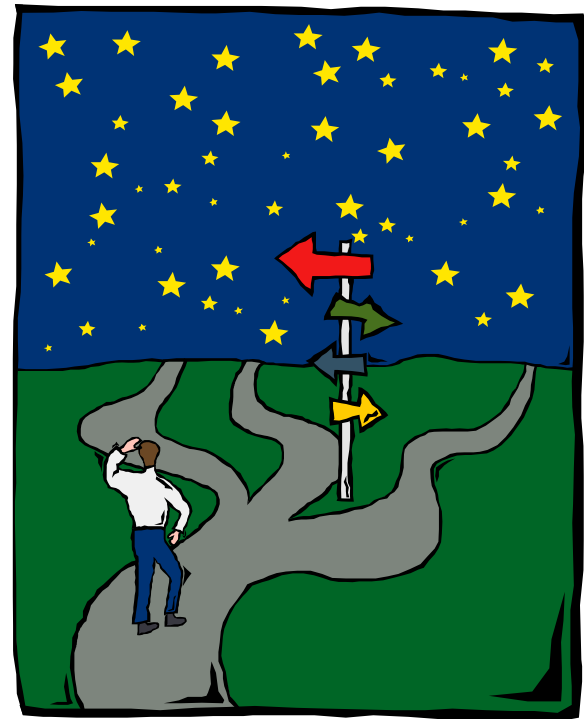


介護P4Pへの展望

国際医療福祉総合研究所所長
国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - P4Pと何か？
- パート2
 - 日本版P4Pとは？
- パート3
 - 介護P4Pへの展望
- パート4
 - 地域連携パスと介護連携パス



パート1

P4Pとは何か？

2000年から

先進各国で始まった支払い方式

米国にみるP4Pの現状

P4Pとは何か？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まった医療提供の質に対する支払い方式
- 「高品質の仕事に対して個人がボーナスを得るのと同様、病院もまた高品質の医療に対してボーナスが支払われるべき(HHS長官トンプソン AP通信社 2003年7月)」
- 「質の向上に対する経済的なインセンティブの欠如が質のギャップを温存する結果になっている(MedPAC モダンヘルスケア 2003年6月)」

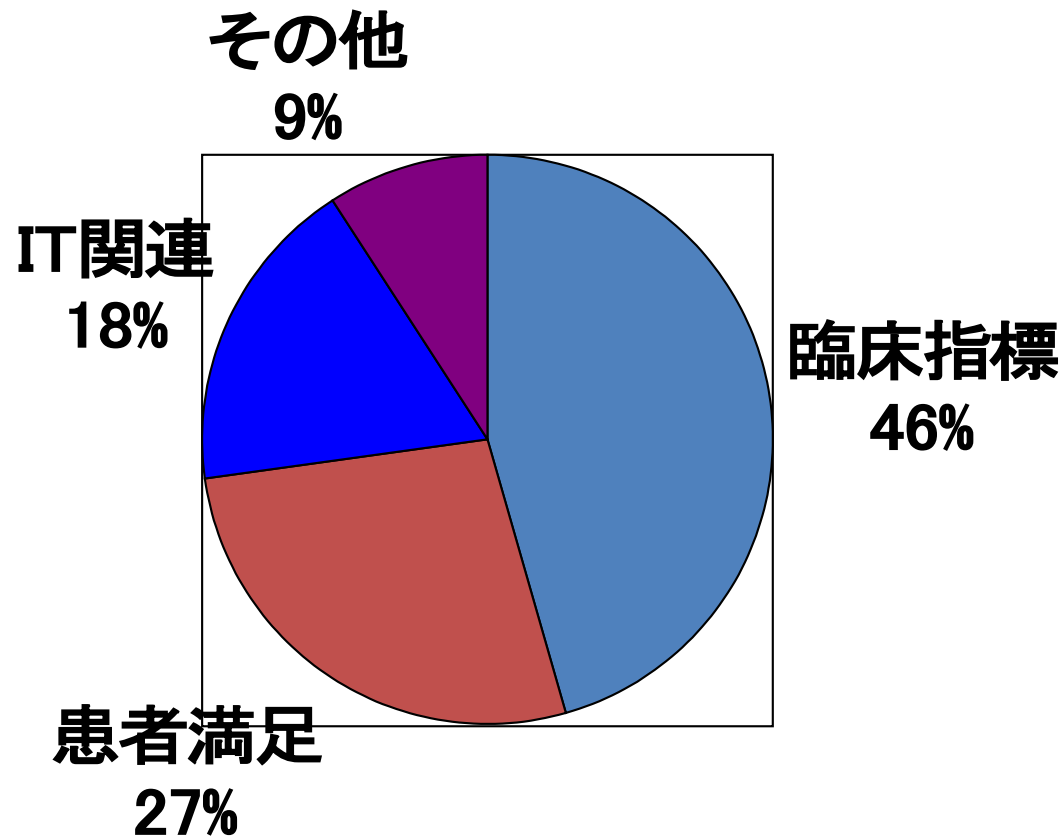
P4Pの定義とは？

- 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

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プログラム試行(プレミア、ホスピタルコンペアーなど)
 - 上位10%に対して2%割り増しDRG支払いボーナス
- 2008年
 - ナーシングホームP4P, 在宅医療P4Pの試行事業
- 2009年
 - メディケアでP4Pの一種であるVBP (Value Based Purchasing: 医療サービスの価値に基づく購入) がスタート

質パフォーマンス測定指標 カリフォルニアP4Pの例



臨床指標

病院向けP4Pプログラム

- **臨床指標 (clinical indicator)**
 - 臨床アウトカムおよびアウトカムに重大な影響を与えるプロセス指標のこと
- 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

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

患者満足度(患者体験)とIT関連

- 患者満足度
 - 医師とのコミュニケーション
 - ケアの総合的格付け
 - ケアコーディネーション
 - ケアの専門性
 - ケアへのアクセス
- IT関連
 - データの統合度
 - 臨床の意思決定支援度

YOUR CARE FROM DOCTORS

During this hospital stay, how often did doctors treat you with courtesy and respect?

- 1 Never
2 Sometimes
3 Usually
4 Always

During this hospital stay, how often did doctors listen carefully to you?

- 1 Never
2 Sometimes
3 Usually
4 Always

During this hospital stay, how often did doctors explain things in a way you could understand?

YOUR EXPERIENCES IN THIS HOSPITAL

10. During this hospital stay, did you receive help from nurses or other hospital staff in getting to the bathroom or using a bedpan?

- 1 Yes
2 No → If No, Go to Question 12

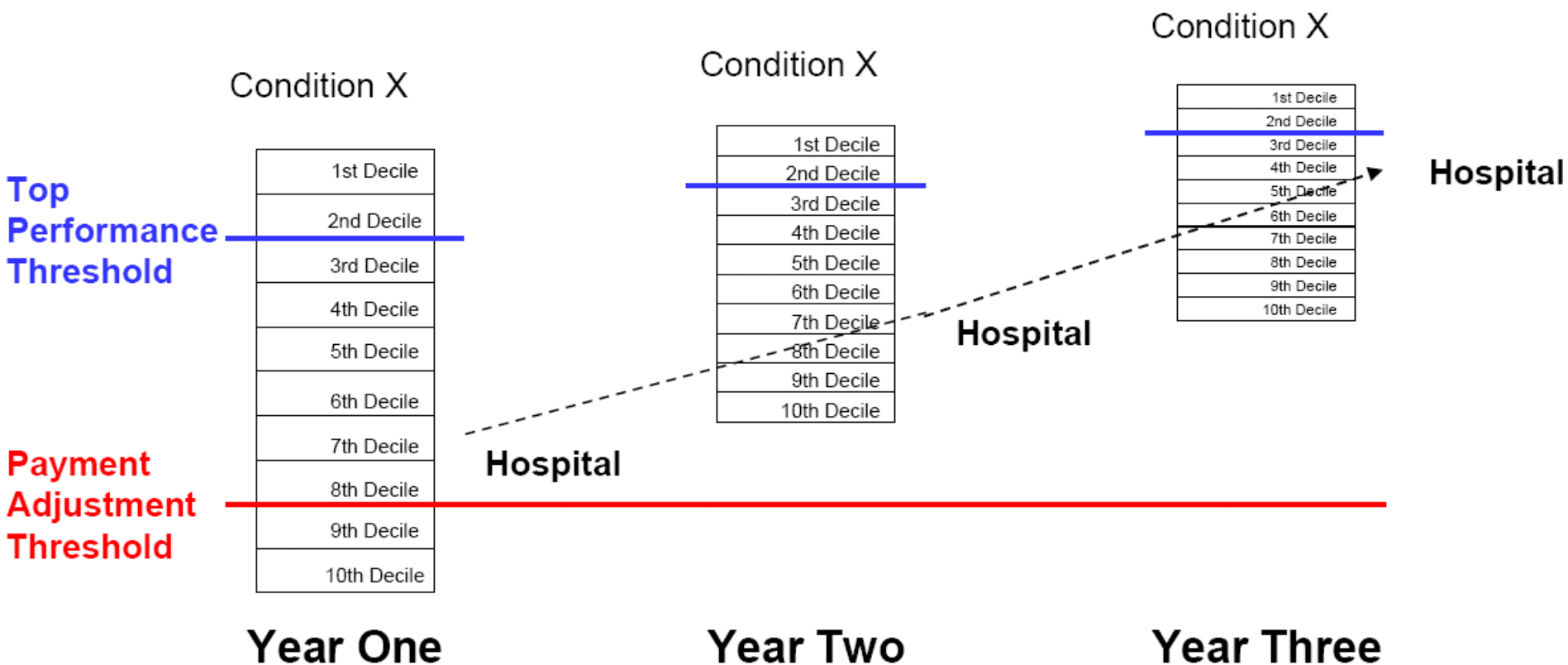
11. How often did you get help in getting to the bathroom or in using a bedpan as soon as you wanted?

