

# DPCとP4P

## ～診療報酬制度の新たな潮流～

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

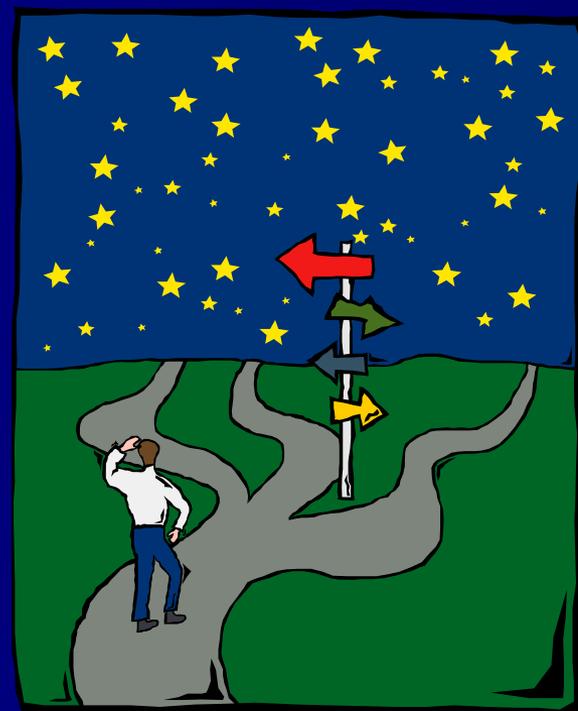


## 国際医療福祉大学三田病院

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  
**08年7月よりDPC対象病院へ  
移行**

# 目次

- パート1
  - 拡大するDPC病院
- パート2
  - 消えるDPC調整係数と新たな係数
- パート3
  - P4Pとは？
  - 米英の現状
- パート4
  - 日本版P4Pの開発



# パート1 拡大するDPC病院

DPC関連病院、現在その数1400病院



三田病院もDPC対象病院に7月から突入

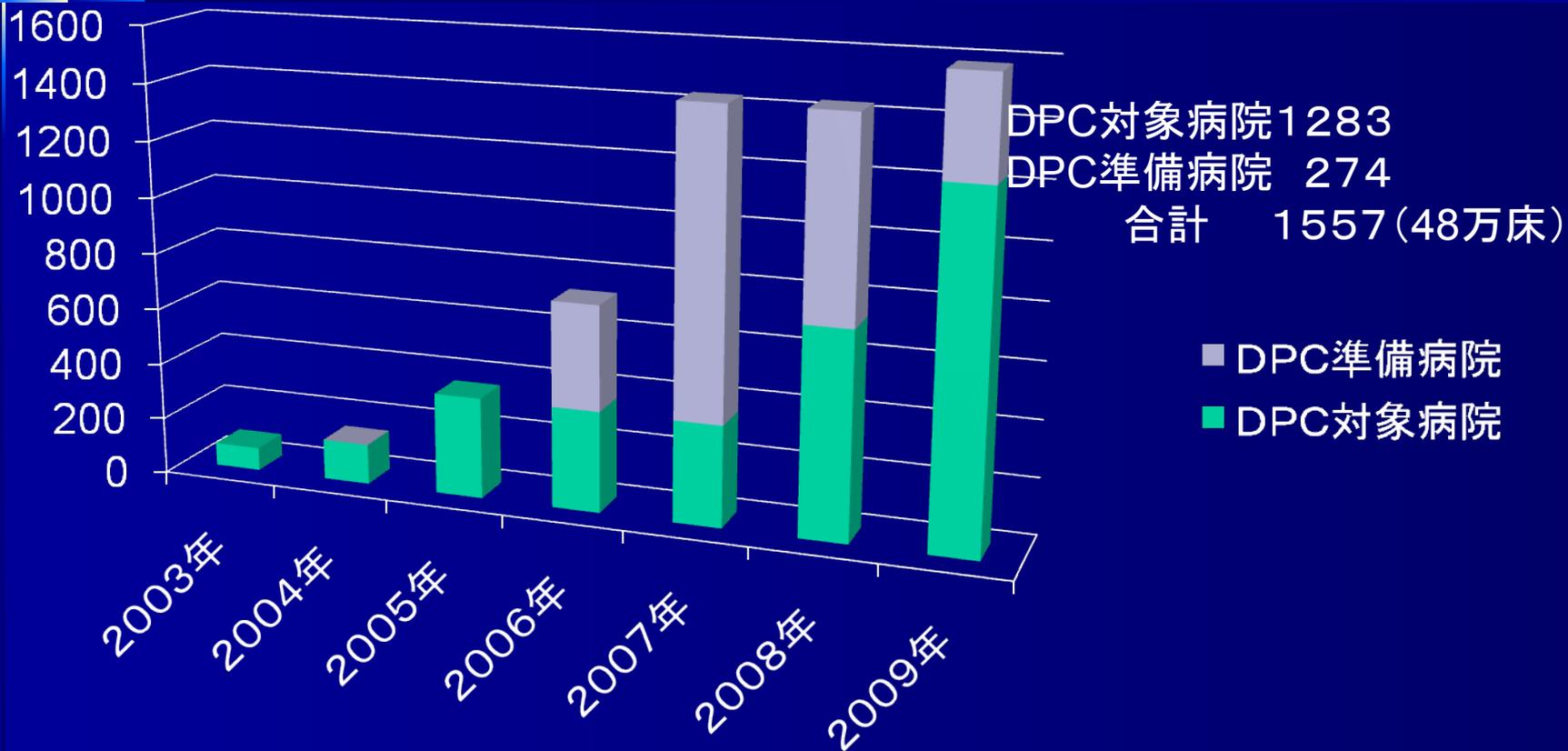
# DPC病院を1000病院に！

- 経済財政諮問会議  
(2007年5月15日)
  - DPC病院を2012年までに1000病院に
  - 後発医薬品の数量シェアを2012年までに30%に、5000億円削減

