



QOL向上に向けての
医療福祉ケアマネジメント
～2012年診療報酬・介護報酬改定へ向けて～

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6500点

2007年より東京都認定がん診療病院
2011年リニューアルオープン！

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、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。2009年より大学院修士課程でNP養成コースを開設。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



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

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 2010年診療報酬改定
- パート2
 - 勤務医のQOL向上とチーム医療
- パート3
 - スキルミクスとナースプラクティショナー
- パート4
 - 介護サービスの質評価とQOL
～2012年介護報酬改定へ向けて～



パート1

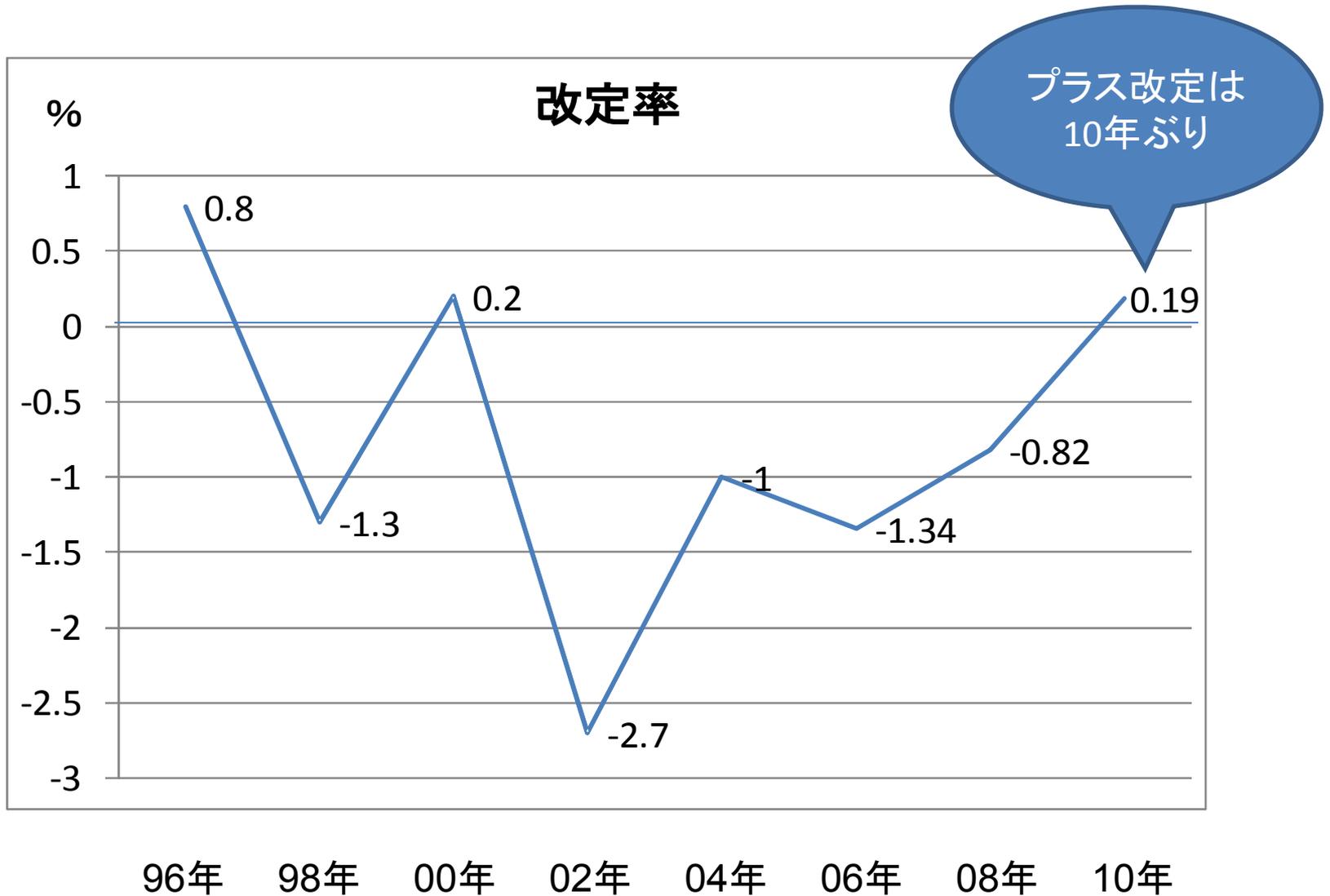
2010年診療報酬改定



2010年度診療報酬改定

- 全体改定率 +0.19% 
- 1 診療報酬改定(本体)
 - 改定率 +1.55% 
 - 各科改定率 医科 +1.74%
 - (入院 +3.03%、外来 +0.31%) 
 - 歯科 +2.09%
 - 調剤 +0.52%
- 2 薬価改定等
 - 改定率 ▲1.36% 
 - 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)
 - 材料価格改定 ▲0.13%

診療報酬改定率



2010年度診療報酬改定の基本方針

- 重点課題
 - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
 - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
 - ②患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- (2009年11月25日社会保障審議会の医療保険部会)

パート2

勤務医のQOL向上と 医師事務作業補助者



臨床研修医過労死

- 奈良県立三室病院に臨床研修医として勤務していた男性が過労死（当時26歳）、両親が提訴
- 判決によると、男性は03年4月から同病院で臨床研修医として勤務。04年1月にA型インフルエンザと診断され、自宅療養中に心室細動を発症して死亡した。同支部は07年2月に公務災害と認定。
- 男性は死亡直前の03年12月中、1日の在院時間が12-24時間に及ぶ日が連続6日間あったほか、食事や休憩時間もなかった