- 1 Never
2 Sometimes
3 Usually
4 Always

12. During this hospital stay, did you receive medicine for pain?

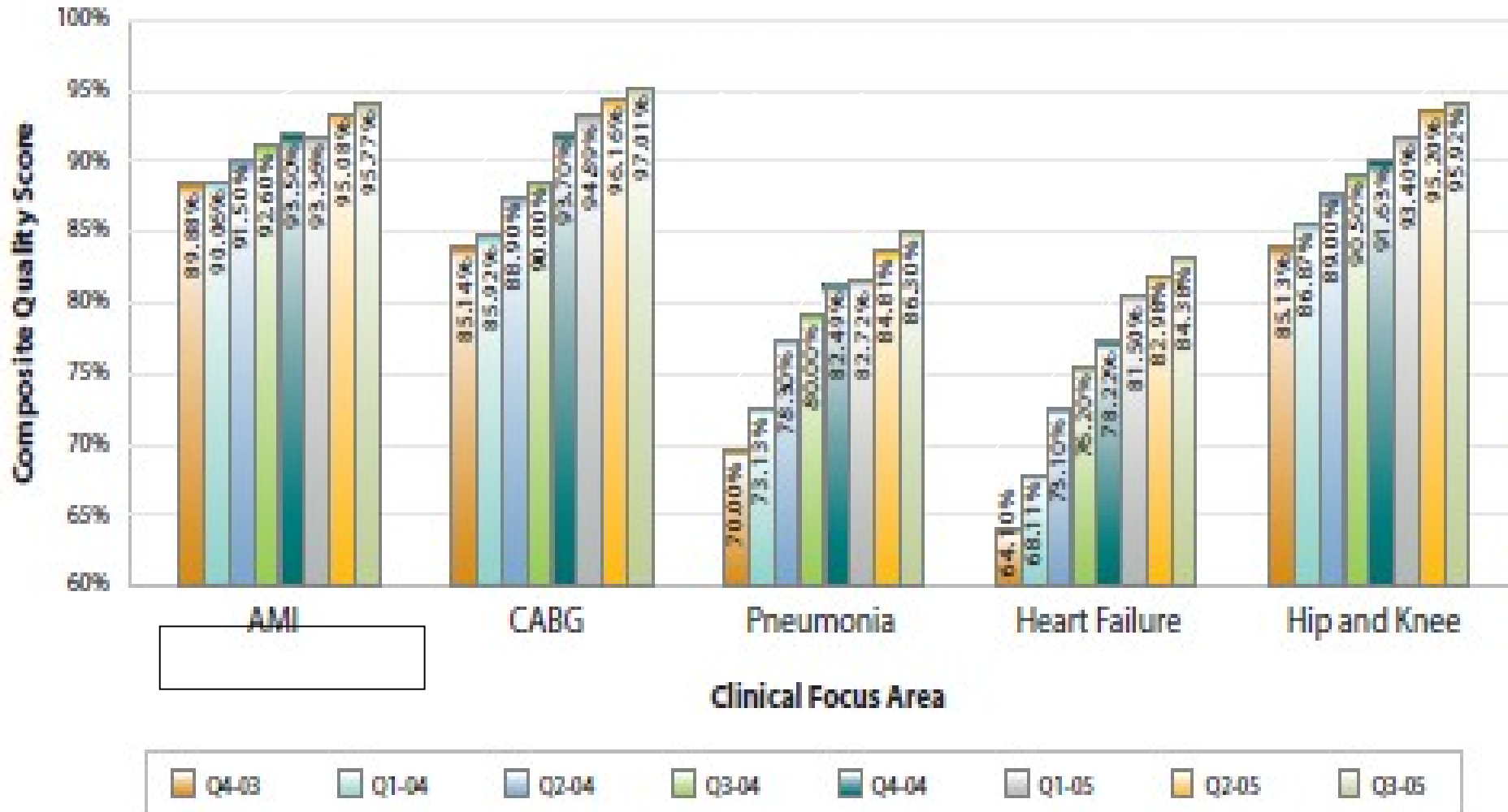
P4Pとは、臨床指標、患者満足、IT等で評価して保険償還でボーナスを与える支払い方式

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)



REPRINTED
WITH
PERMISSION

The New York Times

Business Day

THURSDAY, JANUARY 25, 2007

Bonus Pay by Medicare Lifts Quality

By REED ABELSON

Paying a hospital to do the right thing is a lot harder than it looks. The 266 hospitals participating in a Medicare experiment that pays them more to follow medical recommendations have steadily improved the quality of patient care.

The latest results in the three-year experiment show that more heart attack patients are getting aspirin when they arrive at the hospital, for example, and more patients are getting vaccines to prevent pneumonia.

But even some of the hospitals earning the largest payments say Medicare needs to develop a more sophisticated way to reward hospitals for providing better care rather than more care.

The problem, they say, is that the experiment ranks hospitals and rewards only the top performers. It also tends to judge the hospitals more on whether they are offering certain treatments than on whether the care is actually benefiting patients.

"This isn't the system they will ultimately use for large-scale pay for performance," said Dr. Charles A. Riccobono, the chief quality officer for Hackensack University Medical Center.



Aaron Houston for The New York Times

Regina Berman, an administrator, and Dr. Charles A. Riccobono of Hackensack University Medical Center.

米国のP4Pの最新トレンド

2009年よりメデイケイドにP4Pの
一種であるVBP (Value Based
Purchasing)が導入された！

Value- based purchasing

(メディケアに導入されるP4P)

- 医療の質パフォーマンスを報酬に反映
- 病院毎に質パフォーマンススコアを計算
 - ケアプロセス、患者調査、生存率等の領域別スコアを算出し、それらをもとに総スコア (VBP Total Performance Score) を算出
- 質パフォーマンスは達成あるいは改善の視点から測定
- スコアは一般にも公開

VBPの臨床指標

- 1 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン投与、退院時のアスピリン処方、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙教育、退院時のβ₁遮断薬処方、来院30分以内の血栓溶解剤投与、120分以内の冠動脈インターベンションカテーテル実施
- 2 心不全
 - 退院時指導、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙指導

VBPの臨床指標

- 3 肺炎
 - 肺炎球菌ワクチン接種、抗菌剤投与前の血液培養、禁煙教育、適切な抗菌剤の選択、インフルエンザワクチン接種
- 4 手術部位感染症予防
 - 切開前1時間の予防的抗菌剤投与、術後24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
- 5 アウトカム指標
 - 30日以内の急性心筋梗塞死亡率
 - 30日以内の心不全死亡率
- 6 患者満足度
 - 医師態度、傾聴、説明など

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、質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

質パフォーマンス指標

- 質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
- 質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

質パフォーマンス指標

- スタッフینگ
 - 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
- 不適切な入院
 - 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

パート2

日本版P4P

回復期リハビリテーション病棟入院料1
褥瘡評価実施加算

08年診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟に
対する質の評価の導入

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 病棟入院料への質評価の導入

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料」
 - 「入院料1」、「入院料2」
- 「入院料1」の算定要件に、以下の医療の質成果指標を導入
 - 日常生活自立度の尺度となる「日常生活機能評価」の点数が10点以上の重症患者が、新規患者の15%以上
 - 退院患者のうち、他の医療機関への転院等を除く在宅などへの復帰割合が60%以上
 - 「重症患者回復病棟加算」（入院料1）（50点）の新設
 - 入院料1算定病棟で、重症患者の30%以上の日常生活機能が退院時に3点以上改善した場合

【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
- 入院時と退院時の日常生活機能の改善率に着目した回復期リハP4P

在宅復帰率における在宅とは？

- 他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」には自宅退院以外にどのような者が含まれるのか？
 - 社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を除く)、地域密着型介護老人
 - 福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設、指定介護予防特定施設、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、
 - 有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅が含まれる。
 - なお、介護老人保健施設に入所もしくは短期入所する患者は含まれない
- こと。

日常生活機能評価

- 回復期リハ病棟入院料1における重症患者とは
 - 重症患者とは入院時に10点以上の患者
- 回復期リハ病棟入院料1における重症患者回復加算の施設基準とは
 - 重症患者の30%以上が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善している

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 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

回復期リハビリ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

- 08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」

09年中医協特別調査の結果

- 特別調査

- 09年7月1日現在で回復期リハ入院料を算定していた全病院(1011病院)を対象に実施し、501病院から回答を得た(有効回収率49.6%)

- 特別調査結果の速報

- 在宅復帰率は全体で75.5%で70%を上回った

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定病棟からの退院患者の在宅復帰率
- 全体で75.5%と、要件で求められている60%を15.5ポイント上回った。
- 入院料1の在宅復帰率は、重症患者回復病棟加算を算定している場合が75.7%、同加算を算定していない場合が76.0%。
- 入院料2では、4月以降に算定を開始した場合が73.3%、3月以前から算定を継続している場合が70.4%で、いずれも7割を超えた。

- 重症患者割合も15%を上回った

- 入院料2の算定病棟に新規入院した重症患者の割合は、昨年3月以前から算定を継続している病棟では16.5%で、質の評価が導入された4月以降に算定を開始した病棟の27.2%で、いずれも算定要件の15%を上回った。

