
- 総看護時間(正看護師、准看護師、看護助手)／延べ入居者数
- 看護職の離職率

■ 適切な入院

- 心不全、電解質インバランス、呼吸不全、敗血症、尿路感染症における病院への入院率
- ナーシングホームでの適切な管理により、上記の疾患は入院を予防することができることより

質アウトカム指標 (MDSアウトカム指標)

■ 長期入居者

- － 日常生活動作に介助が必要な入居者割合の増加
- － 入居者の居室への移動能力の悪化率
- － 褥瘡を有するハイリスク入居者の率
- － 膀胱留置カテーテル患者率
- － 身体抑制患者率

■ 短期入所者

- － 日常生活機能のレベルが改善した入居者率
- － 中等度障害者の日常生活動作の改善率
- － 尿失禁の改善に失敗した患者の割合

在宅医療P4P

Medicare Home Health P4P

在宅医療P4P

- 2008年から2年計画のCMSデモンストレーションプロジェクト
- 7州の在宅医療エイジェンシー1700箇所を対象
- オアシス質指標によるエイジェンシーのポイント・レイティング
- パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
 - － 上位20%の高得点群
 - － 上位20%の改善群上位

在宅医療パフォーマンス指標

- 急性期病院への入院率
- 救急外来受診率
- 入浴の改善
- 移動の改善
- 車椅子への移乗の改善
- 服薬コンプライアンスの改善
- 手術創の改善



P4P
~英国の現状~

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

英国版P4P

QOF (Quality Outcom Framework) 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
- 臨床指標 (Clinical Indicator)
 - 指標がよければよいほど、ポイントがつく
 - 1ポイント175ポンド

脳卒中あるいはTIA

- 脳卒中あるいは虚血性脳発作(TIA) 最高点31ポイント
 - 1 患者登録 4ポイント
 - 2 CTあるいはMRI撮影 最高2ポイント 25~80%
 - 3 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 4 禁煙指導 最高2ポイント 25~70%
 - 5 血圧測定 最高2ポイント 25~90%
 - 6 血圧150/90mmHg 以下 最高5ポイント 25~70%
 - 7 総コレステロール値記録 最高2ポイント 25~90%
 - 8 総コレステロール値193mg/dl(5mmol/l)以下 最高5ポイント 25~60%
 - 9 アスピリン服用あるいは抗血小板薬、抵抗凝固薬の服用 最高4ポイント 25~90%
 - 10 インフルエンザワクチンの予防接種 最高2点 25~85%

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%

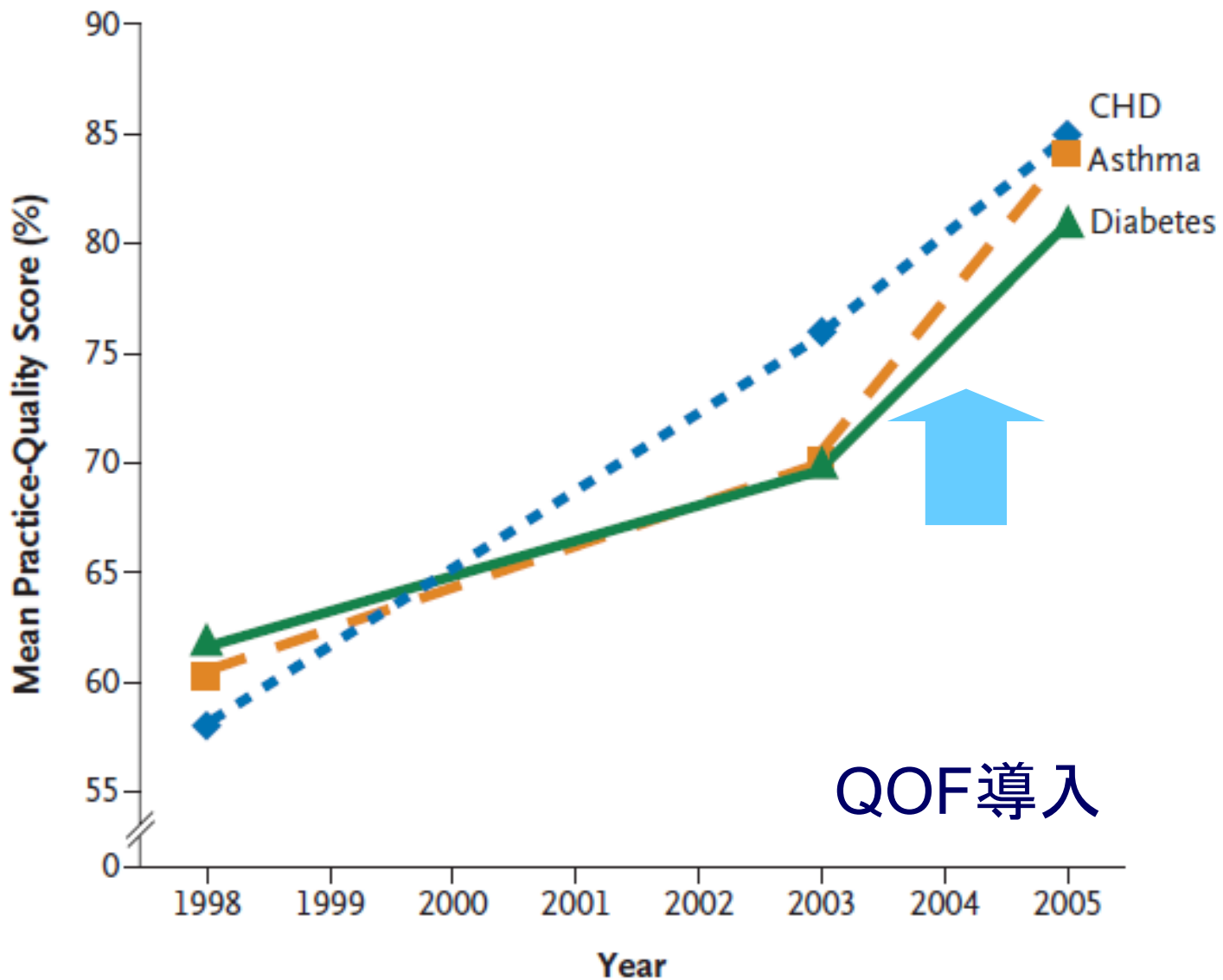


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

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「収入はとうですか？」
- 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の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

A photograph of three women standing together indoors, smiling at the camera. The woman on the left has long brown hair and glasses, wearing a brown blazer over a white top. The woman in the middle has dark hair and is wearing a black blazer over a patterned top, holding a white folder. The woman on the right has dark hair and is wearing a black blazer, with her hands clasped in front of her. The background is a wood-paneled wall.

P4P～カナダの現状～

カナダ・オンタリオ州のP4P

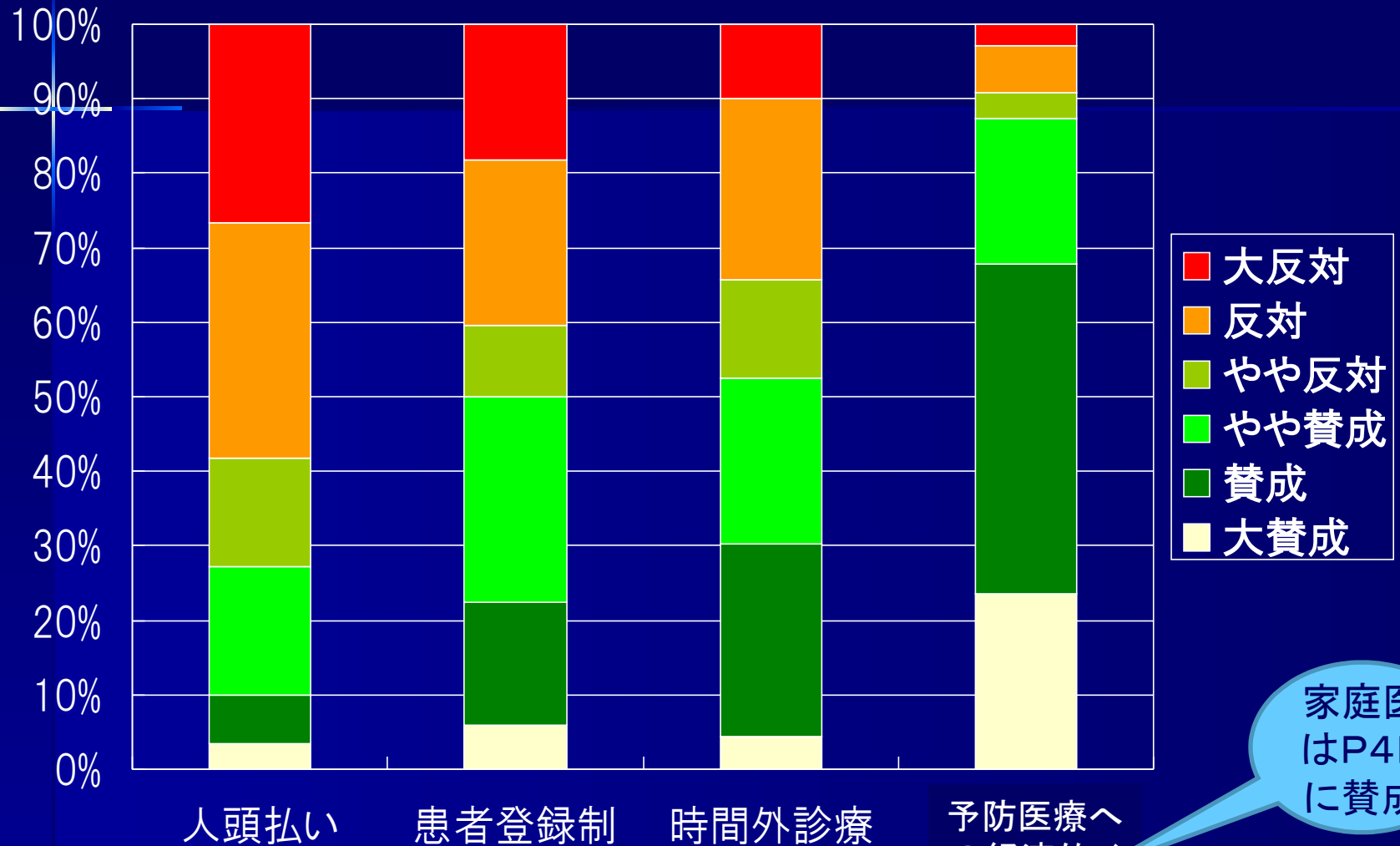
■ 予防医療管理プログラム

- 隔年の子宮頸がん検診 (35-69歳)
- 乳がん検診 (乳房X線) (50-69歳)
- インフルエンザ予防接種 (65歳以上)
- 5種類の小児予防接種 (2歳まで)

■ ボーナス

- 乳がん検診は75%、小児予防接種は90%などの基準を達成すれば、最高2200カナダドルのボーナス
- 不来院患者に手紙や電話で連絡をとると、1件につき6.86カナダドルの報酬

カナダ・オンタリオ州家庭医への意識調査(1)



家庭医
はP4P
に賛成

カナダ・オンタリオ州家庭医への意識調査(2)

- 予防ケアに要する時間に対して適切に支払われていない: 88.2%
- 現状の経済的インセンティブは、他の予防ケアにも拡大適用すべきだ: 81.1%
- 現状の経済的インセンティブは、一部の慢性疾患管理にも拡大適用すべきだ: 84.4%

[Andersonら, 2007]

Healthcare*Papers*

New Models for the New Healthcare

**Pay-for-Performance in Publicly Financed Healthcare:
Some International Experience and Considerations
for Canada**

George H. Pink, Melanie L. Studer, Kristin L. Reiter, Peggy Lestt
and Adalsteinn D. Brown

**Is Pay-for-Performance Moving North? P4P Prospects
in the Canadian Healthcare System**

Bruce E. Landon

**Paying for Performance: Neither the End of the
Beginning nor the Beginning of the End**

Tony Culyer

**The Cost of Pay-for-Performance in Healthcare:
An Alternative View**

Brian R. Golden

Pay-for-Performance – Can It Work in Canada?

Thomas E. Feasby and Cindy Gerdes

Pay-for-Performance = Pay for Quality?

Eliot Halperin and Dave Davis

**Individual Pay-for-Performance in Canadian
Healthcare Organizations**

Moshe Greengarten and Mark Hundert

**Mixing the Oil with the Water: Pay-for-Performance in
Canadian Healthcare**

Les Vertesi

What Pay for What Performance?