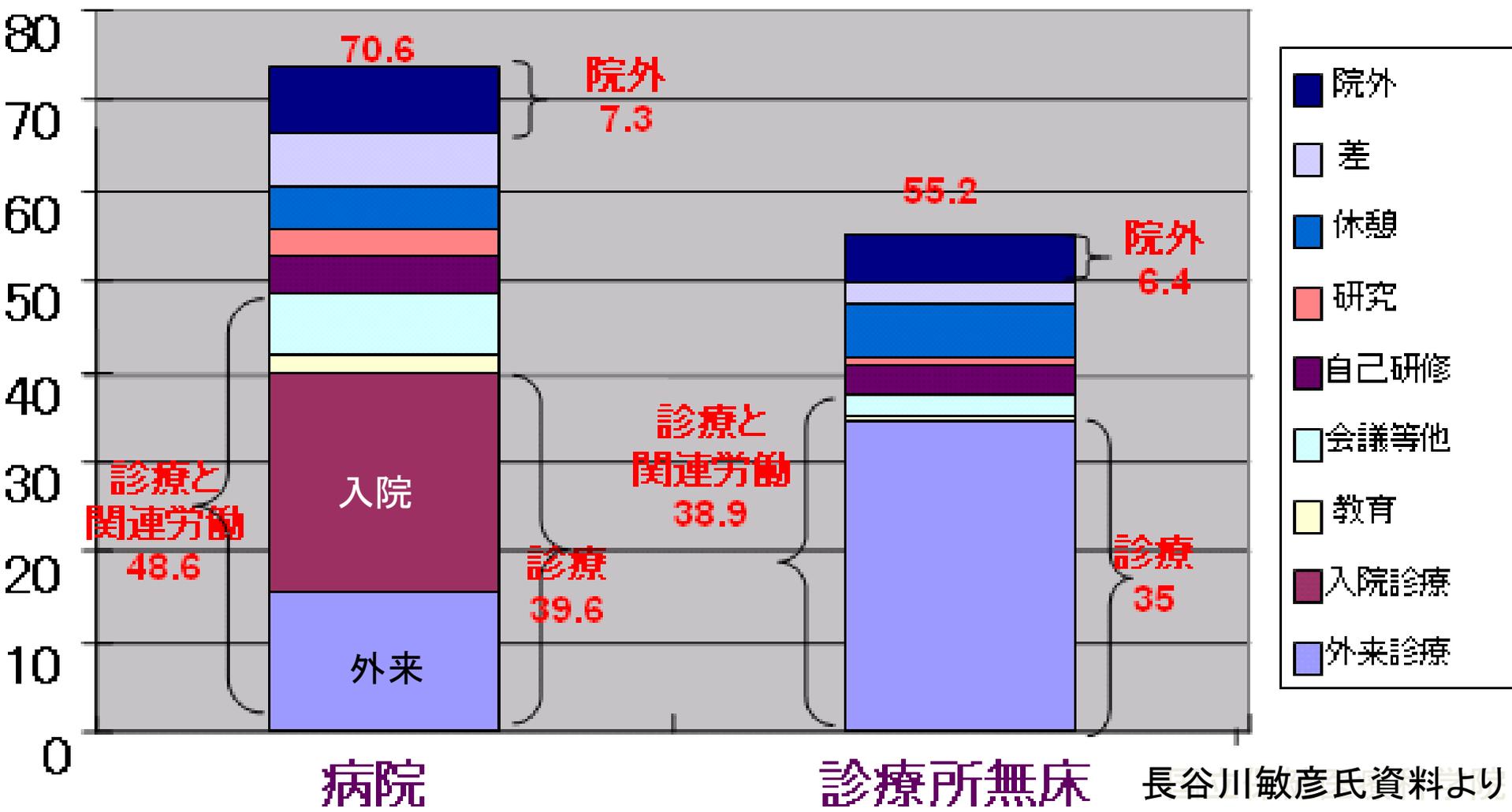
日本の勤務医は
とっても忙しい！



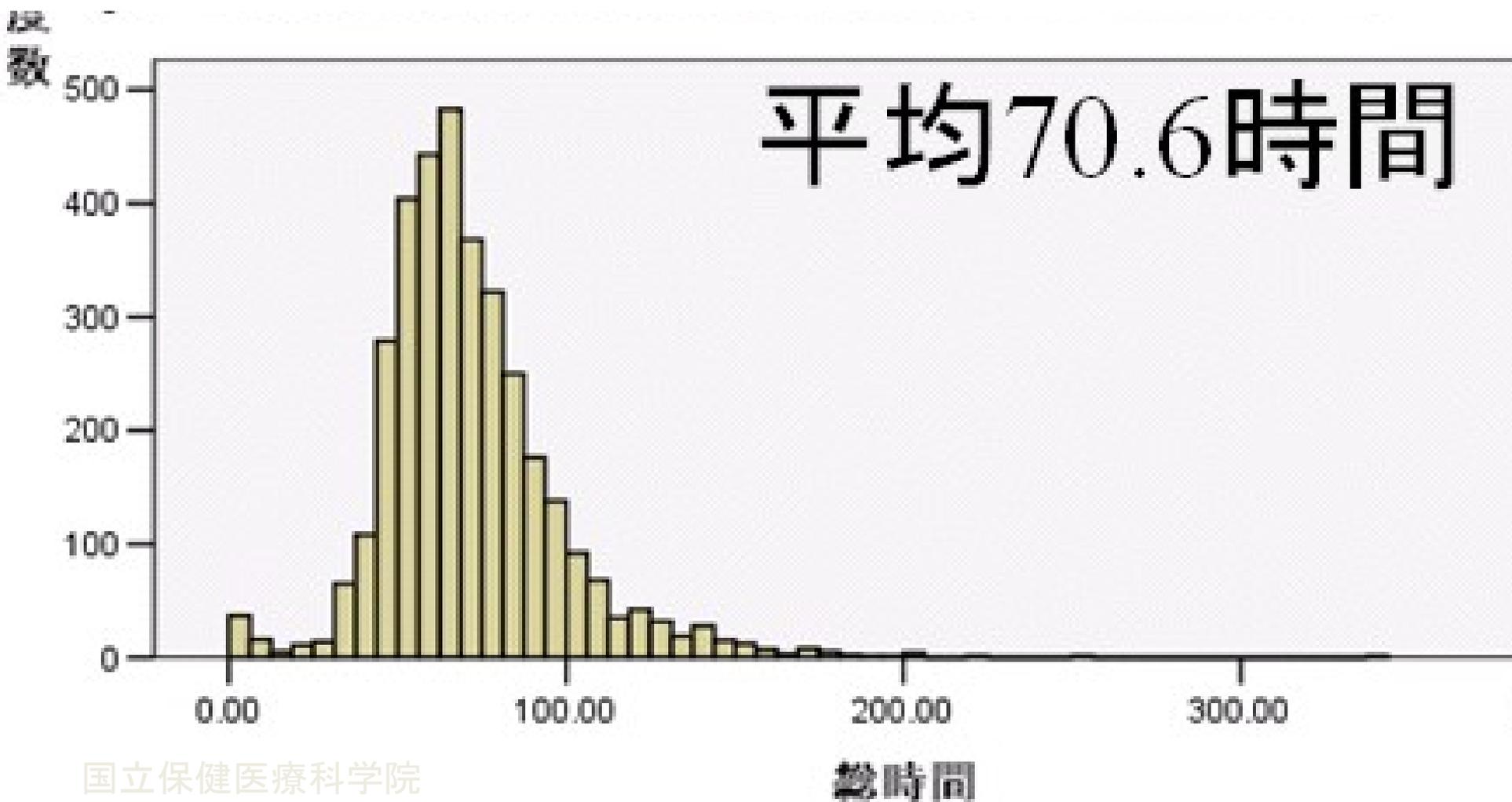
医師の勤務時間比較（病院と診療所）

病院勤務医は忙しい！

時間



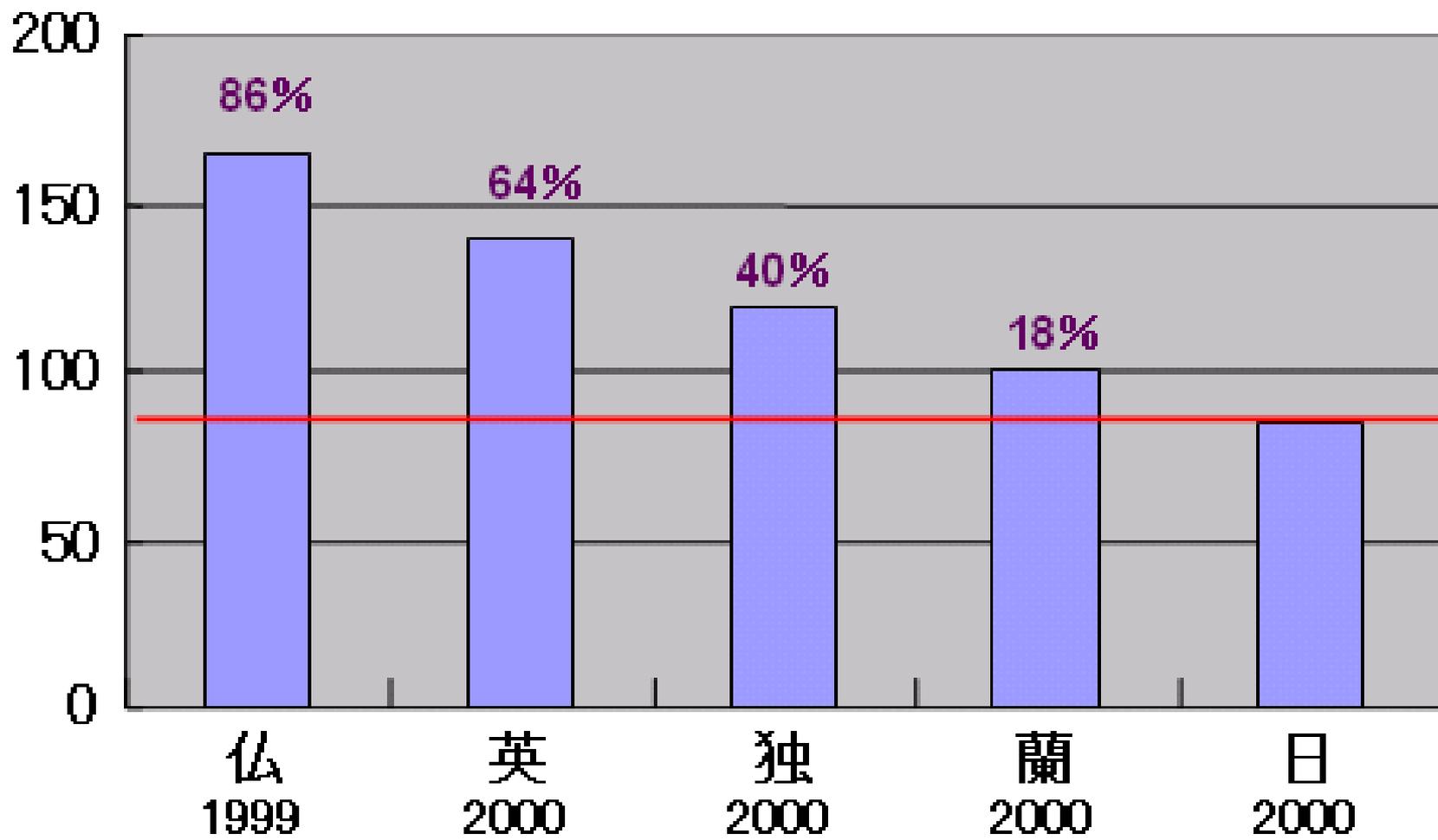
勤務医の平均勤務時間



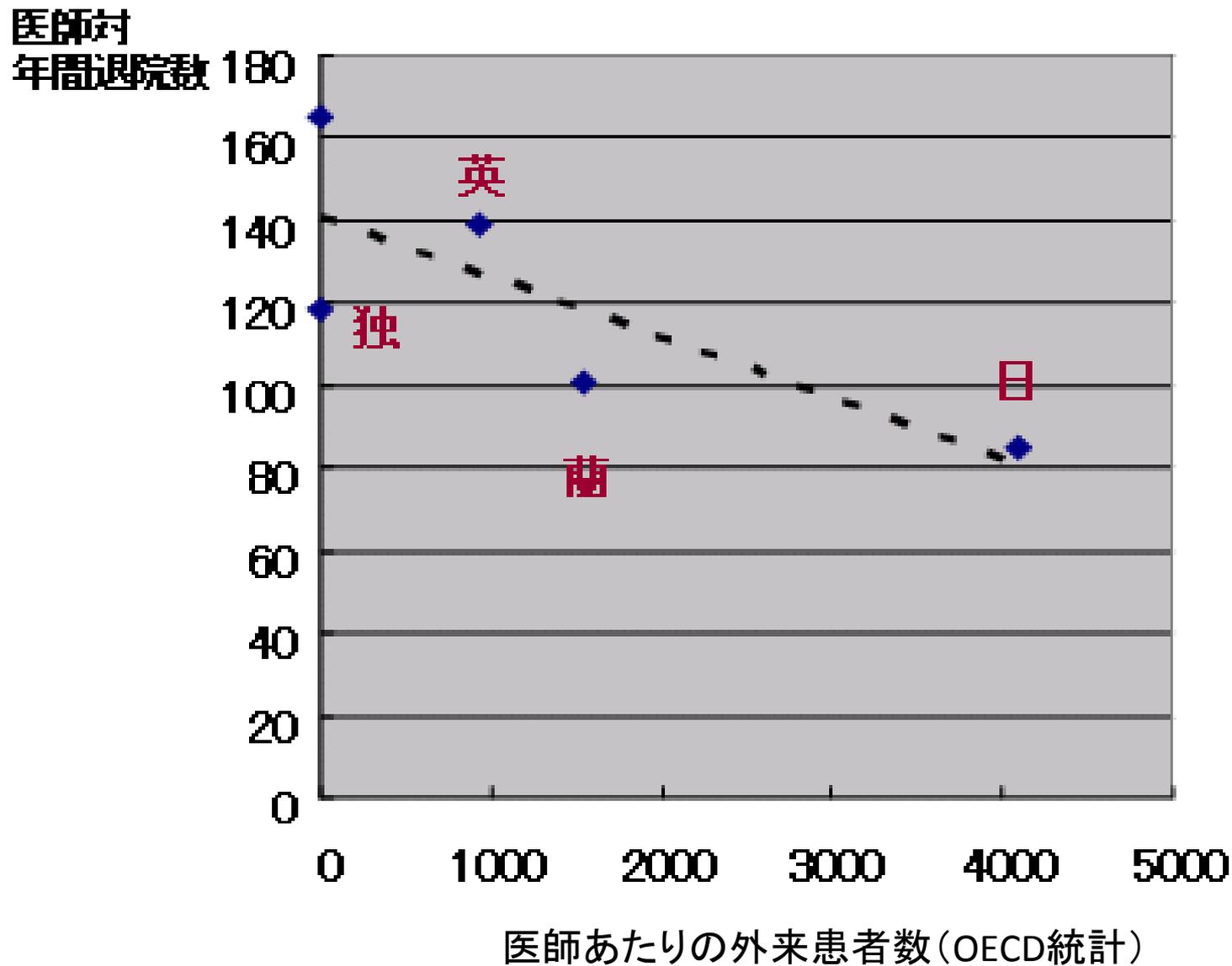
医師の労働生産性の国際比較

医師1人当たりの退院患者数(OECD統計)

医師対
年間退院数

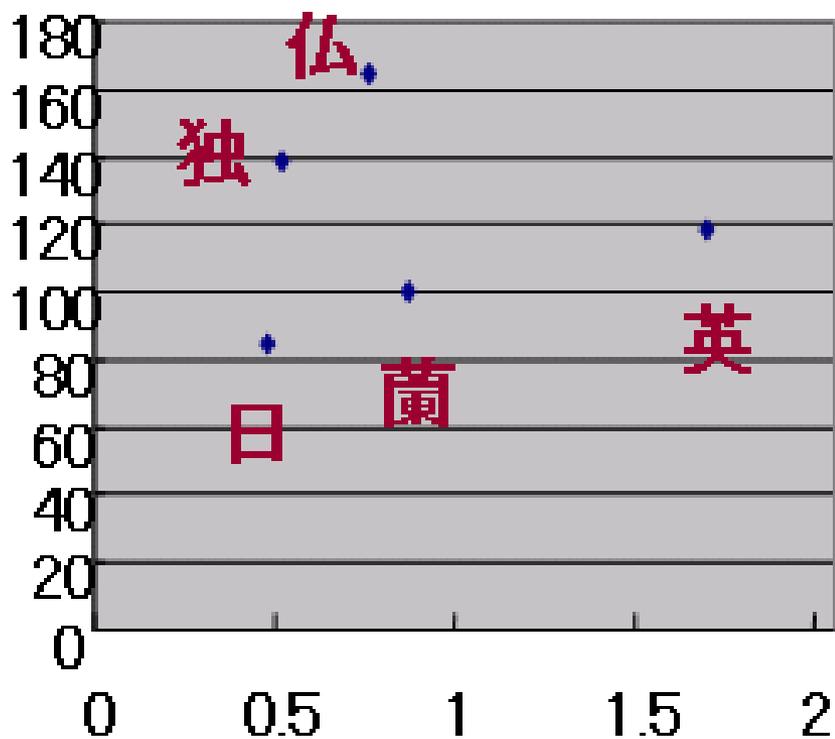


医師の生産性と外来負担



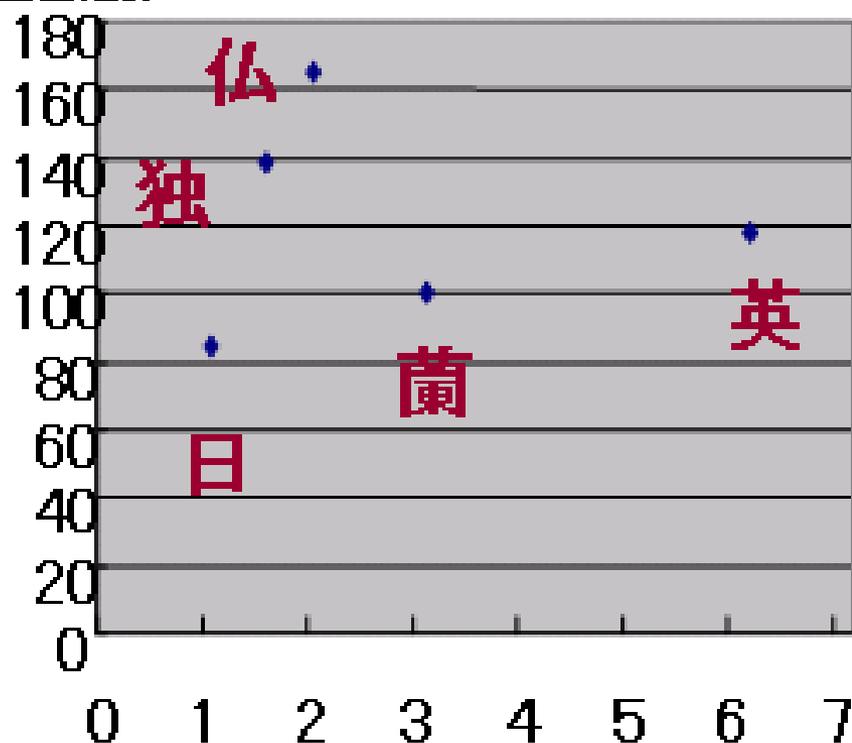
職員数と医师生産性

医師対
年間退院数



急性期病床あたりの看護師数

医師対
年間退院数



病床あたりの総職員数

日本の医師の労働生産性が低いワケ

- 1.日本医師の勤務時間は欧州の医師に比して長い
- 2.日本医師の生産性(年間退院患者/医師数)は欧州に比して低い
- 3.医師当退院患者数が低い原因には3つの原因が想定される
 - 1)日本の医師の外来の負担が大きい
 - 2)医師の労働が未分化で他職種実行可能な仕事を自ら実施している
 - 3)他職種(看護職その他)の病床当り数が少ない