- 厚労省の見解

- 「質の評価導入後の方が重症度が軽ければ、軽症患者を選別していると想定されるが、そういう結果は出なかった」

K病院における事例

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

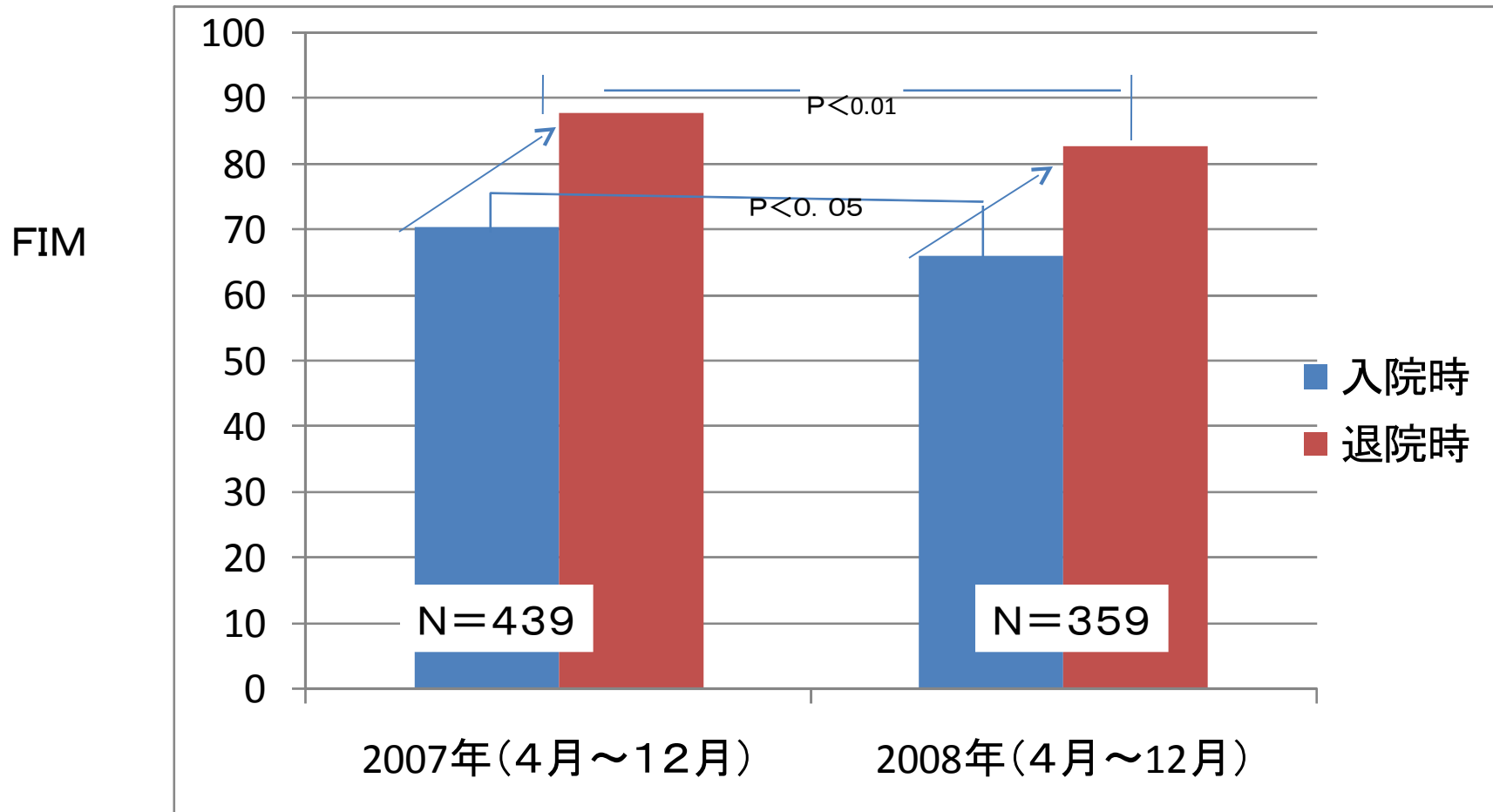
- ③マンパワーの状況

	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

～08年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～



医療療養病棟における質の評価

療養病棟入院基本料を算定する病棟における 治療・ケアの質の評価の仕組み

- 療養病棟入院基本料を算定する療養病棟については、2008年度診療報酬改定より、「治療・ケアの内容の評価表」として、QI(Quality Indicator)を測定・評価し、病棟に備え付けることとなったが、保険者への提供が義務付けられているものではない。
- 治療・ケアに問題のある可能性の患者に対しては、「治療・ケアの確認リスト」に基づいて治療・ケアの内容を確認することが求められている。
- 【治療・ケアの内容の評価表】

		① 該当患者数	③ 継続入院患者数	①÷③
		②※		②÷③
褥瘡	ADL区分1・2の患者における褥瘡			
	ADL区分3の患者における褥瘡			
ADLの低下(「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)				
尿路感染症				
身体抑制				

褥瘡評価実施加算 (08年診療報酬改定)

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)

治療ケアの確認リスト(身体抑制)

- 身体抑制、拘束の状況と本人および家族に対する説明について記録を行う

身体抑制 治療ケアの確認リスト

入院日()年()月()日 患者氏名()
評価日()年()月()日
記載者サイン(医師・看護職員 _____) サイン()

- (1) 身体拘束の行為(該当するものにチェック)
- 四肢の抑制
 - 体幹部の抑制
 - ベッドを柵(サイドレール)で囲む
 - 介護衣(つなぎ服)の着用
 - 車いすや椅子から立ち上がれないようにする
(抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用)
- (2) 身体拘束の実施に係る3つの要件(切迫性・非代替性・一時性)に該当していること、およびその記録 (あり なし)
- (3) 本人および家族に対する説明
- ① 説明の方法 (口答のみ 文書のみ 口答と文書の両方)
- ② 説明の内容(該当するものにチェック)
- 身体拘束の内容
 - 目的
 - 理由
 - 拘束の時間帯および時間
 - 実施する期間

医療療養病床P4P

在宅復帰率や改善率による評価

医療療養病床P4P

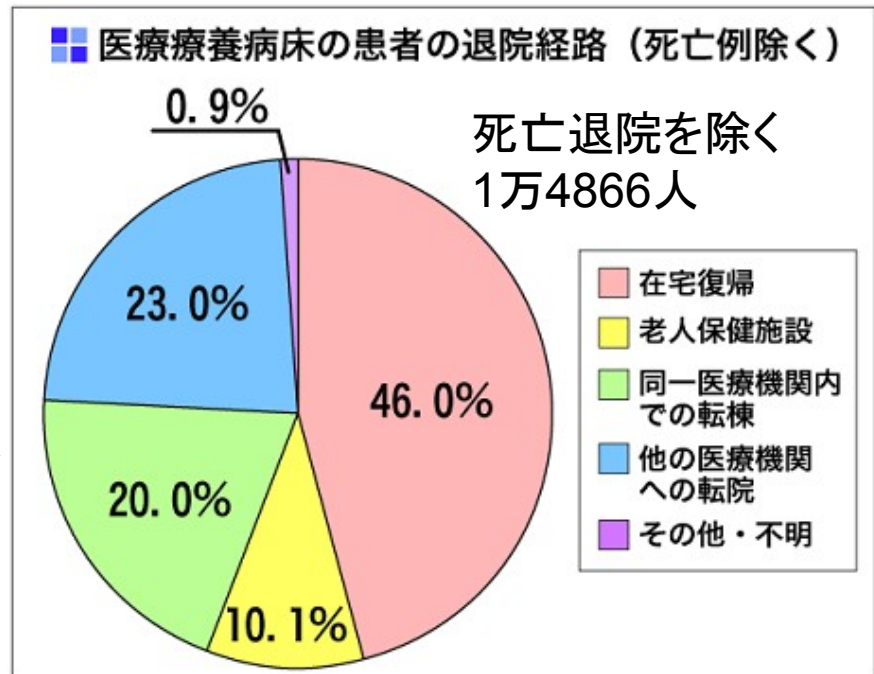


- 日本慢性期医療協会（武久洋三会長）
 - 「2010年度診療報酬改定に係る要望書」
 - 在宅復帰率や医療区分の改善率に基づく評価の導入などを求めた
- 「重症病棟の在宅復帰率」
 - 医療区分2-3の患者が8割以上を占める「重症病棟」の在宅復帰率が50%以上の場合には「医療療養病棟1」、50%未満の場合には「医療療養病棟2」として評価するよう要望
- 「医療区分の改善率」
 - 入院から3か月後の1か月平均医療区分が入院から1か月後の平均医療区分より改善している患者の割合が60%以上の場合、「医療区分改善加算」として、入院患者1日1人当たり20点を加算するよう求めた

医療療養病床の在宅復帰率は46%

— 日本慢性期医療協会 —

- 調査は09年12月11－15日、日本慢性期医療協会の会員833施設を対象に実施し、340施設が回答。
- 09年4月から9月までの6か月間に医療療養病床を入退院した患者について調べた。
- さらに、医療区分2、3の患者が8割以上を占める病棟の在宅復帰率は45.1%、8割未満の病棟では46.4%だった。



グラフ 医療療養病床の患者の退院経路(死亡例除く)

※ 「在宅復帰」は自宅のほか、特別養護老人ホームへの入所なども含む。
(日本慢性期医療協会の資料を基に編集部作成)

パート3 介護P4Pへ

介護保険における質評価の試み

介護P4P

- 09年2月国際医療福祉大学主催の医療経営セミナーで厚生労働省の宮島俊彦老健局長は、以下のように述べて注目を集めた
- 「介護サービスの質の評価に当たって P4P (Pay for Performance) といった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上っている」



宮島俊彦老健局長

介護の質評価の背景

009年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価等を行った。

かしながら、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進するべきとの観点から、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされたところ。

で、介護保険における質評価については、事業所の介護サービスの質の評価に関しては06年、09年に以下の項目で評価項目が導入されている

。

－ ①在宅復帰支援可能加算、②事業所評価加算

在宅復帰支援可能加算(09年)

- 介護P4Pの例①
 - 「在宅復帰支援可能加算」(介護老人保健施設)
 - 在宅への退所者の割合を成果指標として、その割合に応じて段階的な介護報酬による評価を行っている

事業所評価加算(09年)

- 介護P4Pの例②

- 「事業所評価加算」

- 介護予防リハなどを受けた者のうち要支援度のランク維持やランクアップした利用者の割合が多い事業所を評価して加算を与える

- 「事業所評価加算」は事業所の介護サービスの質、とくに介護予防サービスの評価を要支援度の維持や改善度という介護アウトカム指標を用いて評価したところが、介護P4Pと呼ばれる所以

介護報酬上の質の評価の取り組み

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【2009年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【2009年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