Alan R. Hudson

The Authors Respond

カナダの雑誌で
P4P特集
(2006年5月)

巻頭論文と
8本のコメント



各国のP4Pのパターン

<指標>

- アウトカムを評価
 - 閾値設定・絶対評価
 - 閾値設定・相対評価
 - 実績に比例
 - 改善率に比例
- プロセスを評価
 - 遵守率・閾値設定
 - 実施数・閾値設定
 - 実施数に比例
 - 改善率に比例
- ストラクチャーを評価
 - IT導入など

<支払い方式>

- 人頭払い+ボーナス
- 一入院包括+ボーナス
- 出来高払い+ボーナス
- 加算
- 減算
- 係数



P4Pは包括化との関連が強い

- 診療報酬の包括化により医療の質が問われる
 - － 過小診療、粗診粗療
- ガイドラインに基づいた医療が実施されているのか？
- 質の検証が必要
- 質に対するインセンティブが必要

パート2
回復期リハから始まった
日本版P4P



08年診療報酬改定と 日本版P4P



中医協

回復期リハビリにP4Pが導入！

回復期リハビリに対する 質評価導入の基本的な考え方

- 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

回復期リハビリテーション病棟に 対する質の評価の基準

- 基準1 在宅復帰率
 - 60%以上
- 基準2 重症患者の入院率
 - 15%以上
- 基準3 重症患者の改善率
 - 30%以上

【重症者回復加算】 50点(1日につき)

■ [算定要件]

- － 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

■ [施設基準]

- － 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

■ 評価指標

- － 日常生活機能評価表

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が高いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

リハビリP4Pに対する意見

■ 中医協の質疑から

- 鈴木満委員（日本医師会常任理事）は「回復期リハはこういうもので測れるのか。評価自体は良いが弾力的に対応できるようにお願いしたい」と基準について再検討を求めたが、成果主義の導入には賛成した。

日常生活機能評価について

- 竹嶋康弘委員(日本医師会副会長)は「この指標は良くない。ほかにも(代表的な指標が)2つあるので、専門家の意見を聴いてしっかり作ってほしい」と改善を求めた。
- これに対して、原課長は「ご専門の竹嶋先生がおっしゃるようにFIMなどもよく使われているが、若干、運動器リハ向きの指標だと思っている。いくつかの指標を組み合わせることも検討したが、在宅復帰を目的とする回復期リハの指標としては全体的にこの指標が良いと考えた。今後、ブラッシュアップしていきたい」と回答した。

リハビリP4Pに対する意見

- 今年2月1日の中医協総会で、遠藤久夫委員（医療経済学）が以下のように慎重な意見を述べている
- 「世界的にP4Pの動きは見られるが、パフォーマンスの指標の中心はプロセス評価でありアウトカム評価は少数であり、アウトカム評価は難しいというのが趨勢である。加えて、アウトカム評価はこれまでわが国の診療報酬支払いには無かった概念である。ゆえに、あくまでも『試行的』に実施されるのであって『検証』をしっかりとやることを確認したい」

平成20年度診療報酬改定の 結果検証に係る特別調査

- 回復期リハ病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査
 - － 試行的に導入された「質の評価」により、患者の状態の改善の状況はどうなっているのか。又、患者の選別が行われていないか等の調査を行う。
 - － 調査実施 平成21年7月～8月
 - － 調査票回収・集計 平成21年9月
 - － 調査結果報告 平成21年10月～11月

K病院回復期リハ病床の 日本版P4P検証例

- ① 回復期リハビリ
病床数:135床

- ③リハ種別
 - － 脳血管等リハビリテーション料 I
 - － 運動器リハビリテーション料 I

■ ③マンパワーの状況

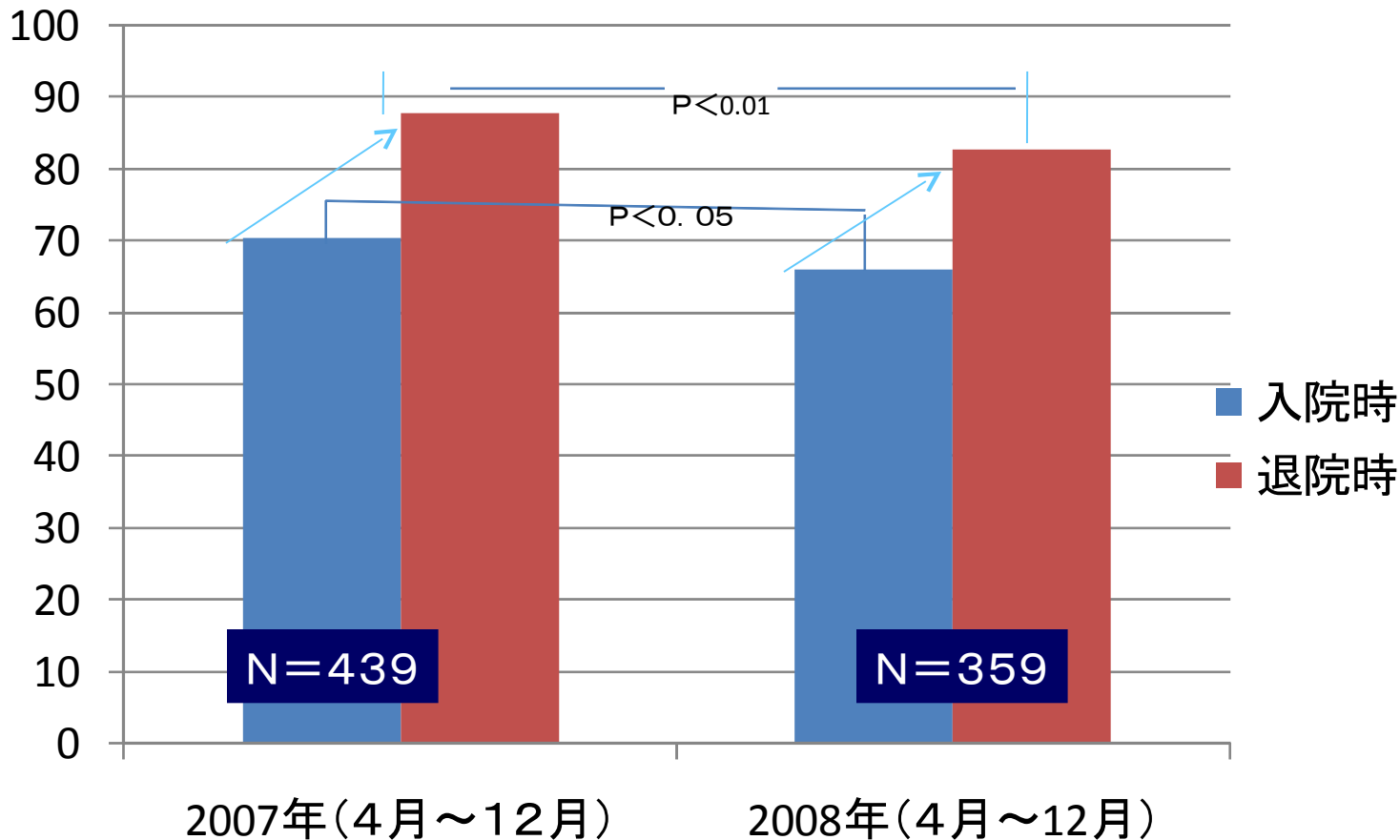
	2007年	2008年
－ 医師	7	7
－ 看護師	46	48
－ 介護士	23	25
－ 理学療法士	39	43
－ 作業療法士	22	24
－ 言語聴覚士	10	11
－ MSW	6	6

- 国際医療福祉大学大学院修士2年生高原隆志氏資料より

回復期リハビリ病棟のFIM値

～診療報酬改訂後のほうが有意に重症者が多い
しかし、改善率には有意差なし～

FIM

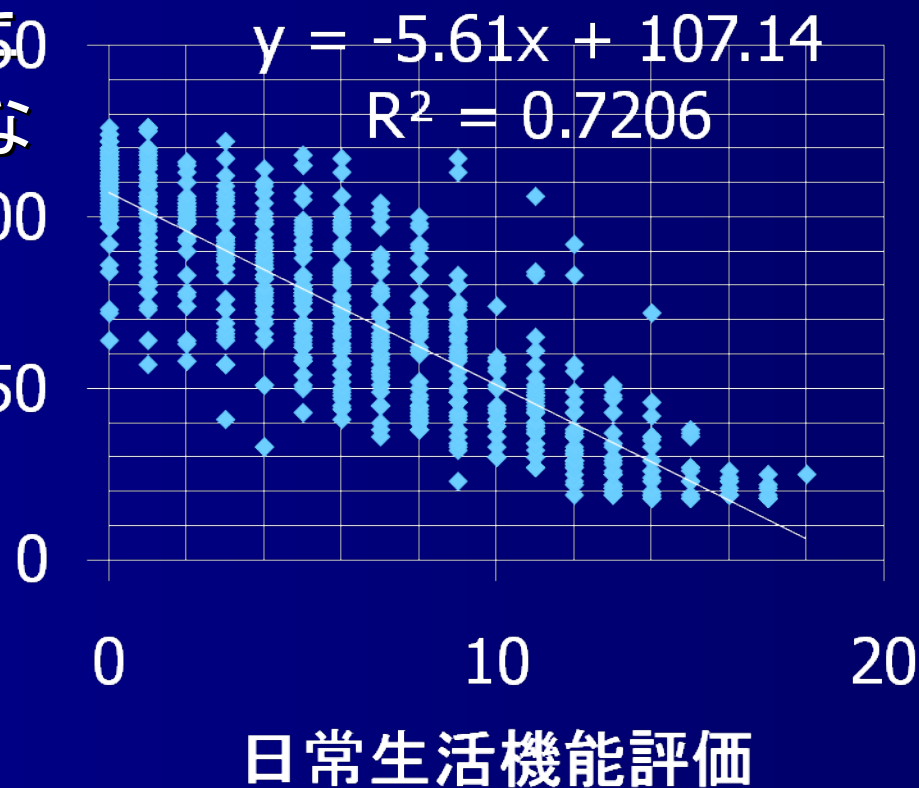


日常生活機能評価票を使って改定前後の影響評価を検証中

- FIMでは改定前後150改善率に有意差はなかった

- 診療報酬改定 Σ FIM
用いている日常生活機能評価

票で改定前後の影響評価を検証中



08年診療報酬改定 「褥瘡評価実施加算」

看護P4P

(新設) 褥瘡評価実施加算(1日につき15点)

- 褥瘡評価実施加算 15点(1日につき)
 - ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを評価し、加算を創設する
 - これにより、各病棟における褥瘡の発症予防等の取組が促進され、医療の質の向上が期待される。
- [算定基準]
 - ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること
- 質報告に対する診療報酬
 - Pay for Reporting (P4R)