ある外科医の1日



岡山中央病院外科 蓮岡英明先生

蓮岡先生のある日

当直明け
睡眠時間1時間

アッペの紹介
でーす。

病棟患者Bさん
意識がありません

明日手術予定のご家族
が1時間待ってまーす。

手術

泌尿器科の先生から、ちよつ
と診てほしい

| | |
|-------|------------------|
| 7:00 | 研修生カンファレンス |
| 8:00 | 外科・内科 ミーティング |
| 9:00 | 研修ミーティング |
| 10:00 | クリニック外来(30名) |
| 11:00 | |
| 12:00 | |
| 13:00 | NSTランヂ ミーティング |
| 14:00 | 内視鏡(10~15件) |
| 15:00 | |
| 16:00 | |
| 17:00 | 総回診 |
| 18:00 | 会議 |
| 19:00 | 病棟 |
| 20:00 | 残務 |
| 21:00 | |

下血が来た~緊急
内視鏡

病棟患者Aさんが転
倒しました~。

Cさん・Dさんの薬が
切れます。

アッペは何時からしま
すか？

保険書類がたまっ
てますよ。

通院中のEさんが、
発熱して、来院されます。

蓮岡先生は一人何役？

院内活動

- 医師として(外科・内視鏡・麻酔・救急)
- 臨床研修医管理・指導
- 部門管理(外科チーム)
- NST活動
- 内視鏡カンファレンス
- 癌・化学療法勉強会
- メディカルスタッフ教育
- 会議(診療録管理・手術室管理・リーダー会議)
- プロジェクト(センター化)
- 事業計画立案

院外活動

- 研修サーベイ
- 学会発表
- 論文記載
- NST関連研究会世話人
- 内視鏡関連研究会世話人
- 医局関連作業
- 大学講義
- 私的活動

それに加えて勤務医には、
ペーパー・ワークが
めちやくちや多い！



ダーティーハリーの仕事はブラッドワーク

外科医の本来の仕事もブラッド・ワーク！

外科患者の流れと 付随するペーパーワーク

検査前

- 申込み
- 内視鏡用紙記載
- 同意書作成
- 患者説明
- 電子カルテへの記載

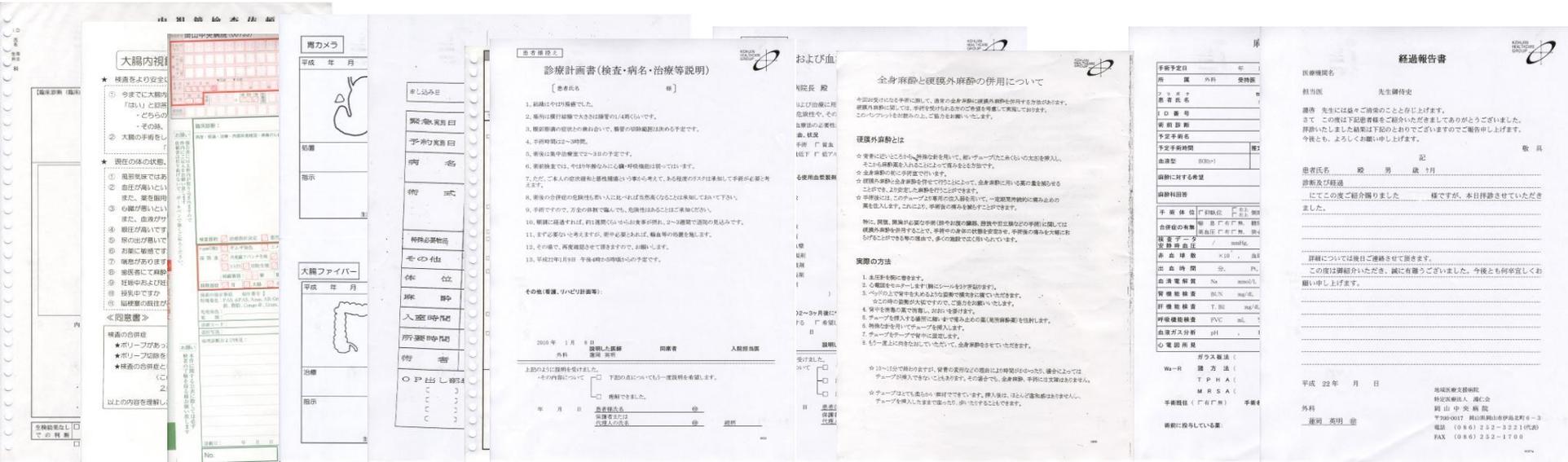
検査

- 検査実施
- 結果説明
- 所見用紙記載
- 電子カルテ記載
- 病理依頼紙記載
- 患者説明用手帳記載

検査後

- 入院説明
- 手術申込
- 術前検査依頼
- 検査結果説明
- 麻酔患者記録記載
- 輸血説明
- 輸血申込書記載
- 硬膜外麻酔説明
- 手術同意書記載
- 手術説明
- 電子カルテへの記載

紹介元への返事・病理結果・入院報告



外科の入院患者の流れとペーパーワーク

手術前

- 入院診療計画書記載
- クリティカルパス記載
- クリニカルマップ記載
- 手術同意書記載
- 家族を含めての手術説明
- 電子カルテへの記載
- 院内紹介状の記載

病室

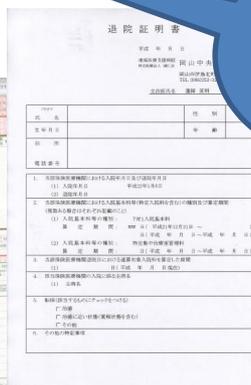
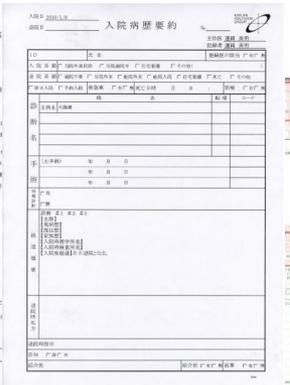
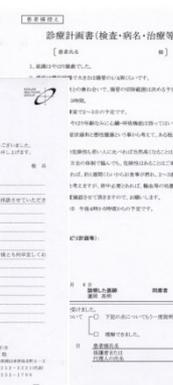
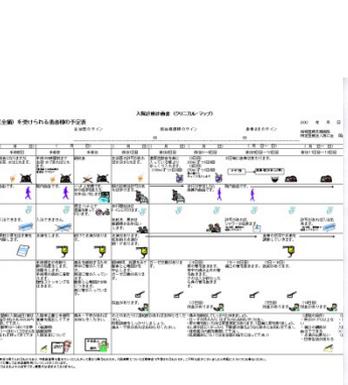
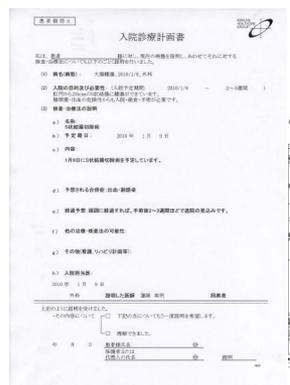
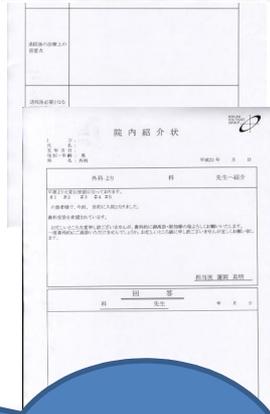
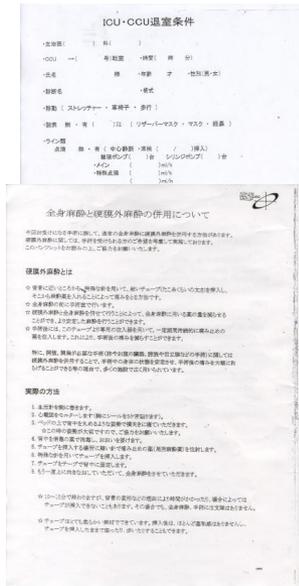
- ICU退室基準用紙記載
- 回診
- 日々の採血結果説明
- 検査指示だし
- 検査用紙記載
- 病理結果説明
- 抗癌剤の説明
- 電子カルテへの記載

手術

- 手術実施
- 結果説明
- 病理標本整理
- 病理伝票記載
- 術後管理
- ICU入室申込
- 手術記録記載

退院

- 退院後の説明
- 退院時指導用紙の記載
- 退院時サマリー記載
- 退院証明書記載
- 紹介元への返事記載
- 診断書
- 保険会社診断書



外科患者の流れ

• 外来

- 検査前(13分+10分)
 - 申込み(5分)
 - 内視鏡用紙記載(1分)
 - 同意書作成(5分)
 - 患者説明(10分)
 - 電子カルテへの記載(2分)
- 検査(9分+20分)
 - 検査実施(15分)
 - 結果説明(5分)
 - 所見用紙記載(2分)
 - 電子カルテ記載(3分)
 - 病理依頼紙記載(2分)
 - 患者説明用手帳記載(2分)
- 検査後(39分+20分)
 - 入院説明(15分)
 - 手術申込(2分)
 - 術前検査依頼(2分)
 - 検査結果説明(5分)
 - 麻酔患者記録記載(3分)
 - 輸血説明(5分)
 - 輸血申込書記載(2分)
 - 硬膜外麻酔説明(5分)
 - 手術同意書記載(2分)
 - 手術説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(3分)

紹介元への返事・病理結果・入院報告(5分)

• 入院

- 手術前(23分+15分)
 - 入院診療計画書記載(3分)
 - クリニカルパス記載(5分)
 - クリニカルマップ記載(2分)
 - 手術同意書記載(5分)
 - 家族を含めての手術説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(3分)
 - 院内紹介状の記載(5分)
- 手術(32分+30分+手術時間)
 - 手術実施(180分)
 - 結果説明(15分)
 - 病理標本整理(20分)
 - 病理伝票記載(5分)
 - 術後管理(15分)
 - ICU入室申込(2分)
 - 手術記録記載(5分)
- 病室(21分+20分)
 - ICU退室基準用紙記載(2分)
 - 回診(5分)
 - 日々の採血結果説明(5分)
 - 検査指示だし(2分)
 - 検査用紙記載(2分)
 - 病理結果説明(5分)
 - 抗癌剤の説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(5分)
- 退院(22分+10分)
 - 退院後の説明(10分)
 - 退院時指導用紙の記載(2分)
 - 退院時サマリー記載(5分)
 - 退院証明書記載(2分)
 - 紹介元への返事記載(5分)
 - 診断書(3分)
 - 保険会社診断書(5分)

- **大腸癌手術 2週間入院を例に**

- 外来 書類66分+説明35分+検査時間15分

- 入院 書類98分+説明75分+回診5分×28+カルテ記載3分×28+手術時間180分

- 外科医としてすべき仕事 453分=258分(説明・回診)+195分(検査・手術)

- **頼める仕事 248分(文章入力・書類記載)**

- 外来書類66分+入院書類98分+カルテ記載3分×14日×2(朝 夕)

- **大腸癌手術2週間入院で700分(11時間)のうち**

医師事務作業補助者に頼める仕事は248分(4時間)、36%もある！

「第2回勤務医の労働環境実態 と意識に関する調査」

大阪府保険医協会・勤務医部会

勤務医544人アンケート

(2006年12月)