>2 ⇒

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

2012年介護報酬改定へ向け
介護P4Pの拡大検討をしては？

介護P4Pの課題

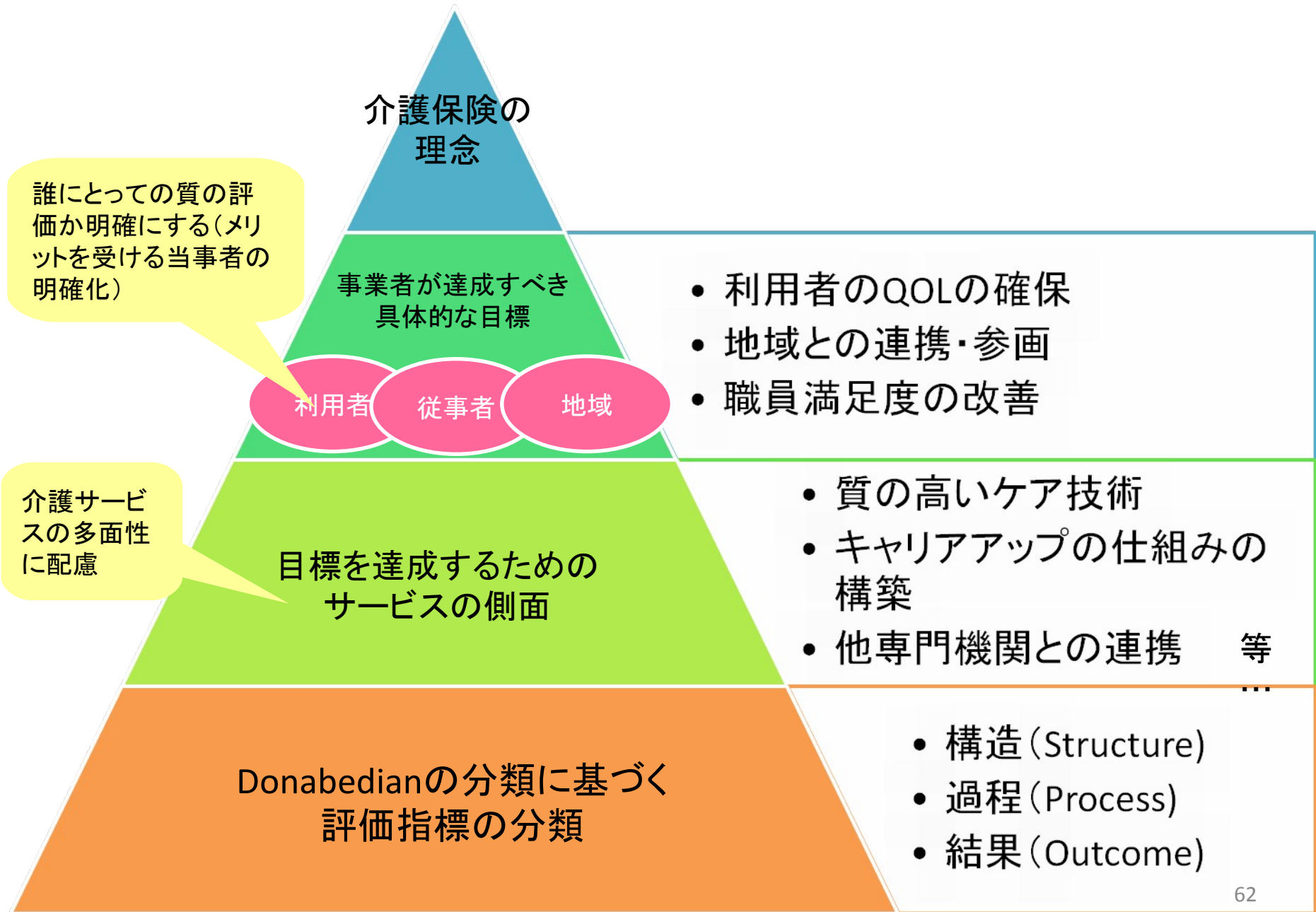
介護質指標について

- 国内データベースや国内外の研究や事例から介護の質にかかわる評価指標を収集し、以下の点に留意し、項目にそって整理する。
- 指標選択の留意点
 - 定義が明確であること(実数、分子、分母の定義が明確であること)
 - 正確なデータを容易に収集できること(既存のデータベースをできるだけ活用すること)
 - 質指標としての代表性が高いこと
 - 施設間・サービス間比較(ベンチマーク)ができること。
 - サービス改善への努力が反映されやすいこと
 - 卓越した事例(ベストプラクティス)を示せること

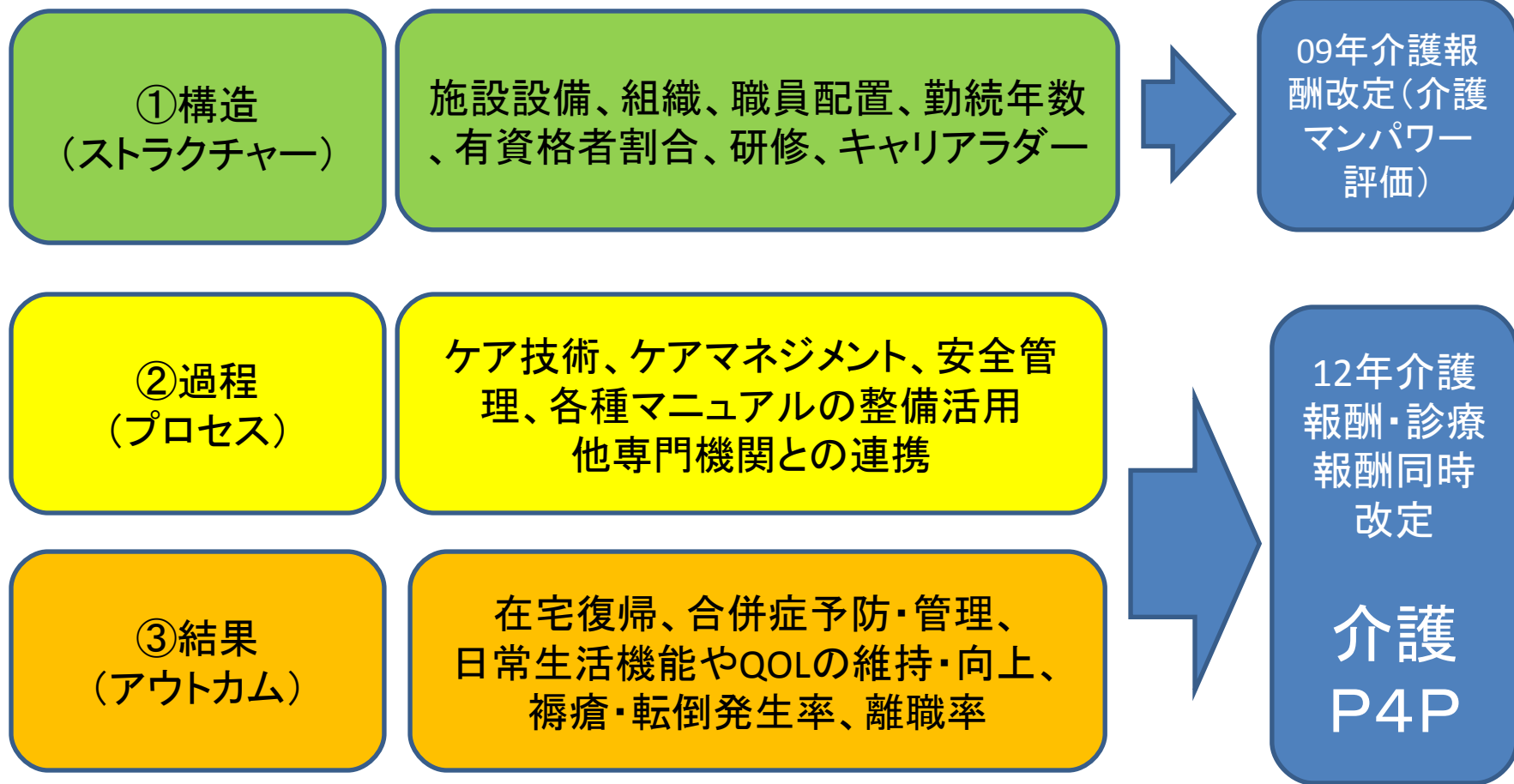
質評価指標項目の整理

- 介護の質評価の領域設定
 - 利用者のQOL、職員満足、地域等
- ドナベディアン・モデル
 - 構造(ストラクチャー)
 - 過程(プロセス)
 - 結果(アウトカム)
- 既存の質評価データをできるだけ活用
 - 要介護度認定データ
 - 都道府県の介護サービスの情報公表制度
 - 指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価
 - 福祉サービスの第三者評価事業(都道府県が認証)

介護サービスの質の評価の階層図(基本的なイメージ)



介護の質の構成要素と 介護P4P



介護P4Pの検討

- 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
- 介護の質を測定し、支払方式にリンクすることへのコンセンサスが必要
 - このためにも指標の妥当性、測定の実施可能性の検証が必要
- 介護サービス提供者の意見ヒアリングが必要
- 模範的な事例収集も必要
- なによりも介護の質を測定評価し、支払方式にリンクすることへの合意が必要

パート4

地域連携パスと介護連携パス

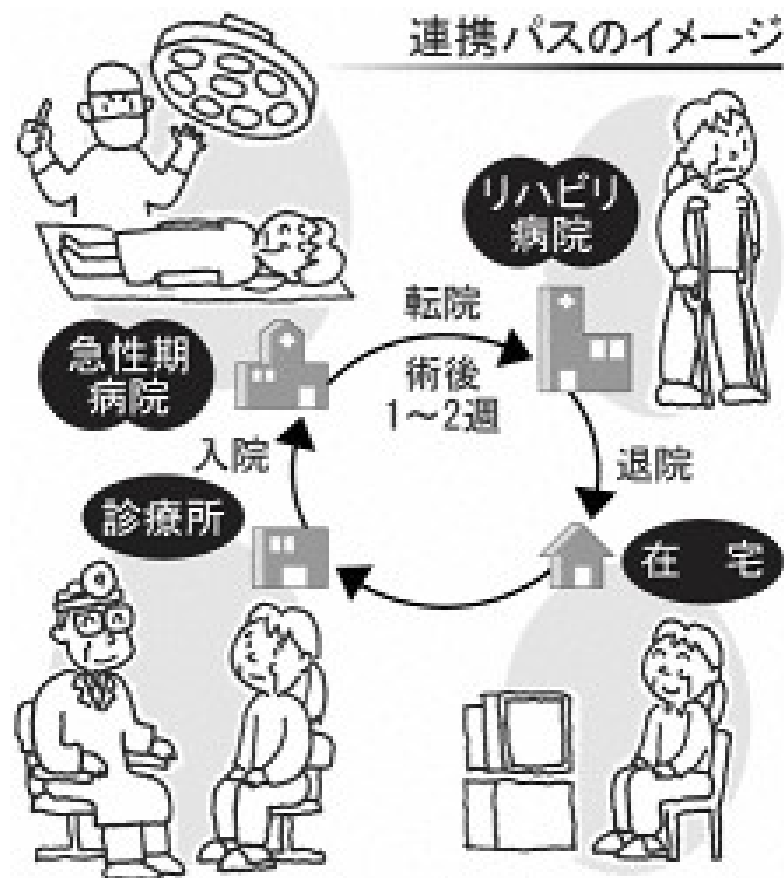
地域連携クリティカルパス

- 2006年6月第五次医療計画
 - 新たな地域医療計画における連携ツールとして明記
- 2006年4月診療報酬改定
 - 大腿骨頸部骨折に地域連携パスが導入
- 2008年4月診療報酬改定
 - 脳卒中に地域連携パスが導入
- 2008年7月がん対策推進基本計画
 - 5大がんに地域連携パスが導入