パート3

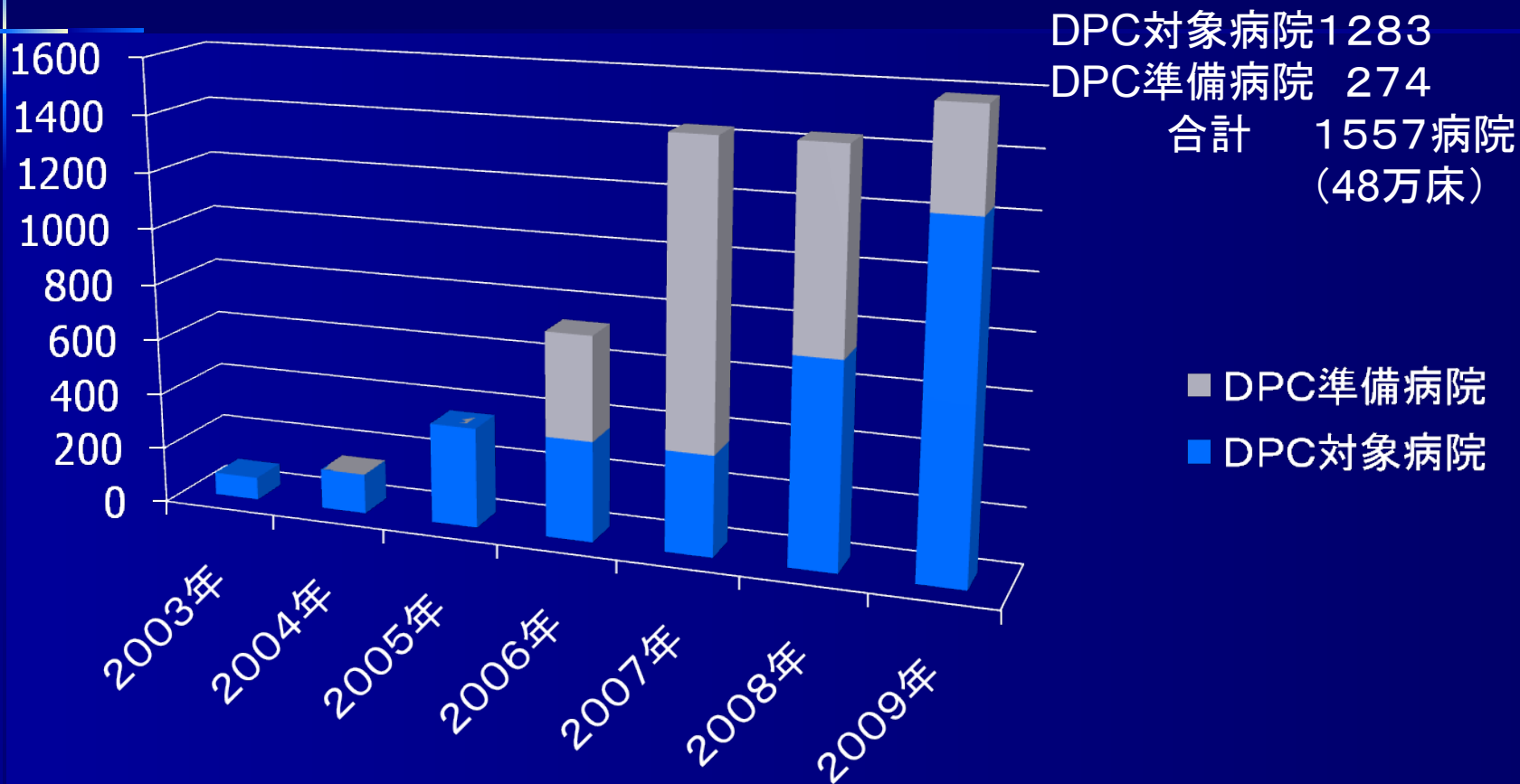
拡大するDPC病院とP4P

DPC関連病院、現在その数1288病院

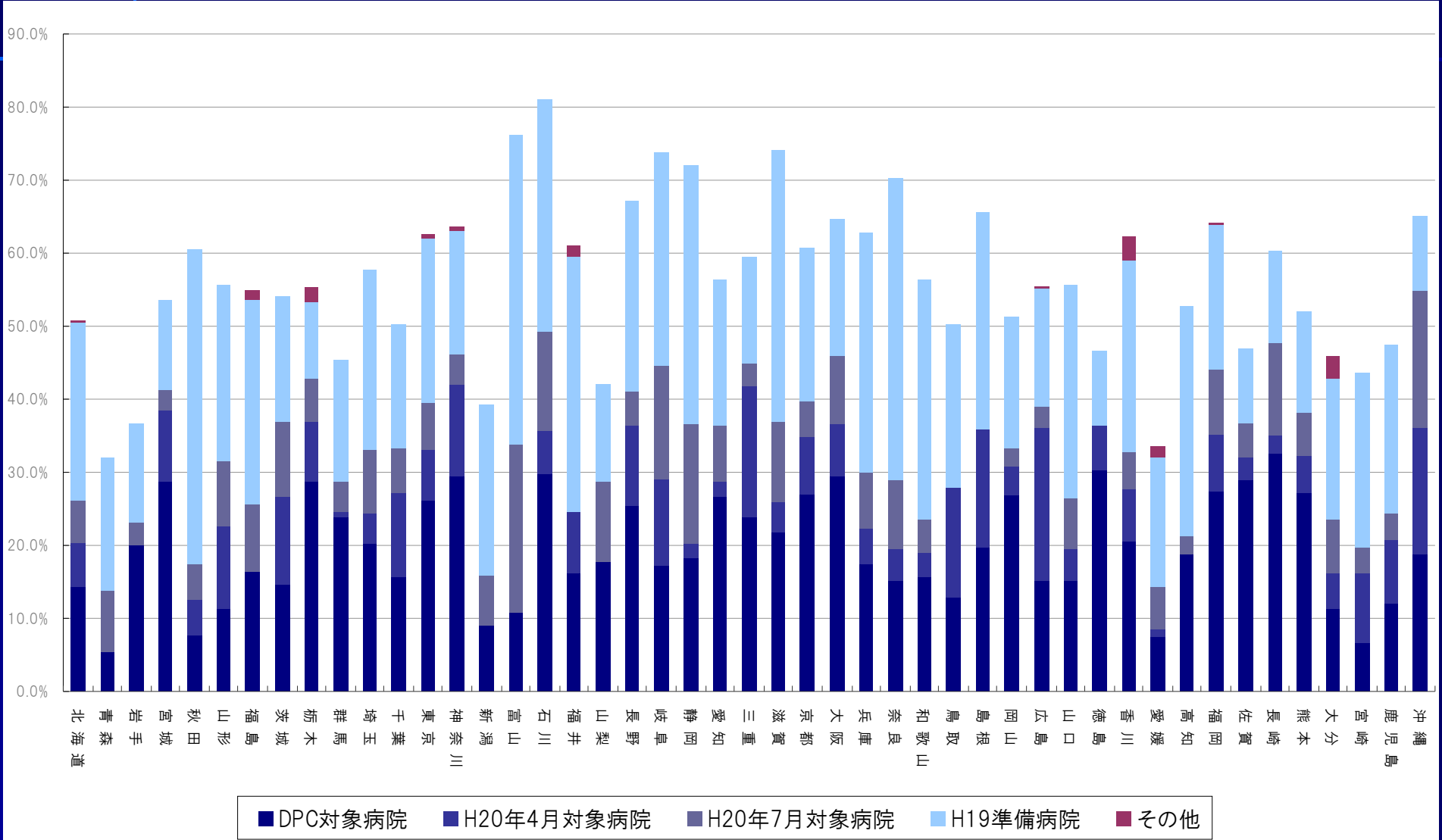


三田病院もDPC準備病院

DPC関連病院の拡大



一般病床に占めるDPC関連病床割合



**調整係数は2010年から
段階的に消える！**

新たな調整係数の議論が始まる

三田病院の医療機関別係数：1. 2087

新たな「医療機関別係数」

- ・ 現在の「医療機関別係数」

○現在の機能評価係数

- ・ 入院時医学管理加算

0.0299

- ・ 医療安全対策加算

0.0015

+

○調整係数

- ・ 新「医療機関別係数」

○機能評価係数

- ・ 入院時医学管理加算

0.0299

- ・ 医療安全対策加算 0.0015

+

○新たな機能評価係数

- ・ 機能評価係数A

- ・ 機能評価係数B

- ・ 機能評価係数C

.....



段階的導入

DPC病院支援セミナー (09年4月11日)

- 国際医療福祉総合研究所・(株)医療福祉経営審査機構共催セミナー
- DPC拡大と課題
 - － 厚労省保険局宇都宮企画官
 - － 東邦大学医療センター大森病
 - 小山教授(DPC評価分科会)
 - － 事例
 - 相澤病院
 - 筑波記念病院



保険局宇都宮企画官

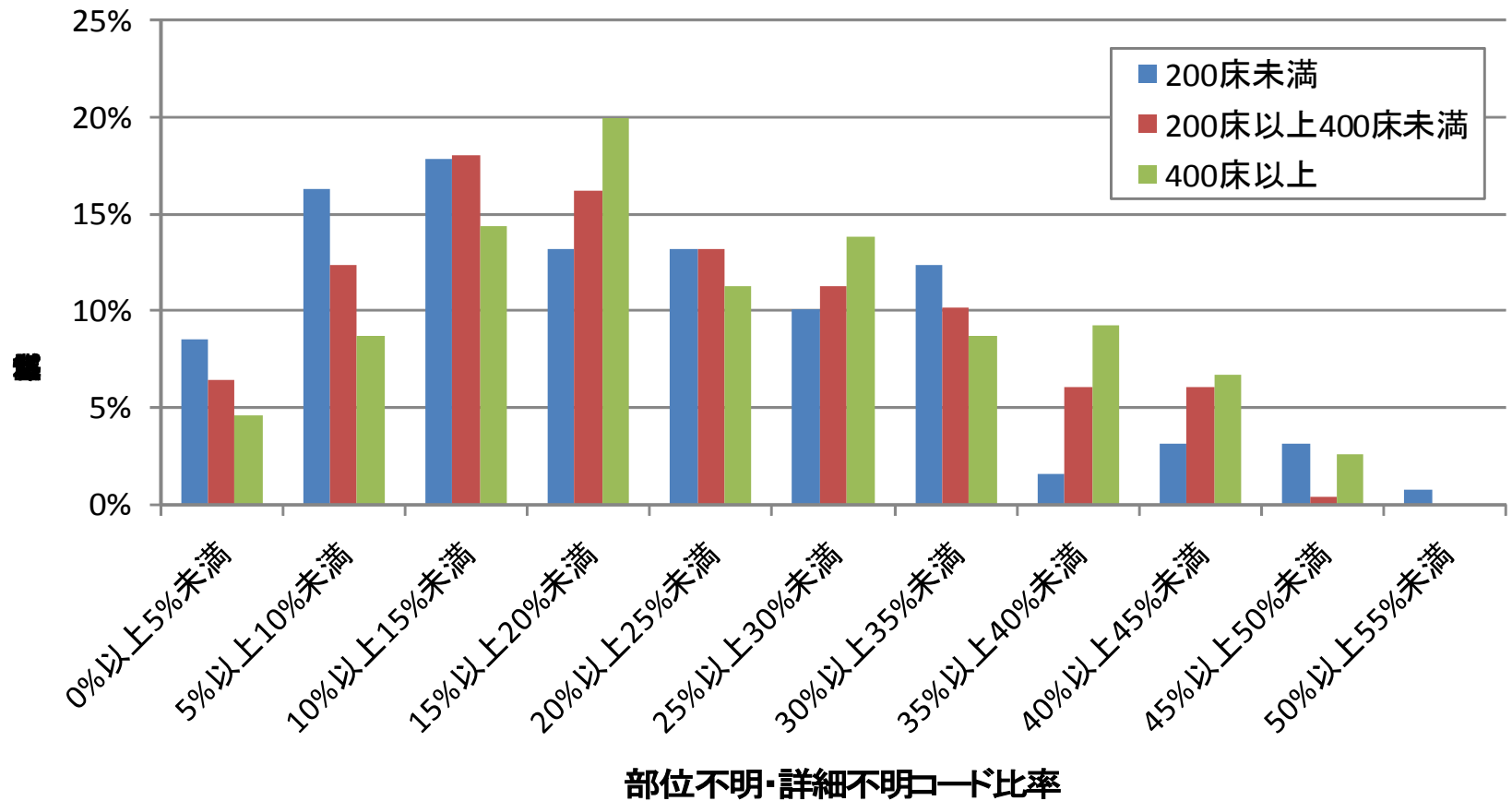
新機能評価係数(中医協3月23日)

- DPC評価分科会(分科会長:西岡清・横浜市立みなと赤十字病院院長)
- 新機能評価係数を以下で整理し候補リストをあげた
 - － (1)DPCデータで分析可能であるもの
 - － (2)DPCデータで一分析が可能であるもの
 - － (3)既存制度と整合性を図る必要があるもの
 - － (4)データ提出で医療機関の負担がおおきいもの
- 4月10日DPC評価分科会で項目の検討

A. DPC 対象病院において評価を検討すべき項目

1. DPC データを用いて分析が可能であるもの
 - ① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価
 - ② 効率化に対する評価
 - ④ 複雑性指数による評価
 - ⑤ 診断群分類のカバー率による評価
 - ⑥ 高度医療指数
 - ⑦ 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
 - ⑧ 患者の年齢構成による評価
2. DPC データによって一部分分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの
 - ① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価
 - ③ 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
 - ⑤ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置 (人員配置) による評価
 - ⑥ 医療の質に係るデータを公開していることの評価
3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
 - (2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ② 副傷病による評価
 - (3) 出来高で評価されているもの
 - ⑤ ~~がん診療連携拠点病院の評価~~ (2009/5/14 DPC 評価分科会にて見送り予定に)
(2009 年 4 月 15 日 中医協基本問題小委員会)

