

A photograph of a large, modern multi-story building with a grid-like window pattern. The building is dark-colored with many windows. In the foreground, there are some trees without leaves and a smaller, lighter-colored structure. The sky is clear and blue. The text '国際医療福祉大学' is visible on the top of the building.

介護連携パスと介護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
(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円

2007年より東京都認定がん診療病院

2008年7月よりDPC対象病院

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。

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
 - 地域連携パスと介護連携パス
- パート2
 - P4Pとは何か？
- パート3
 - 日本版P4P
- パート4
 - 介護P4Pへ



パート1

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とは？



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

地域医療計画の見直し

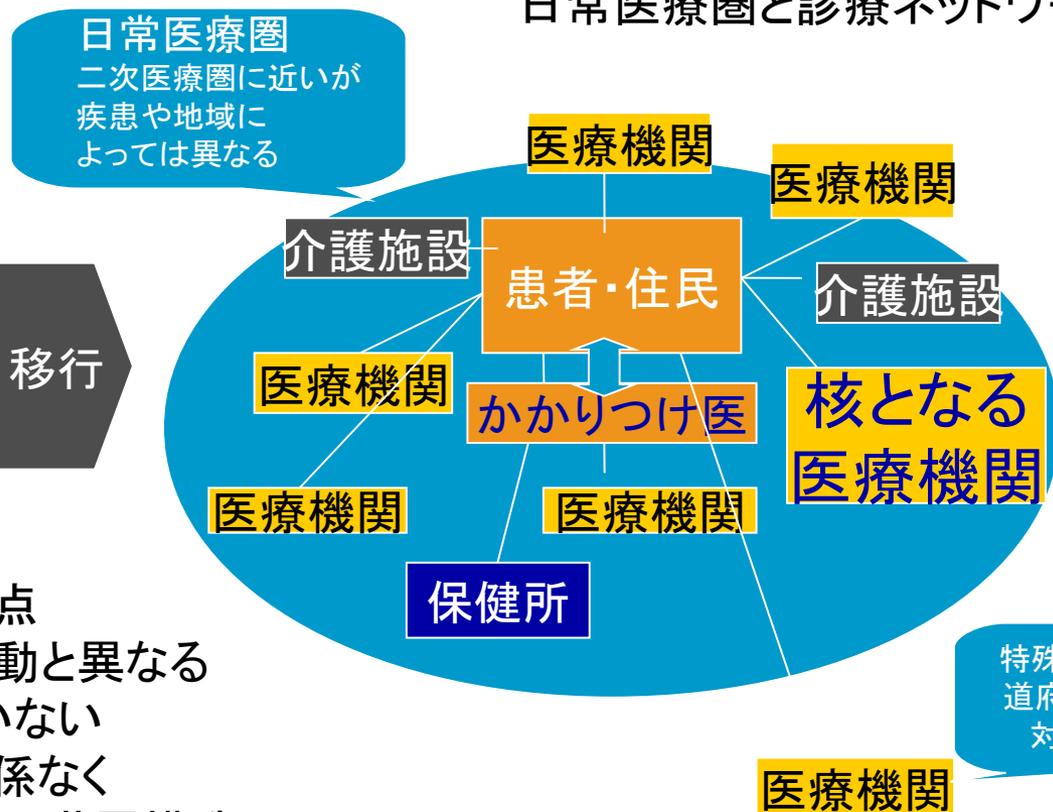
疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく

結果として大病院重視の階層構造

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

5疾病目に精神疾患が！

在宅医療を入れている都道府県もある

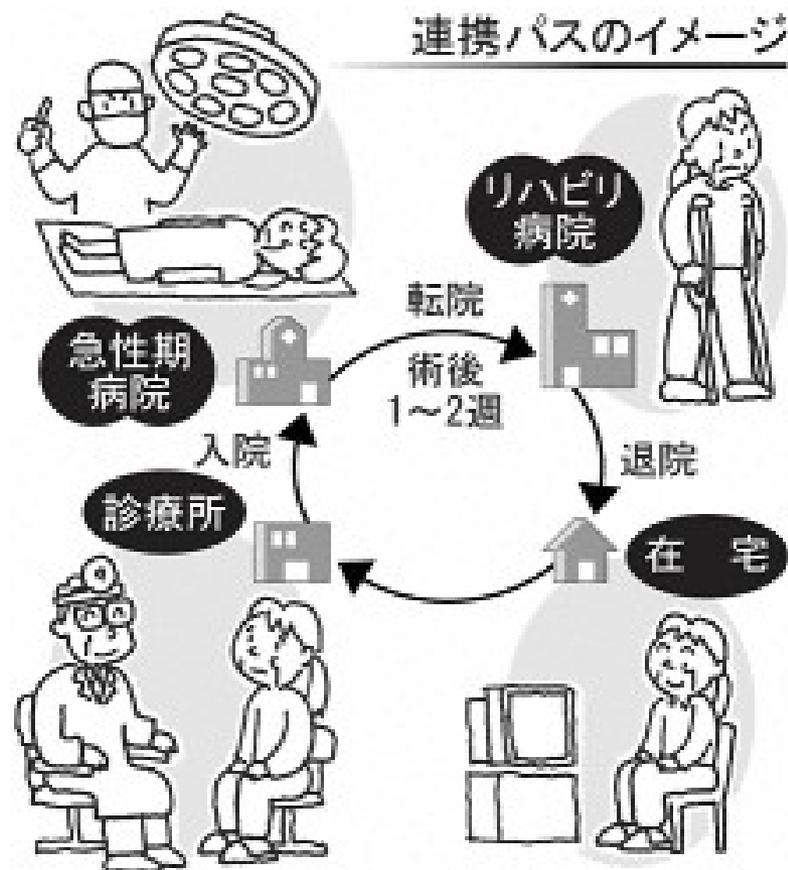
医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 状況に応じて、**地域連携クリティカルパス**導入に関する検討を行う

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)								
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	フリー	フリー	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)		入院前と同じ	絶飲食	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	身長・体重 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									
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	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	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 内服中止	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 内服中止	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	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	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	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	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	
		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											
記録											
バリアンス		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