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
- 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			
検査									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	
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	
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	
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	
観察		体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () ()					体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	
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	
担当看護師署名											

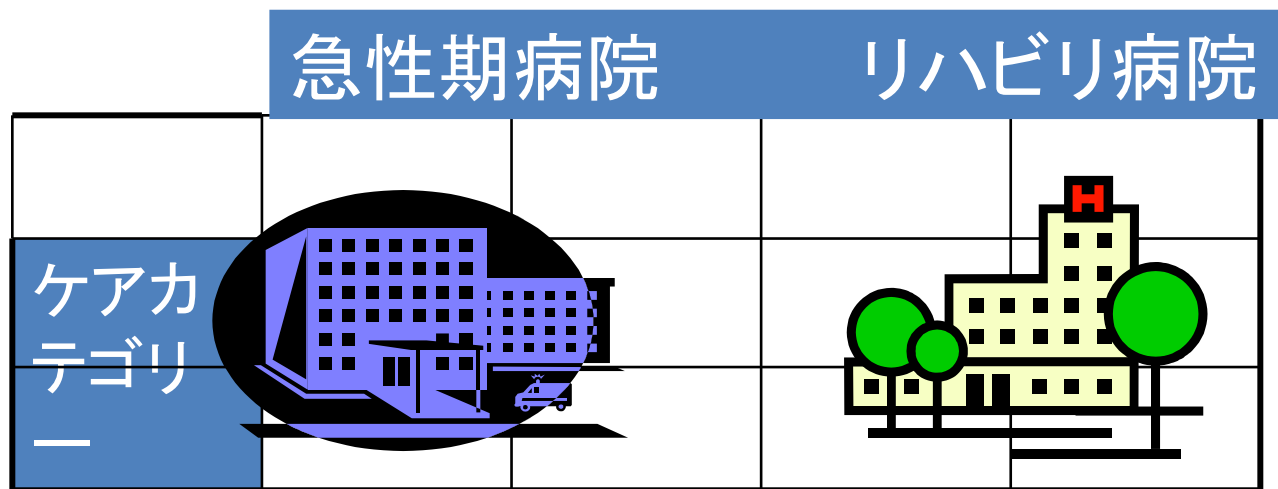
クリティカルパス標準診療計画
疾患別に作る標準診療計画



クリティカルパスは患者さんにも好評

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

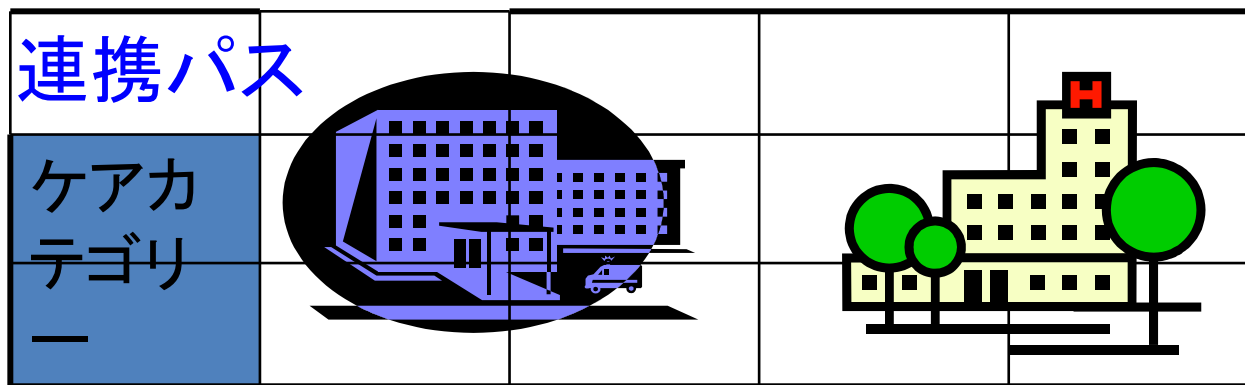
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



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

シームレスケア研究会

- 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		病棟内トイレ		病棟内トイレ		病棟内トイレ		自・監・介		
清潔	清拭		創子エッ		シャワー浴可		入浴						自・監・介		
セルフ	【荷重制限有】急性期病院		頸・腕・肘・肩・股関節・膝・足関節・内転・内旋		リハビリ病院		上下衣更衣〇/〇		靴の着脱〇/〇		洗面所(立位で)〇/〇		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)						疼痛有・無			
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血		X線(2R) 採血				X線(2R) 採血		有・無		
処置	綱線牽引 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()				常食 特食()								有・無	
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇				試験外泊 退院時OR		有・無	
退院時情報	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 意欲:有・無・どちらとも言えない		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 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)		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		筋力: 要介護度:〇		サービス:有・無()		有・無

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

【コメント】

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

* 食事を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

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	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



歩くとき膝がグラグラしない。 平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。
肩の力を抜いて歩ける。 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、廊下などは転倒し易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) 脱臼し易い姿勢に注意!

【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

『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		

入院診療計画予定表
大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

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	□ 胃管後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます	□ 制限ありません			
歩	□ 歩みに応じて訓練で 引っぱります (疲れないように)	□ 歩行棒で訓練します はベッド上安静です	□ 歩行棒で訓練します	□ リハビリにて訓練開始です		
入	□ 訓練の指導・説明 おこなえます	□ 3時間たったら、身体を おこなえます	□ 歩行棒内での起立から後かに 歩き始めます			
入	□ 病室でのリハビリが 始まります	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	
排	□ 排便の確認をします	□ 排便おっこの管が はいています	□ おしっこが管が抜けて からトイレで可能です			
服	□ 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日目までに全抜糸です □ 全抜糸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	□ 陣痛薬の確認	□ 麻酔科医の指示にて薬の 調整をすることがあります				
輸	□ 化膿止め点注の テストがあります	□ 術前に化膿止め点注が あります	□ 術後500mg点注が2本 あります	□ 術後2日目で終了です		
検	□ 必要に応じて疼痛 (全量) 使用	□ 必要に応じて疼痛 (全量) 使用				
検	□ 入院時説明 □ 手術時説明 □ 麻酔科医科説明 □ 手術室看護婦説明	□ 術後説明			□ 血液検査 □ レントゲン撮影 □ 経過説明	

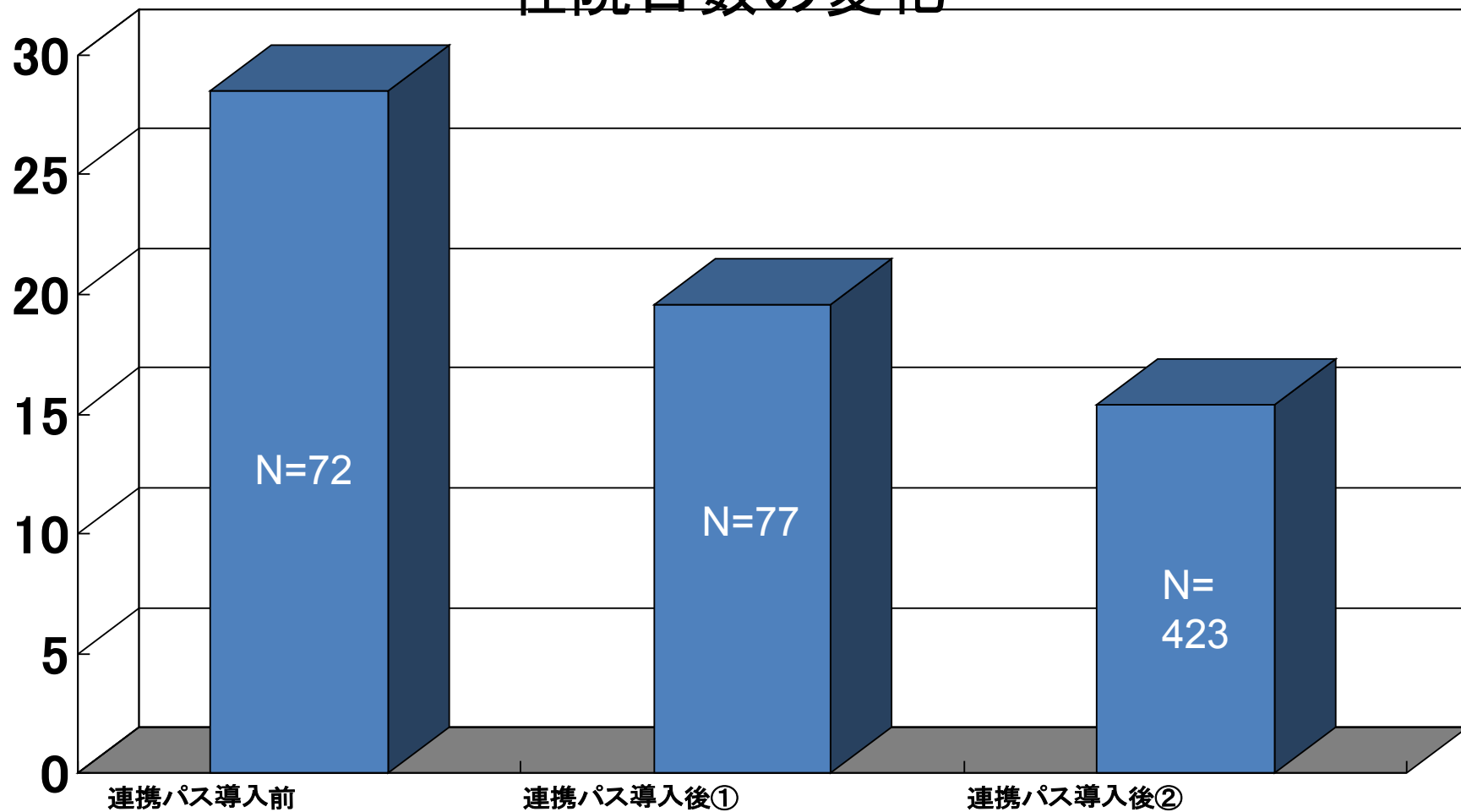
* 術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。
国立熊本病院 整形外科

※ 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

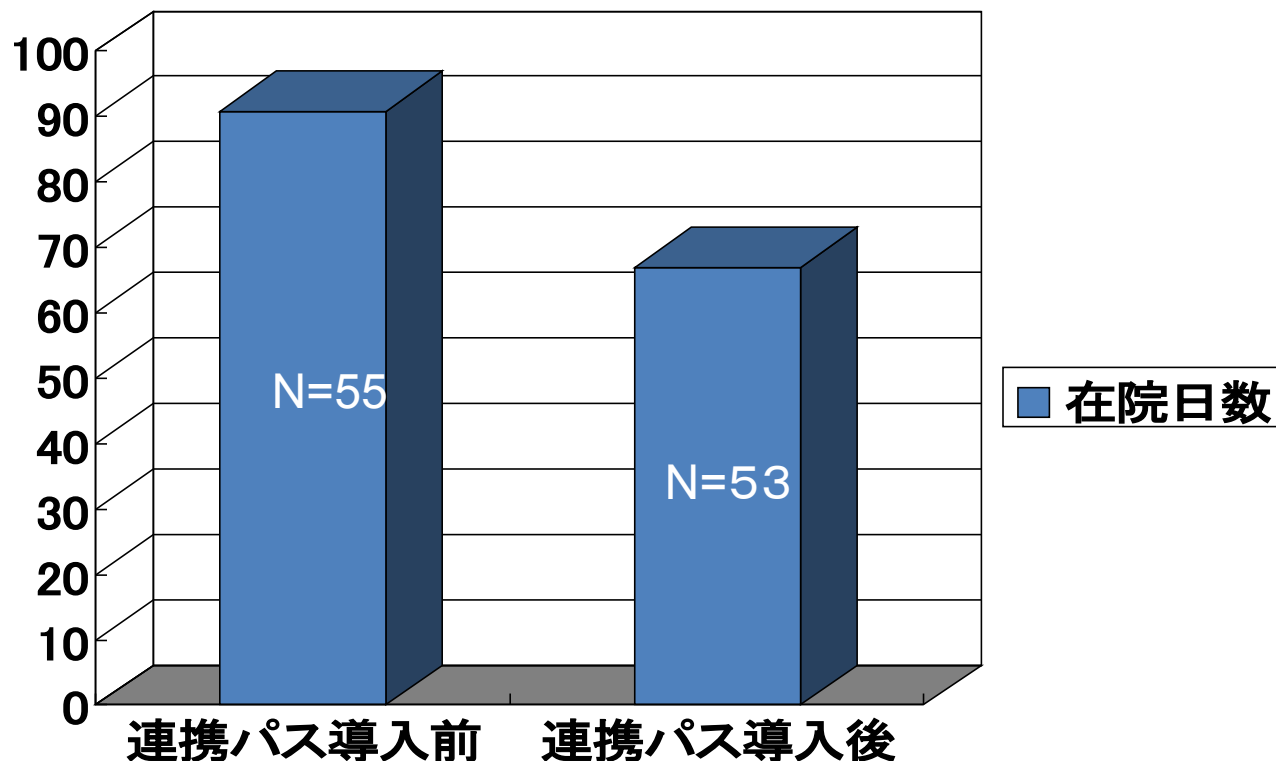
連携パスの効果

- 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

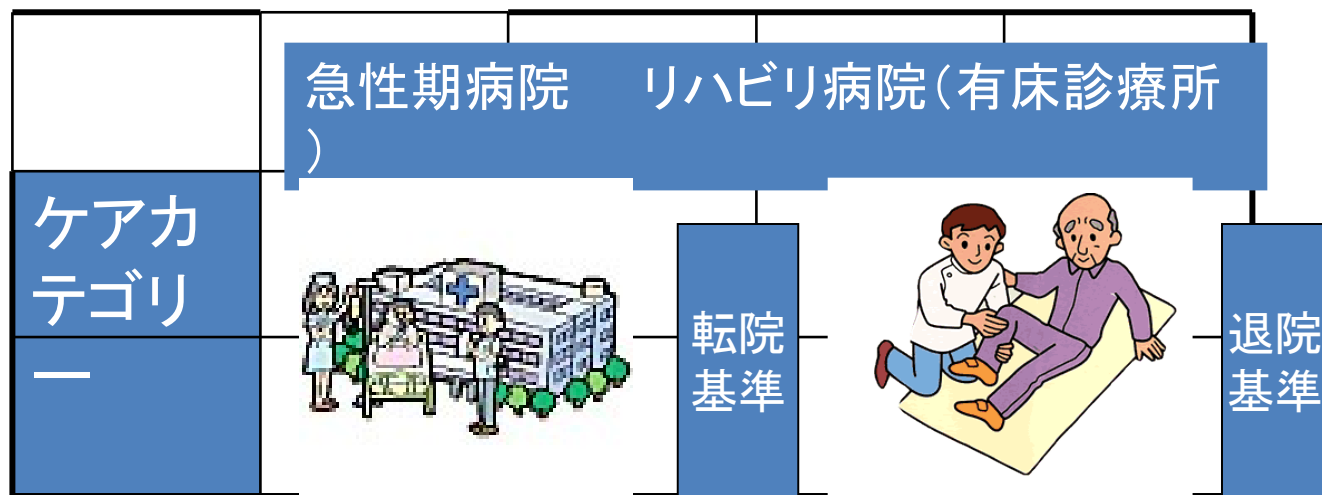


連携パスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化



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

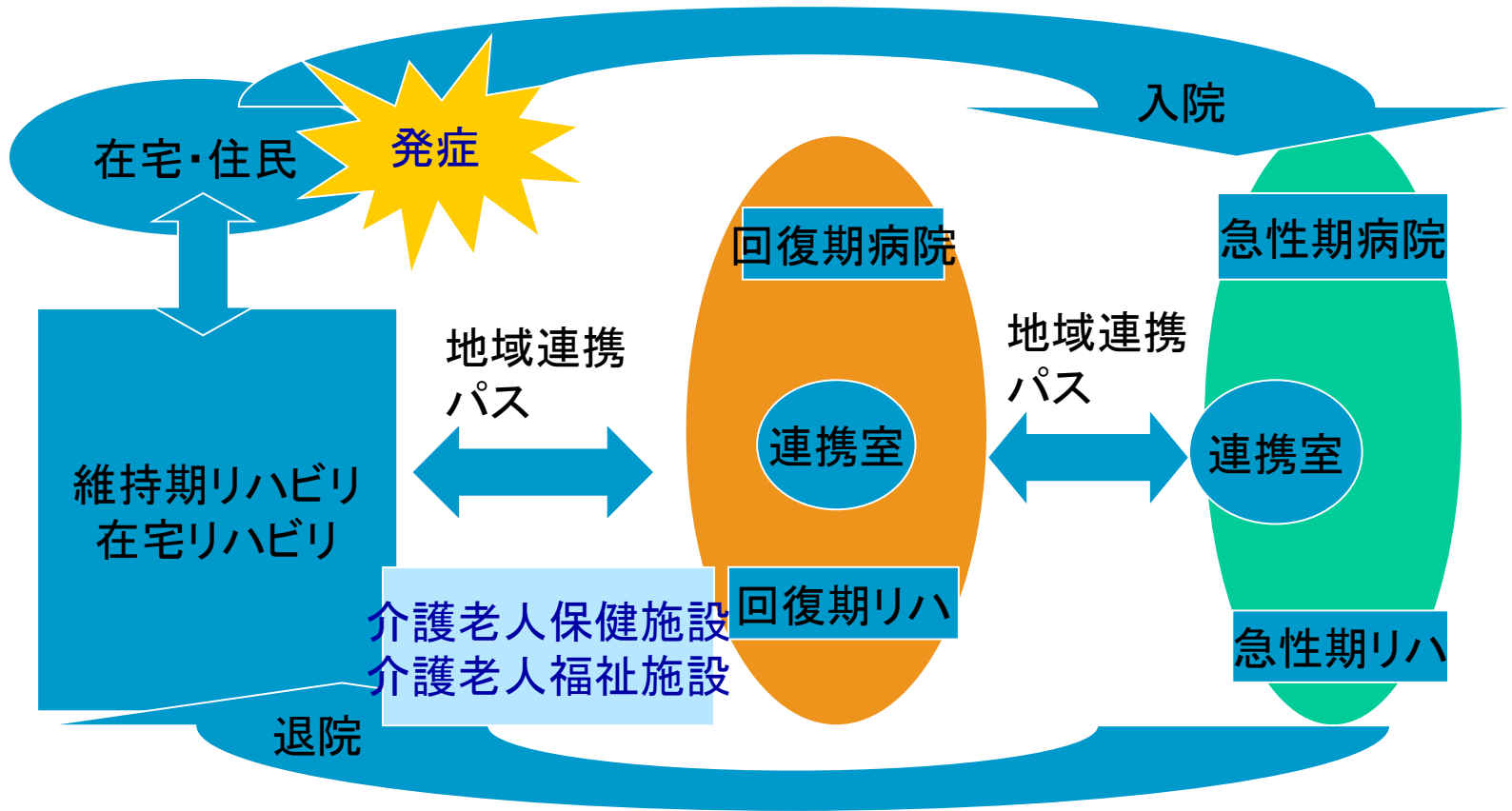
患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	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