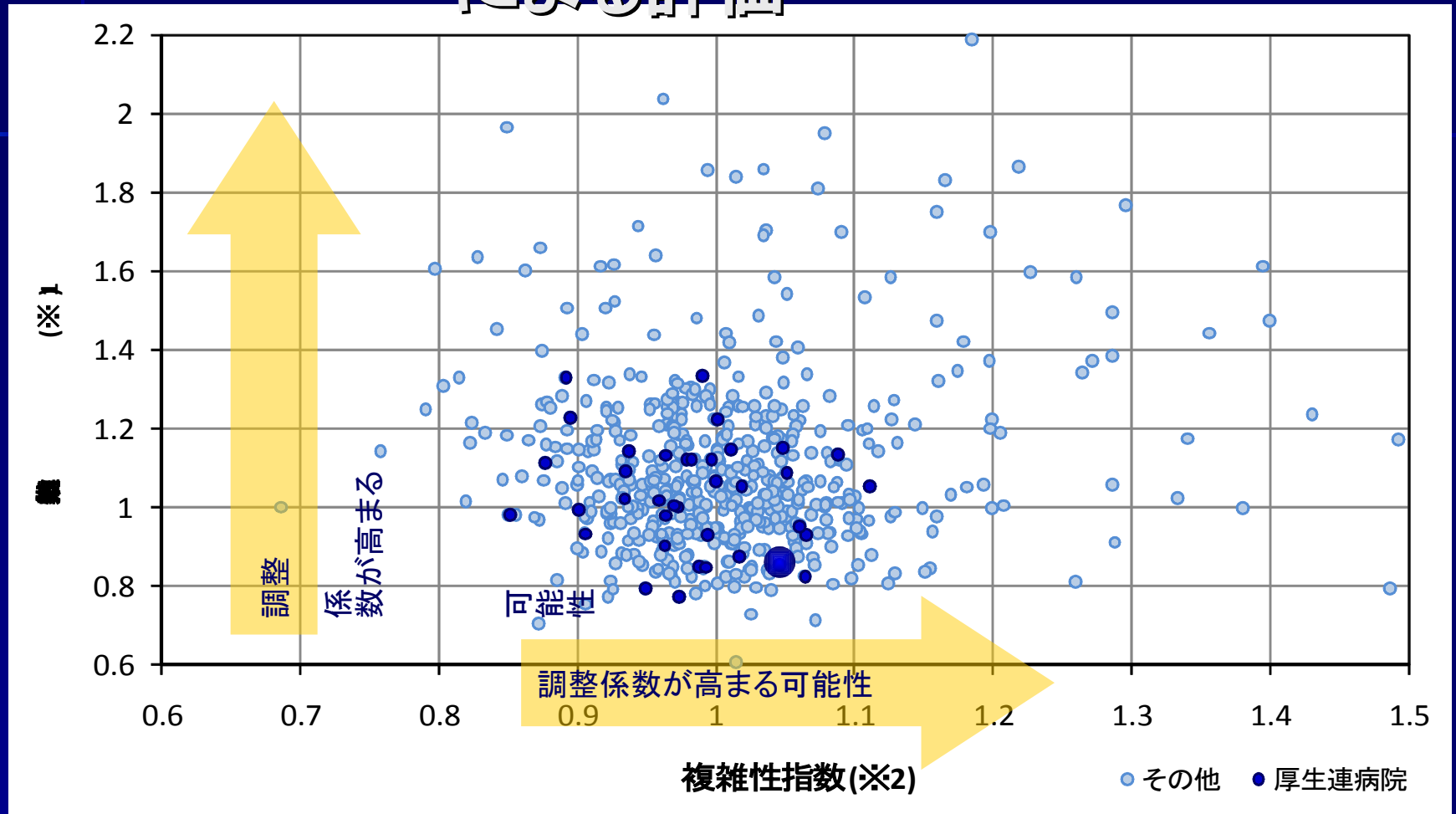
1-① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価



(株) メディカルアーキテクト girasol による分析

病床規模別部位不明・詳細不明コードの発生頻度 (2008年7～12月)

効率化に対する評価・複雑性指数 による評価



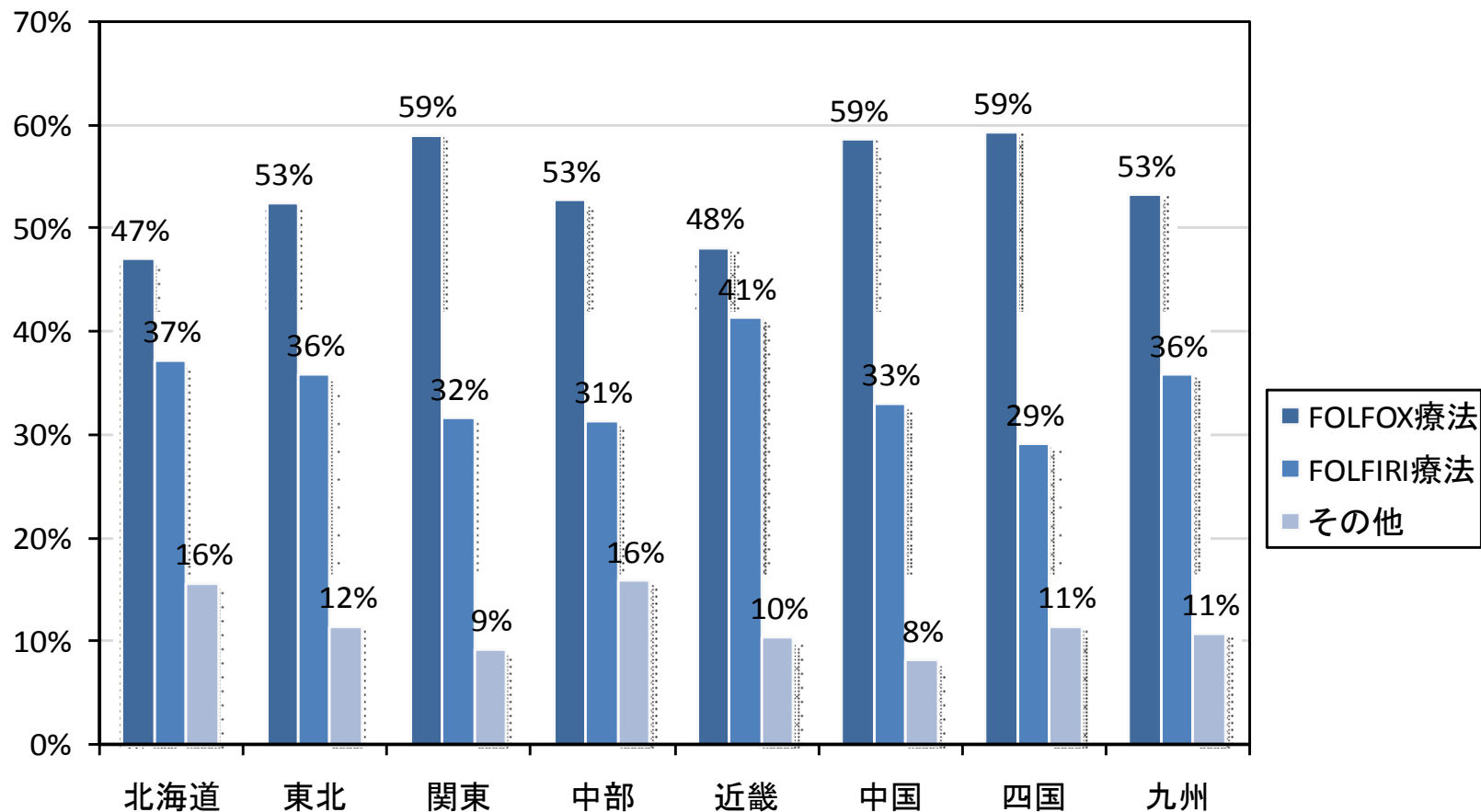
- (※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- (※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- 注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

新機能評価係数候補

- 2 DPCデータで一部分析が可能なもの（または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの）
 - (1) 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
 - (2) 術後合併症の発生頻度による評価
 - (3) 医療計画で定める事業について地域での実施状況による評価
 - (4) 産科医療の実施状況の評価
 - (5) 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
- * 薬剤師の評価については、特に病棟への配置を要件として評価することが重要と指摘

DPCデータから化学療法レジメン 実施率を見る



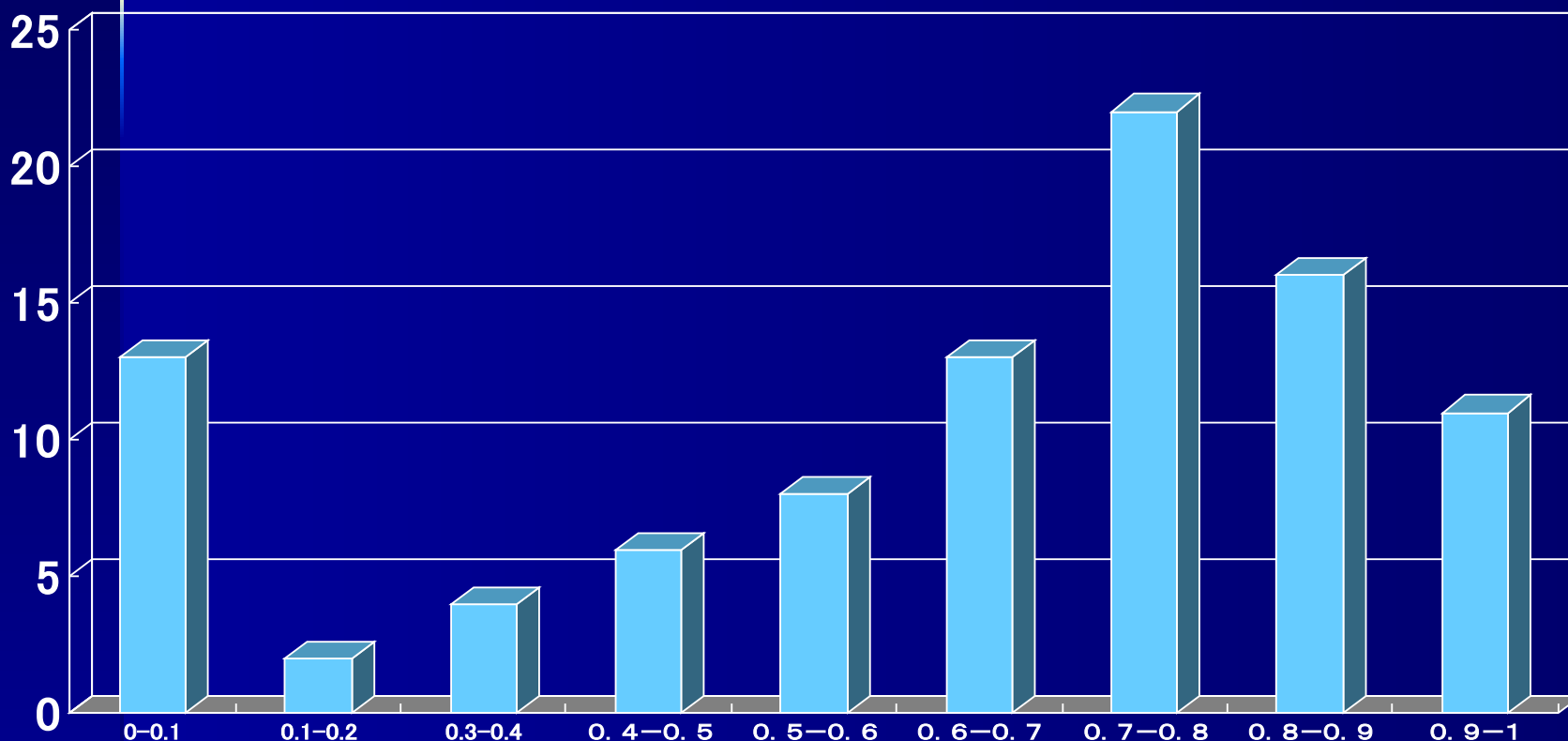
注: FOLFOX療法、FOLFIRI療法共に Bevacizumab 投与症例を含む

DPCデータベースから P4P指標を検証する

- 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン処方率
 - 来院時のβブロッカー処方率
 - 来院より120分以内のPTCA施行率
- CABG
 - 手術終了時間から48時間以内の予防的抗菌剤の投与中止
- 市中肺炎
 - 初回の抗菌剤投与前の血液培養実施
- 人工関節置換術
 - 手術終了時から24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
 - 前回退院後、30日以内の再入院率