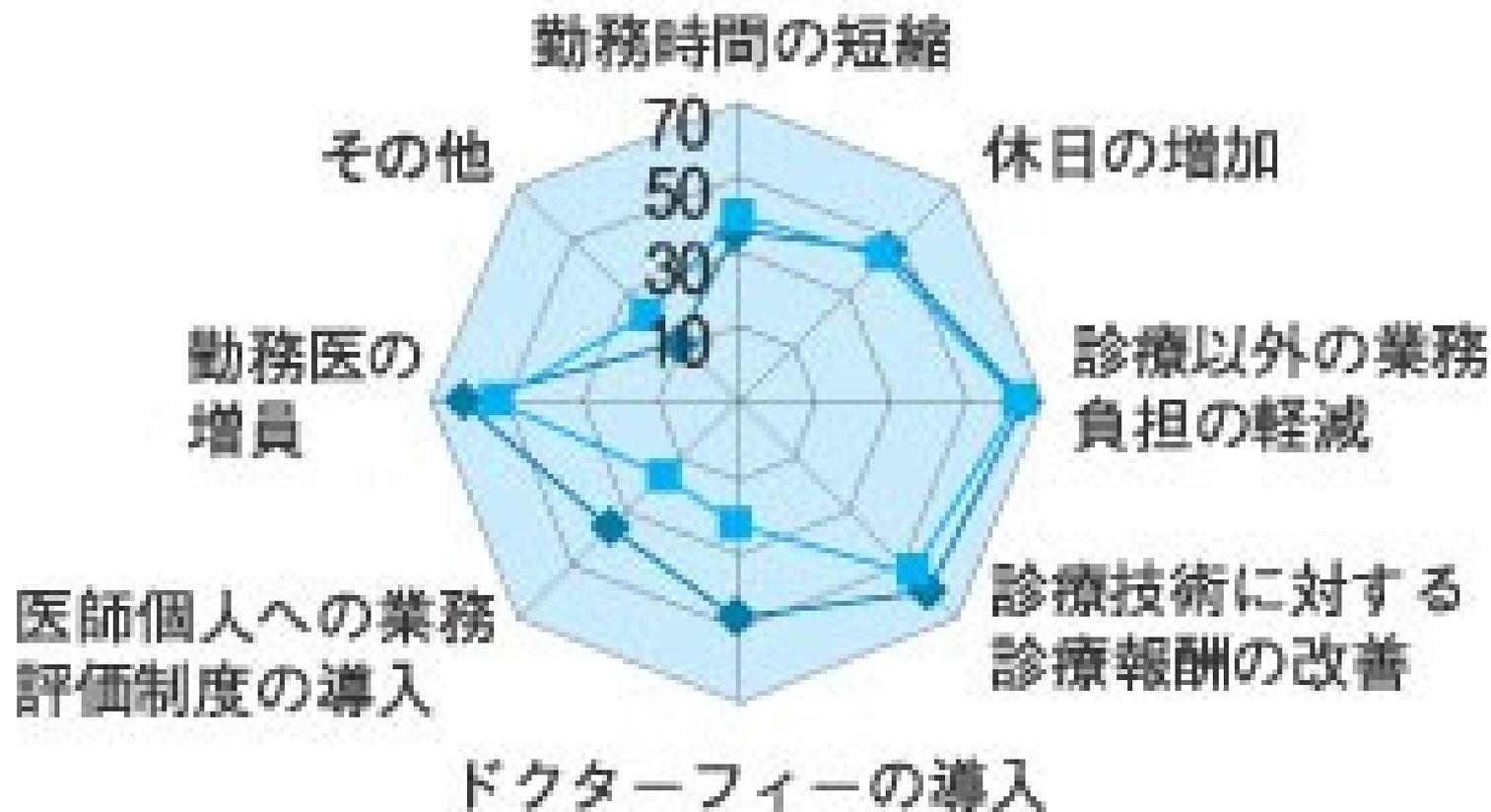
疲れている勤務医ほど 未来に望みを持ってない



ではどうすれば生き甲斐、やりがいを持てますか？

いきがい・やりがいの改善方法（％）

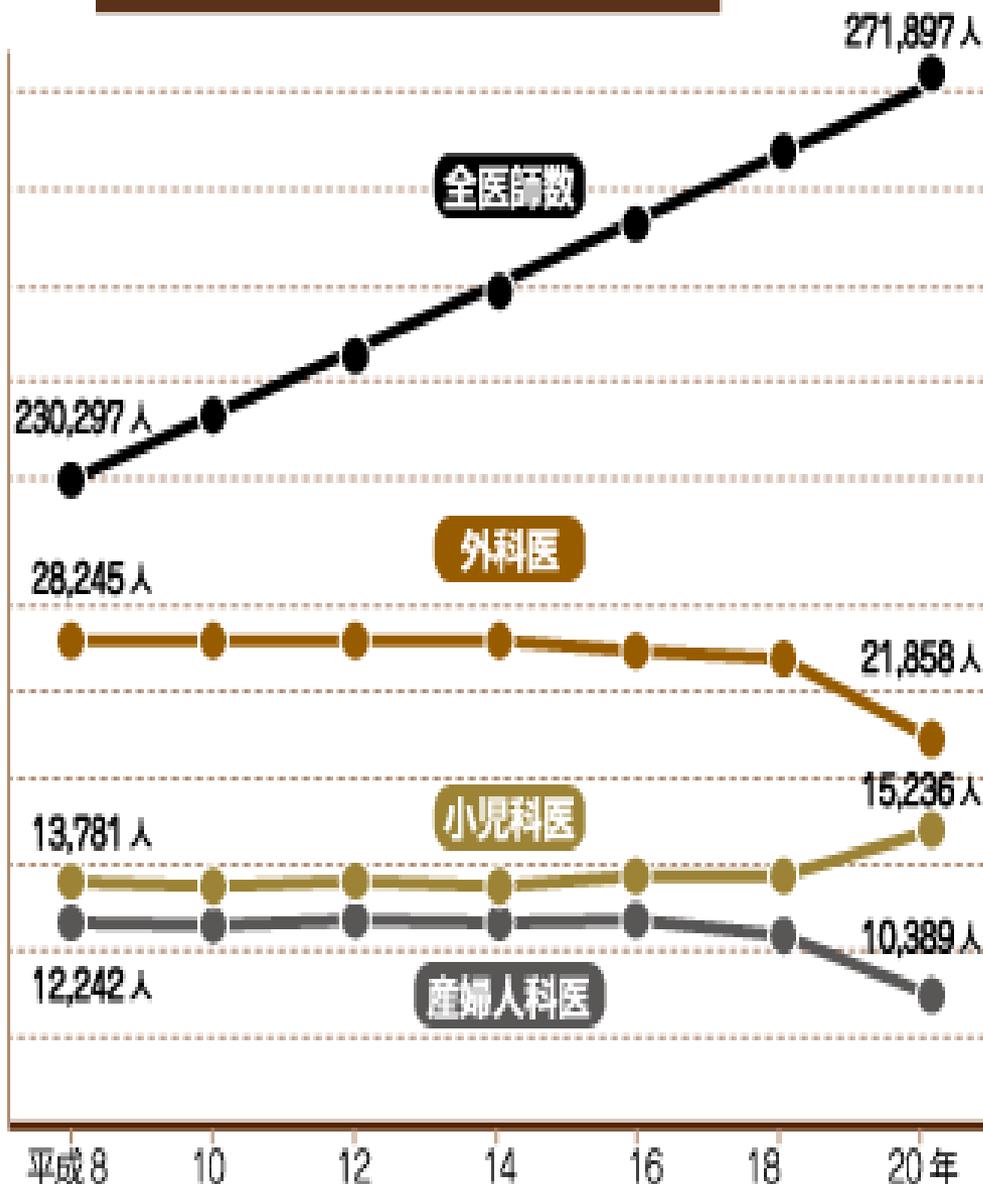
◆ 男(429) ■ 女(115)



特に外科の医師のやりがい、
生き甲斐が失われている



全国の医師数の推移



(厚労省調べ)

*外科系 (外科、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、心血管外科、呼吸器外科、小児外科)
*産婦人科 (産科医含む)

外科医が考える志望者の減少理由

| | |
|-------------|-------|
| 労働時間が長い | 71.9% |
| 時間外勤務が多い | 71.8% |
| 医療事故のリスクが高い | 68.2% |
| 訴訟リスクが高い | 67.3% |
| 賃金が少ない | 67.1% |

(出所) 日本外科学会の外科医1,276人を対象に実施した18年の調査(複数回答)

若手外科医師不足

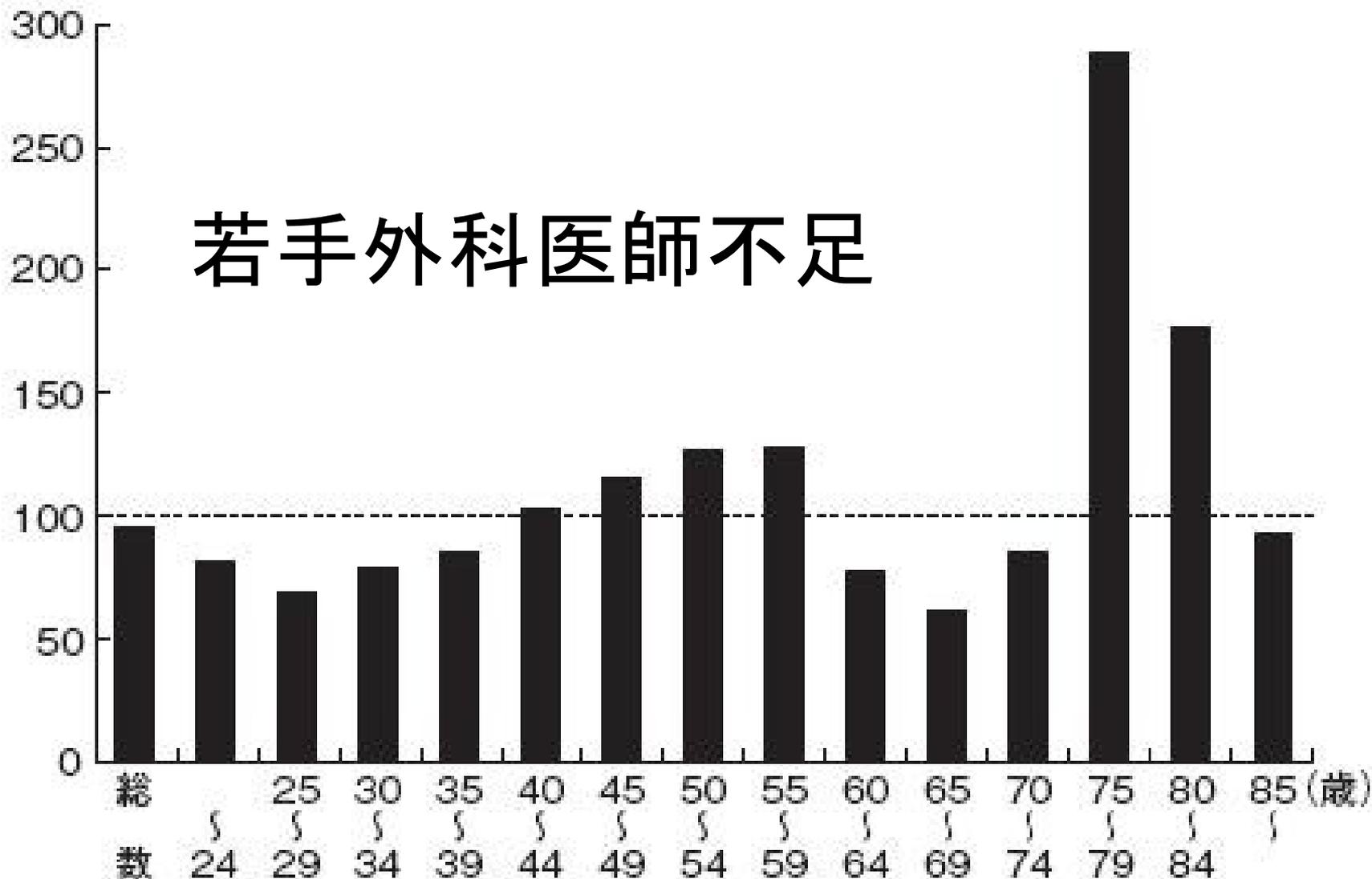


図1 平成8年を100%としたときの平成16年の各年齢層の外科医師数

(平成8, 16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成)

江原朗. 明日の外科手術はだれがするのか—若手外科医の減少. 日本医師会雑誌 200 > 8;136:2247-2249



このままでは外科医も 絶滅危惧職種

明日の手術を誰がする？



勤務医の負担軽減に期待される 医師事務作業補助者



勤務医のQOL向上のための
救世主！？

医師事務作業補助体制加算 (10年診療報酬改定)

- 医師事務作業補助体制加算(入院初日)

- 1 15対1 補助体制加算 810点(新設)
- 2 20対1補助体制加算 610点(新設)
- 3 25対1補助体制加算 490点←355点(08年)
- 4 50対1補助体制加算 255点←185点(08年)
- 5 75対1補助体制加算 180点←130点(08年)
- 6 100対1補助体制加算 138点←105点(08年)

(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)

- 15対1、20対1 の施設基準は、▽第三次救急医療機関▽小児救急医療拠点病院▽総合周産期母子医療センター▽年間の緊急入院患者数が800人以上の実績を持つ病院—の4つ
- 25対1と50対1では、これらの基準のいずれかを満たすか、▽災害拠点病院▽へき地医療拠点病院▽地域医療支援病院▽年間の緊急入院患者数が200人以上の実績を持つ病院▽全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院—のどれかをクリアする必要がある。さらに、75対1と100対1では、50対1までの基準のいずれかに該当するか、年間の緊急入院患者数が100人以上の実績を有する病院としている。