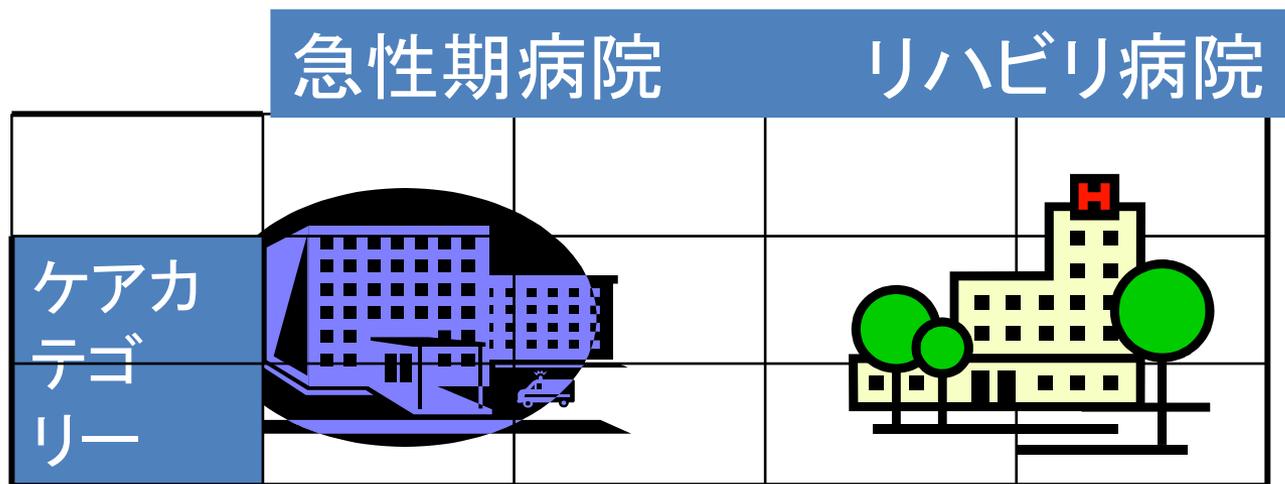


患者さん用クリティカルパス (診療計画表)～前立腺生検用～

種		この経過表は、前立腺生検前後の計画とその経過を知らせるものです。そのため、患者様、ご家族、医療者側の都合や理由によってこの経過表通りに行かない場合もごさいませぬのでご了承下さい。また、何かご不明な点がございましたらご質問下さい。1日も早く経過表でも書きよう医療チームの努力いたしませぬので、一緒に頑張りますしゅう、 ※何のご不明な点がありましたら、遠慮なく看護師にお尋ね下さい。				
入院 月 日		退院 月 日 時 分 出 院				
入院日 (/)	生検前日 (/)	生検当日夜更前 (/)	生検後 (/)	生検後1日目 (/)	生検後2日目 (/)	～退院
安静 安静に休んでください		注射薬は掛けたまま	ベッドの上で過ごします 足が上がることは ごさいませぬ	先生の診察後の行為が許可されます 	安静に休んでください	
食事 医師の指示が出ます 		飲んだり、飲んだり ごさいませぬ	午前中の検出の方は夕食から お薬 が出ます。午後のは検出の方は検出後6時間後から 水分 の摂取が出来ます	医師の指示が出ます		
清潔 入浴をします 		入浴を ごさいませぬ		尿の管が抜けたら入浴をします	入浴をします。	
排泄 24時間おしこはトイレにある袋にためて下さい		() 時に、 お薬 をして尿の中に入れて下さい	尿の管が入り、おしこは尿の管を通じて外に出ます。	尿の管を抜きます。その後おしこはトイレにある袋にためて下さい。		
薬・点滴 	生検前日 下剤 をお飲ませ下さい。検出前はゆっくりとお休み頂くために 鎮痛剤 をご用意しています。	() 時に検出がかりやすくなるように 注射 をします。夕時からの検出以外の方は点滴を行います。	検出まで動揺して 点滴 を行います 	検出薬が掛かります。薬剤師による検出薬指導がある場合があります。		
検温 1日3回行います 	1日1回行います	注射前後に2回行います 	検出後30分おきに検温を行います	1日3回行います	1日1回行います	
観察・説明	検出の説明をします。抗生剤のアレルギーテストを行います。検出薬のサインをし、前日までに薬の服用に注意して下さいます。	検出当日は() 時までには検出薬に注意しておいて下さい。下着は着用して下さい。	検出薬をします	検出薬が検出後内服薬に変わりましたら水分を多く取って下さい。		

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

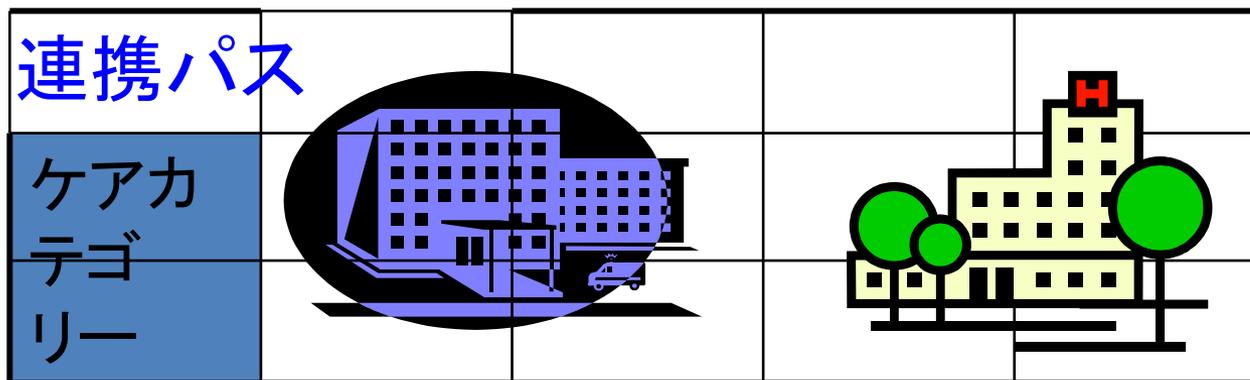
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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



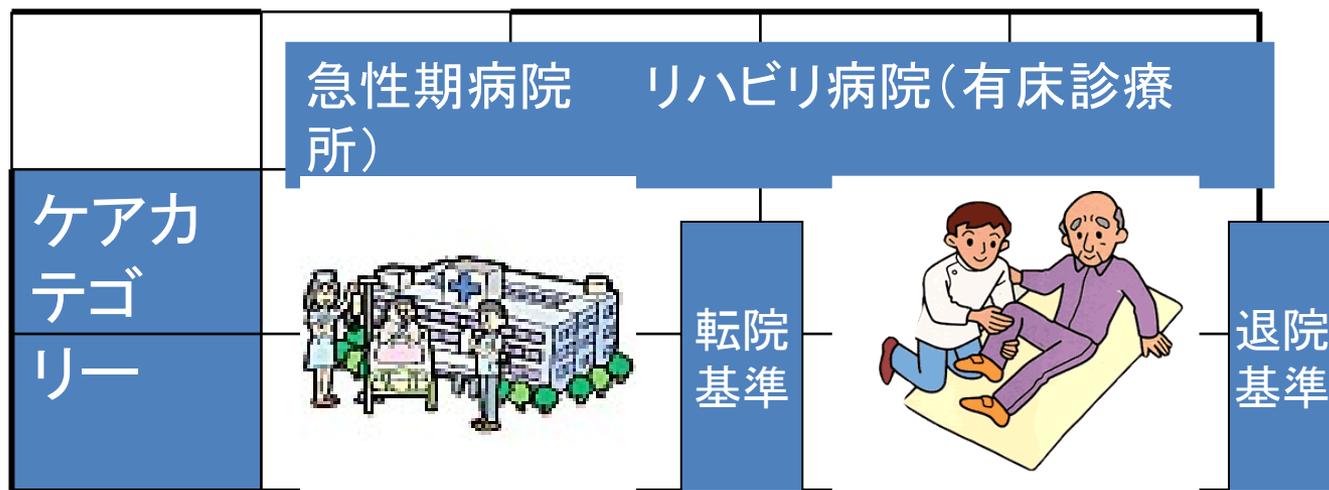
地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

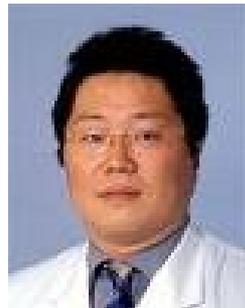
地域連携診療計画退院時指導料
600点

脳卒中連携パス(患者用)