急性心筋梗塞緊急入院初日の アスピリン投与率

病院数

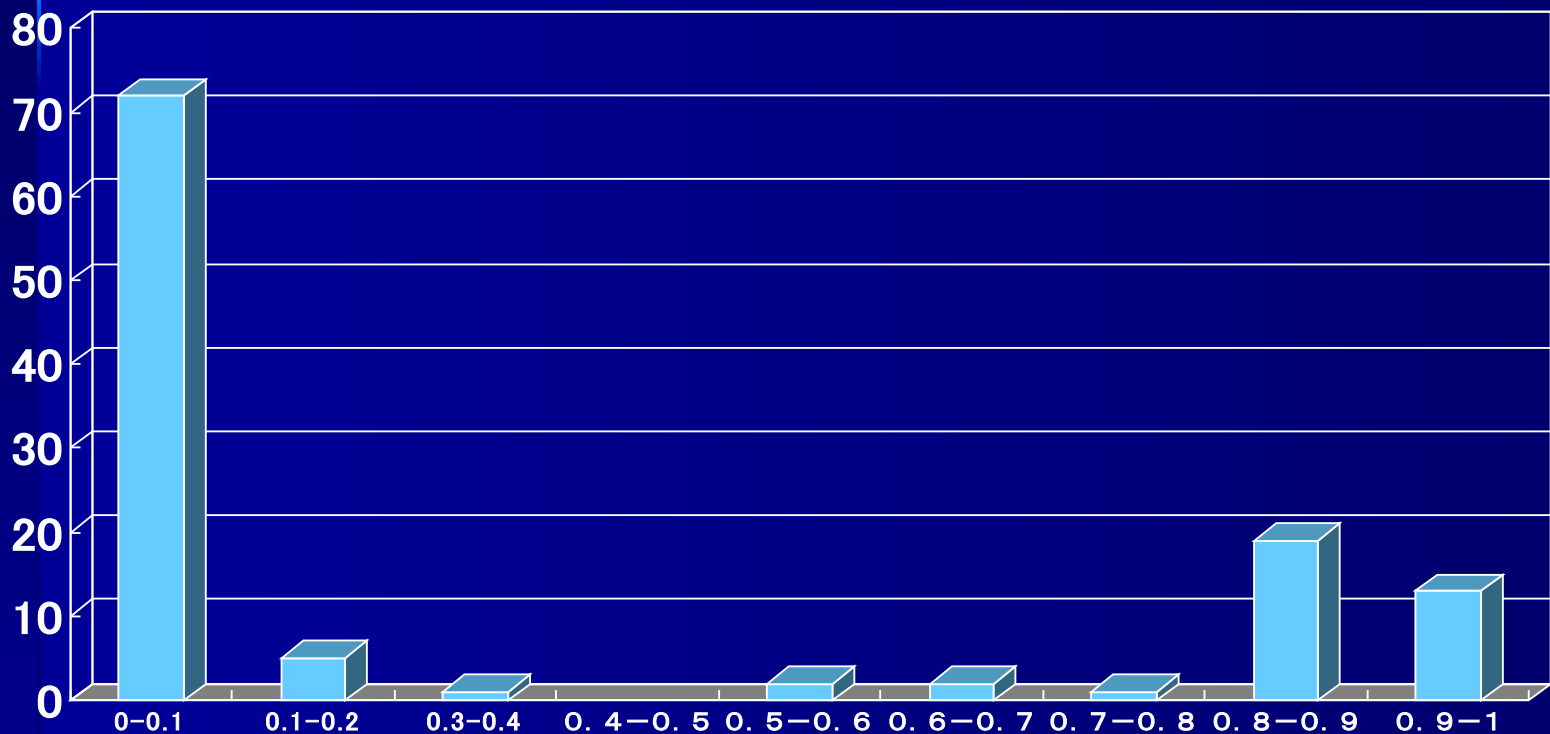


実施率(95病院、2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

人口関節置換術後24時間以内 抗菌剤投与中止率

病院数



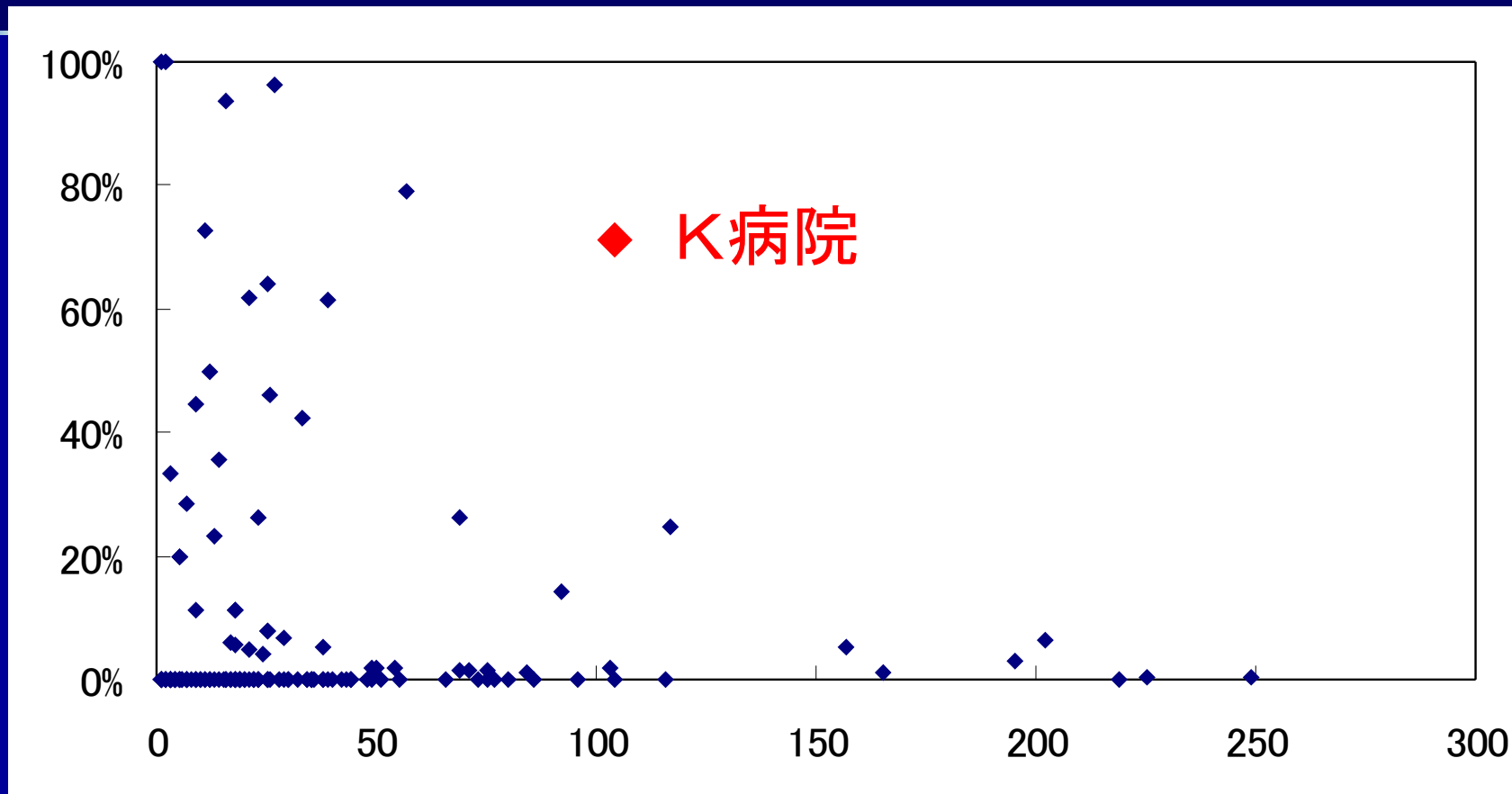
実施率(88病院 2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

P4P指標による評価

人工関節置換の24時間以内(手術翌日まで)抗生剤投与中止率指標

抗生剤予防投与
中止率(ガイドライ
ン準拠率)



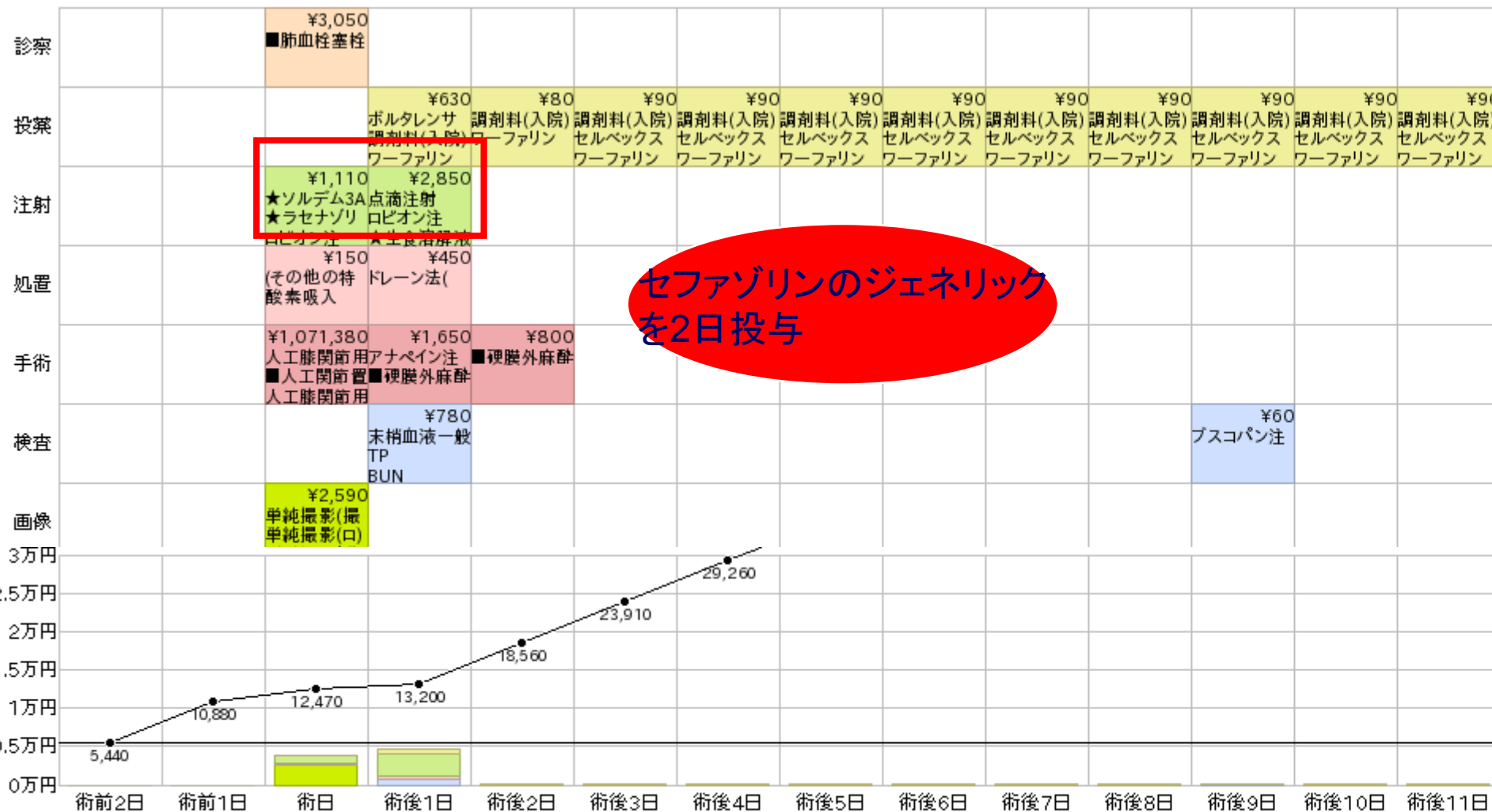
人工関節置換術症例数

2006年7月~12月

K病院の膝関節置換術は黒字

070230xx010xxx:膝関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等 手術・処置等1なし

99.4% 術前2日 術前1日 術日 術後1日 術後2日 術後3日 術後4日 術後5日 術後6日 術後7日 術後8日 術後9日 術後10日 術後11日



セファゾリンのジェネリック
を2日投与

膝関節置換術で赤字のY病院

070230xx010xxx:膝関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等 手術・処置等1なし



ガイドラインを順守することは
病院経営にとっても良い結果
をもたらす

新機能評価係数候補

- 4 医療機関の負担が大きくデータ把握が困難、またはDPCの急性期としての評価が困難なもの→次々回改定まわし
 - － (1)重症度・看護必要度による改善率
 - － (2)合併症予防の評価
 - － (3)再入院の予防の評価
 - － (4)救急医療の患者の選択機能(トリアージ)の評価
 - － (5)全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価
 - － (6)地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
 - － (7)在宅医療への評価
 - － (8)新規がん登録患者数による評価
 - － (9)高齢患者数の割合による看護ケアの評価、があがった。

■

**DPC新機能評価係数候補の
中にP4Pがすでに含まれて
いる！**

わが国で P4Pを導入する場合の課題

P4Pを導入する場合の課題(1)

■ 指標の選定

－ 診療ガイドラインの確立

- 諸外国のガイドラインが国内に適応できるのか？

－ 臨床指標の基準値・目標値の設定

- 臨床指標のベースラインデータを測定して基準値を設定し適切な目標値を設定する必要がある

－ 全国調査とナショナル・データベースが必要

■ リスク調整問題

－ リスク調整は精密にすべきだが限界もある

P4Pを導入する場合の課題(2)

- 質指標に関するデータ収集
 - 正確性、データ提出の負荷
 - データ収集そのものにインセンティブを与える必要がある(Pay for Reporting)
 - 支払方式とリンクする方法
 - DPCやレセプトオンライン化
- IT化
 - 質指標を報告するITインフラが必要

P4Pを導入する場合の課題(3)

- 支払方式の技術的な問題
 - 加算方式、減算方式
 - 係数方式
 - 基準値クリア方式、改善率クリア方式
- なによりも医療の質を測定し、支払方式にリンクすることへの合意と予算投入が必要