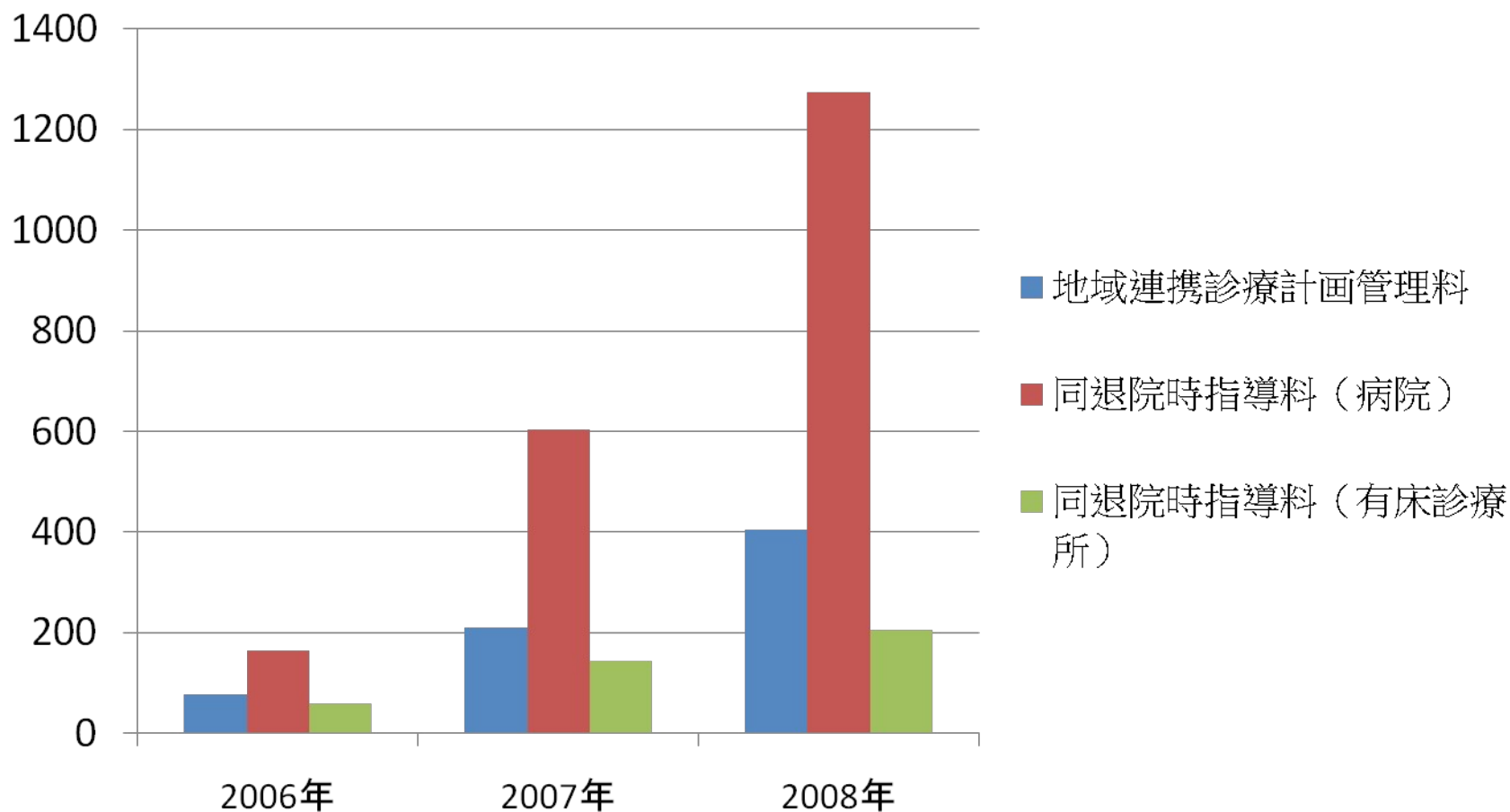


急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

地域連携クリティカルパスの増加



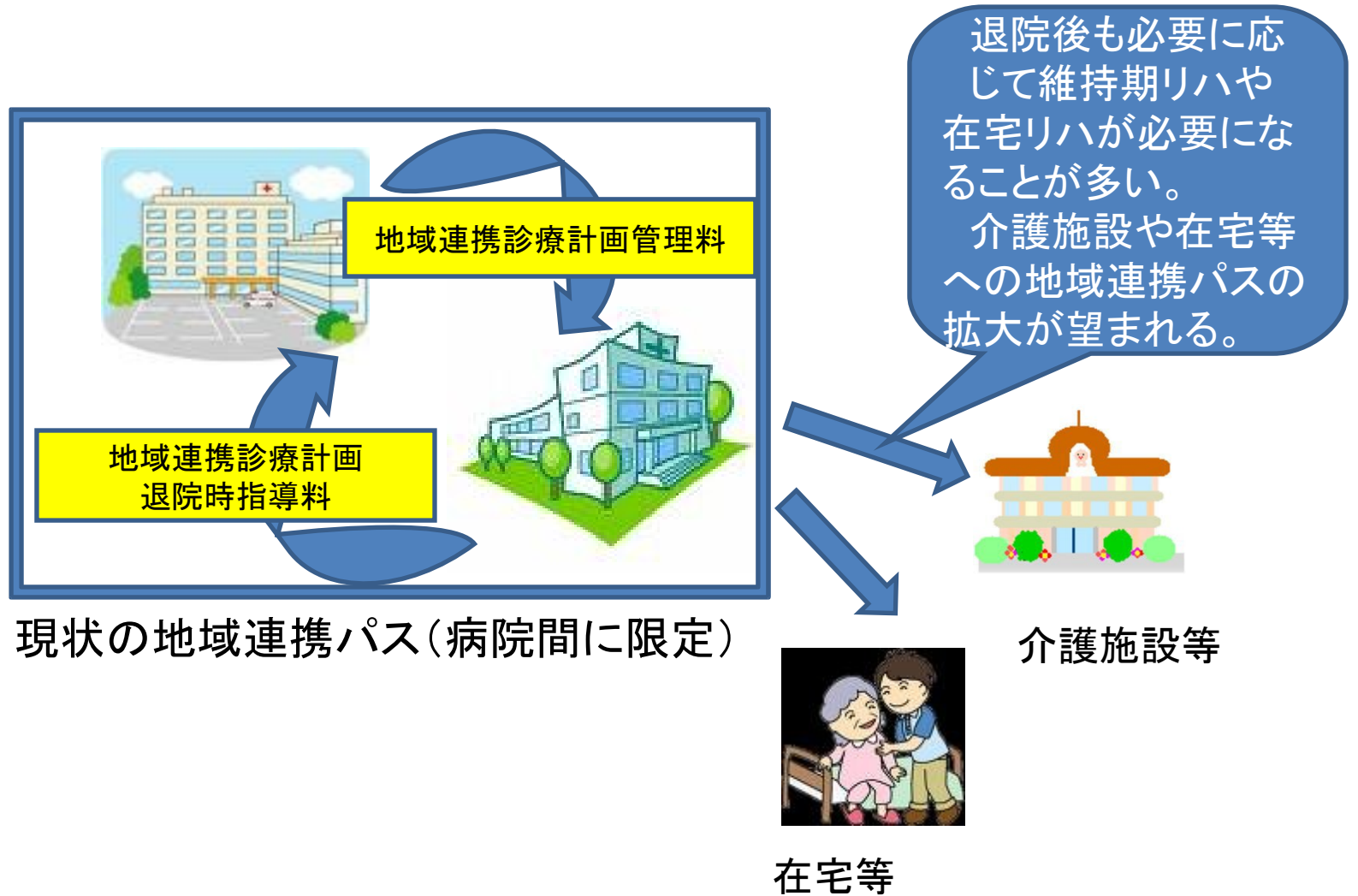
地域連携パスの 介護施設への拡張

2010年診療報酬改定

地域連携パスの介護施設への拡張

- 中医協・診療報酬基本問題小委員会(09年11月13日)
- 地域連携パスは現在、急性期病院と後方病院(有床診療所も含む)の間でしか算定できない
- これを施設拡大して維持期のリハビリを行う介護施設まで拡大してはどうか？
- たとえば脳卒中の地域連携パスの参加施設は、急性期病院と回復リハ病院以外にも維持期のリハを行う介護老人保健施設、介護老人福祉施設も連携に参加することが多い。

地域連携クリティカルパスの施設拡大



地域連携パスの介護施設への拡大

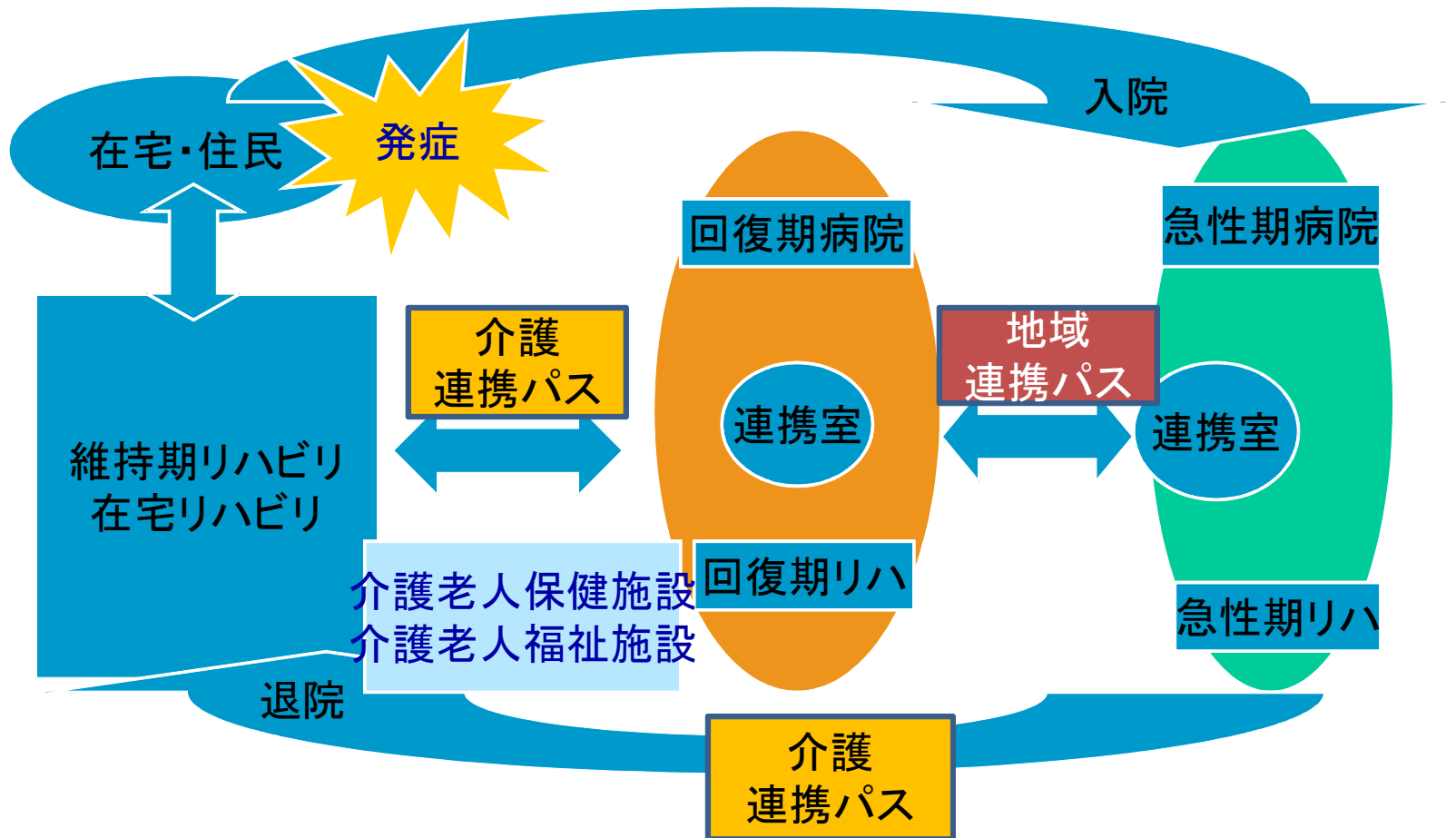
- 基本問題小委員会でも、こうした施設拡大を支持する意見が多く、西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）が、病院ばかりでなく、老人保健施設や在宅で受ける訪問リハビリなども含めた連携の必要性を訴えた。
- 09年診療報酬改定基本方針案でも述べているように、これからは「医療と介護の機能分化と連携」の時代である。ぜひとも脳卒中の地域連携パスの介護施設への拡大が必要だろう。