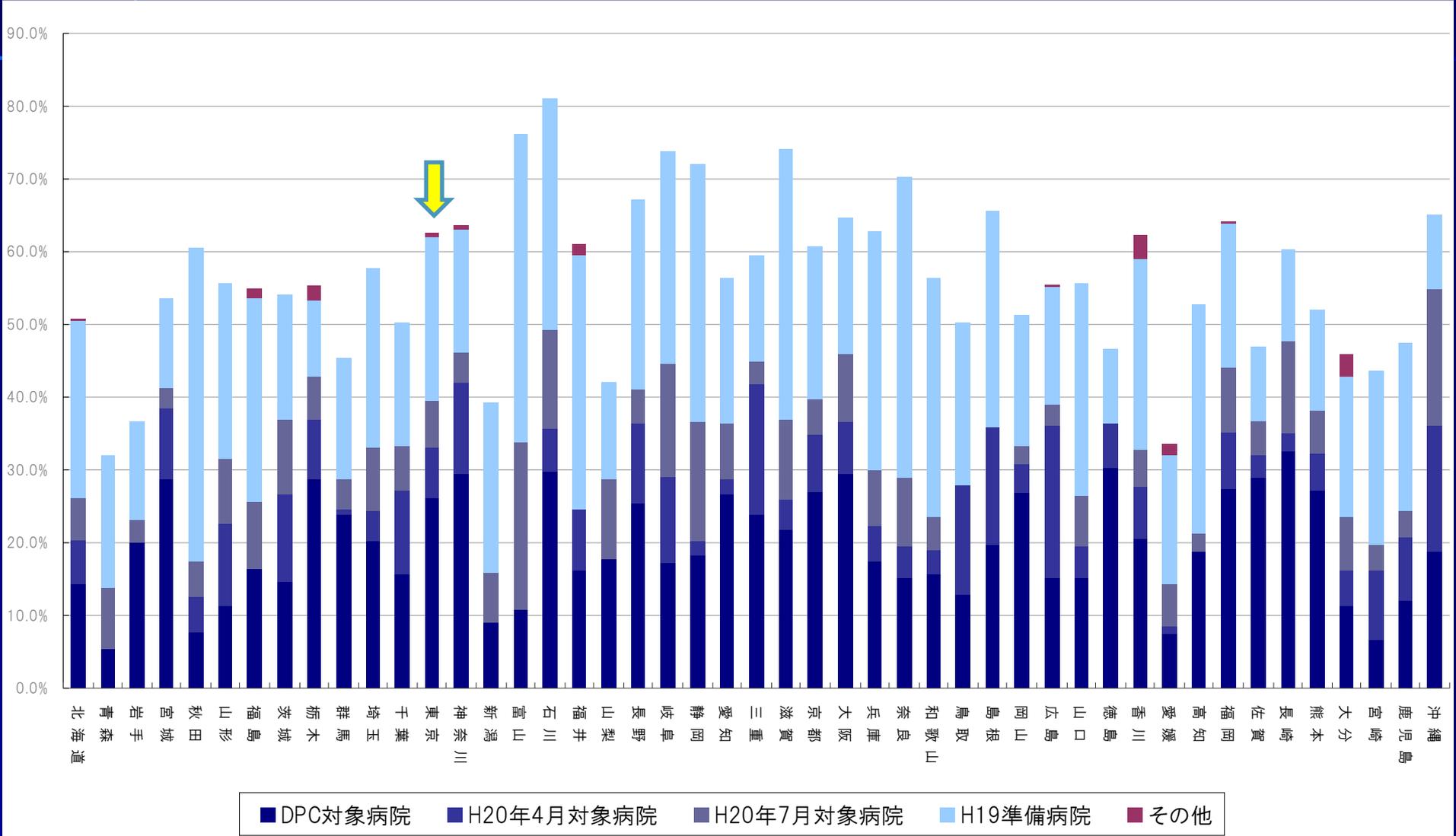


経済財政諮問会議

# DPC関連病院の拡大



# 一般病床に占めるDPC関連病床割合



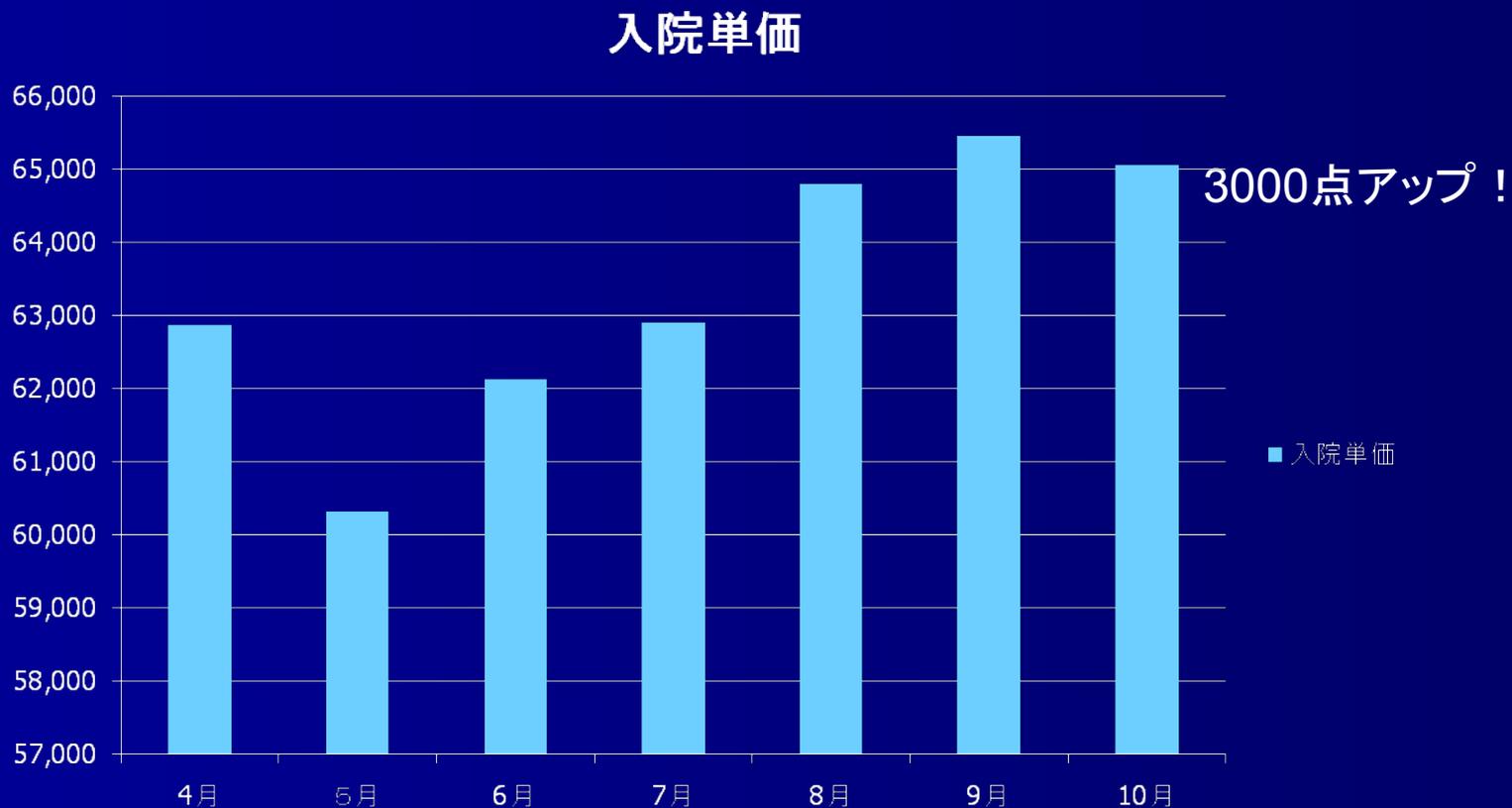
医療福祉大学

三田病院も  
08年7月からDPC算定突入！



国際医療福祉大  
三田病

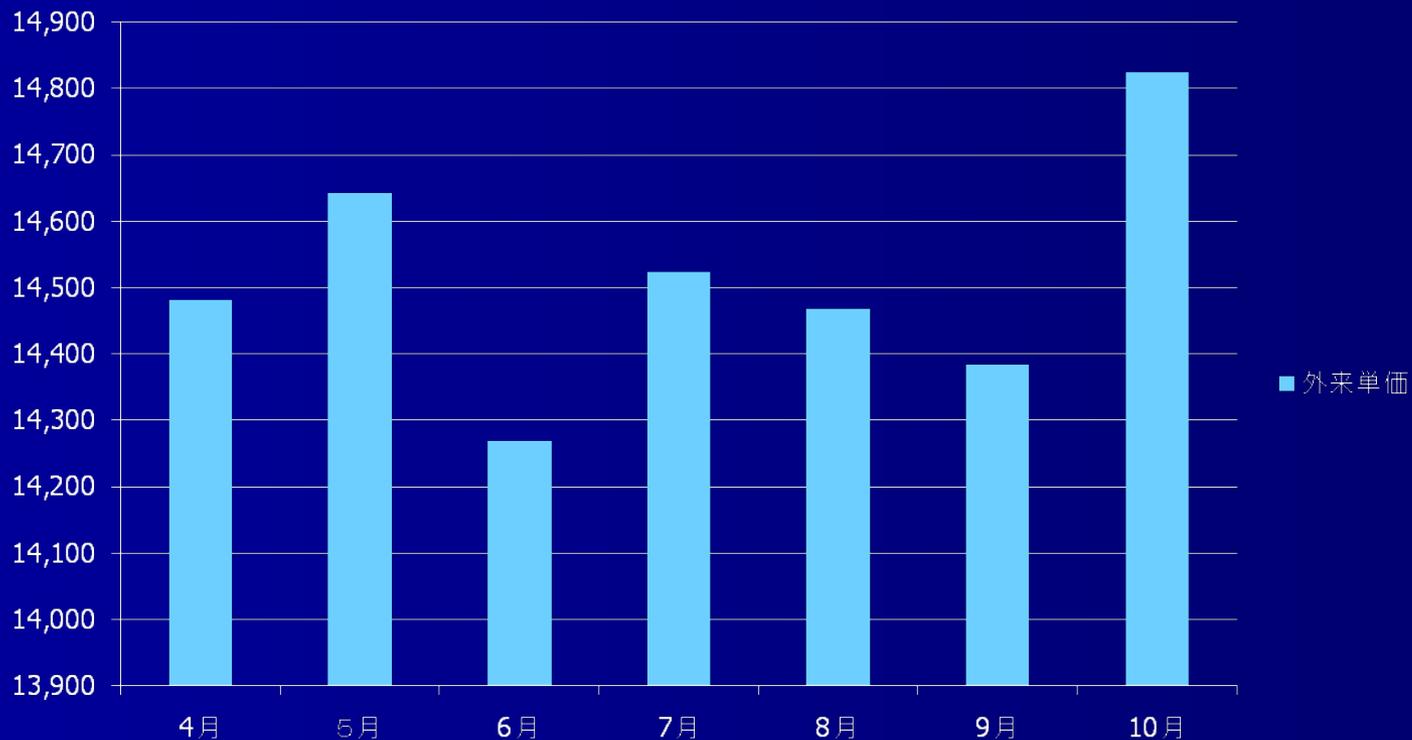
# DPC導入後の 三田病院入院単価推移



DPC導入

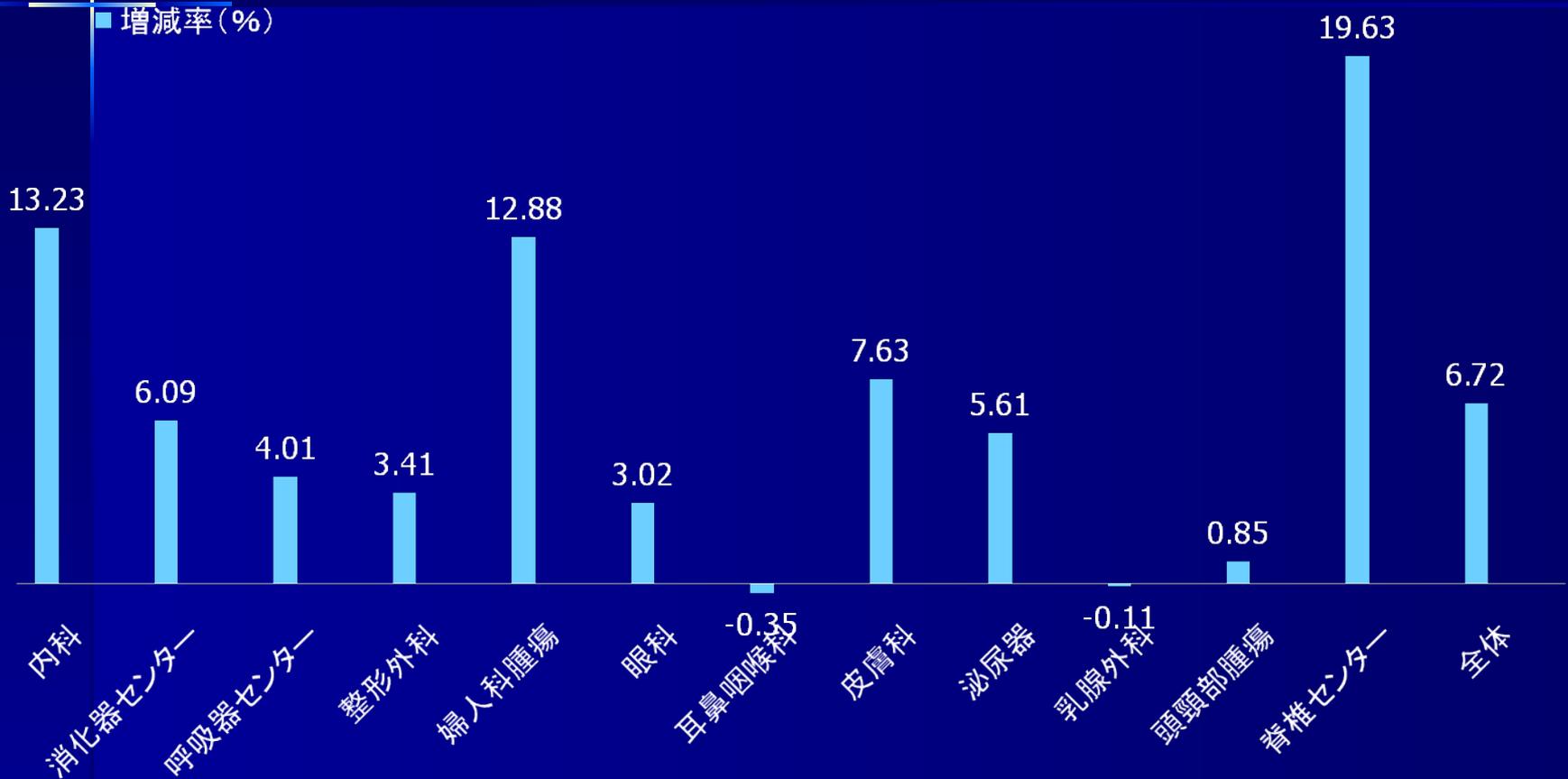
# DPC導入後の 三田病院外来単価推移

外来単価



DPC導入

# 診療科別 DPCと出来高比較



DPCと出来高比較6.72%アップ

しかし、喜んでばかりも  
いられません

はじめたDPC調整係数の廃止の議論

# パート2

## 消える調整係数

# 基礎償還点数と調整係数

- $\text{DPC償還額} = \text{ベースレート(基礎償還点数)} \times \text{診断群別係数(DPC係数)} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数(平均在院日数補正)}$
- $\text{医療機関別係数} = \text{機能評価係数} + \text{調整係数}$

# 調整係数とは？

- 医療機関別係数＝  
機能評価係数＋調整係数
- 機能評価係数
  - － 医療機関の機能を評価するための係数
  - － 入院基本料等加算を係数にしたもの
  - － 看護配置(7:1等)
  - － 地域医療支援病院
  - － 入院時医学管理加算
  - － その他
- 調整係数
  - － 医療機関の前年度実績を担保するための調整係数
  - － 診断群分類による包括評価に係る医療費が平成14年7月～10月の医療費の実績に等しくなるように各医療機関ごとに設定

# 調整係数

- 前年度の医療費の実績に基く医療機関別係数 =  
前年度の医療費(包括評価の対象範囲の出来高)  
診断分分類による診療報酬額(DPC)  
(前年度実績を担保するのが目的)