医師事務作業補助者の業務範囲

(平成20年度診療報酬改定関連通知 08年3月28日)

• [医師事務作業補助者の業務範囲]

– 1 診断書などの文書作成補助

- 診療記録への代行入力
- 医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査)
- 医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)への対応を医師の指示の下に行う

– 2 ・医師以外の職種の指示の下に行う業務

- 診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、**看護業務の補助**並びに物品運搬業務等については行わないこと

パート3
スキルミクスと
ナースプラクティショナー

スキルミクス(多職種協同)
ナースプラクティショナー(診療看護師)

スキルミクス (Skill Mix)

- スキルミクスの日本語訳
 - 「職種混合」、「多能性」、「多職種協働」と訳されている
- スキルミックスとは
 - もともとは看護職における職種混合を意味していた
 - 看護スキルミクス
 - 看護師、准看護師、看護助手というように、資格、能力、経験、年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していた

スキルミクス

- 最近では、その概念が拡張されて、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、ひろくは多職種のチーム内部における職種混合のあり方や**職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設**などを指し示す概念となっている。

スキルミクスの概念の歴史

- スキルミクスの概念は1990年代に医師不足、看護師不足に悩んだOECD諸国で、その養成にも維持にも時間とコストがかかるこれら職種の内り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミクスは2000年代の日本でも避けては通れない議論となるだろう。
- スキルミクスの典型がナースプラクティショナー

ナース・プラクティショナー (診療看護師)

医師と看護師のスキルミクス



ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の6%、14万人が働く

- ①小児、②ウイメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

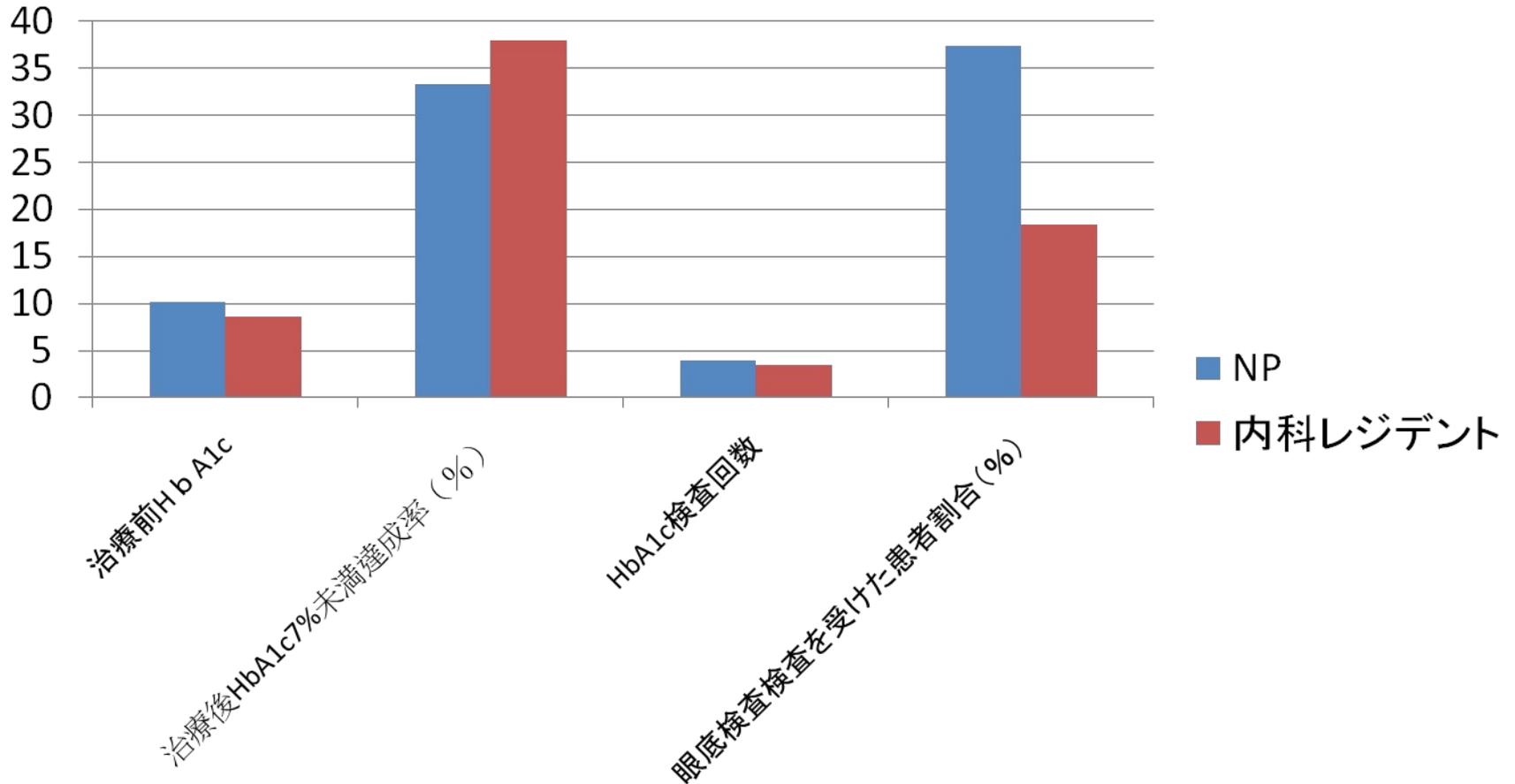
NPの業務

- **フィジカルアセスメント**
 - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- **検査オーダー、処方**
 - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- **患者健康教育、カウンセリング**

NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
 - ミシシッピ大学医療センターKristi Kelley 博士ら
NPと内科レジデントの比較
 - NPクリニック受診患者47例
 - 内科レジデント受診患者87例
 - 評価項目
 - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など糖尿病管理と糖尿病合併

NPと内科レジデントの評価



NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー, 医師アシスタント, 助産看護師 の政策分析」
 - 連邦議会技術評価局(OTA)1985年
 - 「NPのケアの質は医師と同等であり,特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
 - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

| NP養成大学名 | NPプログラムの特徴 | 開始年 |
|-------------|------------------------------|-------|
| 大分県立看護科学大学 | 慢性期NP(老年/小児) | 2008年 |
| 国際医療福祉大学 | 慢性期/周術期 (周術期は2010年開始) | 2009年 |
| 聖路加看護大学 | 小児/麻酔 (麻酔は2010年開始) | 2009年 |
| 東京医療保健大学東が丘 | クリティカル | 2010年 |
| 北海道医療大学 | プライマリ・ケア | 2010年 |
| 聖マリア学院大学 | 家族 | 2010年 |

国際医療福祉大学大学院

NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 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、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 3つのP(フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー)
 - 2年 目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス)
ナースプラクティショナー養成講座1年生



国際医療福祉大学三田病院で学ぶ ナース・プラクティショナー養成コース2年生



超音波画像の読影講義

国際医療福祉大学大学院の
ナースプラクティショナー養成コースは
疾病管理における疾病ケアマネージャーの
養成を目指している！

いよいよ動き始めるスキルミクス

特定看護師(仮称)から
ナースプラクティショナーへ

特定看護師(仮称)

～日本版ナースプラクティショナーか？～

- 「チーム医療の推進に関する検討会」(座長＝永井良三・東大大学院医学研究科教授)
 - － 従来の看護師より業務範囲を拡大した「特定看護師(仮称)」制度を新設する方針で取りまとめた。(2010年2月18日)
- 特定看護師(仮称)モデル事業
 - － 厚労省が検討会に示した素案によると、看護師としての実務経験が一定期間あり、新設される第三者機関から知識や能力について評価を受けることなどが、特定看護師になる条件。
- － 新たに可能になる業務としては、医師の指示があることを前提に、気管挿管や外来患者の重症度の判断、在宅患者に使用する医薬品の選定といった高度な医療行為を想定している。
- － 厚労省は、モデル事業での検証を経て、新たな看護職を創設するための法改正に着手する予定



項目

特定の医行為として想定される行為例

検査など

- ▽患者の重症度の評価や治療の効果判定などのための身体所見の把握や検査
- ▽動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
- ▽エコー、胸部単純エックス線撮影、CT、MRIなどの実施時期の判断、読影の補助など(エコーについては実施を含む)
- ▽IVR時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理など

処置

- ▽人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管内挿管、抜管など
- ▽創部ドレーンの抜去など
- ▽深部に及ばない創部の切開、縫合などの創傷処置
- ▽褥瘡の壊死組織のデブリードマンなど

患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ▽疼痛、発熱、脱水、便通異常、不眠などへの対症療法
- ▽副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止

スキルミクス・・・



医療チーム内での責任と権限の委譲が、
チームメンバーのやりがい、生き甲斐をもたらす！

パート4

介護サービスの質評価とQOL

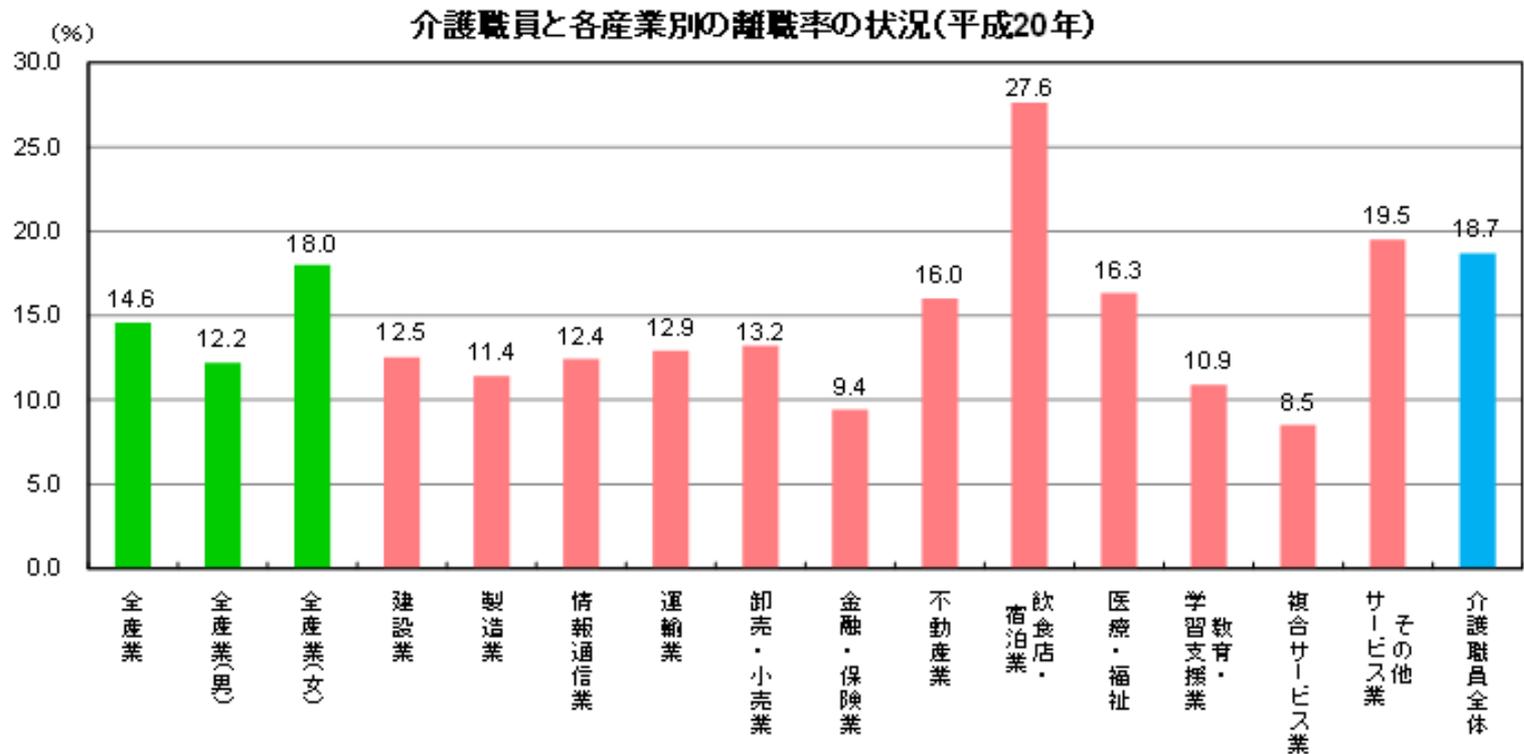


高い介護職員の離職率



どんどん介護職員が辞めていく

高い介護職員の離職率



(資料出所)全産業及び各産業の離職率:平成20年雇用動向調査(厚生労働省)