介護施設を含む連携パスを
「介護連携パス」と呼んでは？

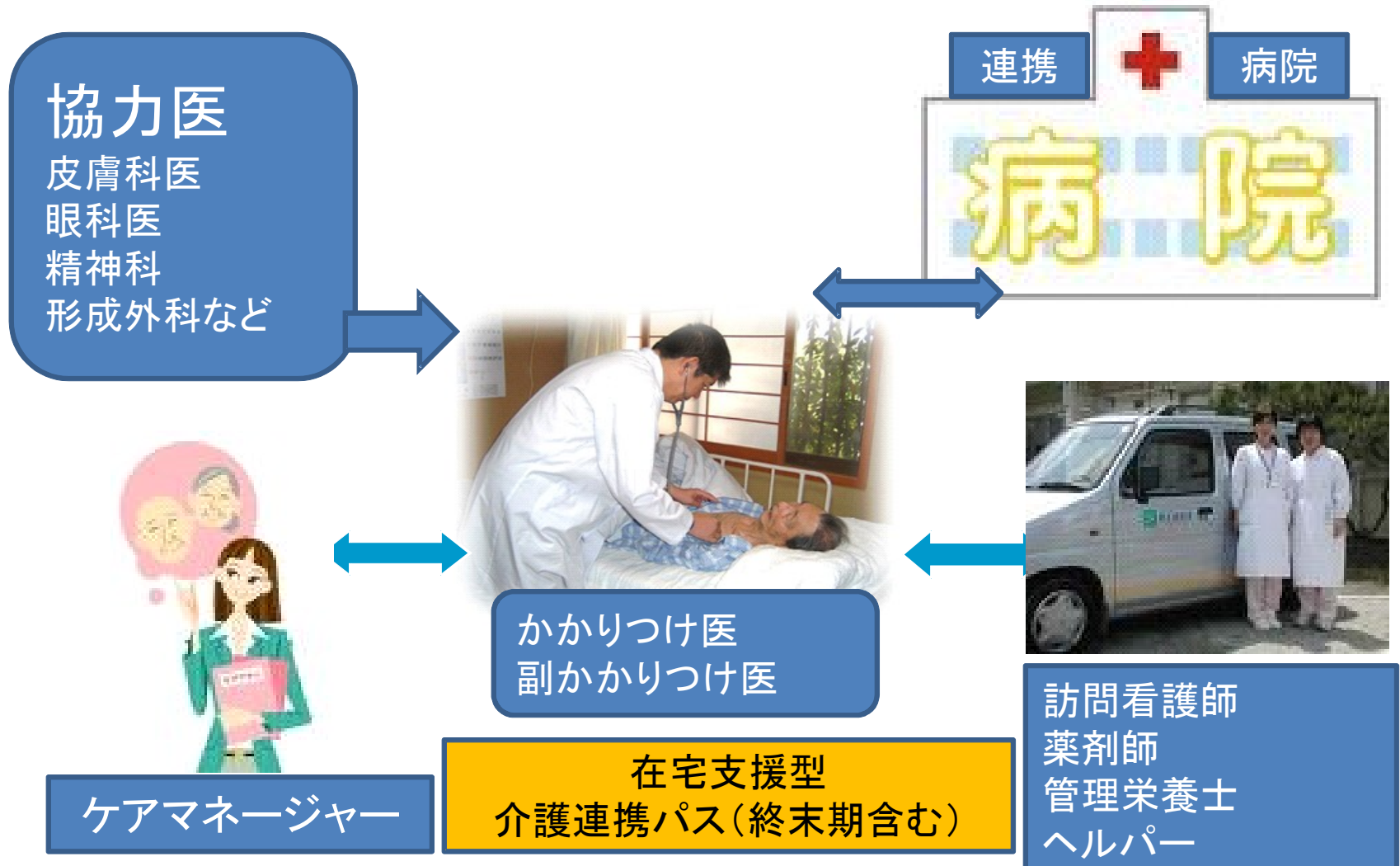
介護連携パスの提案

- 介護連携パスは医療と介護の連携を見据えた地域連携クリティカルパスのことである。
- 介護連携パスには①病院と介護施設を結ぶ施設連携型パスと②在宅支援（終末期を含む）型連携パスの2種類がある。
- こうした介護連携パスを2012年の診療報酬、介護報酬同時改定時に介護報酬に収載してはどうか？
- さらに介護連携パスの質評価をおこない介護P4Pに反映させてはどうか？

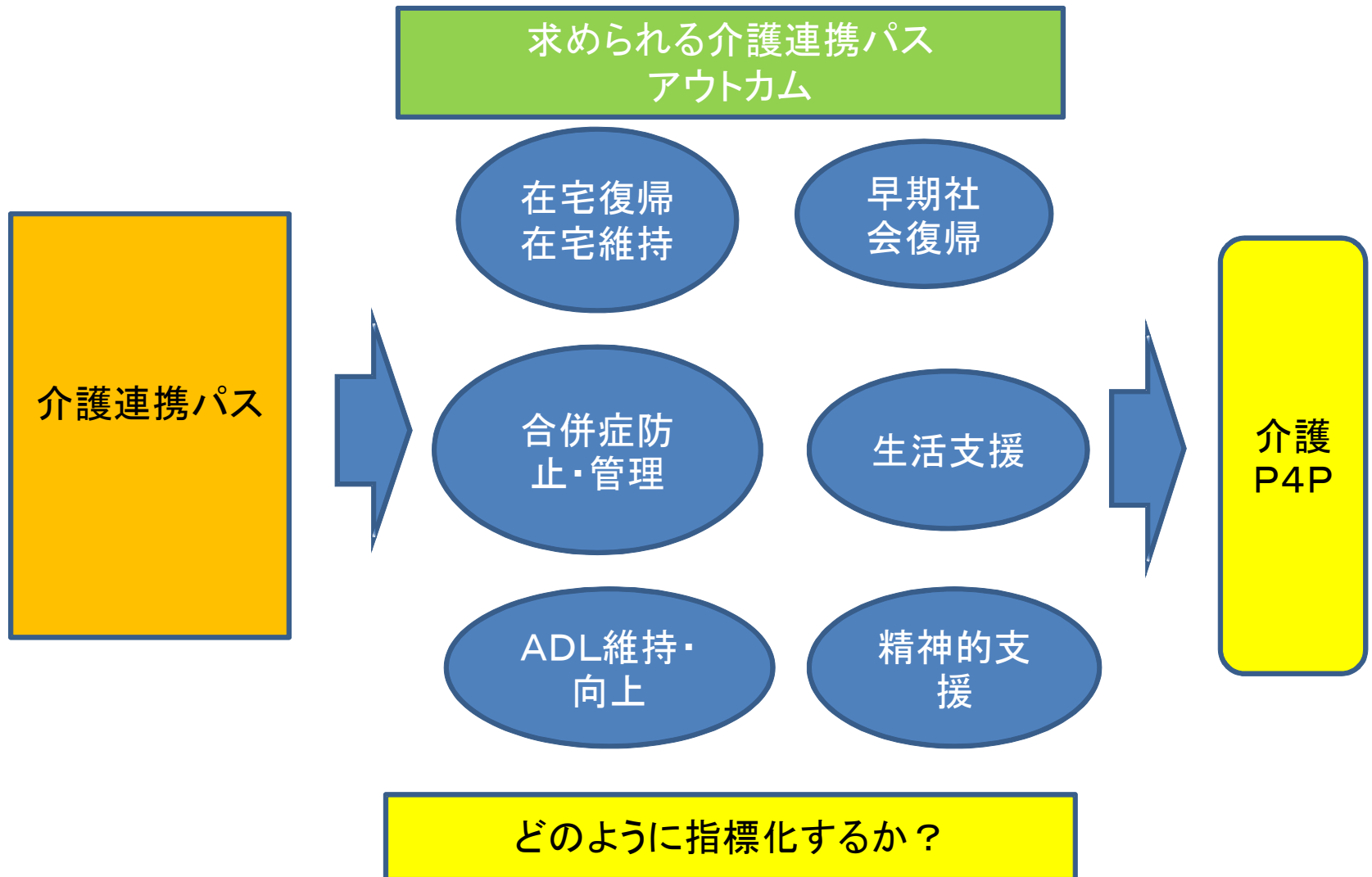
①施設連携型介護連携パス



②在宅支援型介護連携パス



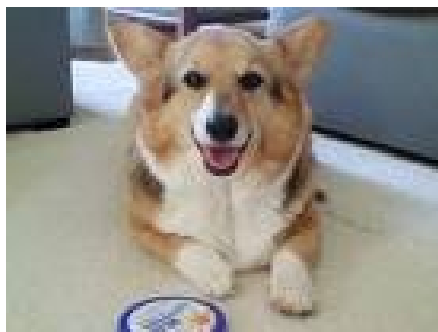
介護連携パス・アウトカム



まとめと提言

- P4Pが先進各国の支払い方式のトレンドとなりつつある
- 日本版P4Pは医療保険では回復期リハに試行的に導入され、医療療養病床への拡大要望もある
- 介護保険では、介護度ランクアップや維持を指標として、在宅復帰支援可能加算、事業所評価加算に導入された。
- 2012年介護報酬改定へ向け、介護P4Pの拡大を検討しよう
- 介護連携パスを医療と介護の連携ツールとして開発しよう。

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に公開しております。

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