前年度の医療費の  
実績に基く医療機関別係数

医療機関の機能に応じて算定する  
諸係数

診断群分類による  
診療報酬

ΣΣ基礎償還点数

×診断群分類別係数(A、B、C、・・・)

×入院日数

前年度の  
医療費実績  
(包括評価の  
対象範囲)  
(H14, 7-10)

**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

# 新機能評価係数（中医協09年 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データで一部分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

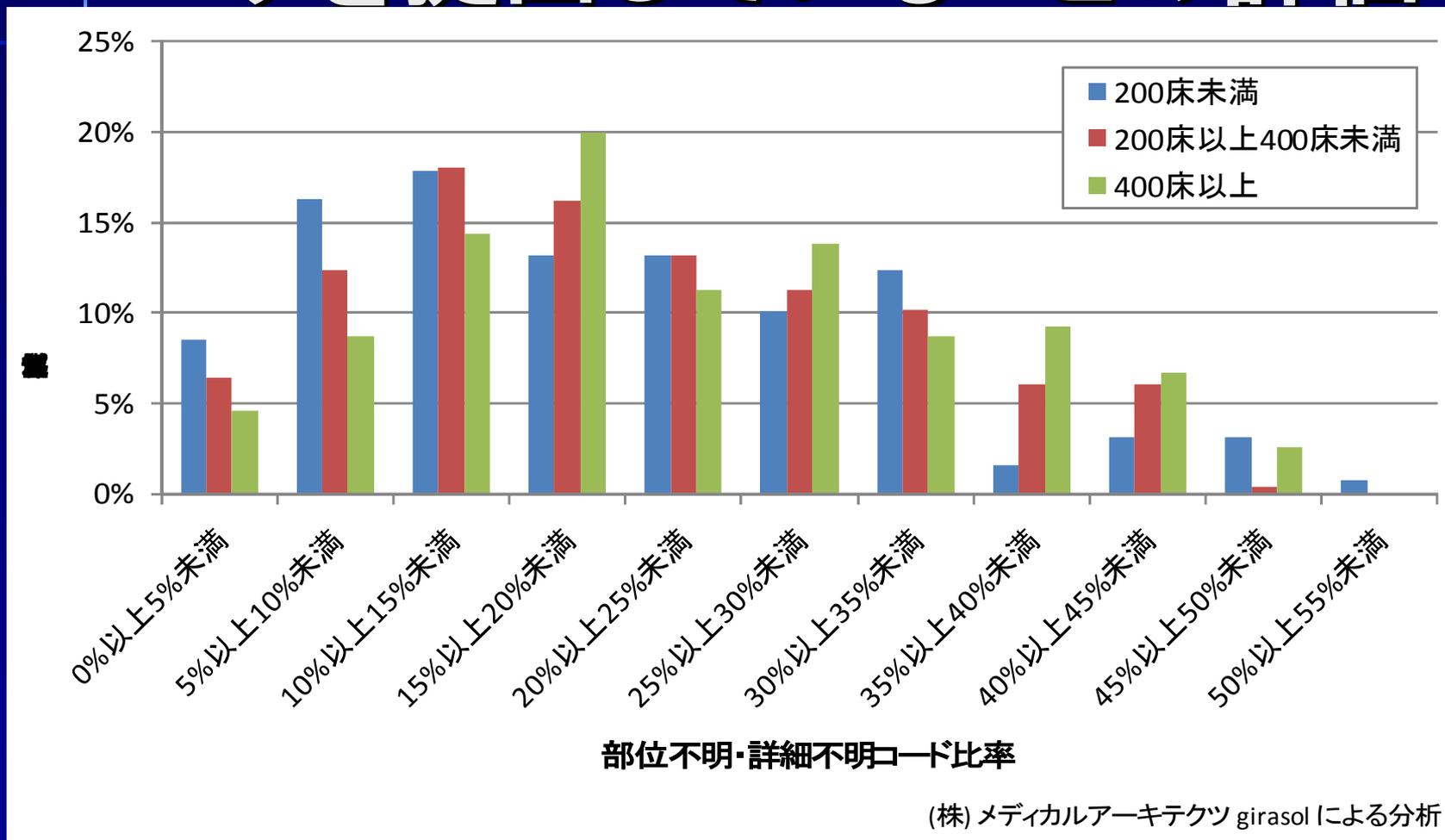
# A. DPC 対象病院において評価を検討すべき項目

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)

# 中医協・診療報酬基本問題小委員会 (09年12月16日)

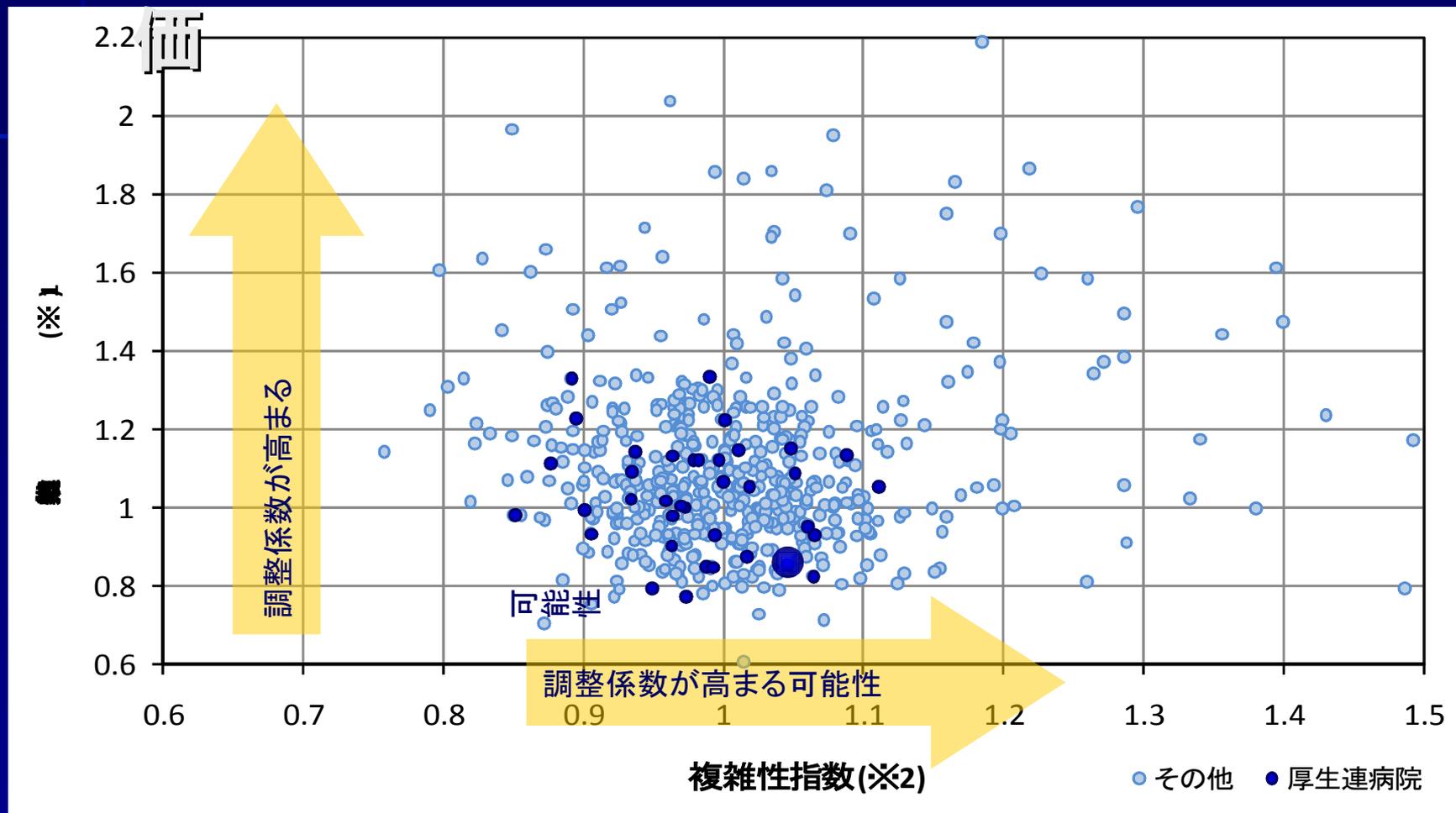
- 7つの新機能評価係数候補項目
  - － 当確決定4項目
    - (1) 正確なデータ提出に係る評価
    - (2) 効率化に対する評価
    - (3) 複雑性指数による評価
    - (4) 診断群分類のカバー率による評価
  - － シミュレーションで採否を決定する2項目
    - (5) 救急医療の入院初期診療にかかる評価
    - (6) 地域医療への貢献に係る評価
  - － 引き続き検討する1項目
    - (7) チーム医療

# 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



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

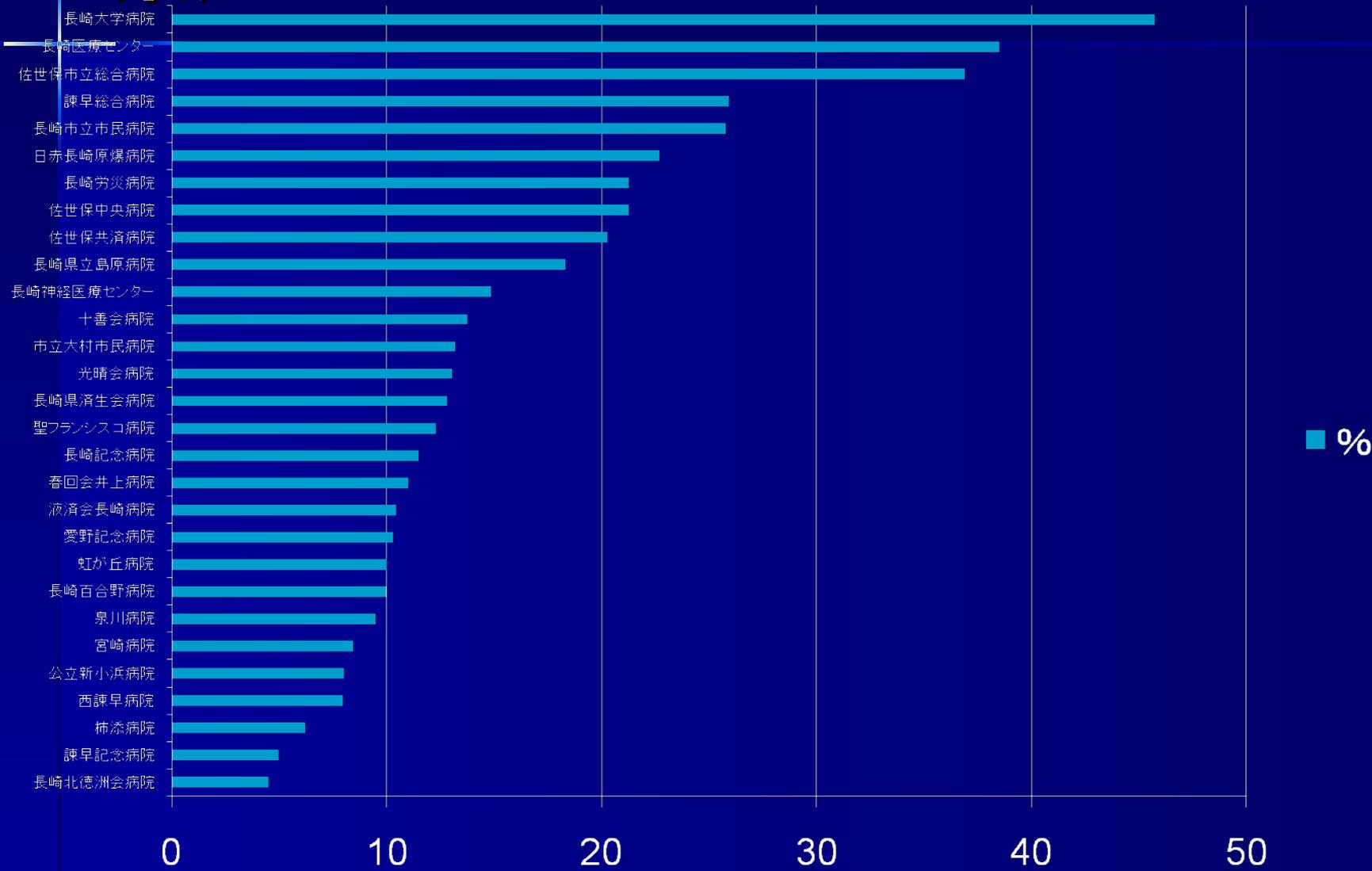


- (※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- (※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- 注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

# 病院別診断群分類カバー率(長崎県)

%



# 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

# 新機能評価係数候補

- 3 既存制度との整合性を図る必要があるもの
  - － すでに機能評価係数として評価されているもの
    - 特定機能病院または大学病院の評価
    - 地域医療支援病院の評価
    - 臨床研修に対する評価
    - 医療安全の評価
  - － 既に診断群分類の分岐として評価されているもの
    - 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
    - 副傷病名による評価
    - 希少性指数による評価
  - － 出来高で評価されているもの
    - 退院支援の評価
    - 地域連携(支援)に対する評価
    - 望ましい5基準に係わる評価
  - － 高度な設備による評価
  - － がん診療連携拠点病院の評価

**新たな調整係数は  
病院質パフォーマンス評価係数！**

# 質パフォーマンスの良い 病院に高い調整係数を！

- 病院の質パフォーマンスを評価する
- 調整係数でパフォーマンスの良い病院にボーナスをつける
- 臨床指標による評価
  - － 臨床指標で臨床成績の良い病院に調整係数を高く設定する
  - － 診療ガイドラインの準拠率による評価
- 効率性の評価
  - － 同じ臨床パフォーマンスであれば、コストの低い病院に調整係数を高く設定する
- P4P (Pay for Performance) 係数を！

# 内閣府規制改革会議答申より

2008年12月

- 近年、医療の質についての社会的関心の高まりを受けて、例えばアメリカのメディケアにおける、質に基づく支払い(Pay For Performance)の一種である、Value Based Purchase(価値に基づく医療サービスの購入)の導入など、より直接的に医療の質を評価し支払いの対象とすべきとの試みが認められる。
- 我が国においても、レセプトオンライン化の平成23年度完全実施の決定、DPCの拡大等により、医療内容とその治療結果についての客観的データの分析ができる環境が整いつつある。
- 欧米諸国の取組内容、国内における医療情報収集体制の整備状況等を踏まえつつ、質に基づく支払い(Pay For Performance)の導入にむけて、導入時期、方法などについて検討を開始すべきである。

# P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは

P4P研究会 編

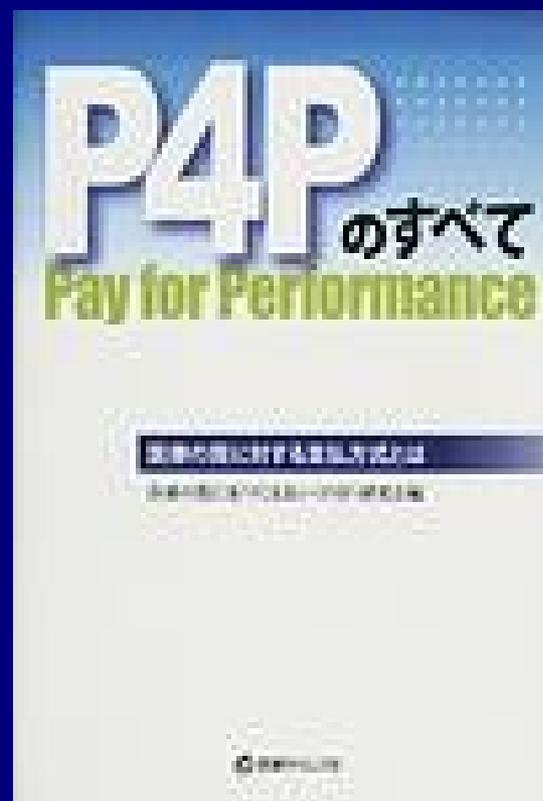
医療タイムス社 版

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(資料集)



P4P研究会編(武藤ら)

A photograph of the Golden Gate Bridge in San Francisco, California, taken from a low angle looking down the length of the bridge towards the water. The sky is a deep blue with scattered white clouds, and the bridge's towers and cables are silhouetted against the light. The water is calm and reflects the sky.

パート3

P4P～米英の現状～

ではP4Pとは何か？

# P4Pとは？

- 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？

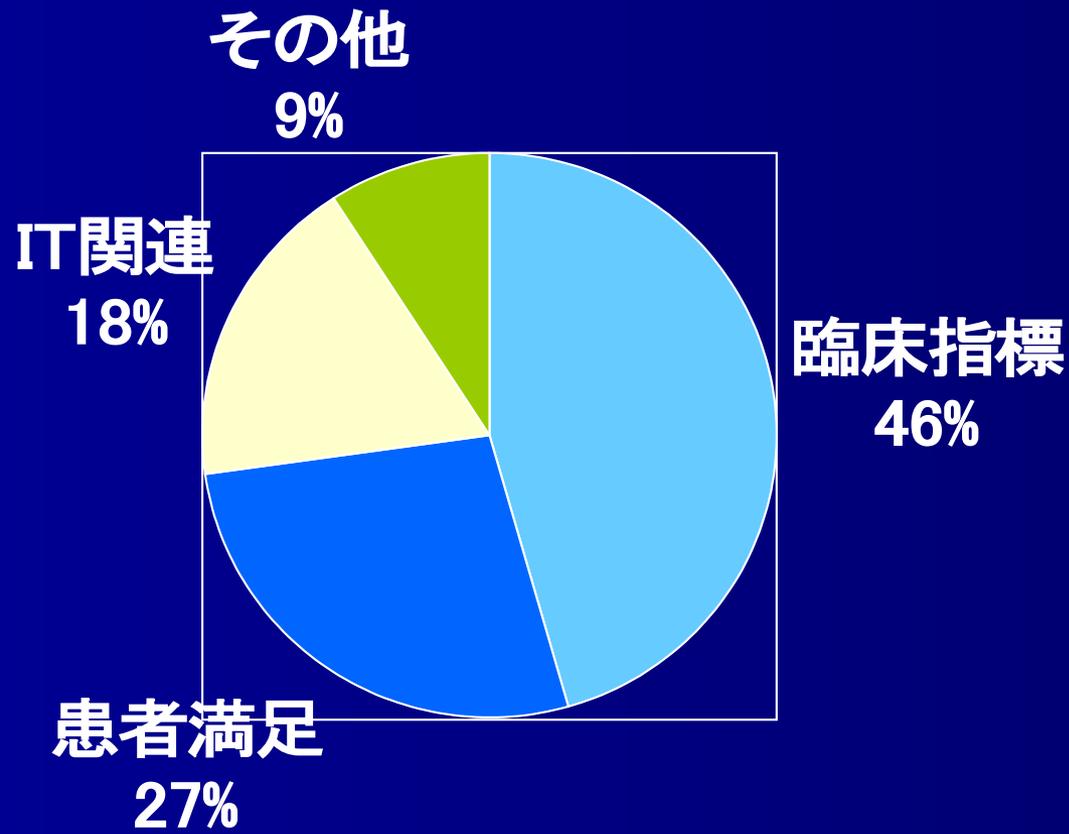
- P4P (Pay for Performance)とは高質の医療提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる

# 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
- **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

# パフォーマンス測定

## カリフォルニアP4Pの例



# 臨床指標

## プライマリケアグループP4P

### ■ 臨床評価指標

- 小児ワクチン接種率
- 乳がんスクリーニング率
- 子宮がんスクリーニング率
- 結腸・直腸がんスクリーニング率
- 糖尿病の網膜症検査率
- 糖尿病の高脂血症検査率
- 糖尿病の**HbA1c** 検査率
- **ACE阻害剤の心不全患者への使用率**
- 高コレステロール治療薬のコンプライアンス率
- 喘息患者に対する長期服薬コントロール率

# 臨床指標

## 病院向けP4Pプログラム(プレミア)

- 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

# 心臓バイパス手術

## ＜プロセス指標＞

10. 退院時にアスピリンの投与
11. 内胸動脈を用いたバイパス術
12. 切開一時間以内に予防的抗菌薬の投与
13. 手術患者への予防的抗菌薬の適切な選択
14. 手術終了後24時間以内に予防的抗菌薬を中止

## ＜アウトカム指標＞

15. 入院死亡率
16. 術後出血・血腫
17. 術後の生理的異常・代謝異常

# 心不全

## <プロセス指標>

18. 左室機能の評価

19. 詳細な退院指導

20. 左室収縮機能不全に対するACE阻害剤の投与

21. 禁煙指導・カウンセリングの実施

# 肺炎

## ＜プロセス指標＞

22. 血中酸素飽和度が測定された患者の割合
23. 現状の推奨に適合した初期投与の抗菌薬
24. 抗菌薬投与開始前の血液培養
25. インフルエンザワクチンの接種状況の確認と接種
26. 肺炎球菌ワクチンの接種状況の確認と接種
27. 来院後4時間以内に初回の抗菌薬が投与された患者の割合
28. 禁煙指導・カウンセリングの実施

# 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

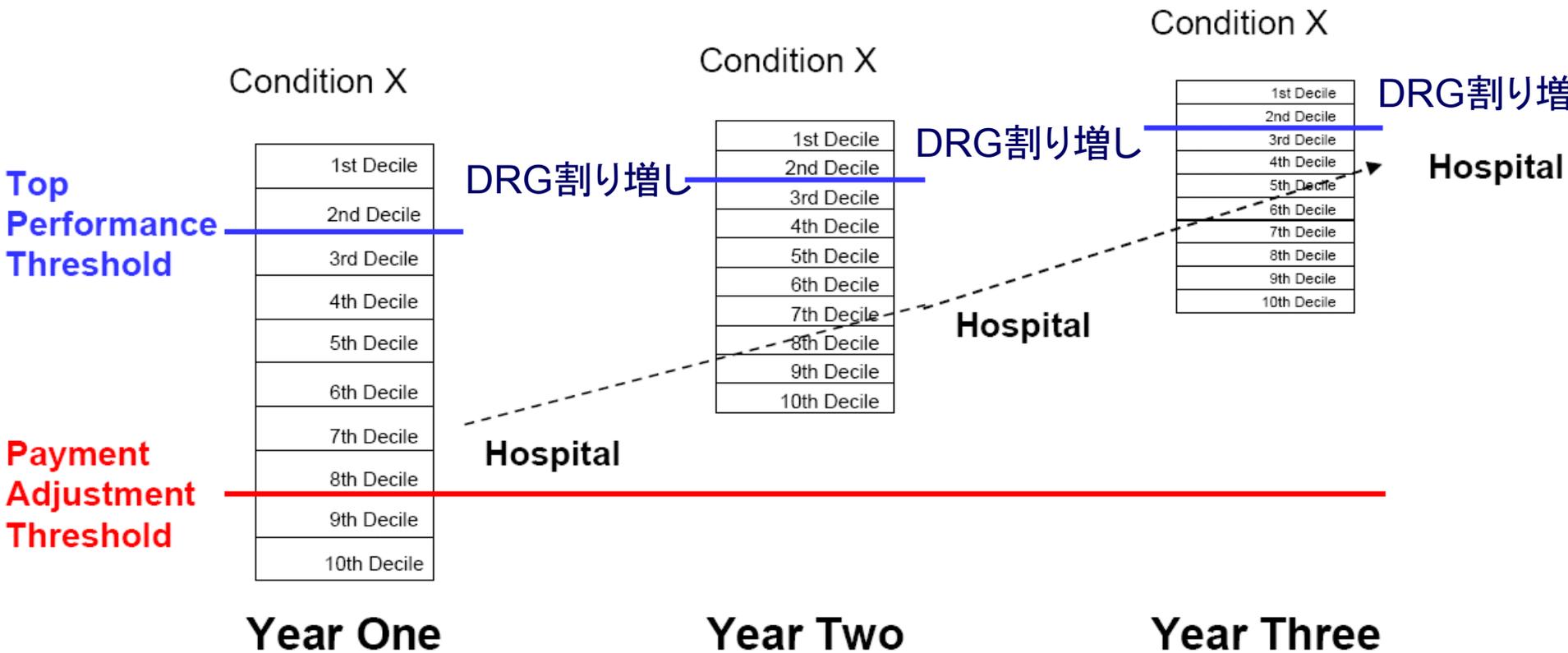
- データーの統合度
- 臨床の意思決定支援度

**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における 経済的インセンティブとは？

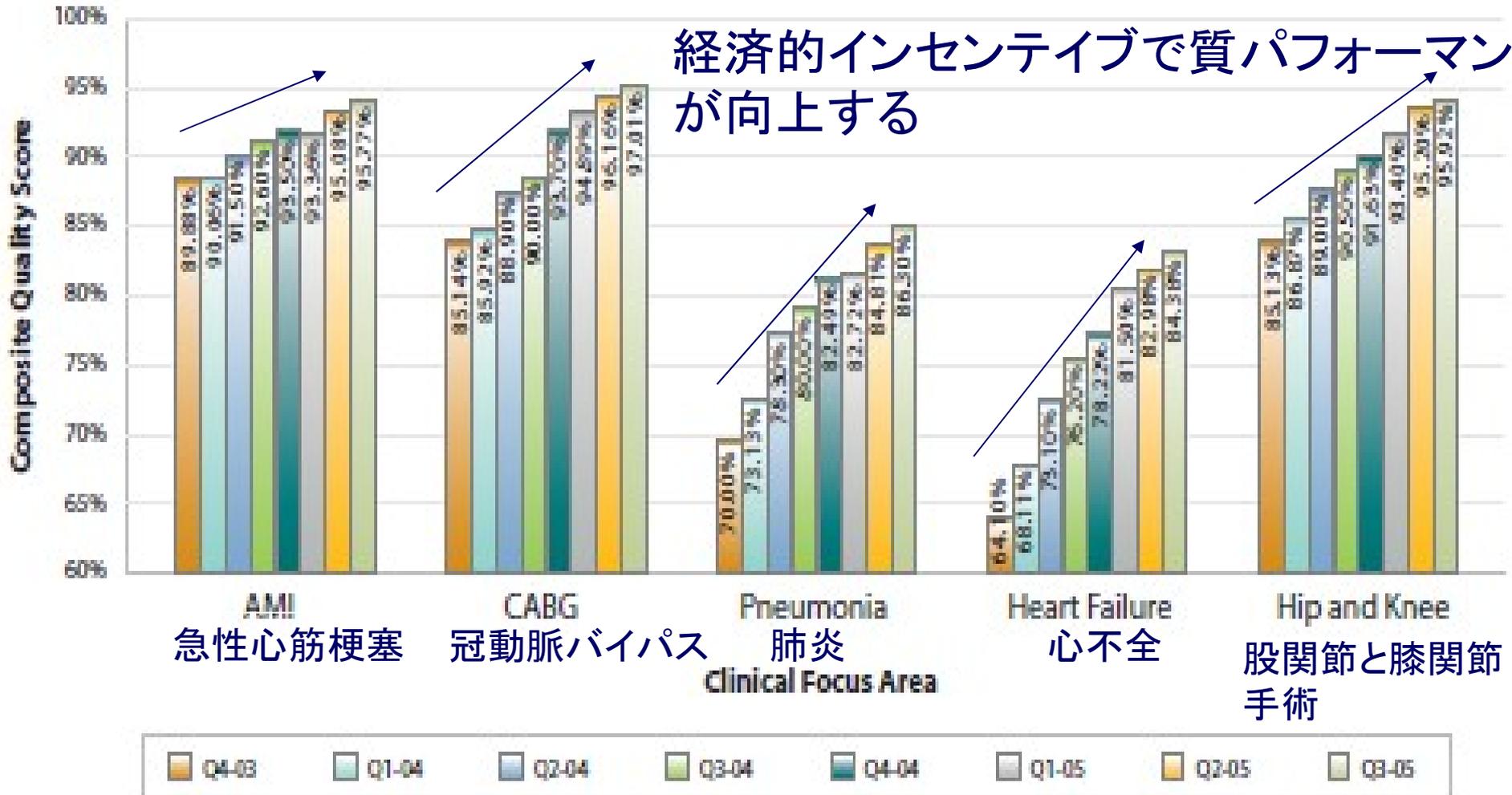
- P4P経済的インセンティブの3つのモデル
- モデル1
  - パフォーマンスに応じた保険償還の割り増し
    - 質基準達成スコア
    - 質指標の改善度
    - 病院レイティング(格付け)
- モデル2
  - コスト削減プログラムに対するインセンティブ
- モデル3
  - IT実施に対するインセンティブ
- \* 報告に対するインセンティブ

# 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

**P**aying 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.

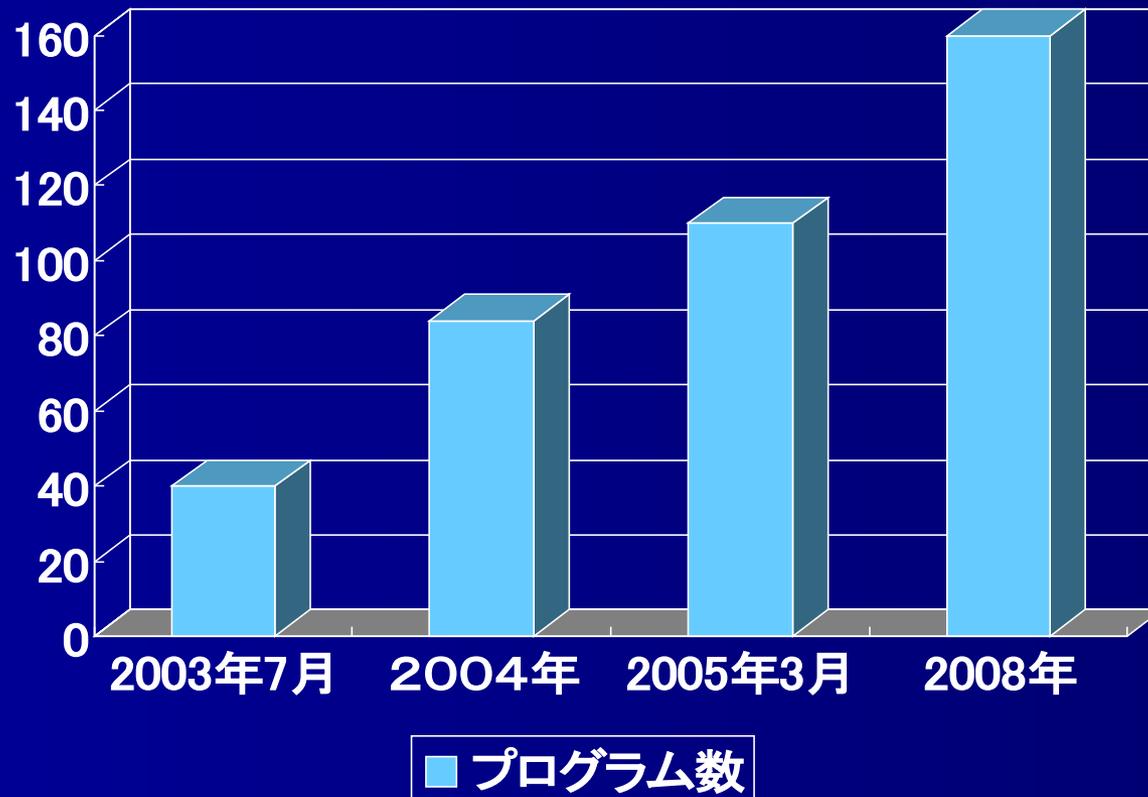
"This isn't the system they will ultimately use for large-scale pay for performance," said Dr. Charles A. Riccobono, the chief quality officer for Hackensack University Medical Center.



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プログラム数の推移



# 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)が導入される！

# Value- based purchasing

(メディケアに導入されるP4P)

- 医療のパフォーマンスを報酬に反映
- 病院毎に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
- 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 $\beta$ -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

## 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~英国の現状~

# 英国の開業医(GP)の診療報酬体系

- NHS(ナショナルヘルスサービス)における開業医(GP)
- 包括報酬(global sum)
  - － 人頭支払い制度
  - － 人頭支払いでは、登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの括報酬が支払われる
  - － 包括報酬には、もちろん地域や登録患者の特殊事情も加味される
  - － 包括報酬には、診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われる
- 追加サービス(enhanced services)
  - － 出来高払い
  - － 診療所が特別なサービスを提供すると報酬が出来高払いで追加される

# 第三の診療報酬体系として 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

# 2004年以降の変化

- GPの収入
  - 人頭払い(global sum)は約30%
  - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
  - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

# 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

# QOFの仕組み

## ■ 146の臨床指標

- たとえば④冠動脈疾患で「新規に診断された冠動脈疾患患者のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた紹介患者割合」という指標がある
- この紹介患者割合が25～90%の範囲の中で、紹介患者割合の応じてP4Pの最低0ポイントから最高7ポイントまで加点がなされる。つまり紹介患者割合が多ければ多いほど高いポイントがつく。
- 1ポイント単価175ポンド

# 英国版P4Pの指標(喘息)

## ■ 喘息(最高点72ポイント)

- 1 喘息患者の登録 最高7ポイント
- 2 スパイロメトリーやピークフローメトリーによる診断割合(8歳以上):最高15点 25~70%
- 3 喫煙状態の記載割合(14~19歳):最高6点、25~70%
- 4 喫煙状態の記載割合(20歳以上):最高6点、25~70%
- 5 禁煙指導患者割合:最高6点、25~70%
- 6 喘息手帳を持っている患者割合:最高20点、25~70%
- 7 インフルエンザワクチン接種率:最高12点、25~70%

# 冠動脈疾患

- 冠動脈疾患(最高点121ポイント)
  - 1. 冠動脈疾患患者の患者登録が可能:最高6ポイント
  - 2. 新規に診断された狭心症患者(2003年4月1日以降に診断)のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた割合:最高7ポイント 25~90%
  - 3. 冠動脈疾患患者のうち、喫煙の状態についての記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合(喫煙歴のない患者については初診から1回の記載でよい):最高7ポイント 25~90%
  - 4. 喫煙習慣のある冠動脈疾患患者のうち、禁煙指導や専門診療への紹介に関する記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合:最高4ポイント 25~90%
  - 5. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に血圧の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~90%
  - 6. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における直近の血圧測定値が150/90以下である患者の割合:最高19ポイント 25~70%

# 冠動脈疾患

- 7. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に総コレステロール値の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~90%
- 8. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における総コレステロール値が5mmol/l(193mg/dl)以下である患者の割合:最高16ポイント 25~60%
- 9. 冠動脈疾患患者のうち、アスピリンやその他の抗血小板薬、あるいは抗凝固薬が(禁忌や副作用の記録がない場合に)この15ヶ月に投与されている記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~95%
- 10. 冠動脈疾患患者のうち、βブロッカーが(禁忌や副作用の記録がない場合に)現在投与されている患者の割合:最高7ポイント 25~50%
- 11. 心筋梗塞の既往(2003年4月1日以降に診断)のある患者のうち、ACEIやARBが現在投与されている患者の割合:最高7ポイント 25~70%
- 12. 冠動脈疾患患者のうち、9月1日から3月31日の間にインフルエンザ予防接種の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~85%

# 糖尿病

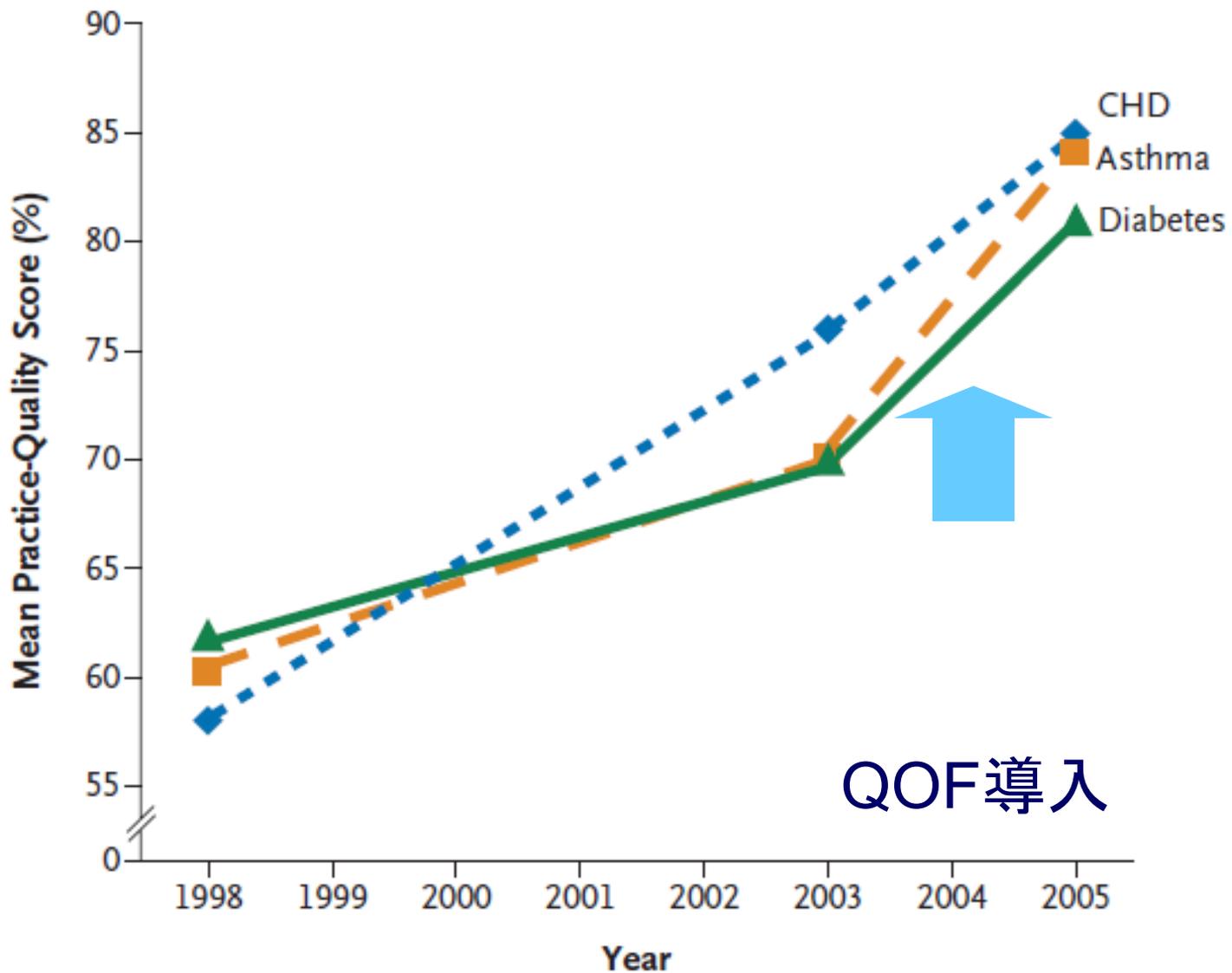
- 糖尿病(最高点99ポイント)
  - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
  - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
  - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
  - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
  - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
  - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
  - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
  - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
  - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
  - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

# 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%

# QOFによる臨床指標の変化

- 開業医グループで計測した臨床指標の改善度(2004年と2005年比較)
  - － コステロール低下した患者割合
    - 71 %から79 %と上昇
  - － アスピリンや抗凝固剤を使用する患者割合
    - 90 %から94 %と上昇
  - －  $\beta$  遮断剤使用率
    - 63 %から68 %と上昇
  - － インフルエンザ予防接種率
    - 87%から90%と上昇



**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。

パート4  
日本版P4Pの開発を！



# 日本版P4P案

- ①臨床指標で評価する
- ②診療ガイドライン準拠率で評価する
- ③ジェネリック医薬品の使用率で評価する
- ④クリティカルパス使用率で評価する
- ⑤IT化率、情報開示率で評価する
- ⑥患者満足度で評価する
- ⑦連携パスと臨床指標の組み合わせで評価する
- ⑧その他

# ① 臨床指標で評価する

# 臨床指標（クリニカル・インディケーター）

- 医療の質を評価する定量指標

- 要件

- アウトカム指標もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標であること
- データ収集が比較的容易であること
- 医療の質指標としての代表性が高いこと
- 標準的な成績が目安としてあわせて提示できることと（施設間比較ができること）
- 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

# 臨床指標の種類

## ■ 一般的指標

- － 転帰率、死亡率、合併症率、再入院率、再手術率、ICUへの再入室率、院内感染率

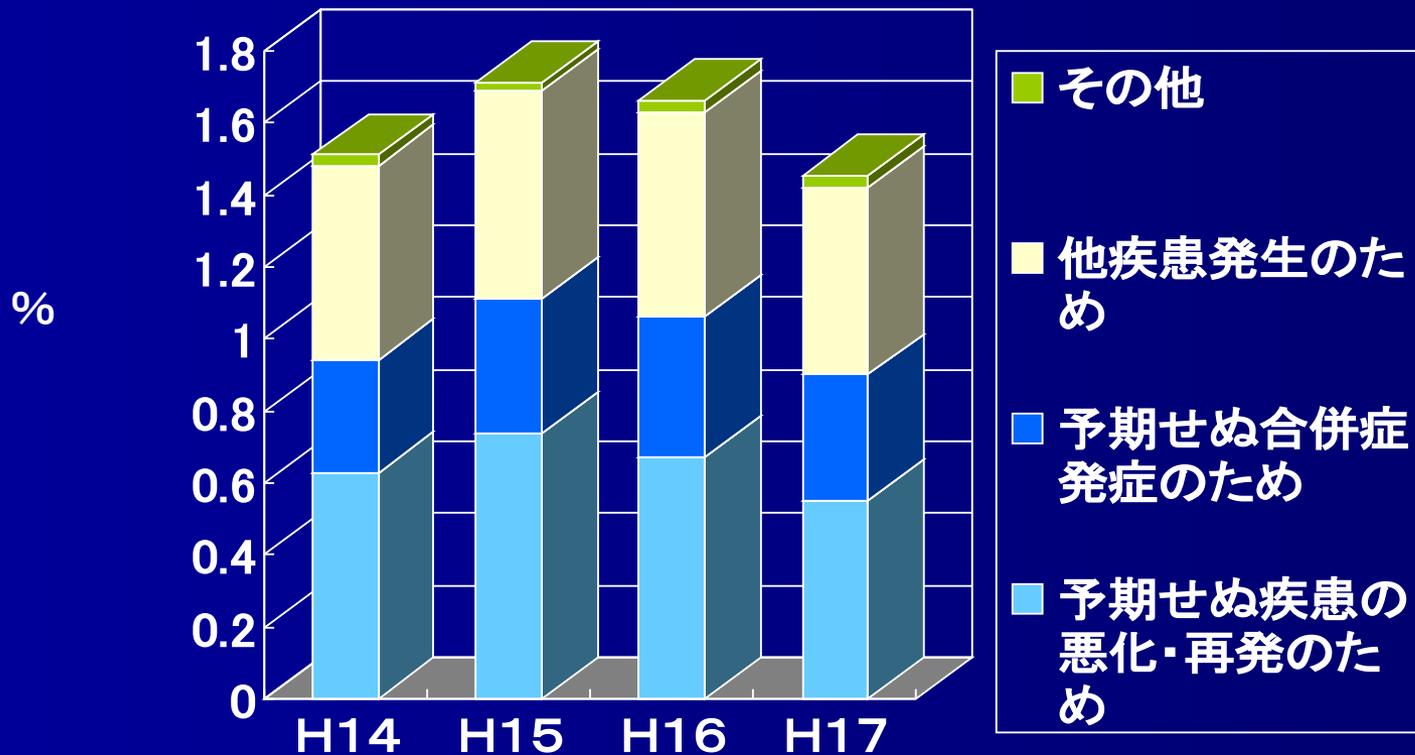
## ■ 疾病特異的指標

- － 疾病単位で死亡率、合併症率を測定
- － 疾病特性に応じた指標設定

# DPC様式1の臨床指標

- 予定しない再手術【48時間以内】
- 予定しない外来処置後の入院
- 2日以内のICUへの再入室率
- ICUへの緊急入室
- 再入院率

# DPC対象病院の 予期せぬ再入院率推移



# 計画的再入院問題

## ■ 再入院率が高い病院(05年度)

－ 日鋼記念病院	26.2%
－ 南風病院	25.9%
－ 国立がんセンター中央病院	23.6%
－ 市立旭川病院	18.1%
－ 埼玉医科大学病院	12.8%
－ 赤穂中央病院	9.7%
－ 埼玉共同病院	9.2%

# 再入院率が高い理由

## ■ 化学療法

- 化学療法の増加により計画的再入院が増える

## ■ 白内障手術

- 両眼手術の場合、片眼を手術後、インターバルを開けて再入院して他方の片眼を手術する

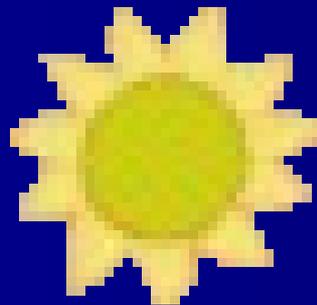
## ■ リフレッシュ入院

- 週末外泊を退院扱いとする場合
- 金曜日退院、月曜入院

②ガイドライン準拠率で評価する

# DPCデータを用いた ガイドライン準拠率の測定

DPC分析ソフト “ヒラソル”



(株)メディカルアーキテクト



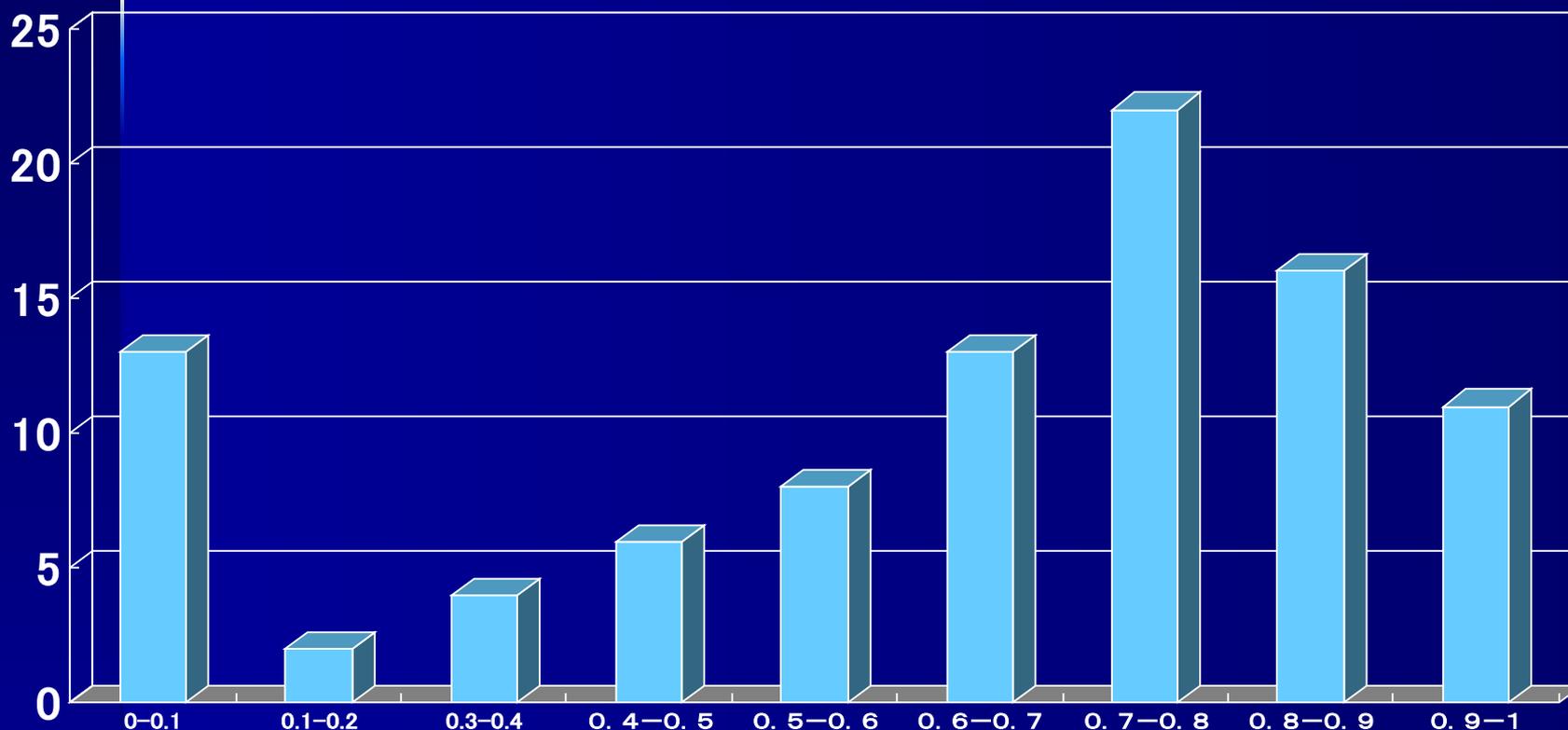
田中さんと堀さん

# ガイドライン準拠率

- 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

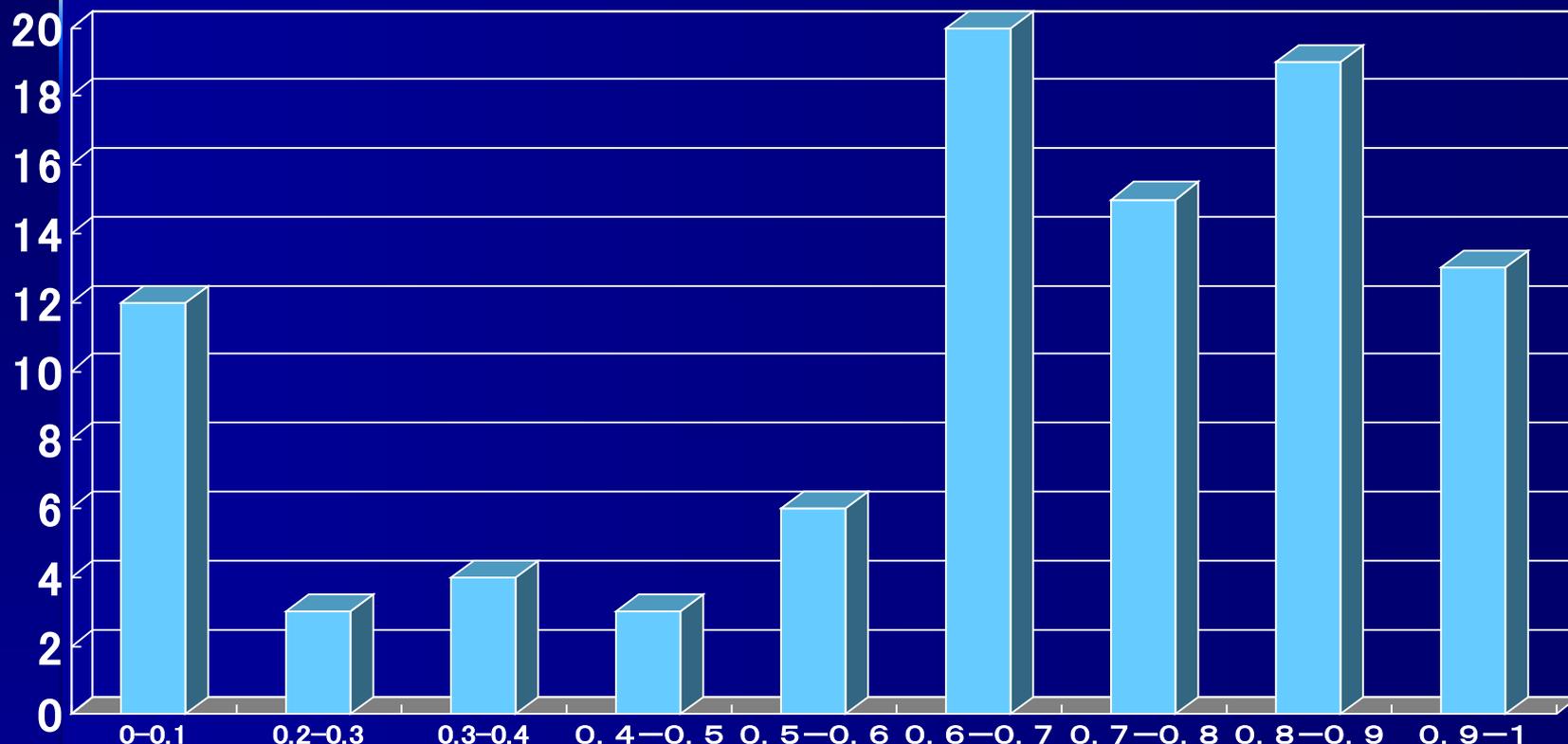


実施率(95病院、2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

# 急性心筋梗塞緊急入院初日 PCI実施率

病院数



実施率(95病院、2006年)

(株)メデイカルアーキテクツ【ヒラソル】

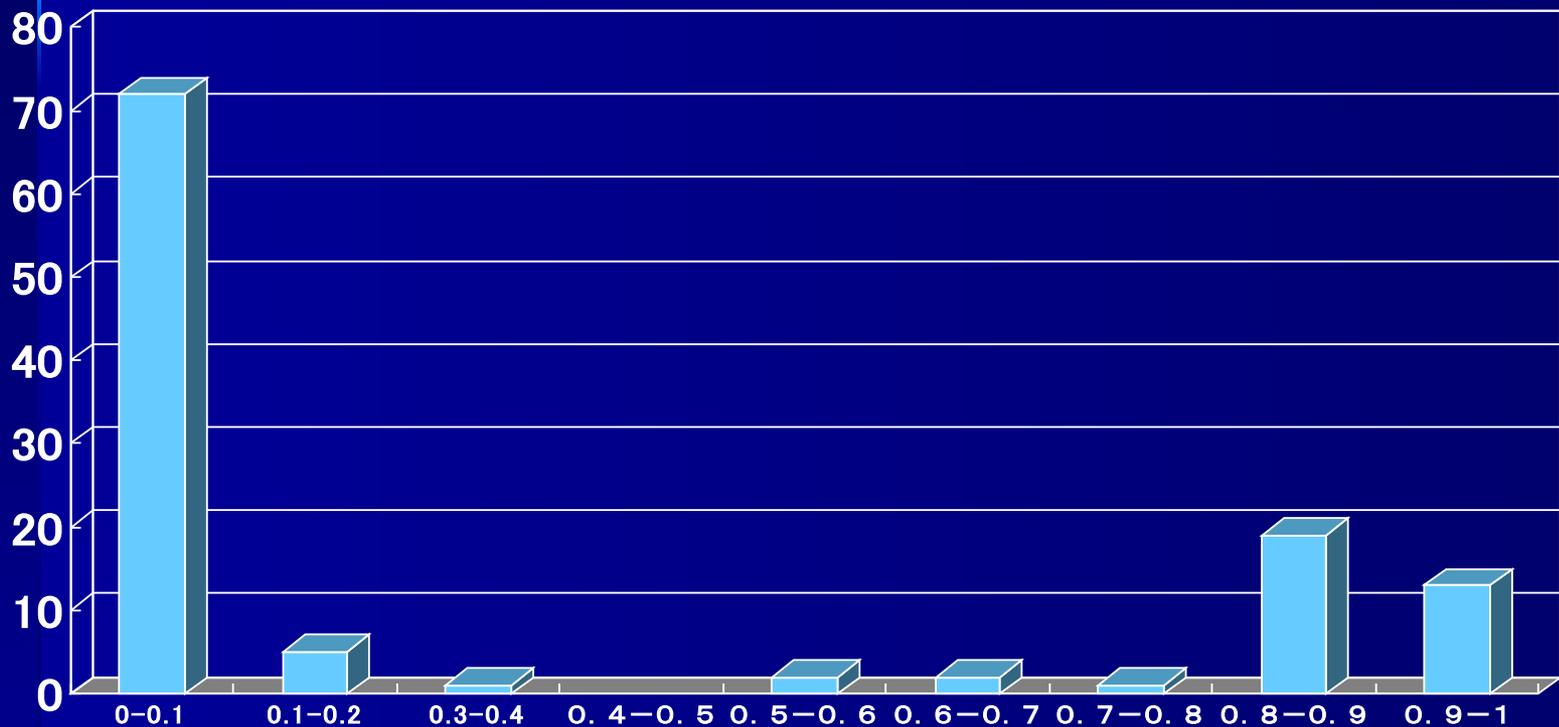
# 周術期の抗菌剤使用

## CDCガイドライン

- 周術期の抗菌剤の予防的投与
- 投与方法のガイドライン
  - 皮膚切開開始2時間前投与
  - 3時間以上手術には術中追加投与
  - 術後投与は無菌手術であれば基本的に必要ない
- 手術種類による投与
  - 汚染手術、非汚染手術
- 無菌手術における抗菌剤の術後投与中止
  - DPCデータから分析する

# 人口関節置換術後24時間以内 抗菌剤投与中止率

病院数

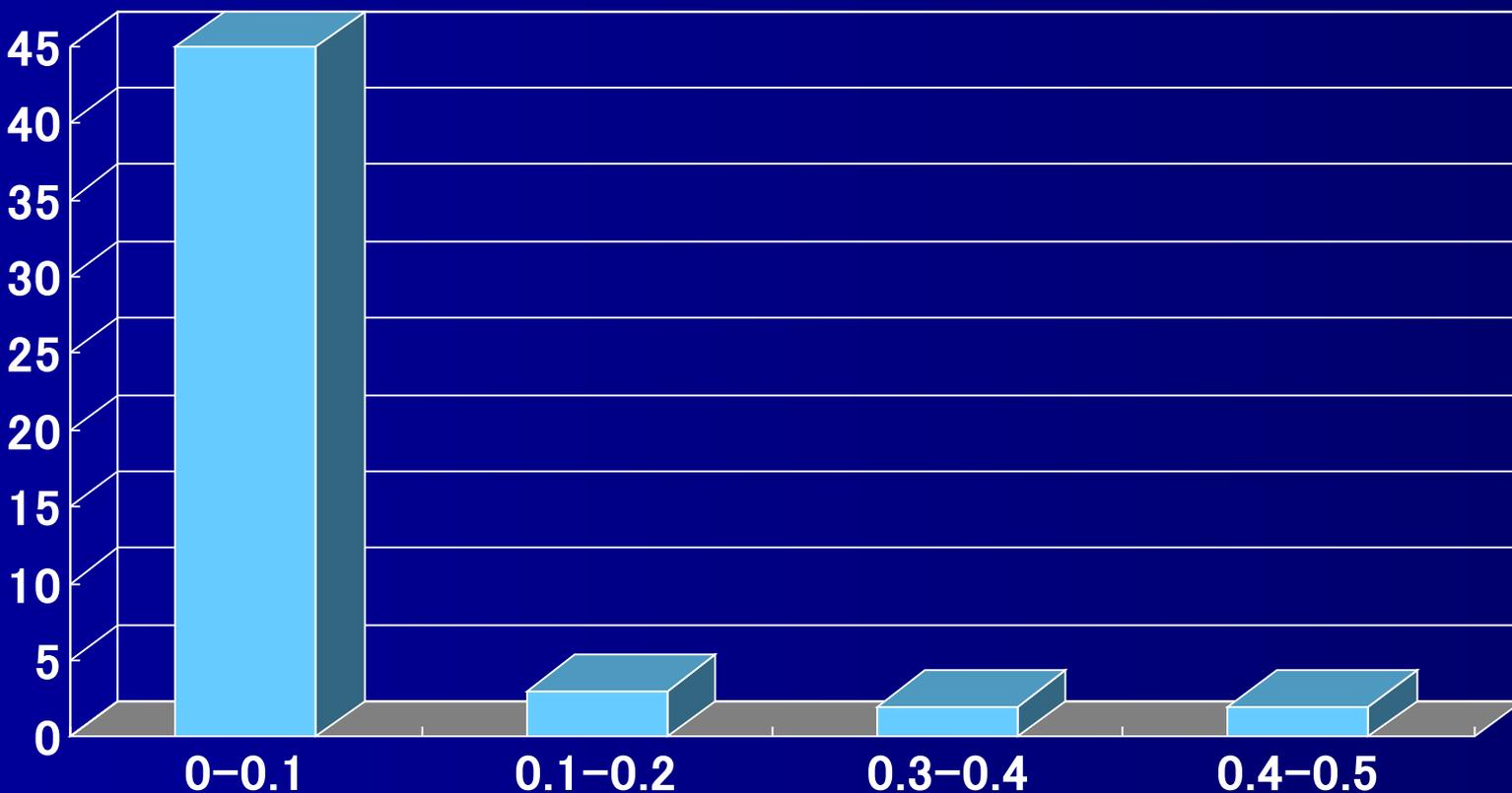


実施率(88病院 2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

# CABG24時間以内抗菌剤 投与中止

病院数



実施率(49病院、2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

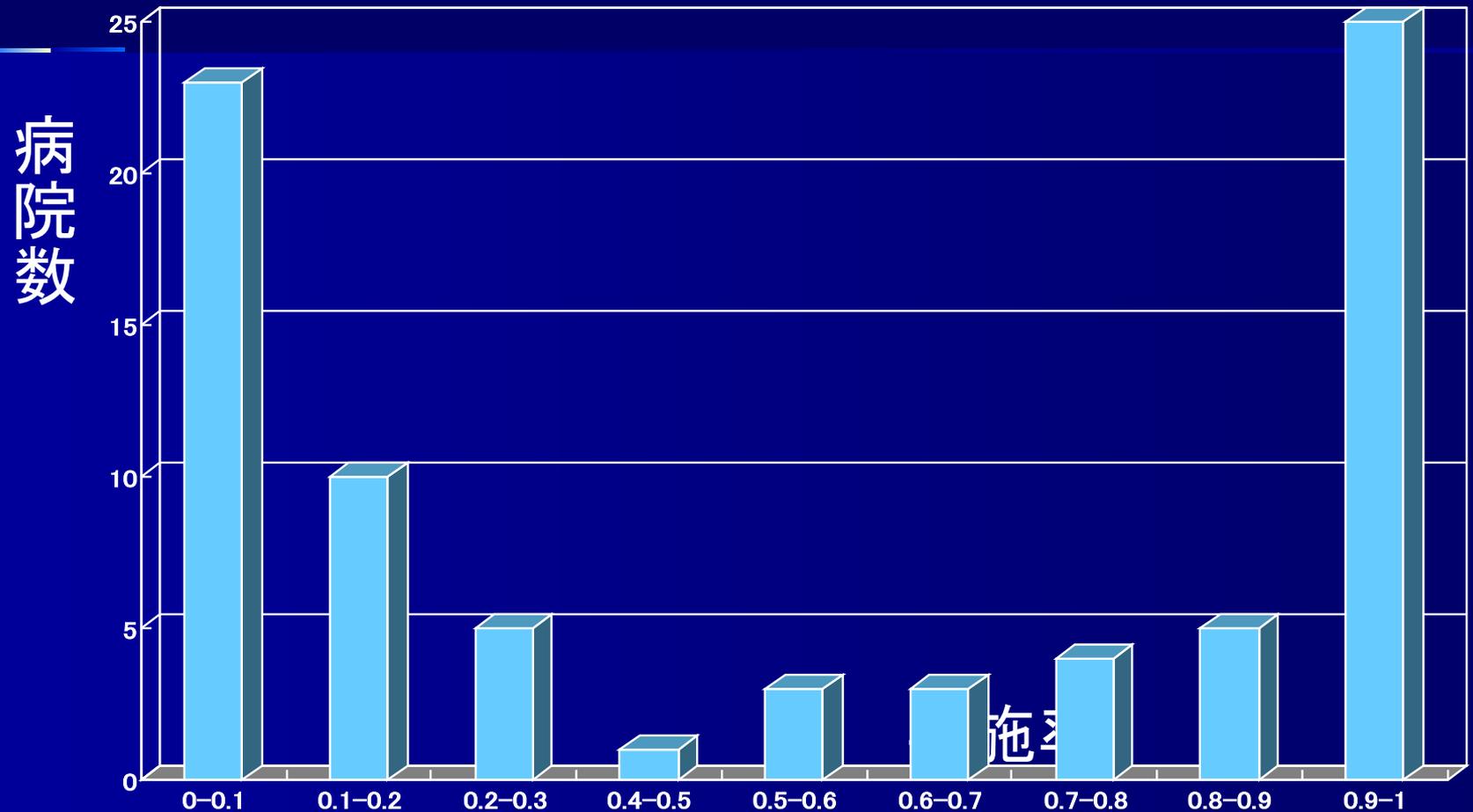
# CDCガイドライン

## 不必要な膀胱留置カテーテル

- CDCガイドラインでは、不必要な膀胱留置カテーテルの挿入はしないように薦めている
- ソケイヘルニアのような日帰りでも可能なマイナー手術で、短時間に手術が終了するものに関しては、膀胱留置カテーテルを挿入しない。

# 膀胱留置カテの挿入は病院によってばらばら

## ◆鼠径ヘルニア(15才以上) 膀胱留置カテーテル使用



2006年度 83病院のデータ

(株)メディカルアーキテクト「girasol」による分析

# 08年診療報酬改定と 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

# 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

リハビリP4P

# 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

# 回復期リハビリテーション病棟入院料1

## ■ 算定要件

- － 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと
  - 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること
  - 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

## ■ 施設基準

- － 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)若しくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること

# 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。

## 【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

# 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」

# 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

**P4Pは今後、中長期的にわが国の  
診療報酬支払い制度に影響を与え  
るだろう**

# まとめと提言

- ・DPC病院が1400病院以上となる
- ・DPC調整係数の議論がはじまった
- ・先進各国の支払方式のトレンドはP4Pへと移っている
- ・消える調整係数の代わりに日本版P4P係数を！
- ・回復期リハビリ病棟から始まった日本版P4P

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)