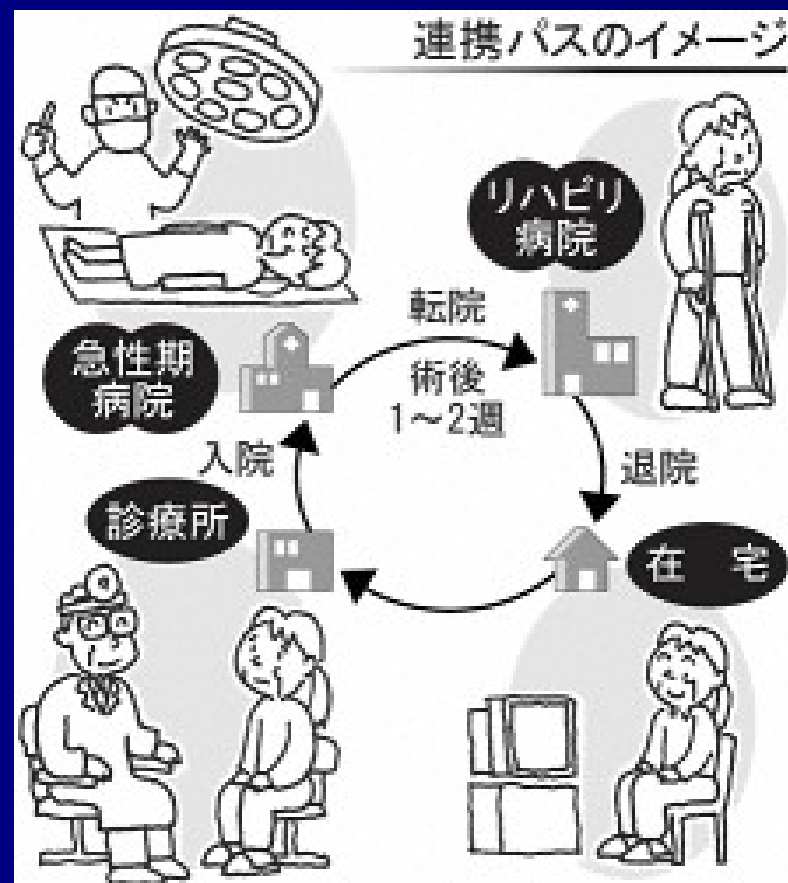
パート4

地域連携パスとP4P

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
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



クリティカルパス名

胃瘻

職員用

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		内服中止	内服継続						内服継続
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()						体温() () () ()
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()						脈拍() () () ()
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()						血圧() () () ()
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()		SPO ₂ () () () ()						SPO ₂ () () () ()
				出血() () () ()	出血() () () ()						出血() () () ()
				創状態() () () ()	創状態() () () ()						創状態() () () ()
				喀痰() () () ()	喀痰() () () ()						喀痰() () () ()
						尿量() () () ()					尿量() () () ()
						腸満() () () ()					腸満() () () ()
			褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()					褥創() () () ()
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名											

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

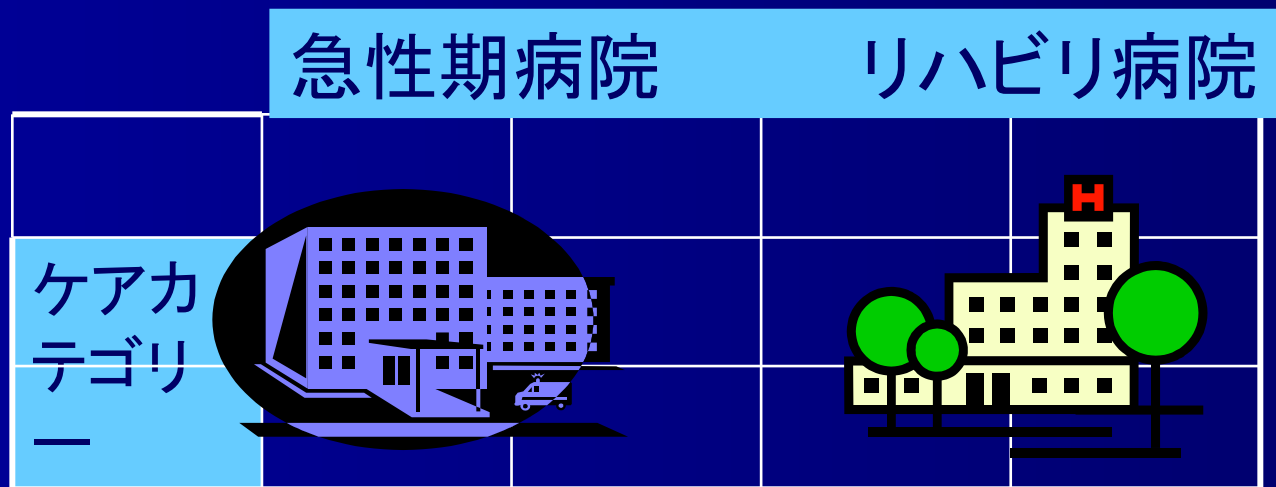


クリティカルパスは患者さんにも好評

平成16年7月9日作成
月 日 改訂

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

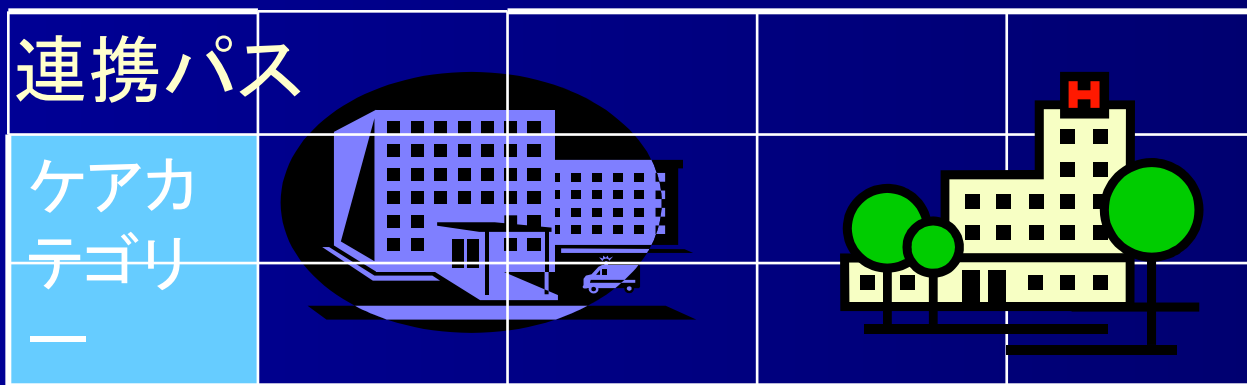
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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



地域連携パス加算のモデル

熊本市のシームレスケア研究会の
整形疾患における地域連携パス

大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会(熊本)

■ 研究会参加施設

- K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
- N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)

■ 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)

- 会場:持ち回り

■ ネットワーク診療ガイドライン作成

■ データベース作成

■ 連携パスの作成・改訂

シームレスケア研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
 - － 平成15年10月
 - － 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(平成15年11月)
 - － 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
 - － 診療ガイドラインの検討
 - － 使用中の連携パスの提示
- 第2回(平成15年12月)
 - － 診療ガイドライン案作成
 - － 研究会連携パス
 - － データベース案の検討
- 第3回(平成16年1月)
 - － 連携パスの検討、連携パス
 - － データベースの電子化の検討
 - － 目標設定:4月からの連携パス運用開始
- 第4回(平成16年2月)
 - － 連携パスの検討、電子化案の検討
 - － 患者用連携パス案の検討
- 第5回(平成16年3月)
 - － 2施設加わる
 - － 連携パス試用結果検討
- 第6回(平成16年4月)
 - － 第6回研究会
 - － 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力	車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()
訓練開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後1週以内		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル抜去		病棟内トイレ		病棟内トイレ						自・監・介		
清潔	清拭				創チェツ		シャワー浴可		入浴				自・監・介		
セルフ	【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		自・監・介		
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで抗生剤点滴		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜(常時・時々))		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜(常時・時々))		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜(常時・時々))		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜(常時・時々))		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜(常時・時々))		疼痛有・無	
検査	X線(2R)採血	X線(2R)採血				X線(2R)採血						X線(2R)採血	有・無		
処置	鋼線牽引有・無	ドレーン抜去創処置		創処置(1回/2日)		創処置抜糸		処置なし						有・無	
食事	常食特食()	腹鳴音確認後飲水可常食特食()												有・無	
教育	入院時OR	床上動作の指導		家屋調査説明有		介護保険申請〇/〇		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊退院		有・無	
退院時情報	問題行動:有・無		可動域:股関節屈曲〇度、外転〇度		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		問題行動:有・無		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		要介護度:〇		有・無
備考	痴呆:有・無(疑い)		痛み:有・無(部位:)		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		薬:飲薬・坐薬(回/日)		サービス:有・無()						有・無
【コメント】															

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

急性期病院

リハビリ病院

平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(カードバックして頂ければ幸いです。)

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』

手術



リハビリテーション



退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練			
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	入院時指導 自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)			

『リハビリ』

目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

歩行訓練進行の目安

平行棒内歩行

歩行器歩行

杖歩行

屋外歩行

歩くとき膝がグラグラしない。
肩の力を抜いて歩ける。
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。
片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

* 実生活そのものがリハビリとなります。
* リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒しやすいので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

3) 脱臼しやすい姿勢に注意!

【右写真を参照】



家屋改修(自宅での生活が目標の方)

- * 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

急性期病院

『治療の流れ』

手術



リハビリテーション



退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			

入院診療予定表

大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様 担当医 () 担当看護師 () 担当理学療法士 ()

経日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	X線検査 血液検査
食	食事は夕食まで 飲水は22時まで	朝食後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	制限ありません			
着	痛みに応じて訓練で 引っぱります (痛くないように)	平服が脱ぎ、3時間 はベッド上安静です	手術後訓練します	リハビリにて訓練開始です		
歩		3時間たったら、身体を おこせます	歩行棒内での起立から後ろに 歩きます			
入	訓練の指導、説明	車椅子で移動出来ます	車椅子で退室出来ます	車椅子で退室出来ます	車椅子で退室出来ます	
浴	病室でのリハビリが 始まります				個人入浴で退室出来ますが 次のページを参考に受療前の移動レベル 獲得を目安に頑張ってください	
排	排便の確認をします	術後おしこの管が はいています	おしこの管が抜けて からトイレで可能です			
洗	必要に応じて毛を 剃ります		ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)		術後8日目まで全換えです 全換え後次のガーゼ交換日に 傷口の確認があります	
保	可能であれば 入浴できます		清拭		傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます	
内	検査の確認	麻酔科医の指示に従って薬の 調整をすることがあります				
輸	輸血のための注射の テストがあります	術前に化膿止めの点滴が あります	朝夕化膿止めの点滴があります → 術後2日目終了です			
注						
検	必要に応じて疼痛 (坐薬) 使用		必要に応じて疼痛 (坐薬) 使用			
検	必要時に血液検査、 他科受診があります					
診	入院時説明	術後説明				
明	手術前説明					
指	麻酔科医師診察					
導	手術室看護補助					

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

国立熊本病院 整形外科

※ 家屋環境のチェックが必要となります。

* 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

生活が目標の方
家屋改修指導 試験外泊

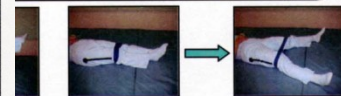
伝い歩き・歩行器・杖・独歩

目安

杖歩行

屋外歩行

杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。



自宅・施設

生活の場を通して実践

しましょう。

杖で始めた方が楽です。

目標の方

詳しくはリハビリスタッフにご相談ください。

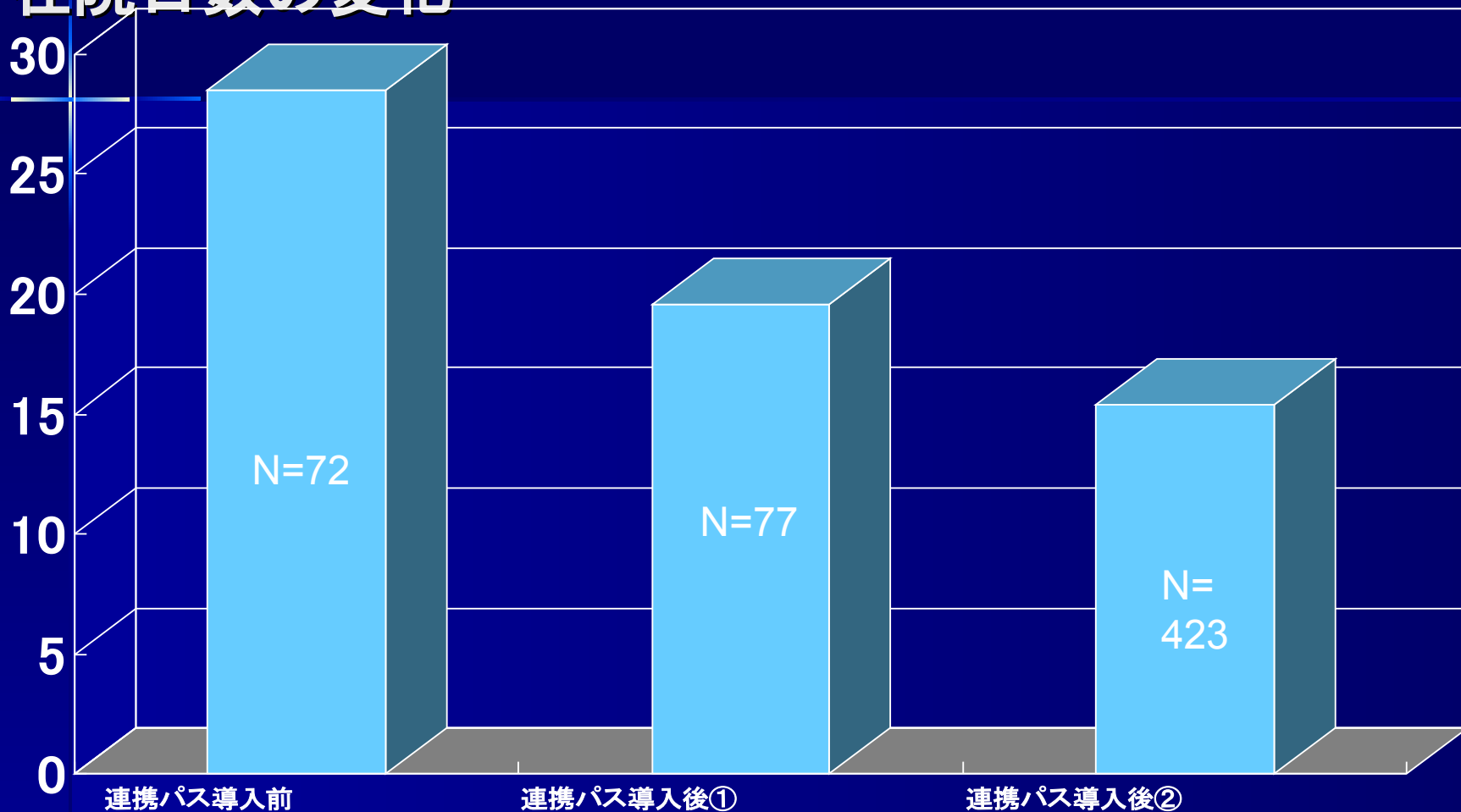
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

連携パスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - － 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - － 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - － 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - － 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - － 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

連携パス(大腿骨頸部骨折)導入による 在院日数の変化

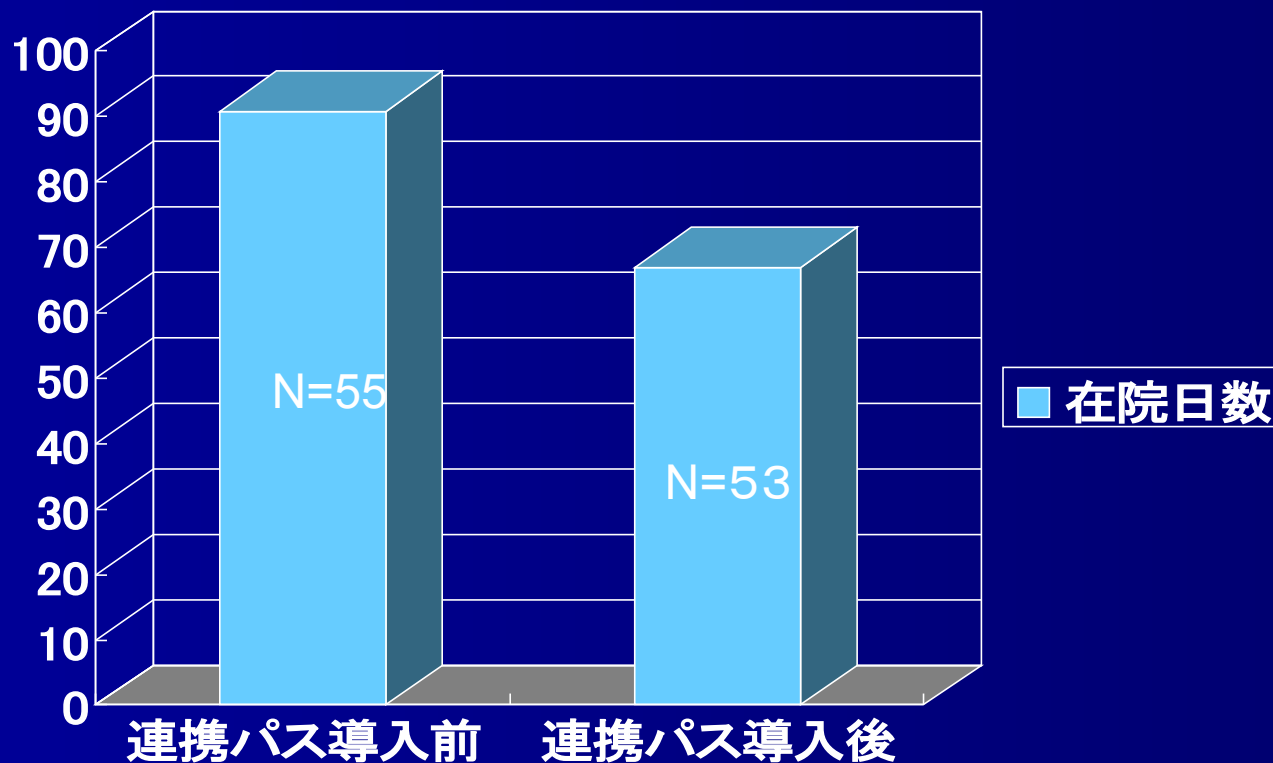


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

連携パス導入後②(平成15年1月-平成17年1月)

連携パスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化



連携パス導入前:平成15年
連携パス導入後:平成16年

熊本医療センター → **いしくまもと病院** イニシャル:氏 N.名 S. 95歳 女性 診断名:左 左大腿骨頸部骨折 患者No 1
 ID 702557 ID 手術日:平成16年3月24日 手術:γネイル
 受傷日:平成16年3月23日 受傷場所: 受傷機転:
 受傷前歩行能力:伝え歩き 補助道具:伝え歩き 最終到達目標:屋内: 屋外:
 退院後:
 到達目標:移動能力 車椅子坐位 平行棒内歩行 歩行器歩行 杖歩行 階段昇降 屋外歩行 最終歩行獲得レベル
 訓練開始日 3月26日 4月16日

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日				転院	4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケセル			上下更衣		靴下・靴の着脱		洗面所(立位で)		床から起立			
薬剤			疼痛対策:無		疼痛対策:							痛み
検査	X線(2F)採血	X線(2F)採血			X線(2F)採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	
処置	綱線牽引	創処置ドレーン	創処置(1回/2日)	創処置抜糸								
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明: 介護保険説明:	入院時OR	家屋訪問調査	家屋改修指導	試験外泊	退院時訪問				
退院時情報	荷重制限:無し 問題行動:無し	禁忌肢位:	ROM:股関節屈曲 95° 外転 35°	MMT:大腿四頭筋力 3 中殿筋力 2	荷重制限: 問題行動:	禁忌肢位:	ROM:股関節屈曲 ° 外転 °	MMT:大腿四頭筋力 中殿筋力				
記載日	平成16年4月9日			【コメント】	記載日	【コメント】						
担当医	田中あづさ			動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。	担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	階橋 政和											

既往症 **パリアンス**

連携パスの情報はインターネットで地域で共有

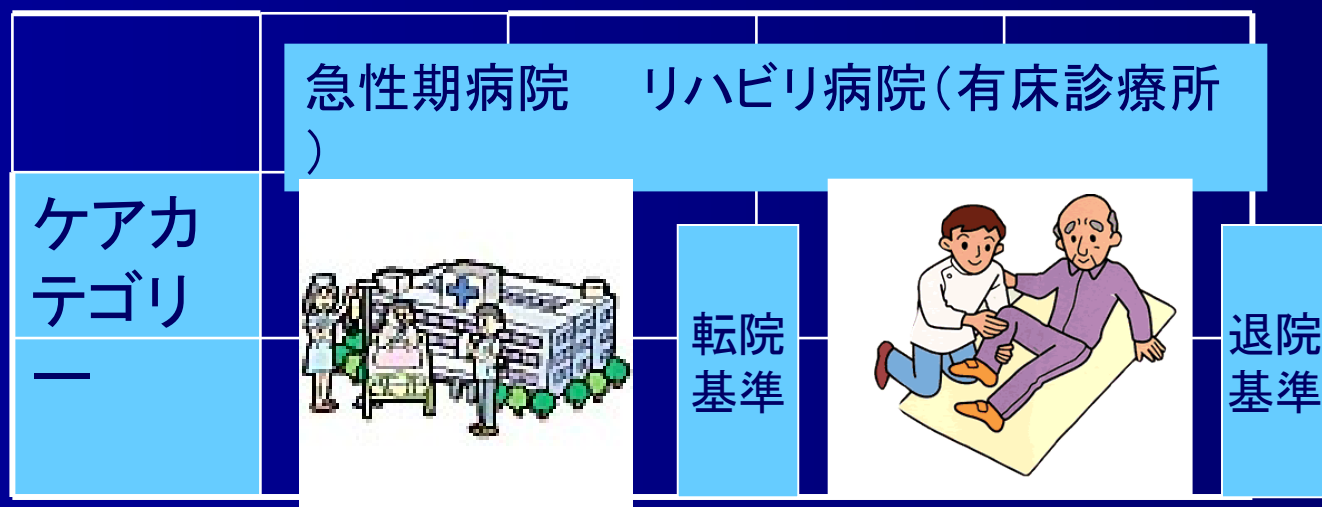
脳卒中の地域連携パス

脳卒中地域連携パス

(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

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

月日	／	／	／		／	／		／
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		〇日	1日目	2日目	〇日 退院日
達成目標					転院日			(退院基準
治療 薬剤(点滴・内服)					転院基準)	
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成〇年〇月〇日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成〇年〇月〇日 主治医		退院時の日常生活機能評価合計点 〇点	

日常生活機能評価表

患者状態j	0点	得点 1点	2点
床上安静の指示 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 寝返り 起き上がり 座位保持 移乗 移動方法	なし できる できる できる できる できる 介助を要しない で移動	あり できない 何かにつかまればできる できない 支えがあればできる 見守り・一部介助が必要 介助を要する移動(搬送 を含む)	/ / できない / できない できない /
口腔清潔 食事摂取 衣服の着脱 他者への意思の伝達 診療・療養上の指示が通じる 危険行動	できる 介助なし 介助なし できる はい ない	できない 一部介助 一部介助 できる時とできない時がある いいえ ある	/ 全介助 全介助 できない / /
			合計点 点

脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

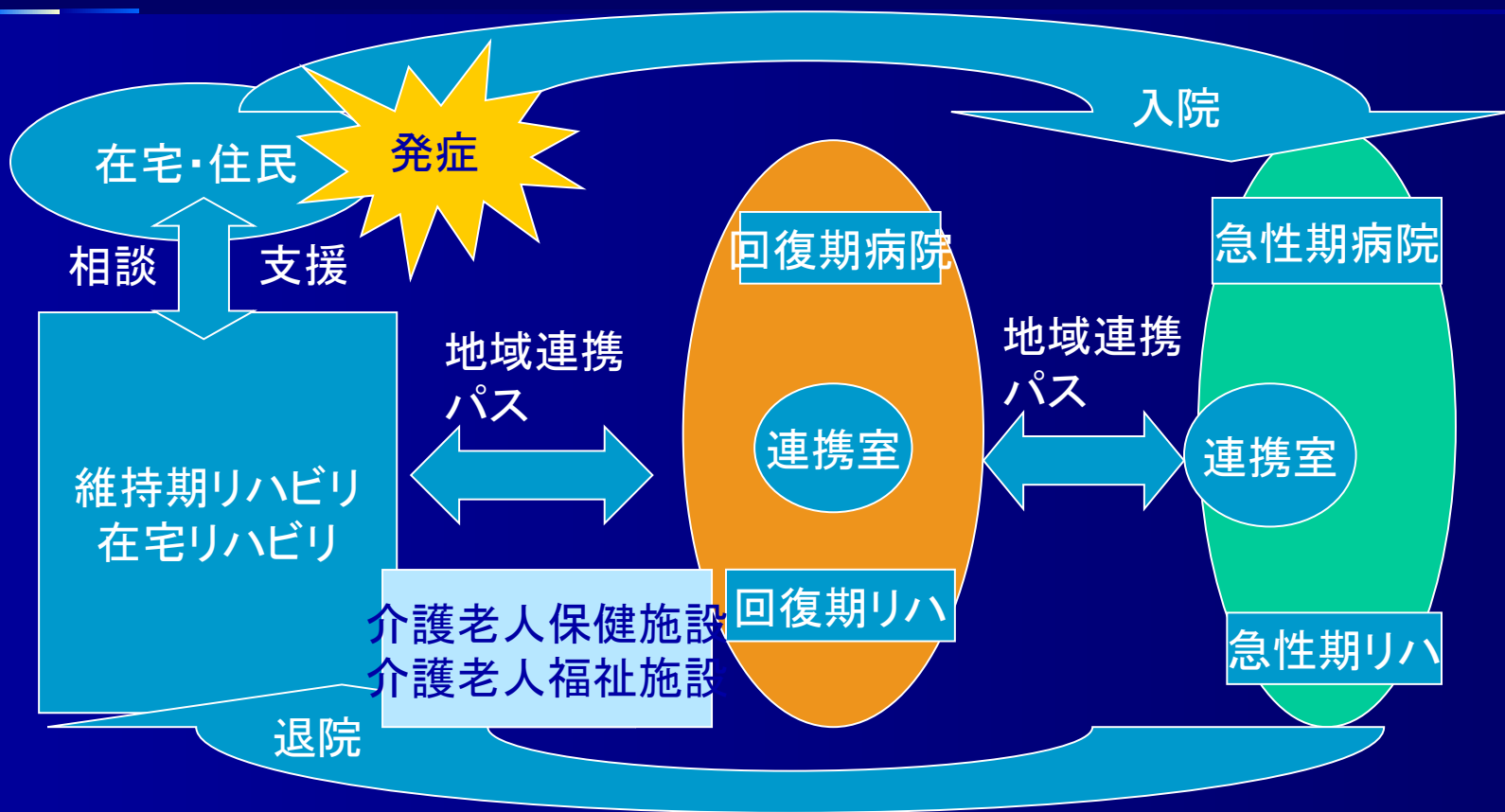
メトロポリタン・ストロークネットワーク

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)

地域連携診療計画書 (Ver.1) : 急性期 _____ 病院

様 (男性・女性) 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

発症日: _____ 年 月 日 *既往歴・現病歴・内服薬等は別紙紹介状をご参照下さい。
 入院日: _____ 年 月 日 ⇒⇒⇒ 退院日: _____ 年 月 日

診断名: 脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血 その他 (_____)
 病巣部位: 左側 右側 両側 多発性
ACA MCA PCA 皮質下 放射冠 白質 視床 中脳 橋 延髄 小脳 その他 (_____)
 障害名: 左片麻痺 失語症 嚥下障害 膀胱直腸障害 その他 (_____)
右片麻痺 構音障害 高次脳機能障害 失調 (_____)
 合併症: 高血圧 糖尿病 高脂血症 神経因性膀胱 その他 (_____)
狭心症 心房細動 慢性肺炎 陈旧性心筋梗塞 (_____)
 感染症: HBV HCV MRSA MRDP ESBL その他 (_____), 部位 _____

	申し込み時 (評価日 年 月 日)
栄養	<input type="checkbox"/> 食事制限 _____ kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (口胃管, 経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養
膀胱管理	<input type="checkbox"/> 常時留置 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ナイトパルーン <input type="checkbox"/> 不要
呼吸管理	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/日)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 _____)
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
抑制	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 日中必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 不要 (抑制種類: <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> センサー)
転倒	<input type="checkbox"/> たびたびあり <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし

Barthel Index

	自立	一部介助	全介助
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
移動	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

計 _____ /100点

日常生活機能評価表	申込時 _____ 点	退院時 _____ 点
床と安静の指示	0 (無)・1 (有)	0 (無)・1 (有)
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0・1	0・1
寝返り	0・1・2	0・1・2
起き上がり	0・1	0・1
座位保持	0・1・2	0・1・2
移乗	0・1・2	0・1・2
移動方法	0・1	0・1
口嚥調整	0・1	0・1
食事摂取	0・1・2	0・1・2
衣服の着脱	0・1・2	0・1・2
他者への意思伝達	0・1・2	0・1・2
診察看護上の指示が通じる	0・1	0・1
危険行動	0・1	0・1

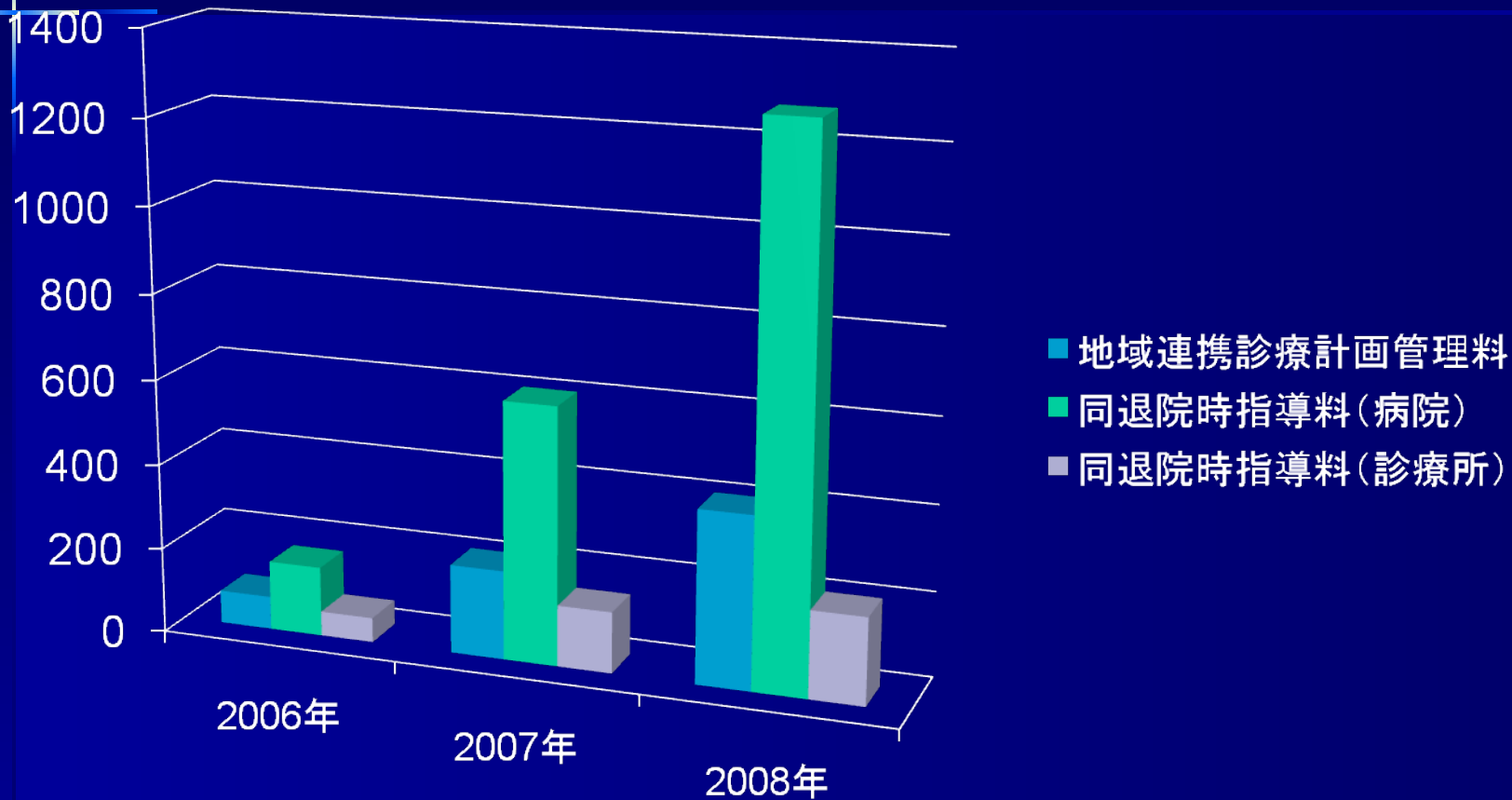
0:できない(介助なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

	申し込み時 (評価日 年 月 日)	
NIHSS	1a 意識水準	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	1b 意識障害-質問	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	1c 意識障害-従命	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	2 最良の注視	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	3 視野	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	4 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	5 上肢の運動 (右)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (切断、関節癒合)
	6 下肢の運動 (右)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (切断、関節癒合)
	7 運動失調	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (切断、関節癒合)
計 _____ 点		
8 感覚	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
9 最良の言語	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
10 構音障害	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (構音、身体的障害)	
11 消去減少と注意障害	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
基本動作	寝返り: 6・5・4・3・2・1	
	起き上がり: 6・5・4・3・2・1	
	端座位: 6・5・4・3・2・1	
	立ち上がり: 6・5・4・3・2・1	
立位保持: 6・5・4・3・2・1		
計 _____ /30点		
5点 完全自立 5点 修正自立 (手や手すりを使用する場合など) 4点 監視・口頭修正 3点 部分介助 2点 全介助 1点 禁止 (安静度が保たれていない場合)		

社会的背景 患者職業: _____ 介護保険: 未申請 申請済
 同居家族: _____
 主介護者: _____
 介護者状況: 問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙
 家屋: 戸建 マンション アパート 公営住宅 その他 (_____)
 階数: _____ 階 (エレベーター: 有 無)

退院・転院基準	備考
全身状態が安定し、重要な合併症が無い。	<input type="checkbox"/>
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が期待できる。	<input type="checkbox"/>
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が期待できない。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用の必要性が高い。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用の必要性が低い。	<input type="checkbox"/>
将来、(<input type="checkbox"/> 歩行能力獲得 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> ベッド上生活) が予測される。	
診療計画	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション継続 <input type="checkbox"/> リハビリテーション終了	
<input type="checkbox"/> 自宅退院	
<input type="checkbox"/> 転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・他 _____)	
<input type="checkbox"/> 施設 (老人保健施設・老人ホーム・他 _____)	

地域連携クリティカルパスの増加



脳卒中地域連携パスの
アウトカムデータ(日常機能
評価)から、連携ネットワーク
の評価を将来的には行える
のでは？

そして**地域ネットワークP4P**
という考え方も必要になるの
では？

**P4Pは今後、中長期的にわが国の
診療報酬や介護報酬の支払い制度
に影響を与えるだろう**

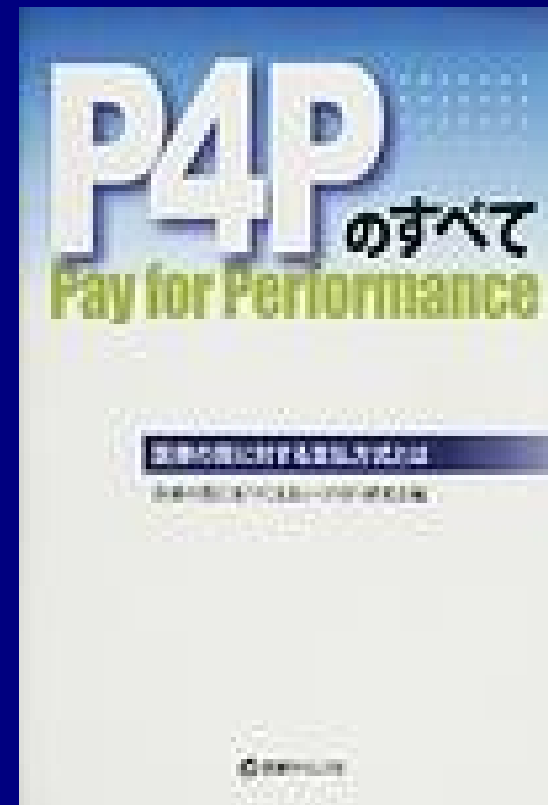
まとめ

- ・P4Pはいまや先進各国の支払い方式のトレンド
- ・日本版P4Pは回復期リハビリから始まった
- ・将来的には地域連携パスのアウトカム評価とその診療報酬への応用も考えられる

P4P研究会編「P4Pのすべて」

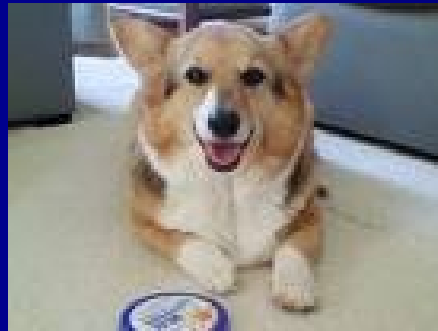
- P4P研究会 編
医療タイムス社 版
2007年12月 発行 ページ
229P サイズ A5ソフトカバー
2,940円
- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安

- ・英米のp4P臨床指標(資料編)



P4P研究会編(武藤ら)

ご清聴ありがとうございました



今日の講演のパワーポイントは武藤正樹のウェブサイト公開しております。

武藤正樹

検索



グーグルで武藤正樹を検索してください。

お問い合わせは以下に

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp