

介護サービスの質評価



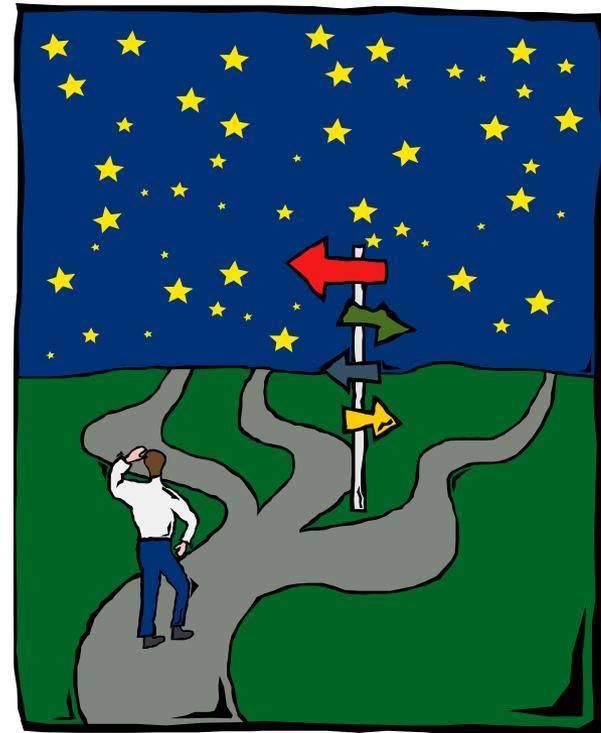
国際医療福祉総合研究所所長
国際医療福祉大学大学院教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

介護保険制度が始まって10年あまり

介護市場は7.4兆円、利用者数364万人
介護サービスの量的拡大から質的拡充の時代へ
新たな介護報酬の枠組みの模索(介護P4P)も
始まっている

今日の目次

- パート1
 - P4Pとは？
- パート2
 - 日本版P4P
- パート3
 - 介護P4Pへ
 - 「介護サービスの質評価検討委員会」



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 sun is setting behind the bridge, creating a bright glow. The bridge's suspension cables and towers are silhouetted against the sky.

パート1 P4Pとは？

Pay for Performance
質パフォーマンスに基づく支払い方式

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)」

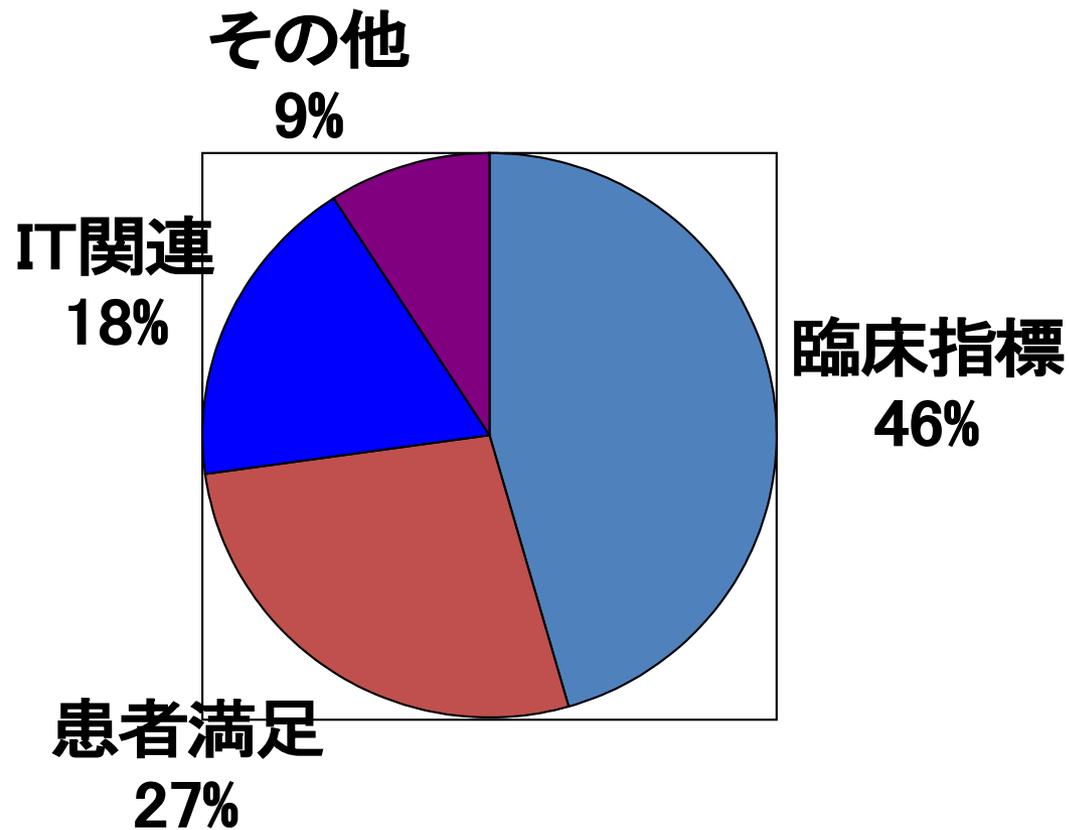
P4Pの定義とは？

- 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
- 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 カリフォルニアP4Pの例



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

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

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＞

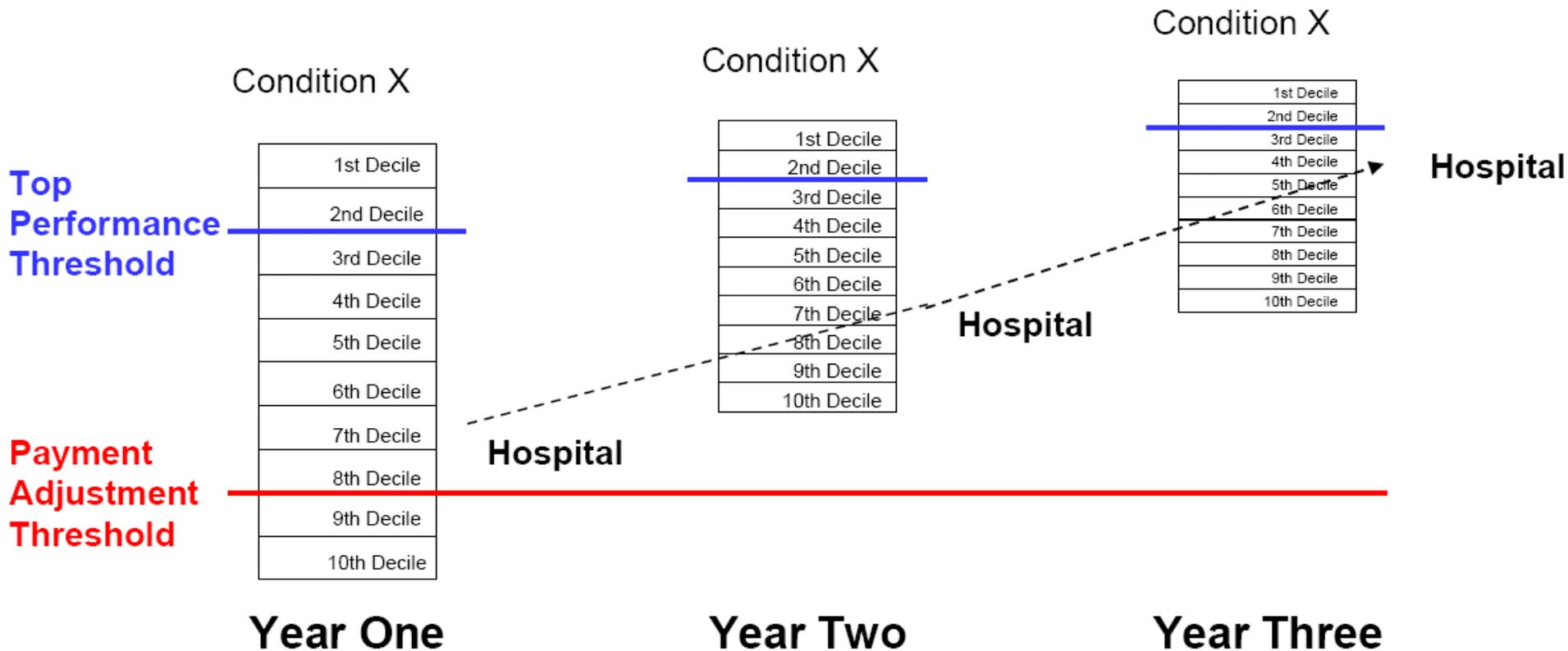
- 32. 術後出血・血腫
- 33. 術後の生理的異常・代謝異常
- 34. 退院後30日以内の再入院
- 35. 自宅への退院・在宅医療

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

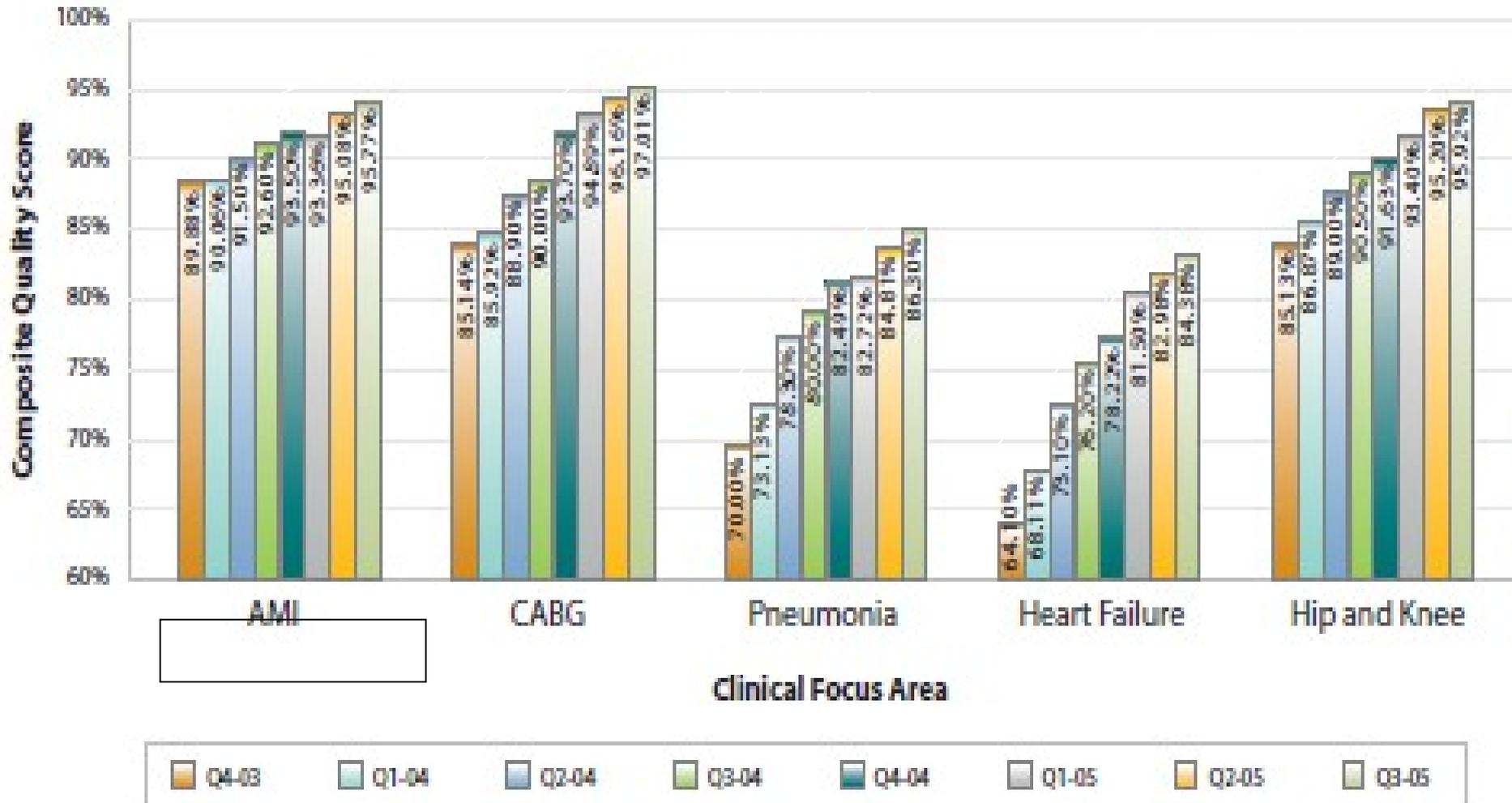
P4Pとは
臨床指標、患者満足、IT等で評価して
保険償還でボーナスを与える
支払い方式

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.

P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは

[P4P研究会](#) 編

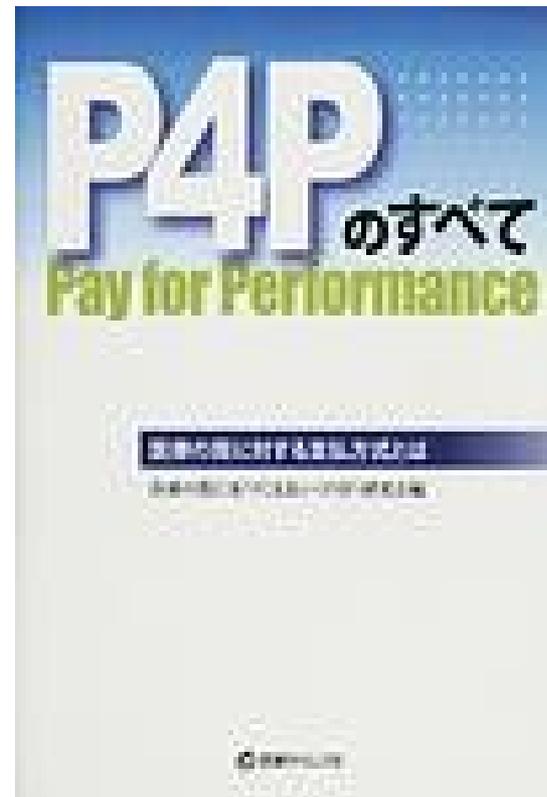
[医療タイムス社](#) 版

2007年12月 発行 ページ

229P サイズ A5ソフトカバー

2,940円

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



P4P研究会編(武藤・池田ら)

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

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

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

リハビリP4Pに対する意見

- 「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」
- 08年2月1日の中医協総会で、遠藤久夫委員（医療経済学）



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」

慢性期医療における 医療の質評価

医療療養病棟における質の評価

褥瘡、ADL低下、尿路感染症、身体抑制

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						

医療療養病床P4Pを要望

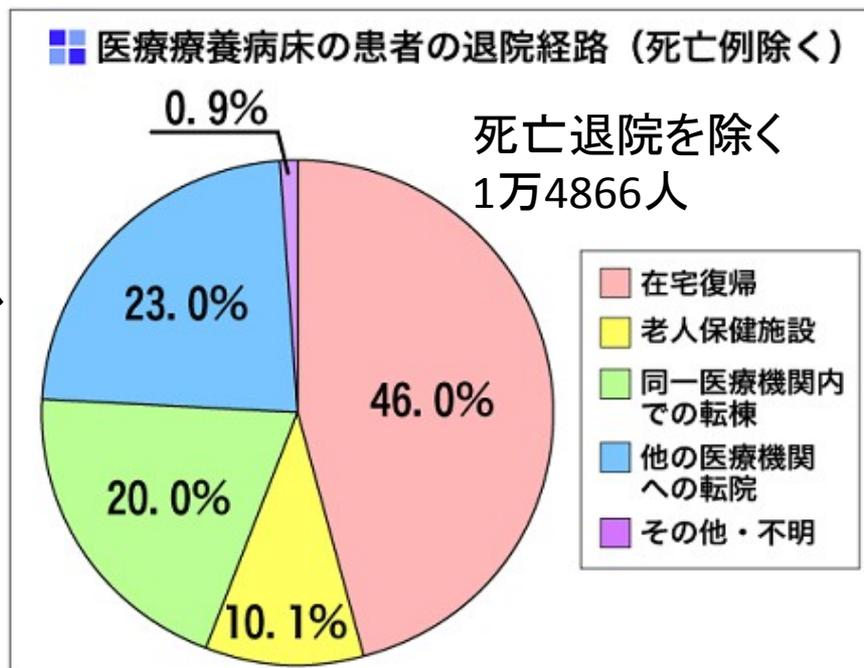


- 日本慢性期医療協会（武久洋三会長）
 - 「2010年度診療報酬改定に係る要望書」
 - 在宅復帰率や医療区分の改善率に基づく評価の導入などを求めた
- 「重症病棟の在宅復帰率」
 - 医療区分2-3の患者が8割以上を占める「重症病棟」の在宅復帰率が50%以上の場合には「医療療養病棟1」、50%未満の場合には「医療療養病棟2」として評価するよう要望
- 「医療区分の改善率」
 - 入院から3か月後の1か月平均医療区分が入院から1か月後の平均医療区分より改善している患者の割合が60%以上の場合、「医療区分改善加算」として、入院患者1日1人当たり20点を加算するよう求めた

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

介護の質評価の背景(1)

- 社会保障審議会介護給付費分科会の指摘
 - 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
 - 「介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討をおこなうこと」

介護の質評価の背景(2)

- 地域包括ケア研究会(座長:田中滋慶応大学大学院教授)の指摘
 - 介護報酬とは、本来、利用者に対して良質なサービスが提供されるよう、サービス提供の対価として事業者を支給されるものである
 - しかし現行の報酬体系では、必ずしも良質なサービスの提供につながらない可能性があると指摘した上で、……サービスの質に着目して介護報酬を支給する体系とすべきではないか

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)

「利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自律した日常性格を営むことができるようにすること」
(介護保険法第1条)

介護保険の
理念

事業所が達成
すべき具体的な目標

利用者等の
QOLの確保

地域包括ケ
アの推進

- 利用者の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

- 質が高く安全な専門技術の提供
 - 生活の継続に向けた工夫
 - 保健・医療・福祉資源の活用と連携
- 等…

誰にとっての質の
評価か明確にする
(メリットを受ける当
事者の明確化)

介護サービ
スの多面性
に配慮

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

地域包括ケアの推進

目標を達成するためのサービス等

安全かつ専門的技術の提供

生活の継続に向けた工夫

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

適切な施設・設備の管理

適切な会計管理

情報収集や情報発信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。

「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
 - 事業所内自己の防止
 - 質の高い介護技術(口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練等)の提供
- 定量指標
 - より自律した栄養・食事摂取が可能となった者の割合
 - より自律した排泄が可能となった者の割合
 - 認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合
 - 一定量のサービス提供後に要介護認定の基準時間が減少した者の割合
 - 処置等によって褥瘡の重症度が改善した者の割合
 - 一定期間内に転倒発生した件数
 - 一定期間内に身体拘束を行った件数

「利用者の継続に向けた工夫」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
- サービス計画の策定への利用者の主体的な参画
- 利用者の意見を収集する仕組みの構築
- プライバシーに配慮したケアの提供
- 個人情報保護に係る取り組み
- 生活スペースの環境整備

地域の保健・医療・福祉資源の 活用と連携

- 急性増悪や看取りへの対応を目的とした医療機関との連携
- 在宅復帰を目的とした居宅サービス事業所や医療機関との連携
- 市町村担当者との連携
- 地域包括支援センターとの連携

地域社会への貢献

- 事業所職員から地域住民に対しての介護技術に係る指導
- 地域住民による介護体験やボランティアの受け入れ
- 地域行事への利用者の参加
- 認知症地域支援体制構築等推進事業への参画
- 在宅療養者への支援
- 利用者満足度調査結果の地域への公表

質の評価システムの検討に 当たっての留意点(1)

- 利用者や事業者に理解され、受け入れられる評価指標であること
- 質の評価の費用負担について
 - 質評価のためのデータ収集コスト、外部評価を実施する時の費用負担
- PDCAサイクルによる継続的な質改善プロセスの必要性
- P4PとP4R
 - P4Pの全段としてまず質レポートを報告することにインセンティブを与えるP4R(Pay for Reporting)が必要ではないか？

質の評価システムの検討に 当たっての留意点(2)

- 金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導策について
 - 情報公開、表彰制度、質改善につなげる技術支援等
- 地域サービス評価の視点
 - 今回の評価は施設サービス評価が中心であるが、いずれは地域包括ケアシステムの全体的な評価も必要である

アウトカム評価のメリット・デメリット

- メリット

- 評価の基準・尺度が明確で、客観評価できる
- 質改善の目標値の設定が容易で、改善へのPDCAサイクルを回すことができる
- 二時点間のアウトカム比較により質改善の状況を把握できる
- 事業所間ベンチマークができる

- デメリット

- 成果を出しやすい軽症者ばかりを集め、重症者回避がおきる(クリームスキミング)
- 評価指標を用いることで近視眼的、局所最適化が起きる
- データ収集に時間、労力などのコストがかかる
- アウトカム指標は多面的な質のごく一部にしかすぎない

介護サービスの質評価 検討委員会まとめ(1)

- 介護サービスの質の評価はその実施によってケアの質の向上につなげ、ひいては介護保険の理念を目指して実施すべきものであることは委員全員の見解は一致した
- しかしながら、多面的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視し、どのような方法で評価を実施すべきかについては種々の意見が見られた

介護サービスの質評価 検討委員会まとめ(2)

- とくに米国などで用いられている定量的な臨床指標(P4P)をわが国の介護サービスの質の評価に活用することの妥当性については意見が分かれた
- アウトカム評価を早急に確立すべきという意見の一方、臨床指標については、多面的な介護サービスの一側面のみを捉えているに過ぎず、アウトカム評価に偏重しない質の評価システムの構築を目指すべきという意見もみられた

介護サービスの質評価 検討委員会まとめ(3)

- いずれにしても1～2年といった短期間では体系的な評価システムを構築することは困難であるため、平成24年度介護報酬改定ではデータ収集の容易さ、理解しやすさ、受け入れやすさの観点から限定的な質評価の実施へ向けて検討を続ける必要があると考えられる。

2010年度調査

- 2009年度調査を受けて、介護サービスの質指標について施設調査を行う。
- ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて指標化し、現状の実態を調査
- アウトカム指標については時間経過を追って状態変化をとらえる調査も行う
 - 要介護度、日常生活自立度、食事摂取、排泄、褥瘡、転倒、身体拘束等
- 老健1200箇所、特養2000箇所調査

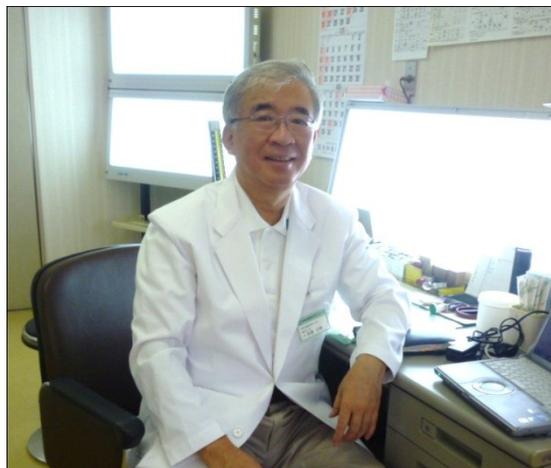
介護サービスの質の評価に関する調査

- 基本情報
- 職員体制
- 過去1年間に退職した職員数
- 加算の算定状況(平成22年9月)
- 施設の設備状況
- 職員研修の状況
- 平成21年度の各種状況
- 入所者の医療的ケアの状況
- 入退所の情報
- 老人保健施設・特別養護老人施設におけるサービスの質の評価について
 - 介護報酬の加算・減算の対象とすることは
 - 有効、やや有効、あまり有効ではない、有効ではない

介護サービスの質評価の 介護報酬への反映を！

2012年介護報酬改定へ向けて

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