脳卒中地域連携パス (患者様用) : 様 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

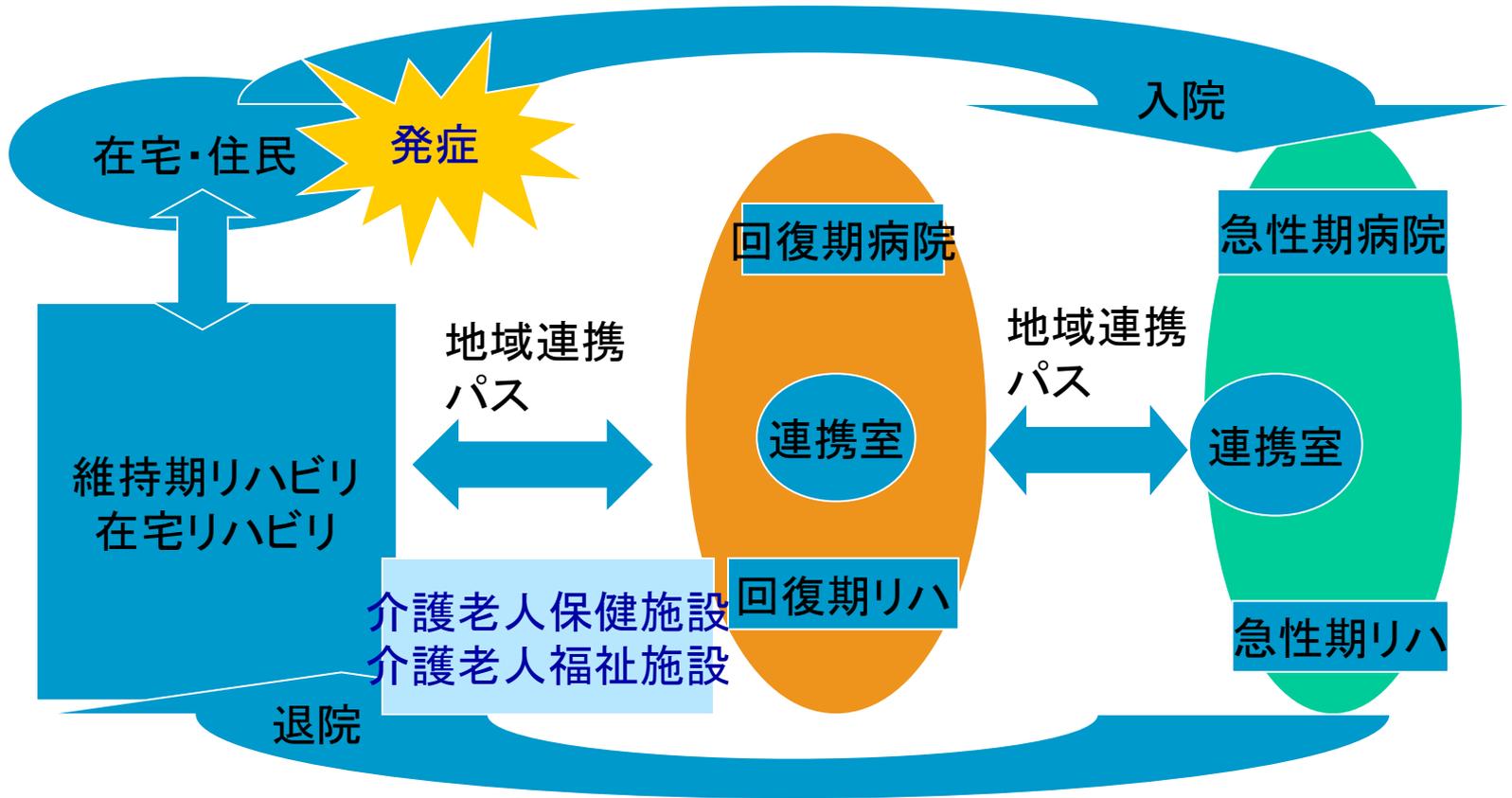
急性期病院	回復期/リハビリ病院			維持期/リハビリ施設		
現在の障害を説明します 	3つのリハコースを説明します 			ケアが必要なことを説明します 	療養型病床・介護老人保健施設 	
<input type="checkbox"/> 運動の障害 () <input type="checkbox"/> 言葉の障害 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 <input type="checkbox"/> 排泄の障害 <input type="checkbox"/> 認知の障害 <input type="checkbox"/> 車椅子の障害 <input type="checkbox"/> その他	軽度リハコース (1ヵ月) BI 85-100, FM110-126     退院 → 通院	標準リハコース (2ヵ月) BI 55-80, FM80-109     退院 → 通院	重症リハコース (3ヵ月) BI 0-50, FM13-79     退院	ケアが必要なことを説明します いろいろな事情で在宅が不可能な方は2つのケアコースでケアがすすむと想います。維持期リハビリ施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース (最少-最多介助) 重症ケアコース (全介助)	2つのケアコースを説明します 2-3ヵ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します 標準ケアコース (BI 25以上)    重症ケアコース (BI 0-20)   	
リハビリが必要であることを説明します 	詳しいリハ評価 バイセル指数 (BI) FM指数 (FM) いずれかの評価でコースが決まります	排泄訓練 	摂食・嚥下訓練 	コミュニケーション訓練 	在宅 グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設 	かかりつけ医の選択 生活習慣病の指導 
以上の障害でリハビリが必要です。詳しくは評価がリハビリ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われれます。	維持期/リハ(在宅、入所、転院)のためにいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。					
軽度リハコース (1ヵ月) ひとりで歩ける	介護保険の説明 	要介護認定 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5	家庭調査・改修 	在宅医療 (かかりつけ医) 	訪問診療・訪問リハ 	
標準リハコース (2ヵ月) ひとりで座れる ひとりで立てる	介護保険の申請 	ケアマネジャー決定 	介護指導 	転院入所調整 	通所リハ・訪問看護  	
重症リハコース (3ヵ月) ひとりで座れない	認定調査 	ケアプラン作成 	サービス担当者会議 		在宅介護  	
治療の継続、管理 <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> ワーアザン (PT-INR)		<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> インスリンコントロール <input type="checkbox"/> 栄養管理 	イソラジド 	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント圧 	※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します   	

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)

長嶋茂雄さんと初台リハ



初台リハビリテーション病院



長嶋さんは心原性脳梗塞症だった！
心臓の中にできた血の塊が脳に移って
血管をふさぐのが心原性脳梗塞症。

回復期リハビリテーション病棟

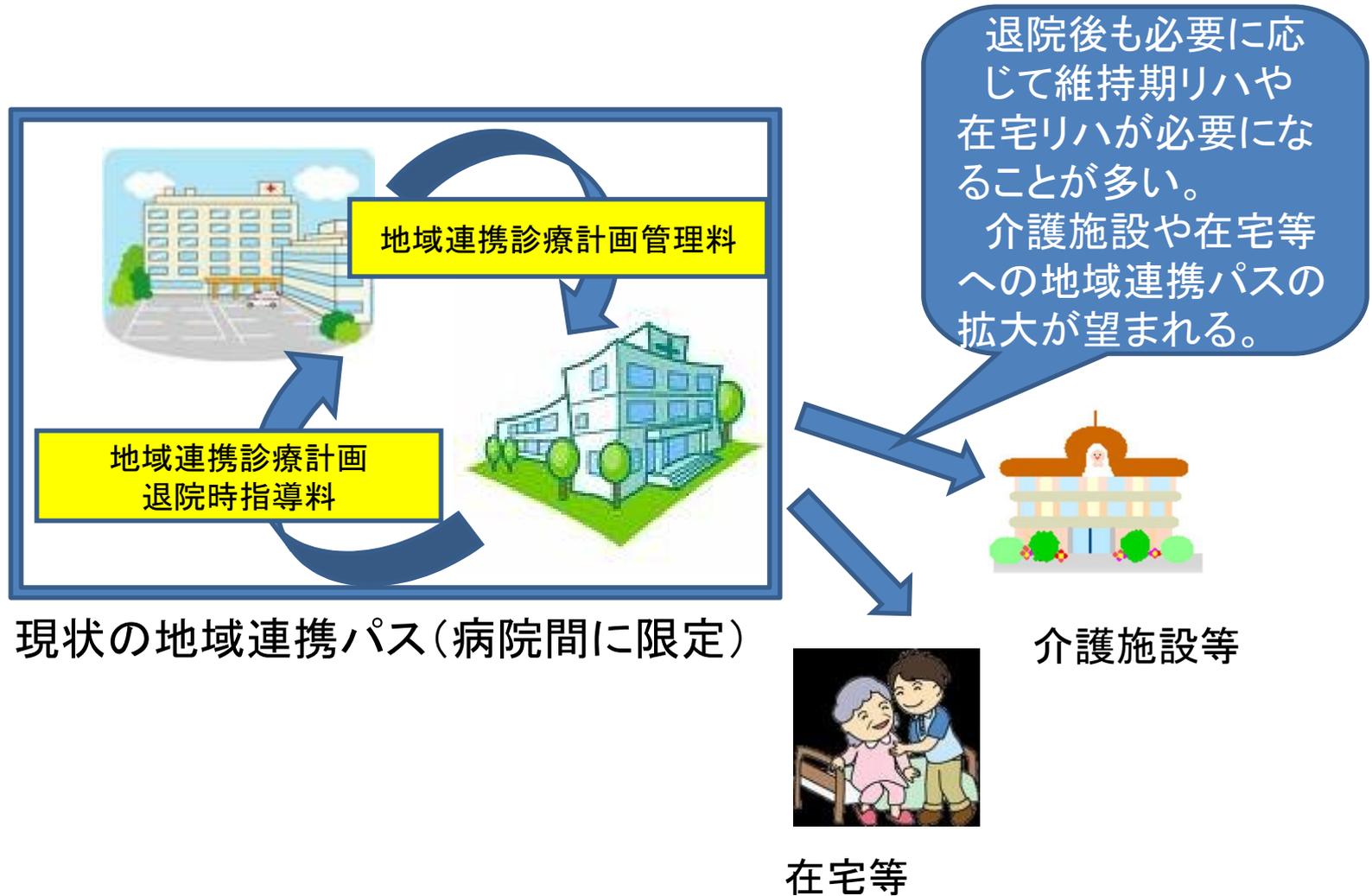
- 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折で急性期の医療を要する時期が終了しても、ADL(日常生活活動)能力向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的に集中的なリハビリテーションを受けられる病棟
- 専従の医師、看護師と、理学療法士と、作業療法士と、言語聴覚士が共同でそれぞれの方に合ったプログラムを作成し、それに基づいて実生活での自立を目指したリハビリテーションが、病棟を中心として行われます。



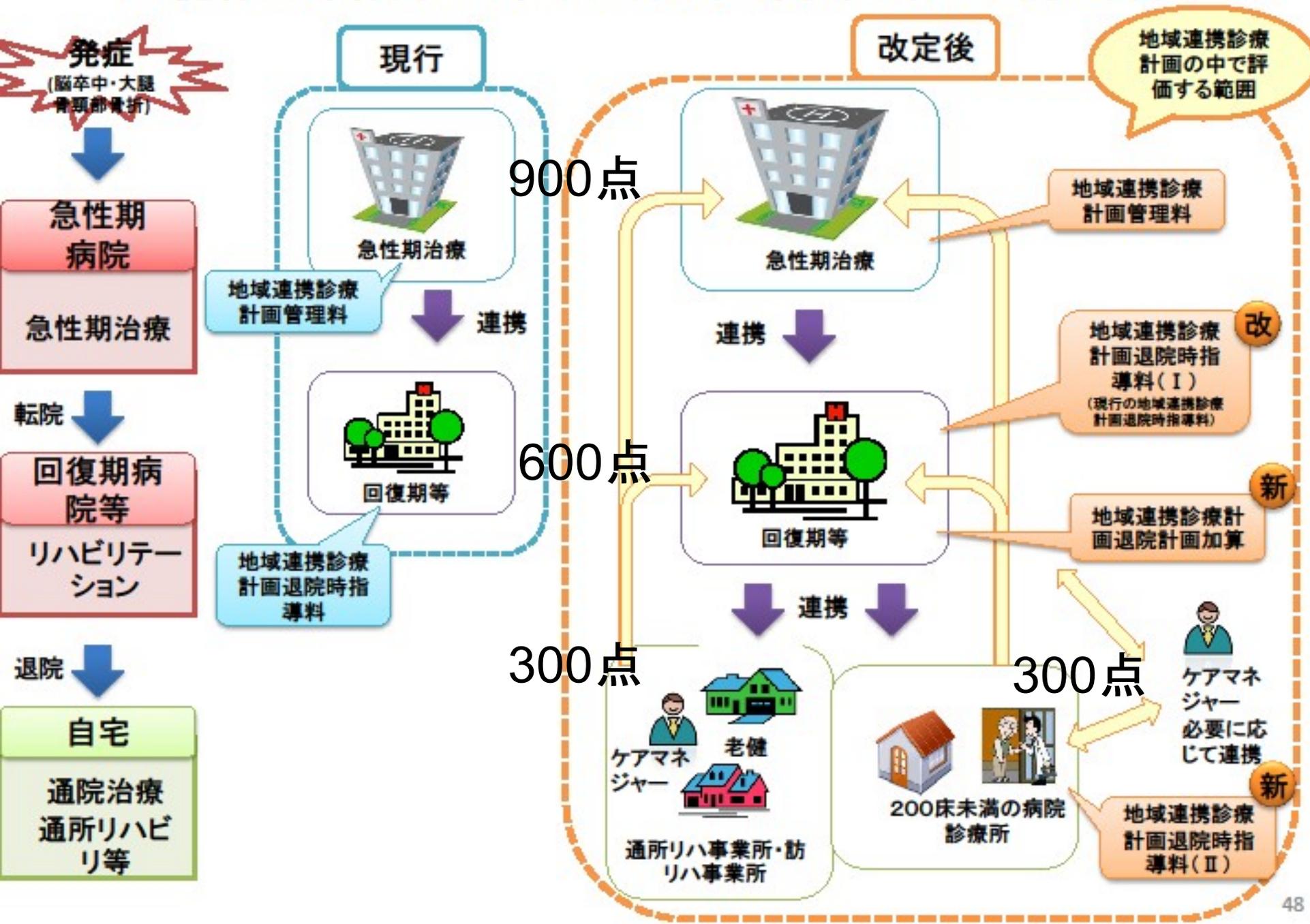
地域連携パスの 介護施設への拡張

2010年診療報酬改定

地域連携クリティカルパスの施設拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



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

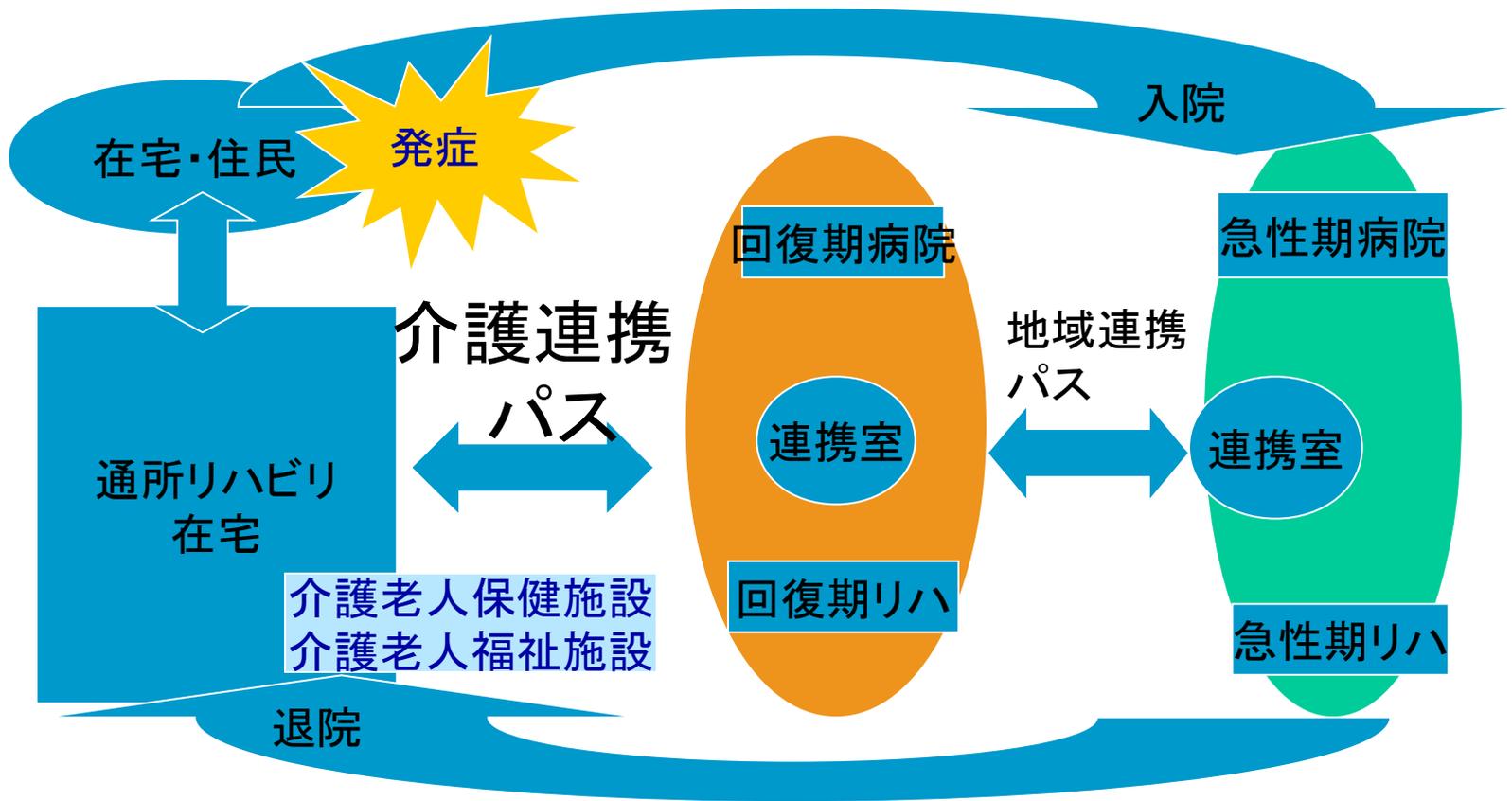
介護連携パスの必要性と期待

- 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

介護連携クリティカルパスの提案

- 介護連携パスとは医療と介護の切れ目のない連携を見据えた、介護領域における地域連携クリティカルパスのこと
- 介護連携パスには①脳卒中連携パスのように病院と介護サービスを連携するパスと、②在宅医療と居宅系介護サービスを連携する在宅連携パスが含まれる
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改訂へ向けて、介護連携パスの拡大を要望したい
- さらに介護連携パスの連携の質評価をおこない、介護P4Pへ発展させたい

① 病院と介護サービスを結ぶ 介護連携パス



介護連携パス

② 在宅支援型介護連携パス

介護サービス



ケアマネージャー

大腸骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様

項目	手術前日	術後1日	術後3~4日	術後5日~10日
術前	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。 <input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。
術中	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。
術後	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。	<input type="checkbox"/> 手術室の準備が完了しています。

※ 手術後合併症がなく、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。

連携



病院

病院



かかりつけ医
副かかりつけ医



訪問看護師
薬剤師
管理栄養士
ヘルパー

在宅支援型
介護連携パス(終末期含む)

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

第3回介護連携パス研究会

- テーマ

- シームレスな在宅医療・介護連携の実現～IT活用の可能性と課題

- 日時

- 2011年3月21日(月・祝) 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

プログラム

- ご挨拶 東京都港区医師会 会長 赤枝恒雄
- 基調講演Ⅰ「日本医師会が目指す在宅医療・介護連携」 日本医師会 常任理事 三上裕司
- 基調講演Ⅱ「次期介護保険法改正と在宅医療・介護連携」 厚生労働省 老健局長 宮島俊彦
- 講演Ⅰ「介護連携パスとP4P」 国際医療福祉大学大学院 教授 武藤正樹
- 講演Ⅱ「地域包括ケア時代の在宅医療の実践とスマートフォンを活用したチームケアの展開」プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長 遠矢純一郎
- 講演Ⅲ「あおぞらデイサービス水戸での介護連携パスの現状と茨城分科会総会の報告」 研究会幹事／茨城分科会会長／あおぞらニュータウン ひまわり館 施設長 岩下馨歌里
- パネルディスカッション
- 司会：研究会副代表幹事／東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子 冒頭発言 内閣官房 IT担当室 内閣参事官 野口聡

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

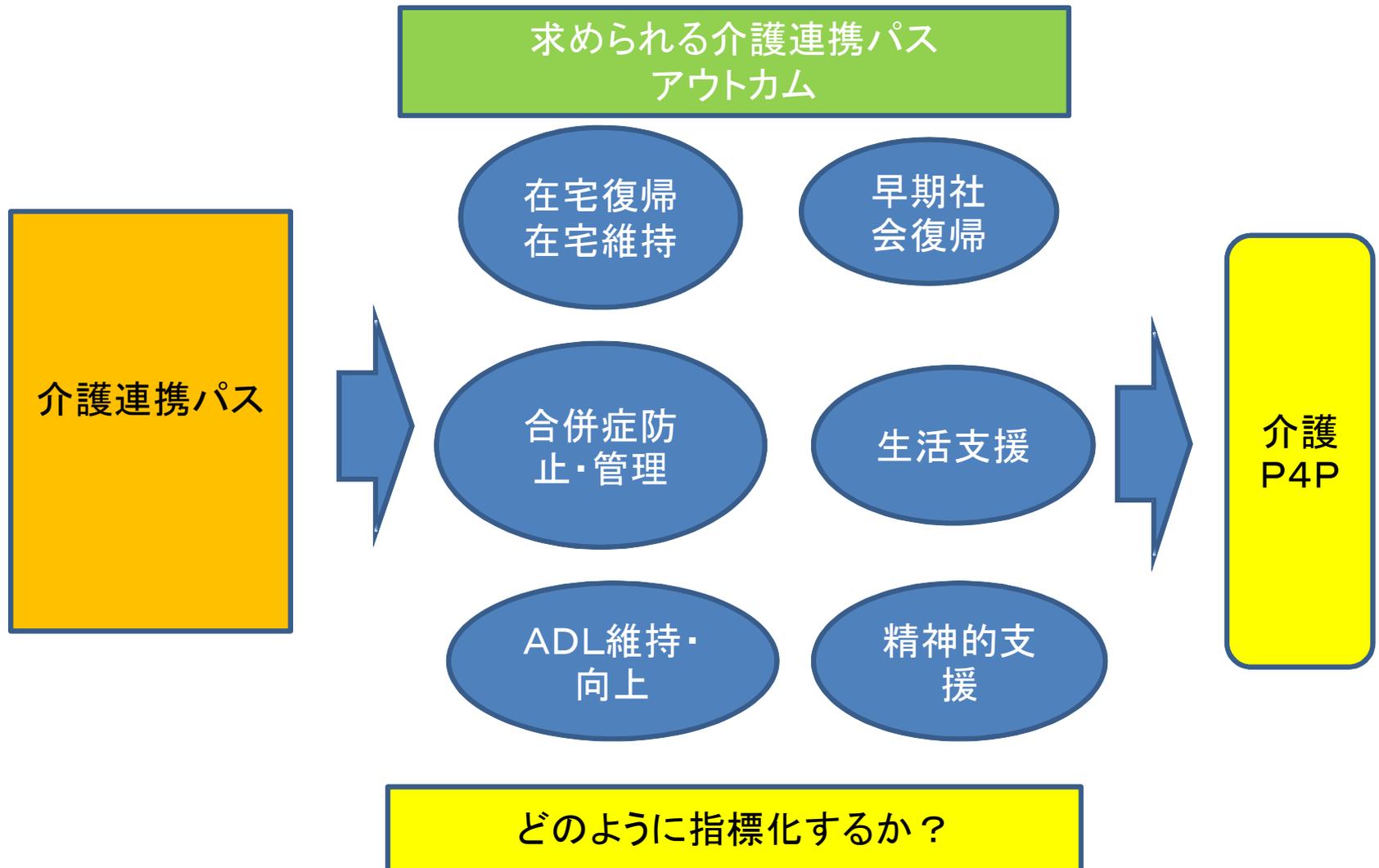
- 用賀三丁目薬局・桜新町アーバンクリニック
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場を9月1日に見学



介護連携パスの評価

- 介護連携パス導入で医療・介護の質を向上
- 評価指標を設定して計測することが必要
 - 2007年7月厚生労働省医政局指導課長通知
- (例)脳卒中の連携パスのアウトカム評価
 - 地域連携クリティカルパスの導入率
 - 入院中のケアプラン策定率
 - 在宅等生活の場に復帰した患者割合
 - 発症1年後におけるADL(日常生活動作)の状況
 - 脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数(要介護度別)
 - 年齢調整死亡率

介護連携パス・アウトカム



パート2

P4Pとは何か？

2000年から

先進各国で始まった支払い方式

P4P (Pay for Performance)

質に基づく支払い方式

P4Pとは何か？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まったヘルスケアサービス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ヘルスケア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)とは高質のヘルスケアサービスの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、高質のヘルスケアサービス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
- 最近では韓国、台湾でも導入された

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

米国のP4Pの最新トレンド

2009年よりメディケアに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

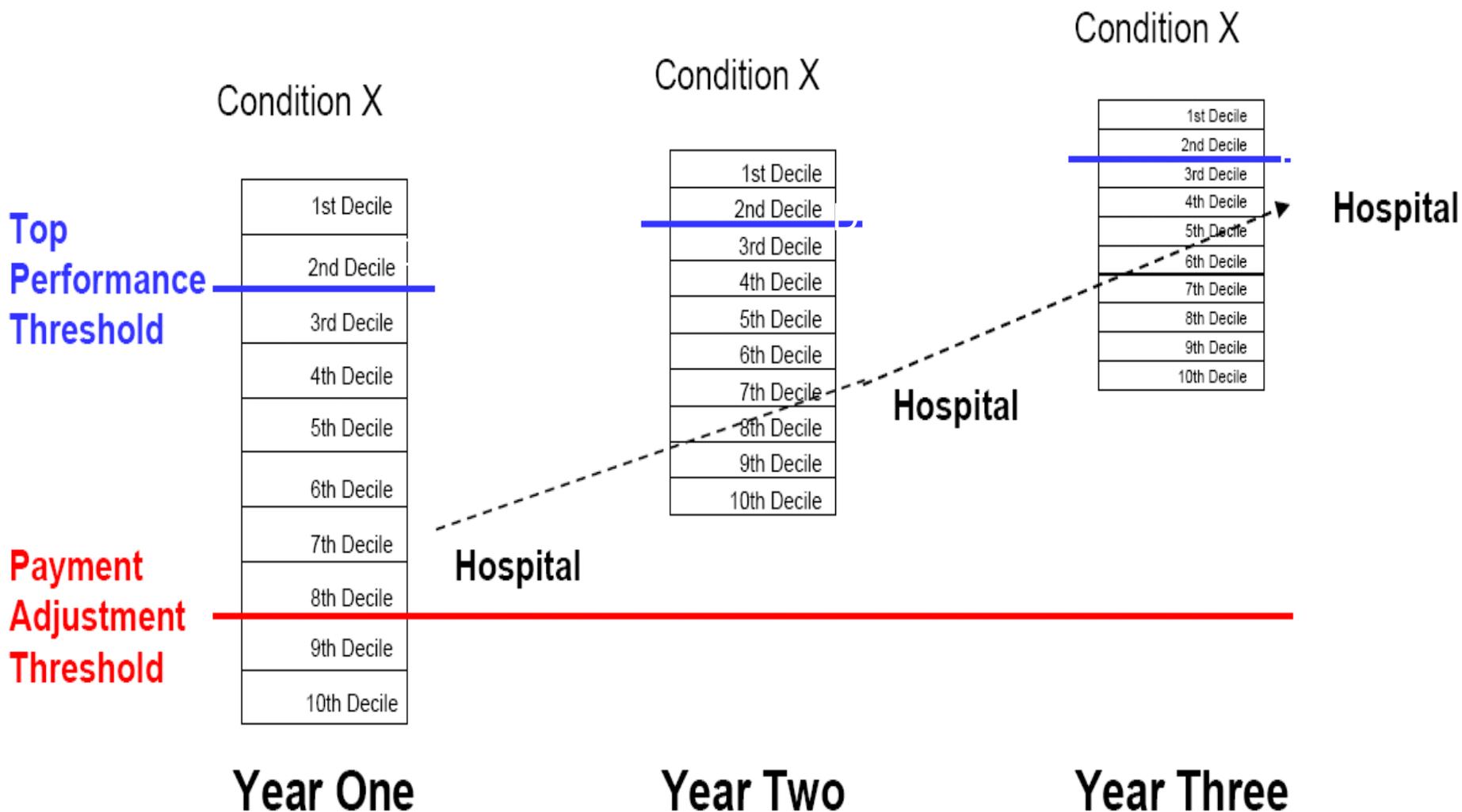
VBPの臨床指標

- 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 β -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

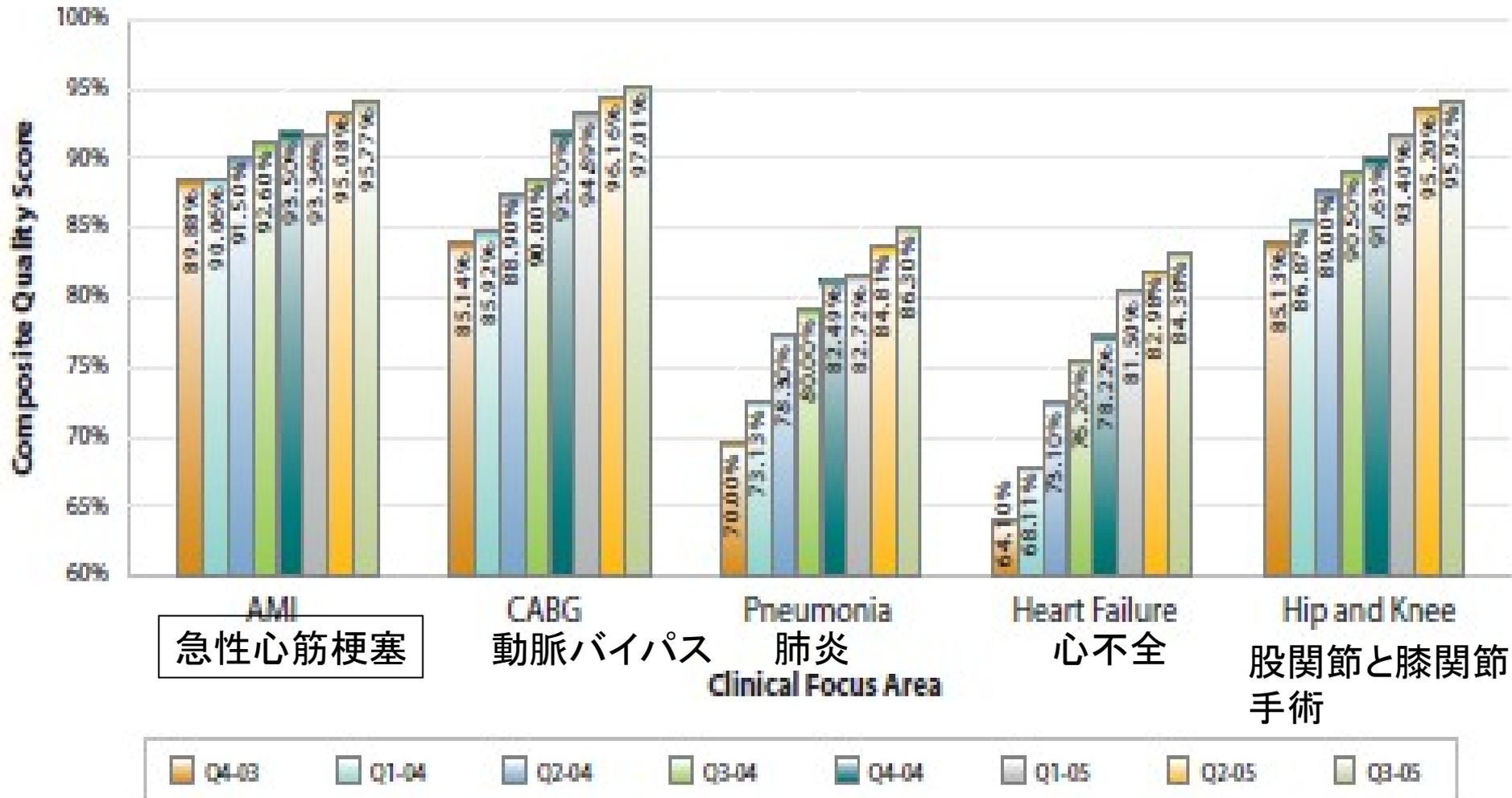
- 3 肺炎
 - 肺炎球菌ワクチン接種、抗菌剤投与前の血液培養、禁煙教育、適切な抗菌剤の選択、インフルエンザワクチン接種
- 4 手術部位感染症予防
 - 切開前1時間の予防的抗菌剤投与、術後24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
- 5 アウトカム指標
 - 30日以内の急性心筋梗塞死亡率
 - 30日以内の心不全死亡率
- 6 患者満足度
 - 医師態度、傾聴、説明など

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.

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
 - 不適切な入院 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

在宅ケアP4P

Medicare Home Health P4P

在宅ケア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州の在宅ケアエイジェンシー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

在宅ケア・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

韓国P4P

急性心筋梗塞と帝王切開分娩で導入

韓国P4P

健康保険審査評価院 (HIRA)

서 초 평 화

COFFEE & WINE

365 아코너

우리은행

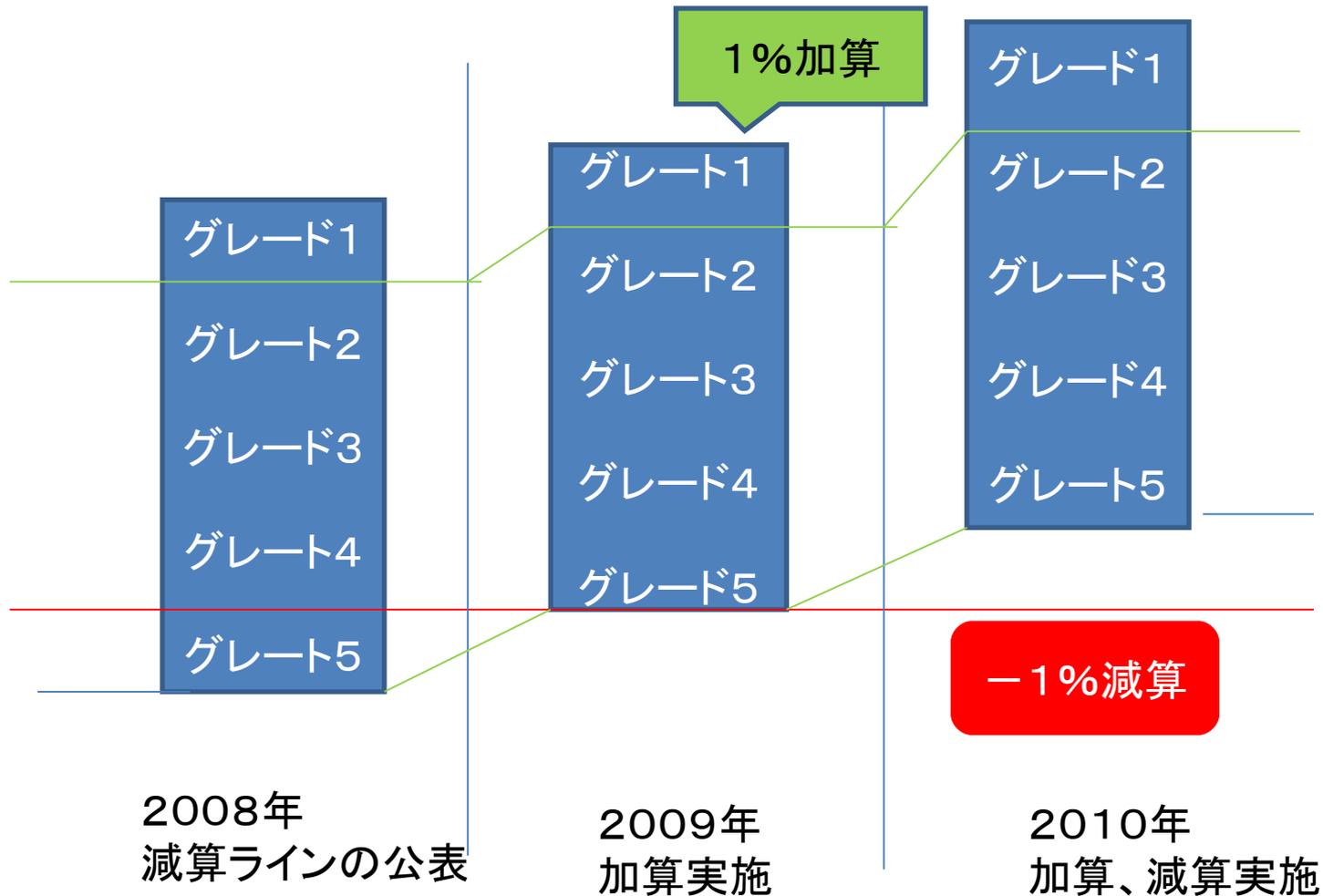
健康保険審査評価院(HIRA)

- 2000年に350の保険者を全国レベルで統合
- 健康保険審査評価院(Health Insurance Review and Assessment Agency:HIRA)を設置
- 2004年電子レセプト100%実現
- 2011年よりP4Pを360病院で実施
 - 急性心筋梗塞
 - 帝王切開

韓国P4P評価指標

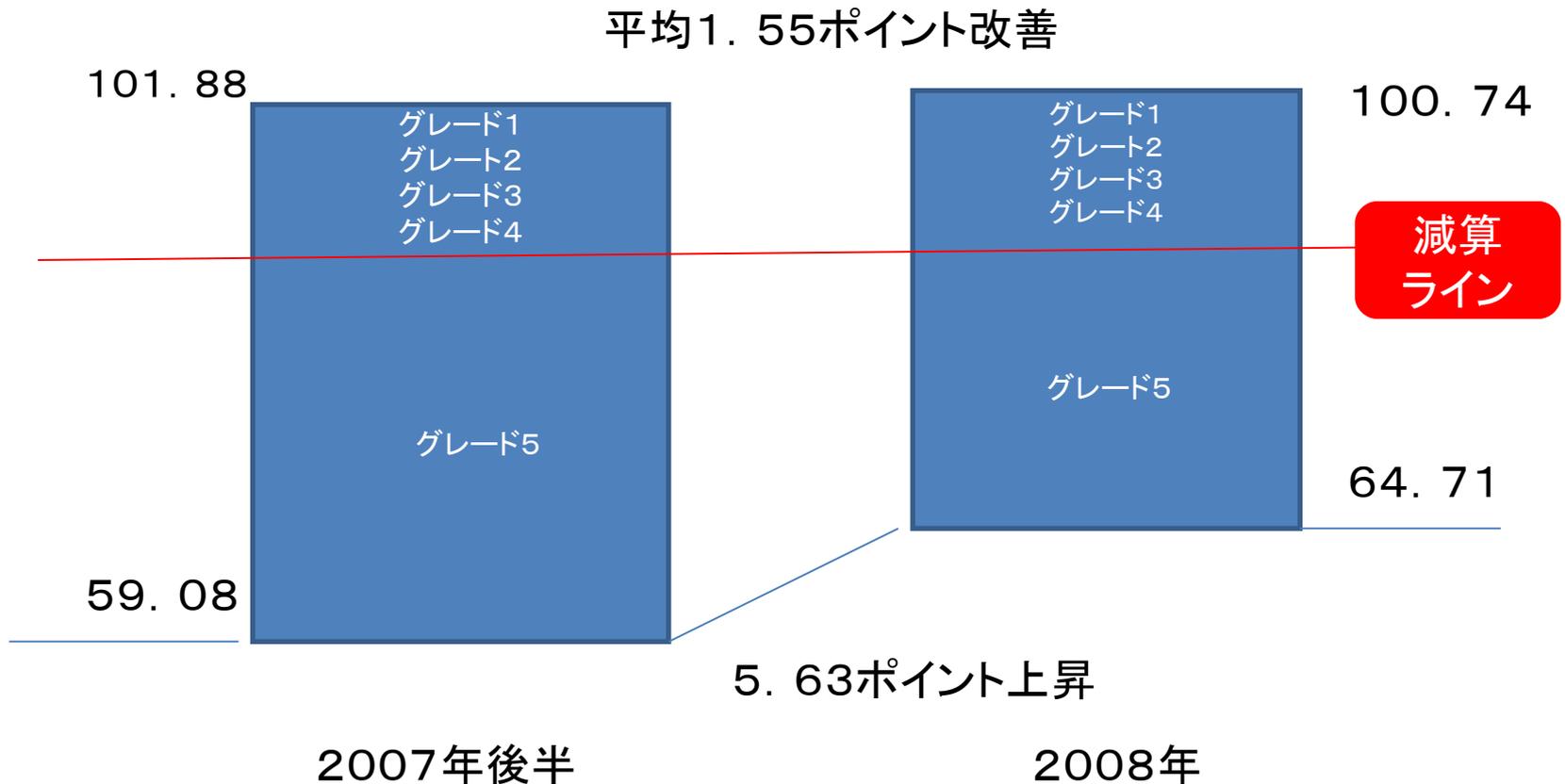
- 急性心筋梗塞
 - 急性心筋梗塞診療件数
 - PCIまでの時間
 - 入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率
 - 入院中死亡率
- 帝王切開
 - リスク調整した帝王切開率
- これらの指標で病院をランク付け(グレード1~5)

韓国P4Pの加算・減算方式



急性心筋梗塞P4Pスコア

- スコア改善



パート3 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

【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

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

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」

パート4 介護P4Pへ

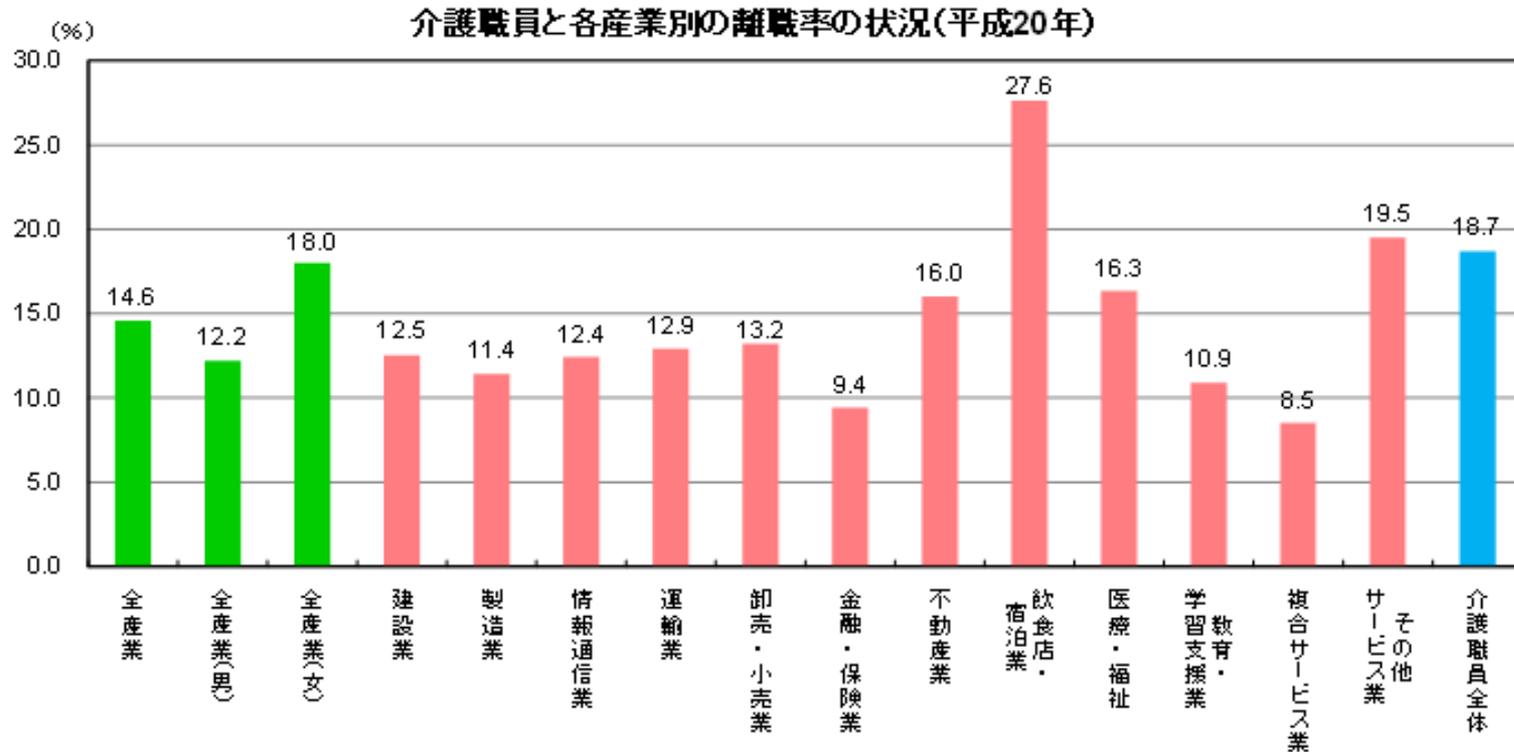


高い介護職員の離職率



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（社会保障審議会介護給付費評価分科会）

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

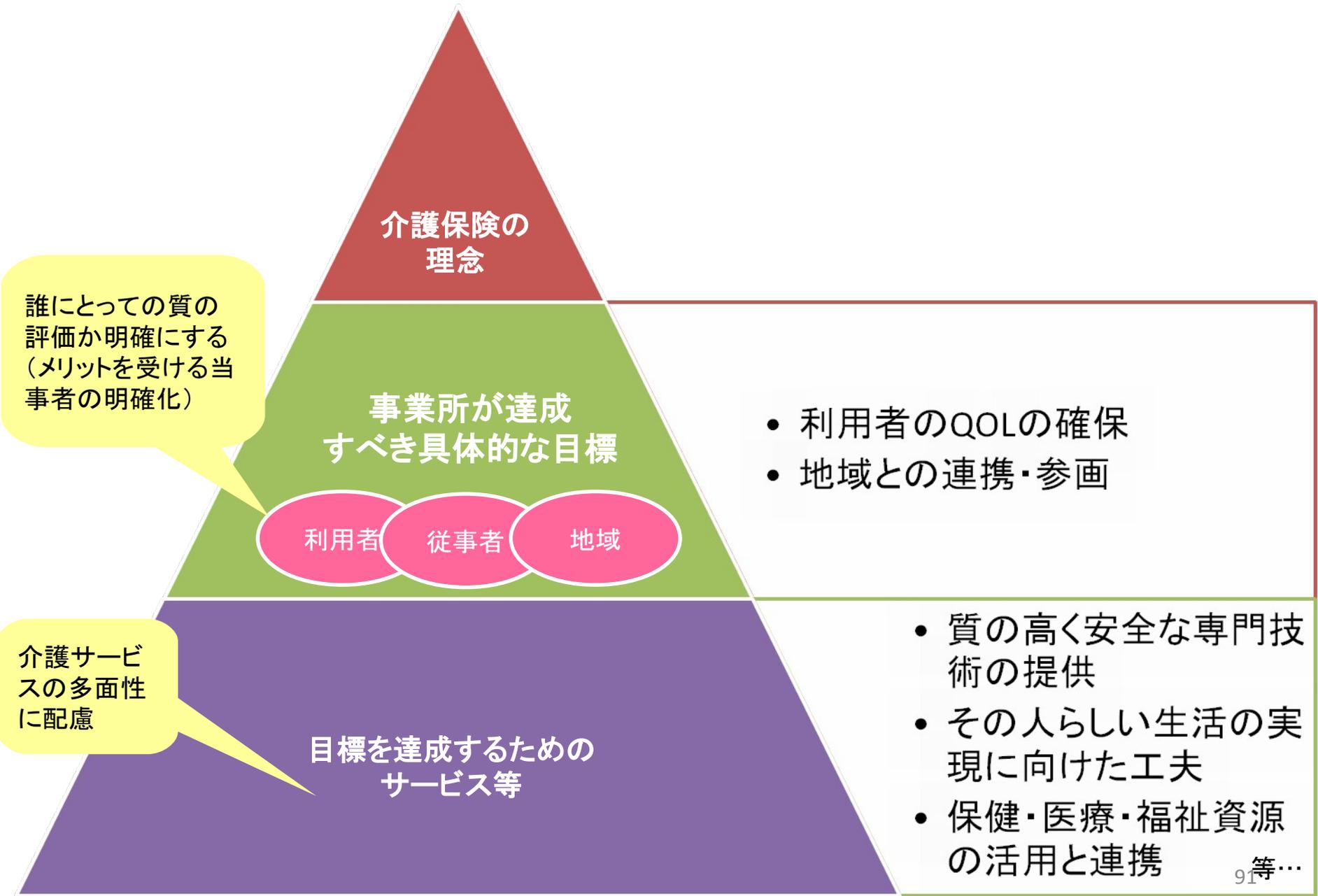
Donabedian, A.によればヘルスケアサービスの質は

- 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

平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等
補助金（老人保健健康増進等事業分）

介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業

介護サービスの質の評価のあり方に係る
検討に向けた事業報告書

平成22年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_05_all.pdf

平成22年度調査

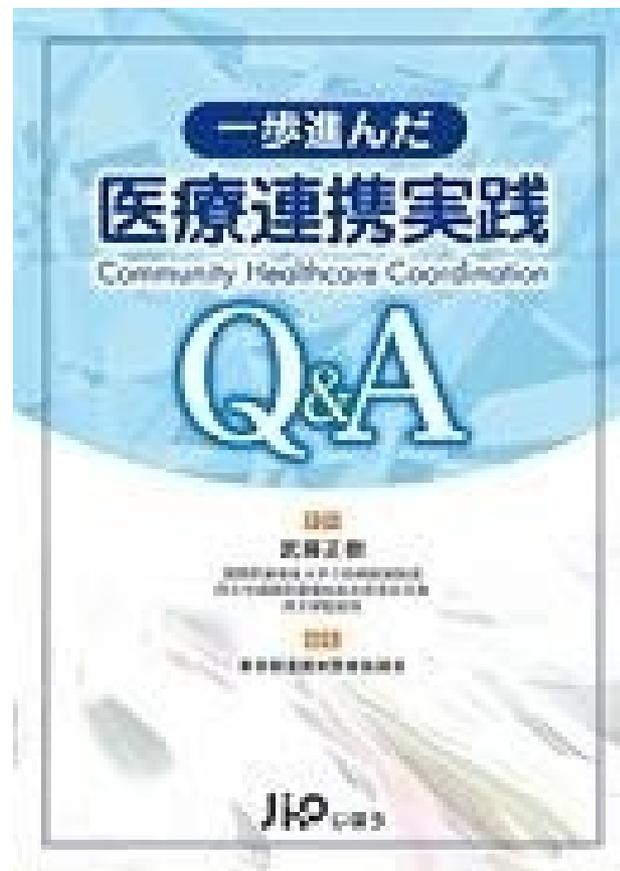
- 平成21年度調査を受けて、介護サービスの質指標について施設調査を行う。
- ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて指標化し、現状の実態を調査
- アウトカム指標については時間経過を追って状態変化をとらえる
 - 要介護度、日常生活自立度、食事摂取、排泄、褥瘡、転倒、身体拘束等
- 老健1200箇所、特養2000箇所調査

まとめと提言

- 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。
- 介護連携パスのICT化を推し進めよう
- P4Pが先進各国の支払い方式のトレンドとなりつつある。
- 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、事業所評価加算としてすでに日本版介護P4Pが導入されている。
- 2012年介護報酬改定へ向け、介護連携パスや介護P4Pの拡大を検討しよう。

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



地域連携コーディネーター養成講座

- 武藤正樹著・編
- 単行本: 202ページ
- 出版社: 日本医学出版 (20
- 言語 日本語
- ISBN-10: 4902266504
- ISBN-13: 978-4902266504
- 発売日: 2010/4/23
- ￥ 2,940
- 本書は国際医療福祉
- 大学大学院公開講座
- 乃木坂スクール
- 「地域連携コーディネーター養成講座」
- の講師陣により執筆

地域連携 コーディネーター養成講座

地域連携クリティカルパスと退院支援

◎◎ 武藤 正樹 国際医療福祉大学人文学部教授



日本医学出版

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.or.jp