介護職員及び訪問介護員の離職率:平成20年度介護労働実態調査(財)介護労働安定センター)

注) 離職率の定義は右のとおり。 離職率=(1年間の離職者数)÷労働者数

事業所をやめた理由トップ5

単位：%

1 給与、労働時間に不満

25.5

2 自分・家庭の事情

24.7

3 法人や事業所の経営理念
や運営に不満

23.4

4 職場の人間関係に不満

23.0

5 介護の仕事で希望にあう
事業所に就職できたため

14.2



0 5 10 15 20 25 30

※平成19年度介護労働安定センター「介護労働実態調査」

介護職員の能力、資格、経験に応じた介護報酬引き上げ

- 09年介護報酬改定で介護職員の質評価「サービス体制提供強化加算」を導入
 - 介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上
 - 介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上

介護サービスの質評価

職員の質評価から
介護サービス本体の質評価へ

介護の質評価の背景

- 09年介護報酬改定において、介護従事者の人材確保・処遇改善が大きなテーマとなり介護従事者の専門性等のキャリアに着目した報酬評価を行った
- しかし、本来は質の高いサービスを提供する介護サービス事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進すべきとの意見が出された
- 介護サービスの質評価を行うための「指標」について早急に検討すべき

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

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

介護P4P

- 介護サービスにおける質の成果（アウトカム）に応じて介護報酬を加算する仕組み
- 09年介護報酬改定で以下が導入

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

介護サービスの質評価 検討委員会

介護サービスの質を評価し
介護報酬に反映させる

「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討に向けた事業」検討委員会

- 小坂健 東北大学大学院歯科学研究科国際歯科保健分野 教授
- 河口洋行 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
- 近藤克則 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
- 田中 慶応義塾大学大学院経営管理研究科 教授
- 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長
- 栃本一三郎 常置大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
- 藤井賢一郎 日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース 准教授
- 掘田聰子 東京大学社会科学研究所 特任准教授
- 武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長

介護サービスの質評価検討委員会

- 介護サービスの質の評価の在り方を検討
 - 現行の質評価の取り組み
 - 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)
 - 諸外国の取り組み
- 介護サービスの質の評価の目的、方法等
 - 目的は介護保険の理念の実現
 - 質の評価の階層図の作成
 - 質の評価の階層図に基づく評価項目をドナベディアン・モデル(構造、過程、結果)で整理して例示

介護サービスの質を ドナベディアン・モデルで分類す る

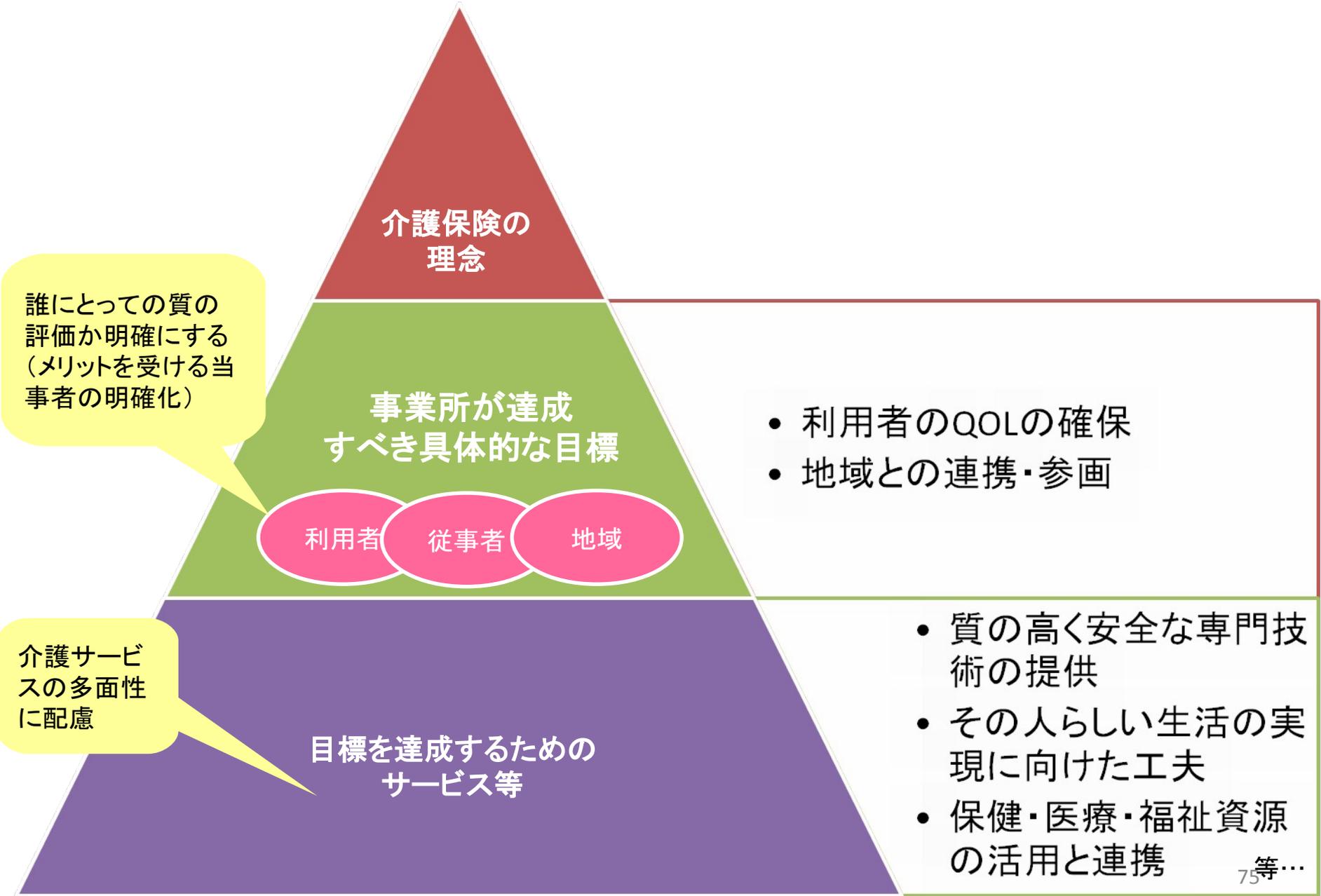
Donabedian, A.によればヘルスケアサービスの質は

- ①構造、②プロセス、③結果(アウトカム)の
3領域で評価される

サービス類型別 結果(outcome)に着目した評価の考え方について

| | 施設系 | 訪問通所系 | |
|-------------------|--|--|---|
| | | 現行の評価の例 | 現行の評価の例 |
| 構造 (structure) 評価 | 原則的に全てのサービスが施設内で提供されることから、結果(outcome)評価も含めて可能。 | <p>【介護保健施設サービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> | <p>【通所リハビリテーションサービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> |
| 過程 (process) 評価 | | <p>【介護保健施設サービス費】 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)</p> <p>多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。</p> | <p>【通所リハビリテーションサービス費】 リハビリテーションマネジメント加算</p> <p>多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。</p> |
| 結果 (outcome) 評価 | | <p>【介護保健施設サービス費】 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)</p> <p>一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。</p> | <p>事業所から提供されるサービスにのみ着目しているため、構造 (structure)・過程 (process) 評価であれば可能</p> <p>家族介護者等、事業所から提供されるサービス以外の影響をうけるため、評価困難。</p> |

介護サービスの質の評価の階層図(基本的なイメージ)



介護サービスの質の評価の階層図(詳細なイメージ)

介護保険の理念

この法律は(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行う。(※1)

地域が達成すべき具体的な目標

利用者等のQOLの確保

地域との連携・参画

目標を達成するためのサービス等

その人らしい生活の実現に向けた工夫

質が高く安全な専門技術の提供

地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

地域社会への貢献

適切な事業運営

従事者がやりがいを感じる職場づくり

施設・設備の管理

適切な財務管理

情報を活用した事業戦略

注) 必ずしもサービスの全側面を事業所単位で提供することを求めるものではなく、事業所規模に応じて、事業者全体で取り組む必要がある。

「質が高く安全かつ専門的技術の提供」 指標の例示

- 過程(プロセス)指標
 - 専門的な認知症ケアの提供
 - 専門的なターミナルケアの提供
 - 感染症や食中毒の予防
 - 良質な介護技術の提供
- 結果(アウトカム)指標
 - 栄養・食事摂取の状況
 - 排泄の状況
 - 認知症高齢者の日常生活自立度の変化
 - 障害高齢者の日常生活自立度の変化
 - 要介護度の変化
 - 褥瘡の発生
 - 転倒の発生
 - 身体抑制の実施

「その人らしい生活の実現に向けた工夫」の指標の例示

- プロセス指標

- PDCAサイクルに基づく継続的なケアの提供
- 利用者やその家族との適切なコミュニケーション
- 介護サービス計画への利用者の主体的な参画
- プライバシーに配慮したケアの提供
- 利用社の個人情報保護に係る取り組み
- 生活スペースの環境整備

2012年介護報酬改定へ向けて
介護サービスの質評価指標の
開発を！

「地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携」 指標の例示

プロセス評価

医療機関等の連携計画の作成と活用の評価



介護連携パスの作成と活用の評価

介護連携パスの必要性と期待

- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた介護サービスに係る人員、施設設備及び介護サービスに関する情報の共有
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

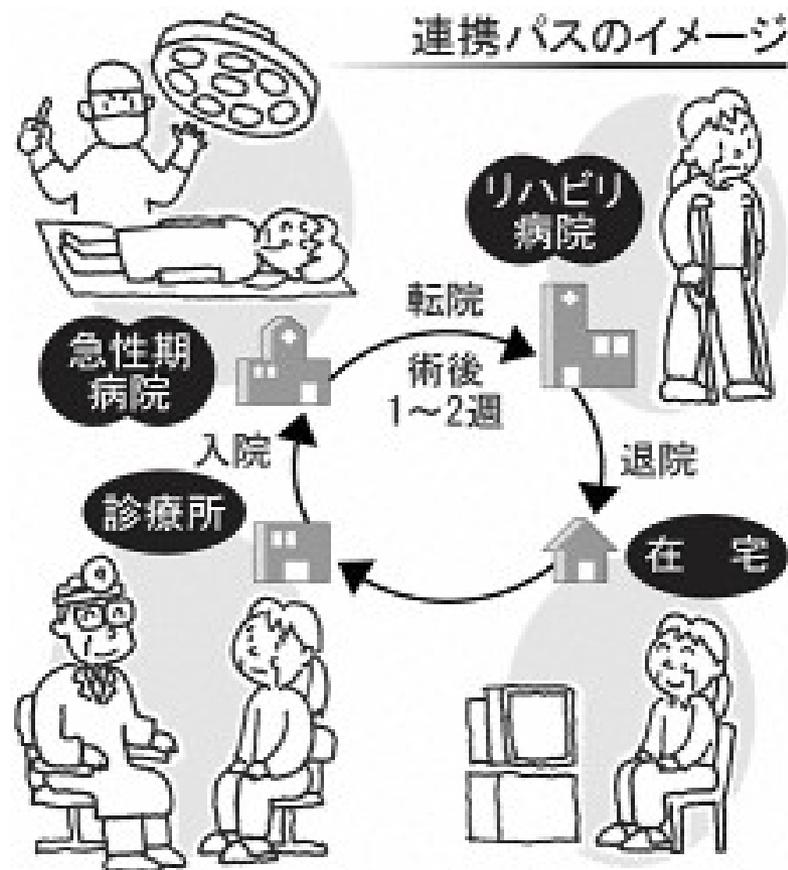
介護連携パスとは？

介護領域における
地域連携クリティカルパス
では、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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

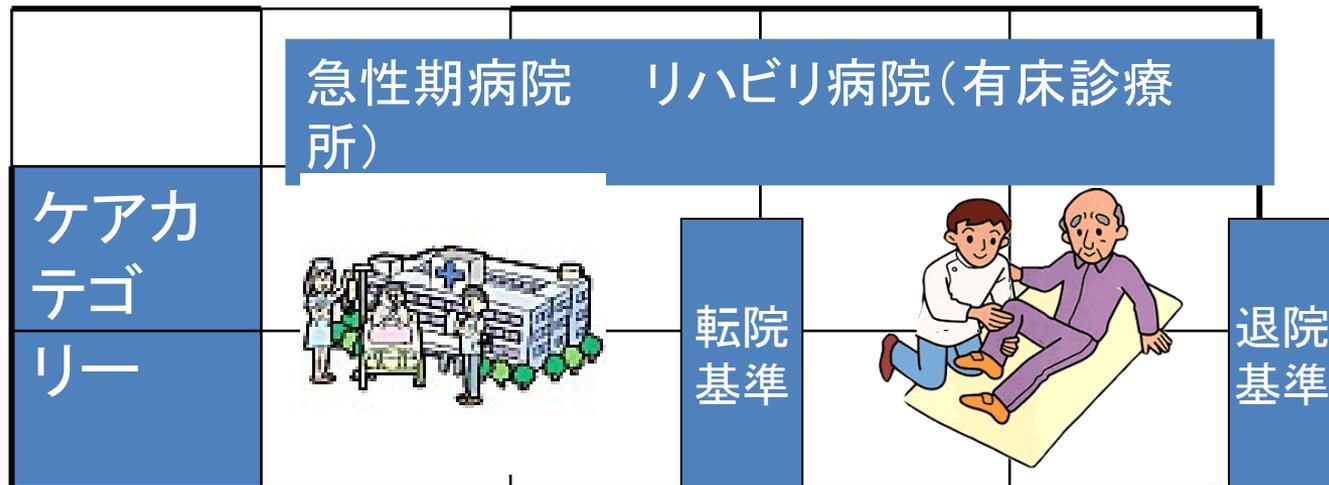
| 項目 | 時間 | 入院 | 前日 | 当日 | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | 6日目 | |
|-----------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 達成目標 | | #1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する | | | | | | | | | |
| 治療・処置・薬剤・リハビリ | | | フルマリンキット1g×2本 | フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2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) | 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 | 血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養 | 血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養 | 血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養 | 血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養 | 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 | | フリー | | フリー | | フリー | |
| 栄養(食事) | | 入院前と同じ | 絶飲食 | 絶飲食 | 水100ml × 3 | 水200ml × 3 | 濃厚流動食 100ml × 3 | 濃厚流動食 200ml × 3 | 濃厚流動食 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 | |
| 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 | |
| | | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () | 体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () |
| 観察 | | | | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | 創状態() () () () 喀痰() () () () | |
| | | | | 腸満() () () () | 腸満() () () () | 腸満() () () () | 腸満() () () () | 腸満() () () () | 腸満() () () () | 腸満() () () () | |
| 記録 | | | | | | | | | | | |
| バリエーション | | 有・無 深夜 日動 準夜 | |
| 担当看護師署名 | | | | | | | | | | | |

クリティカルパスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

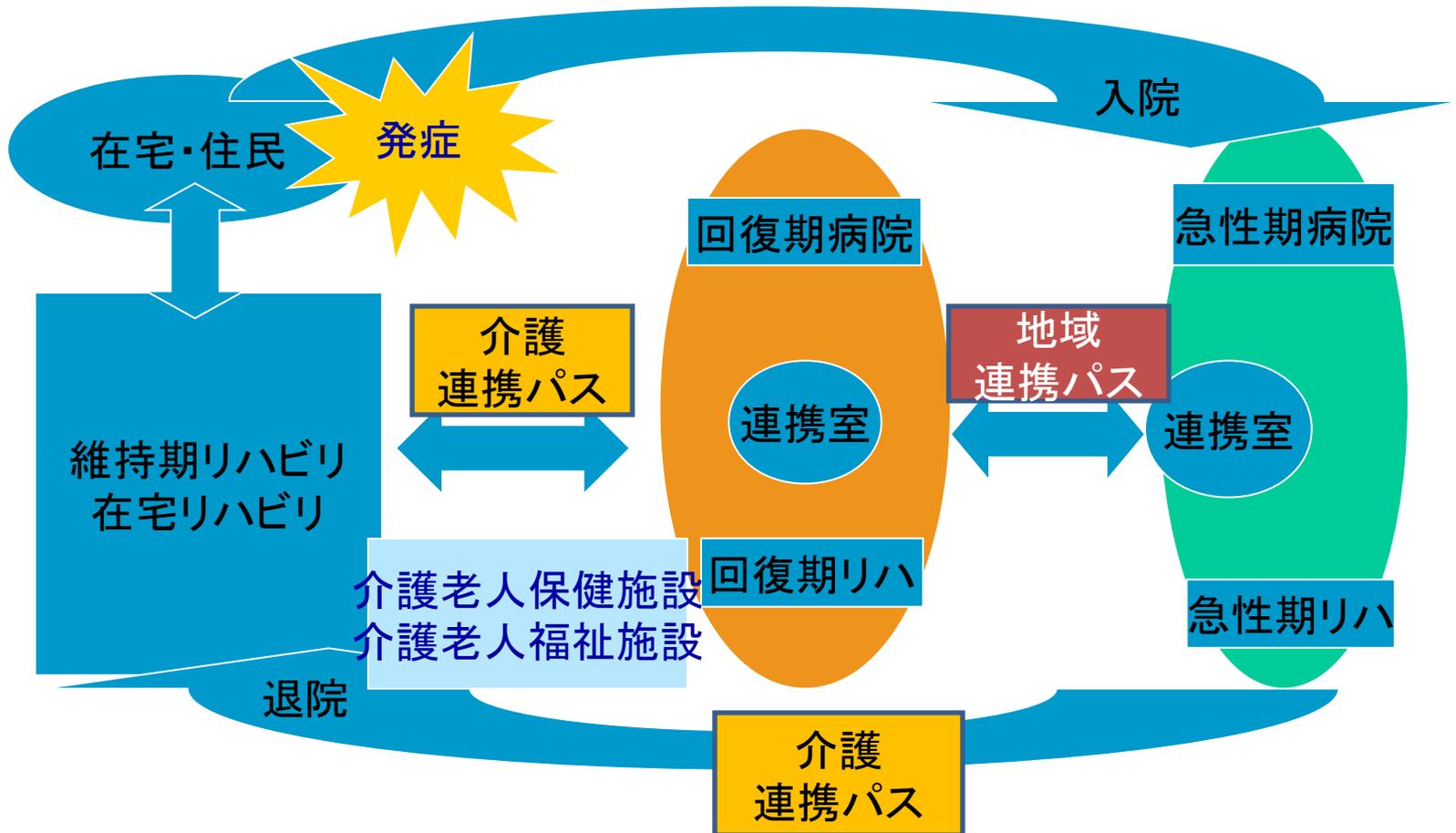
- 算定要件
 - 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
 - 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



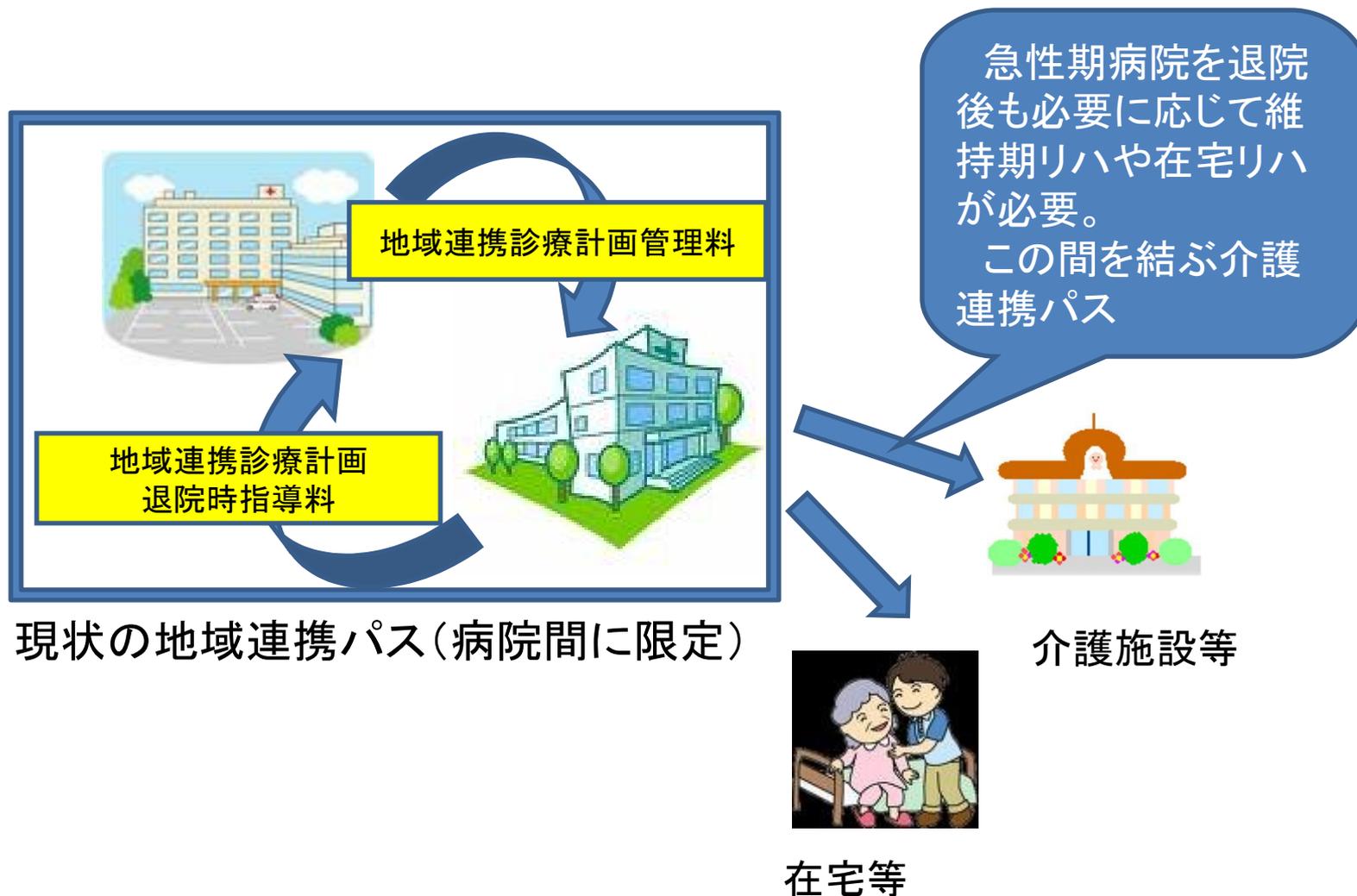
地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

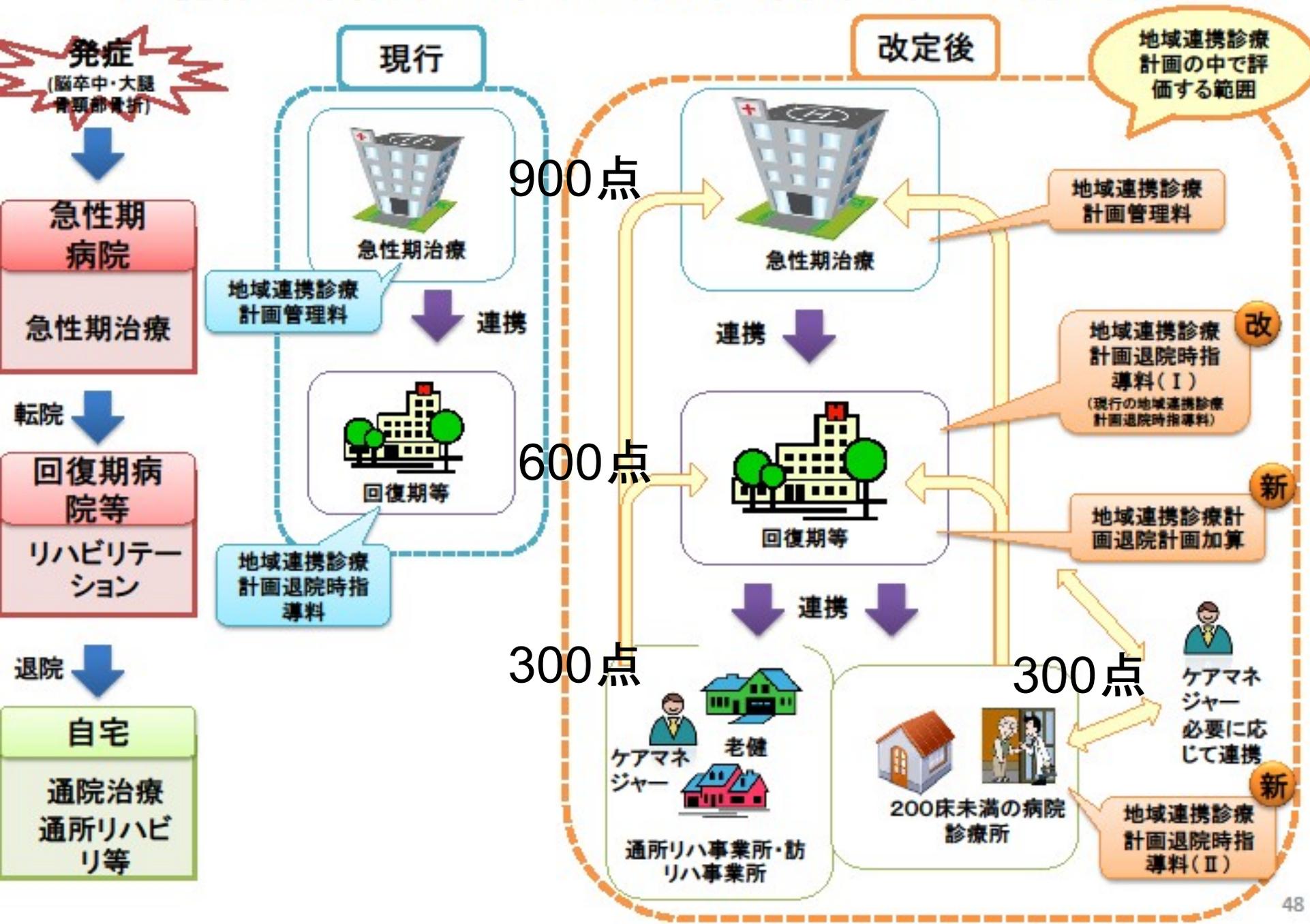
介護連携パス



地域連携パスの介護施設への拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



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

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



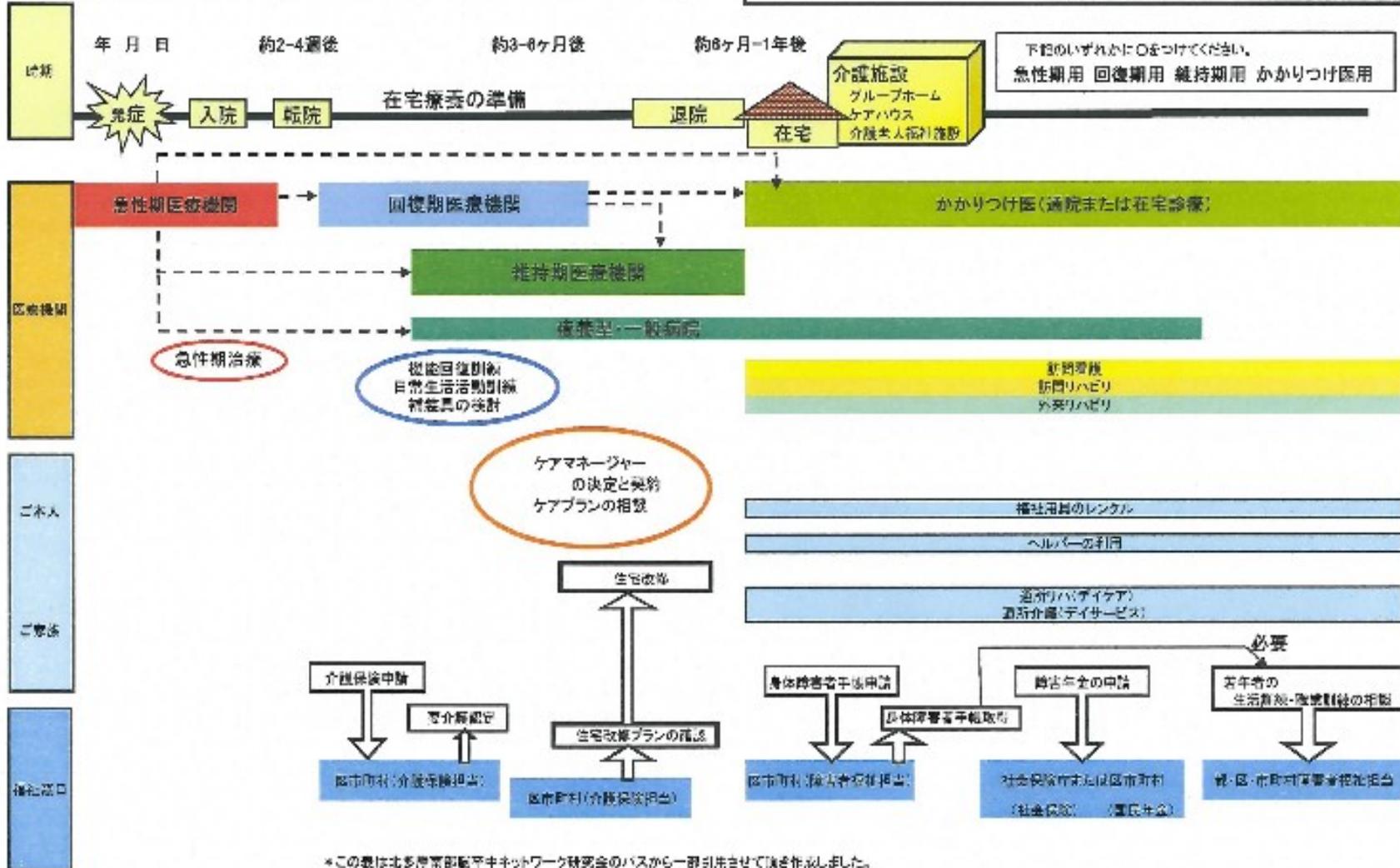
急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



*この表は北海道医療圏平中ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含む
地域連携クリティ
カパスを、
「介護連携パス」
と呼んでは？



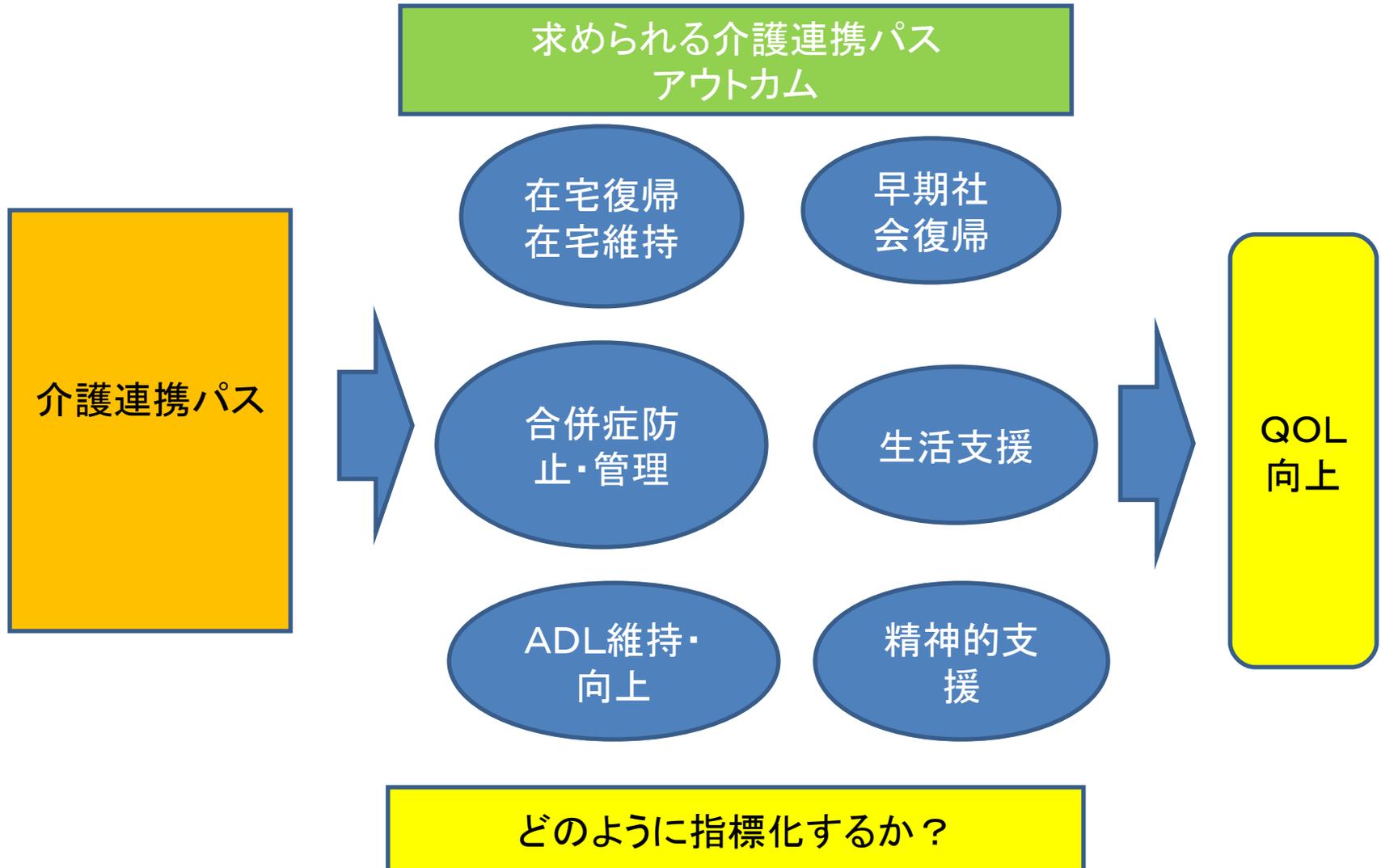
第2回介護連携パス研究会

- テーマ: 医療と介護のシームレス連携を目指して
- 日時 2010年9月18日(土)13:00 ~ 17:00
- 会場 国際医療福祉大学大学院 東京青山
キャンパス5階ホール
 - 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー5階

第2回介護連携パス研究会

- 基調講演「香川シームレスケア研究会における脳卒中在宅地域連携パスの運用」
 - 香川労災病院 副院長・脳神経外科部長 藤本俊一郎
- 講演Ⅰ「介護の質検討プログラムの狙いと進捗報告」
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 講演Ⅱ「新宿区委託事業“退院調整モデル事業”の現状報告」
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子
- 講演Ⅲ「介護連携パス研究会の地方展開と茨城分科会の現状報告」
 - 有限会社ファイブアローズ あおぞら介護塾 塾長 岩下由加里
- (株式会社アイ・シー・キューブ 代表取締役 江幡博明)
- パネルディスカッション
 - 司会:介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子

介護連携パス・アウトカム

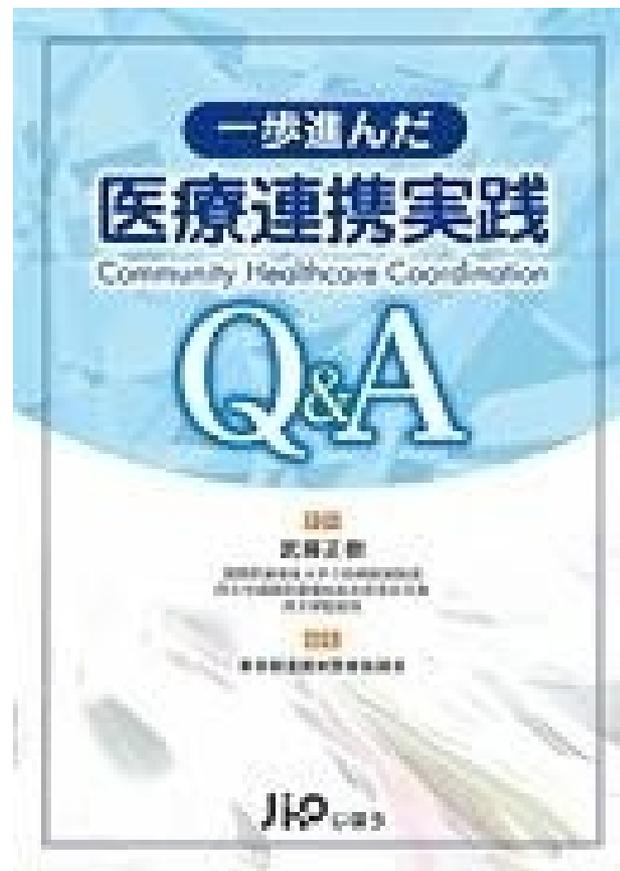


介護連携パスを 2012年介護報酬収載へ！



一步進んだ医療連携実践Q&A

- 編著 武藤 正樹／監修 東京都連携実務者協議会／編
- 版型 A5 発行日 2009年4月 ページ 200
- 単価 \2,940 在庫 予約受付中



地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 日本疾病管理研究会＝監修／武藤正樹、田城孝雄、森山美知子、池田俊也＝編集 ISBN: 978-4-8058-3149-6 在庫状況: 注文受付中 判型: A4 体裁: 並製 頁数: 226頁 発行日: 2009年04月20日

まとめと提言

- 2010年の診療報酬改定では、
勤務医のQOL向上が大きな課題
- 医師事務作業補助者をはじめとして
さまざまなチーム医療が評価された
- チーム医療内における権限と責任の委譲が、
チームメンバーのやりがい、生き甲斐をもたらす
- 2012年介護報酬改定へむけて
- 介護サービスの質指標の開発を

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月曜外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp