

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
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長
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



大学クリニック(栃木大田原)

大学附属施設

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

薬学部

薬学科

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

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

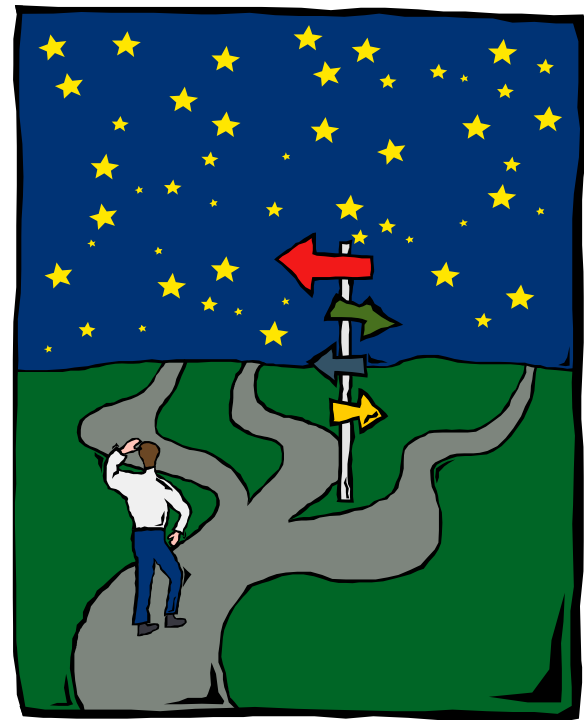
東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 地域医療計画の見直し
- パート2
 - 地域連携パスと介護連携パス
- パート3
 - P4Pとは何か？
- パート4
 - 日本版P4Pと介護P4P



パート1

地域医療計画の見直し

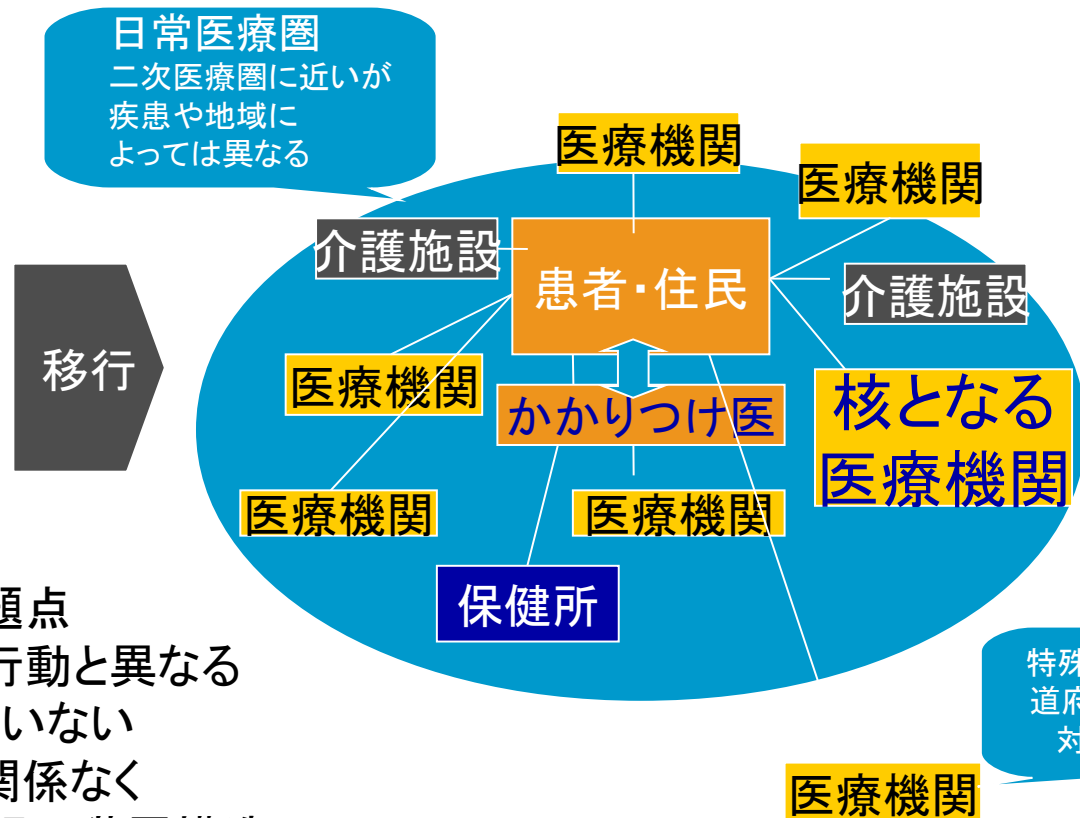


2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

① 疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



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

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

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

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



医療計画見直し等検討会

- **第1回 平成23年12月17日**
 - **医療計画制度の現状と課題等について**
- **第2回 平成23年2月18日**
 - **医療計画の新たな評価手法の導入等について**
 - 東京医科歯科大学・河原教授:「医療計画を踏まえた医療連携体制構築に関する評価方法について」
 - 尾形委員:「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントについて」
 - 武藤座長:「医療連携体制に係る各都道府県の取り組み状況の差異について」
-

第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
 - 全日本病院協会神野正博副会長
 - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
 - 日本精神科病院協会長瀬輝誼副会長
 - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
 - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
 - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
 - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
 - 介護との連携の必要性

第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

医療計画等見直し検討会

- **第3回 平成23年2月28日**

- **各都道府県の医療計画への取り組み状況について**

- 千葉県健康福祉部・井上理事:「医療計画への取り組みについて」
- 山口県宇部環境保健所・恵上所長:「地域医療連携体制構築に関する保健所の関与について」
- 伏見委員:「医療圏における地域疾病構造及び患者受療行動に基づく地域医療の評価について」～DPCデータの活用～
- 青森県健康福祉部・大西保健医療政策推進監:「保健医療計画の策定について」

- **第4回 平成23年5月23日**

- **医療連携のための実際的手法及び災害時の医療提供などについて**

4疾患5事業の見直しを

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 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
- ⑥在宅医療

2013年からは精神疾患・在宅が加えて
5疾患6事業にしてはどうか？

災害医療計画の見直し



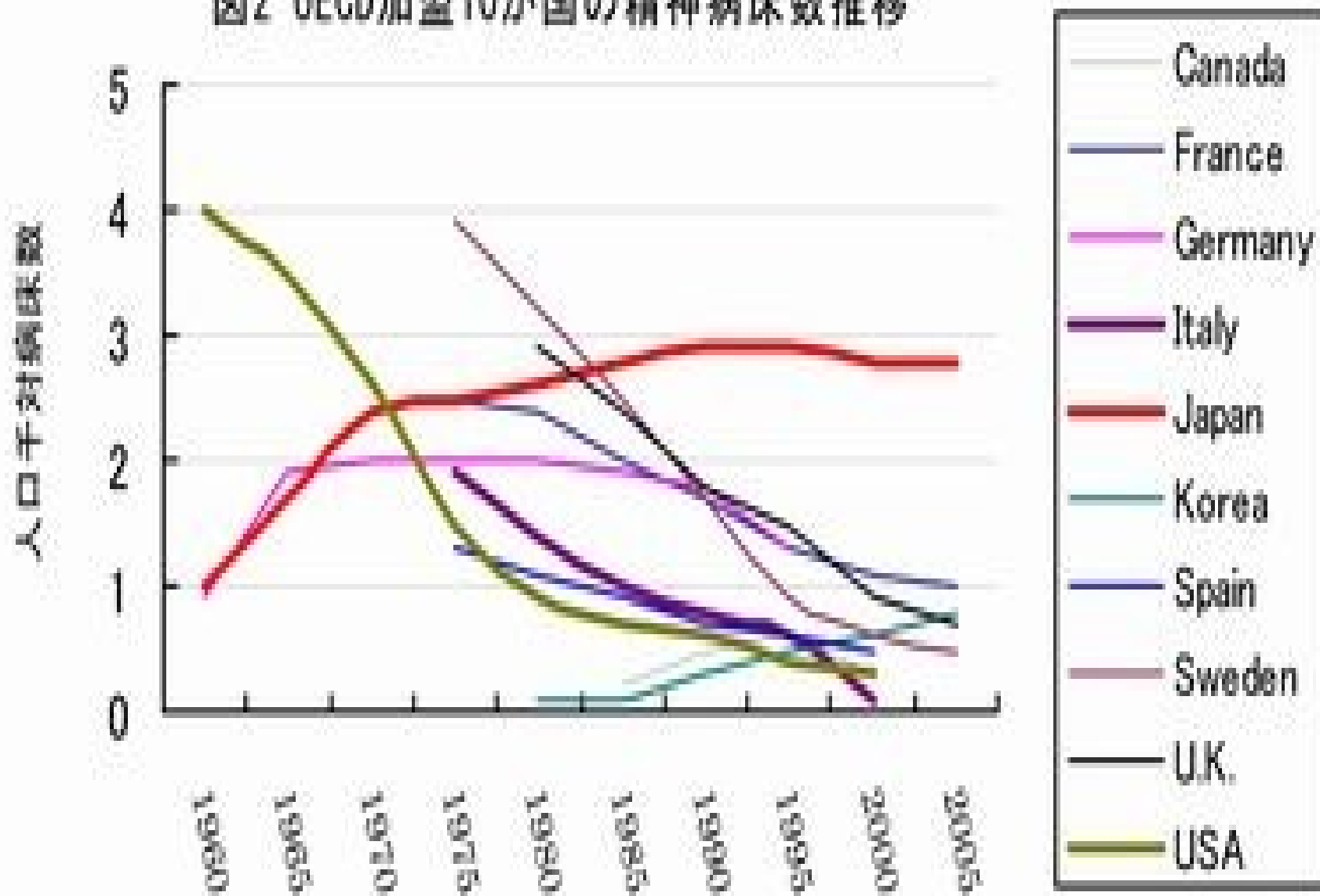
災害医療計画の見直しを

- 災害拠点病院の要件見直し
 - 被災した東北3県沿岸9医療圏とその周辺医療圏の災害拠点病院の現状調査が必要
 - 災害医療ネットワークが機能したかどうか？
 - 災害拠点病院の要件見直しが必要
 - 初期医療体制、後方病床確保、高齢者施設支援
 - 医薬品備蓄、医療派遣チームなど
 - 災害医療は平時の連携体制を基礎に、いったん緩急あればスケールアップして対応できる体制が必要
- 被災9医療圏は東北3県をまたいだ広域の医療計画が必要だろう

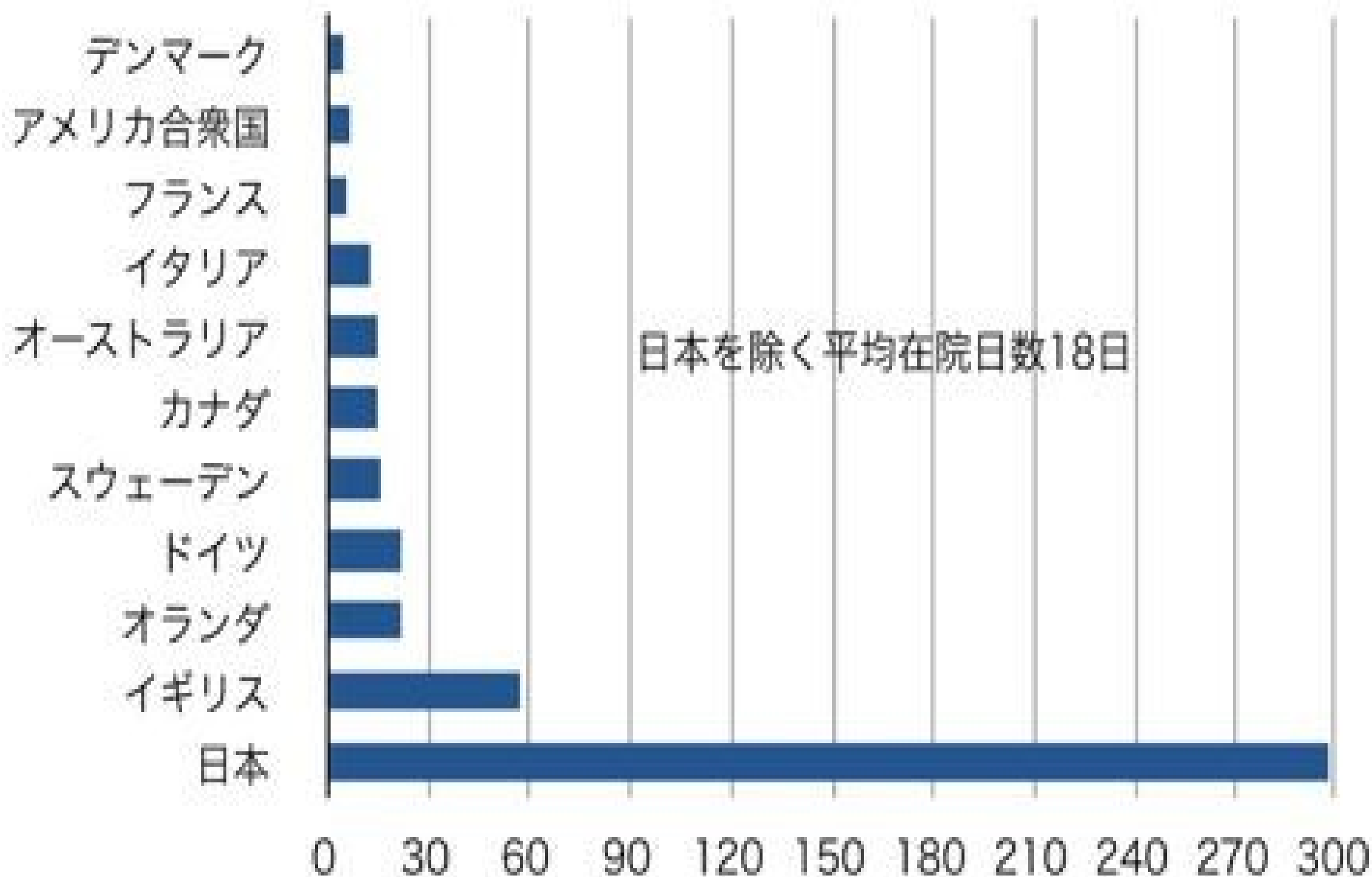
精神医療の見直し

多すぎる精神病床数と
長い在院日数

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



2005年退院者平均在院日数



「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

精神疾患が地域医療計画の5疾患に加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成
- そしてそのための作成指針を作成しなければならない。

精神科地域連携クリティカルパス（北里東病院）

適応基準： うつ病 反復性うつ病

除外基準： 認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準： うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害

5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感

8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 (月 日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 (月 日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 (月 日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 (月 日)	治療終結検討期 退院から24ヶ月後 (月 日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保っている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡感が得られる 抗不安薬を漸減中止できる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左
タスク	<input type="checkbox"/> 通院(月 日)(月 日)… <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の教育 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 通院(月日)… <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)… <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 職場担当者と面接 <input type="checkbox"/> 産業医への情報提供	<input type="checkbox"/> 通院(月日)… <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)… <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 再発サインと対処法に関する教育

2010年診療報酬改定

認知症連携パス

- 1 認知症専門診断管理料500点(1人につき1回)
 - 〔算定要件〕
 - 認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の個別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明行った場合に算定する。
- 2 認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)
 - かかりつけ医の外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

- 院内パス作成が基礎

- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ
 - エビデンスやガイドラインに基づいて
 - アウトカム指向で
 - チームアプローチで
 - 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ
 - アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

診療報酬改訂で 精神科連携パスの評価を！



精神科連携パスワークショップ（佐久総合病院 2月15日）

パート2

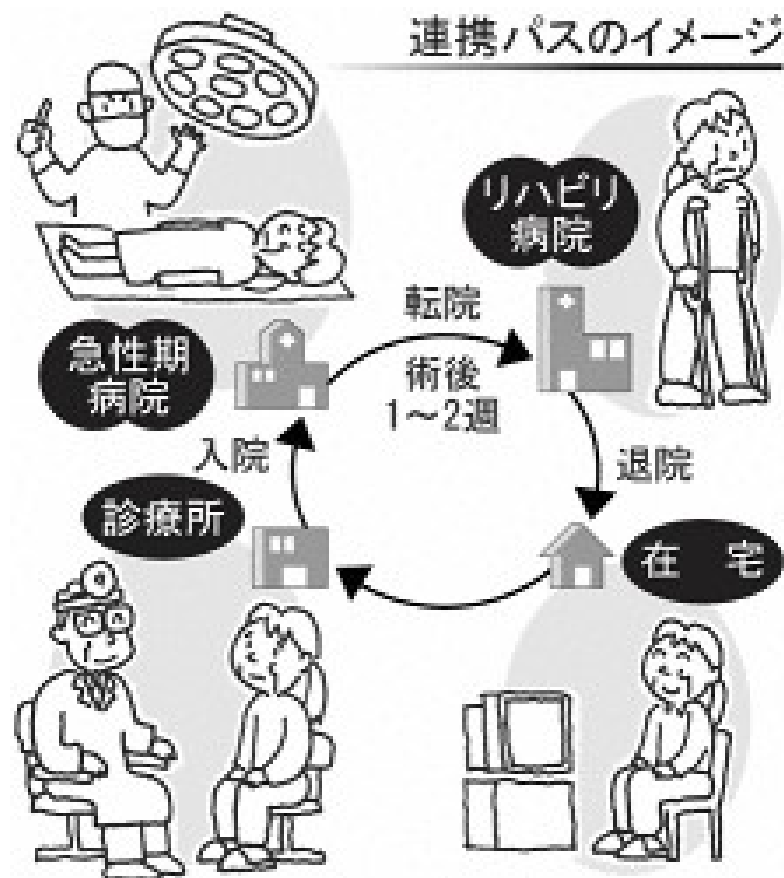
地域連携クリティカルパス



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:

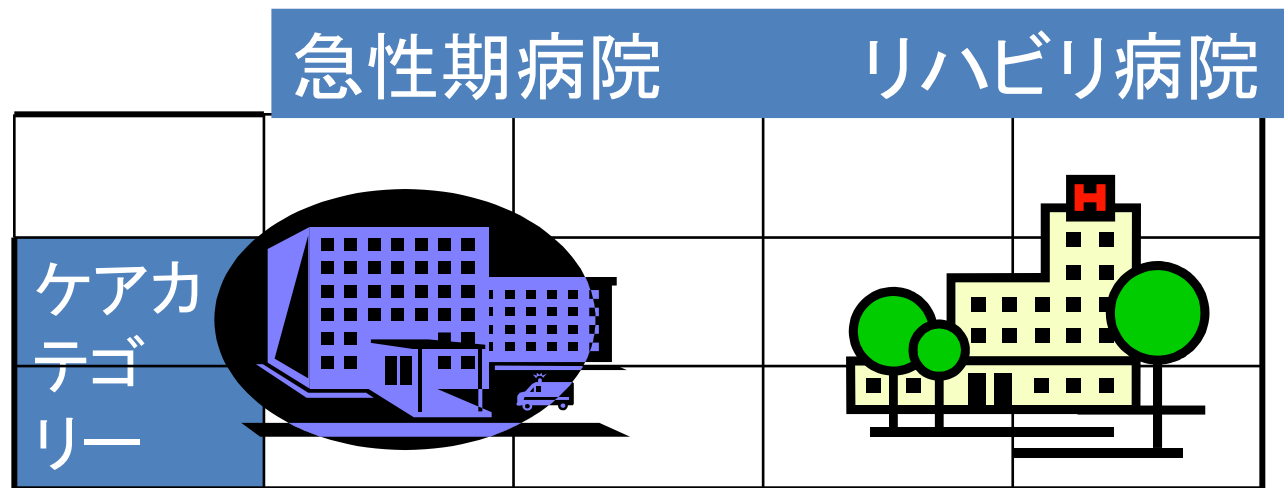
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	口腔内清拭(インジンガーガル)	
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	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	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	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	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	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	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	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	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				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() () ()	
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											

クリティカルバスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



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

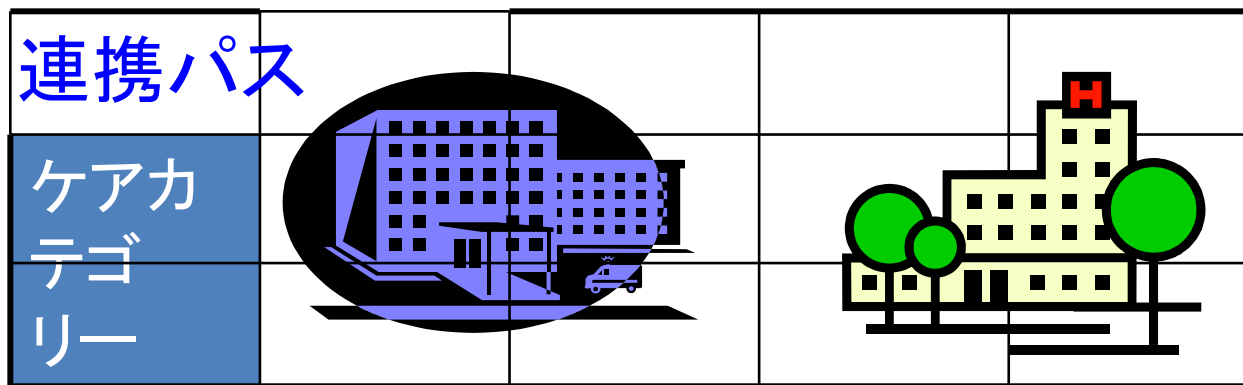
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

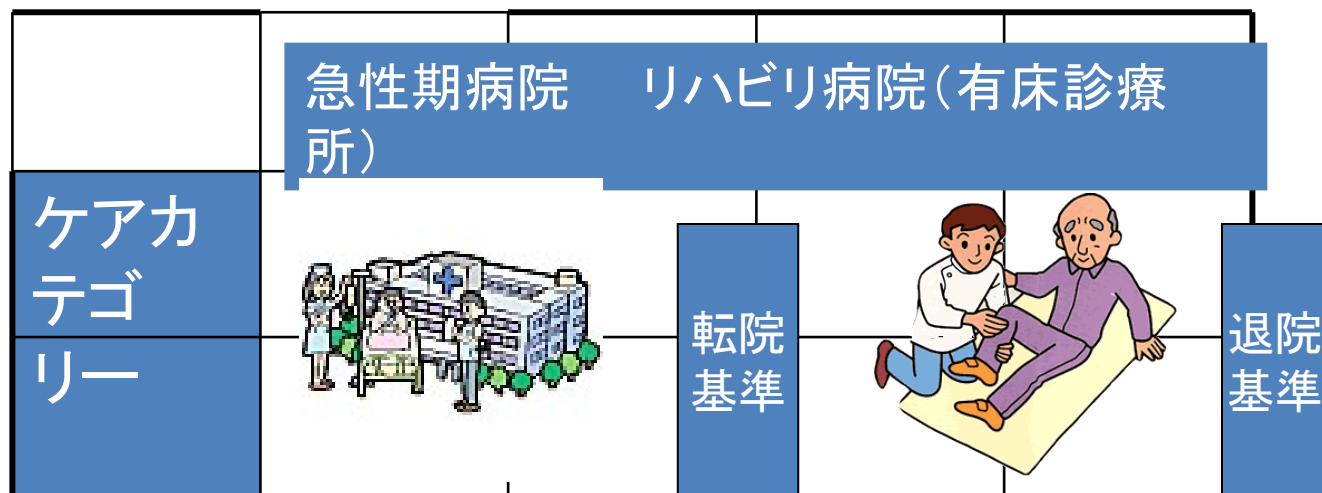


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

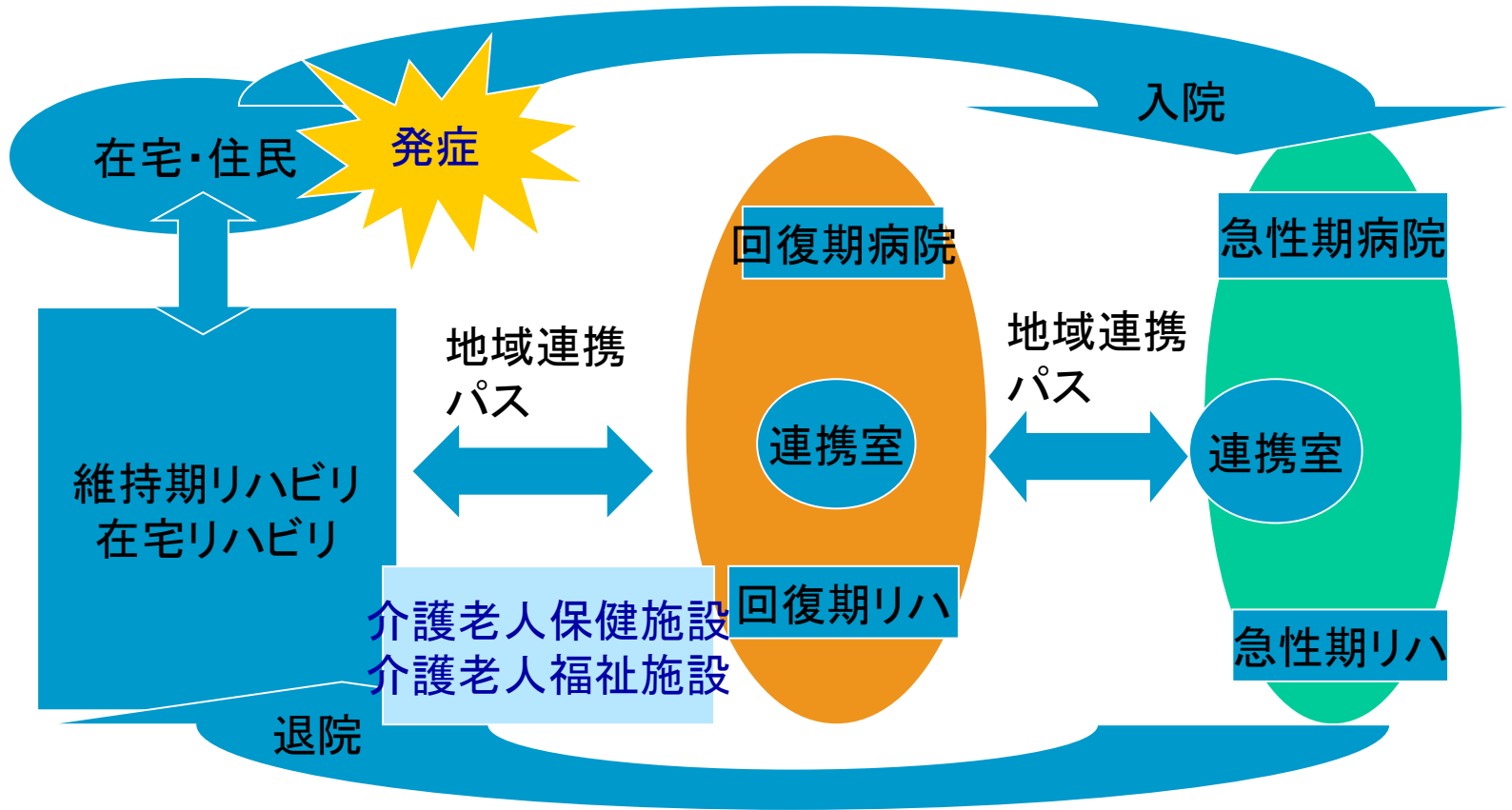
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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



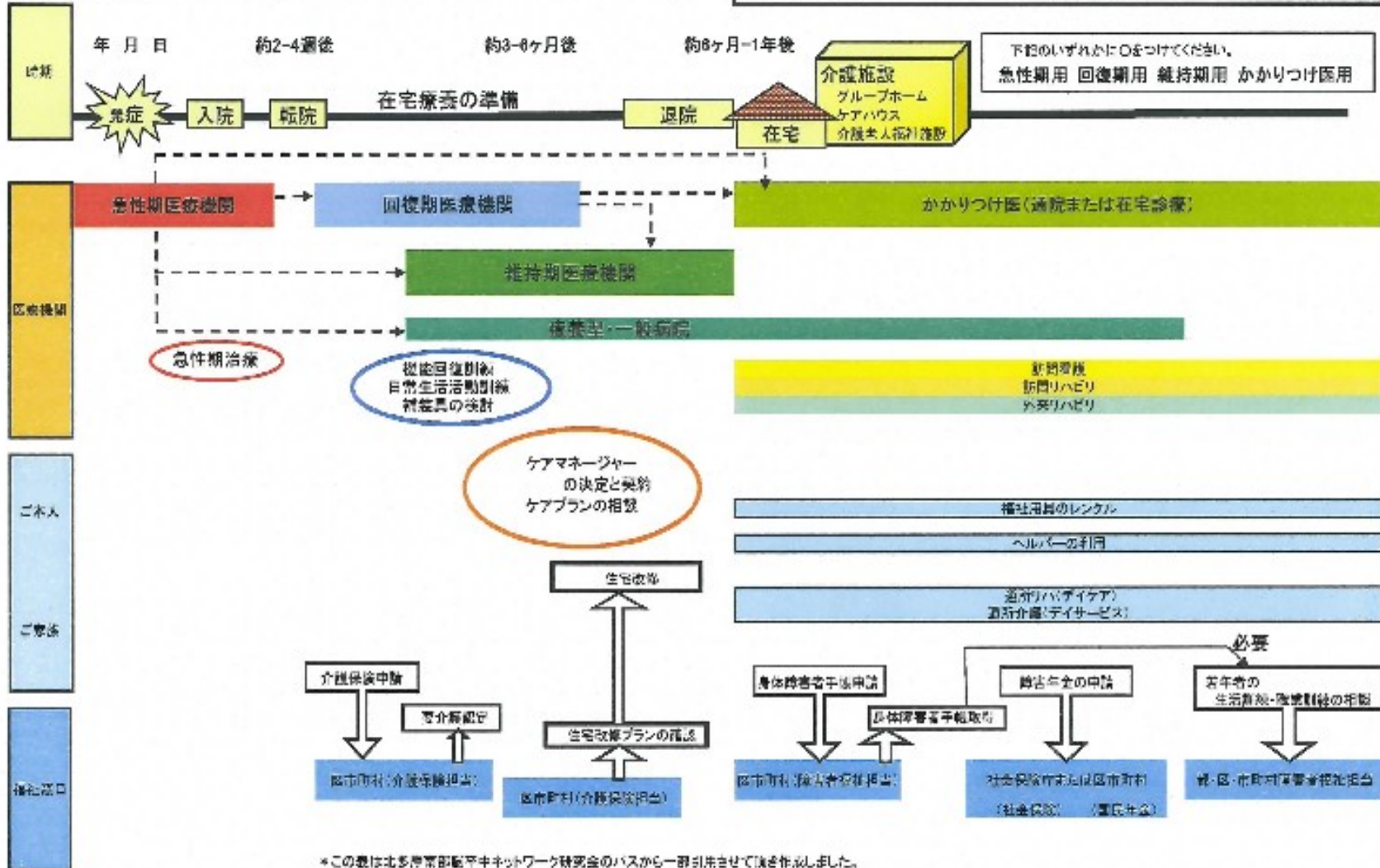
急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

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 _____



















































*この表は北海道常務副知事ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂きました。
 *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

脳卒中連携パス(患者用)

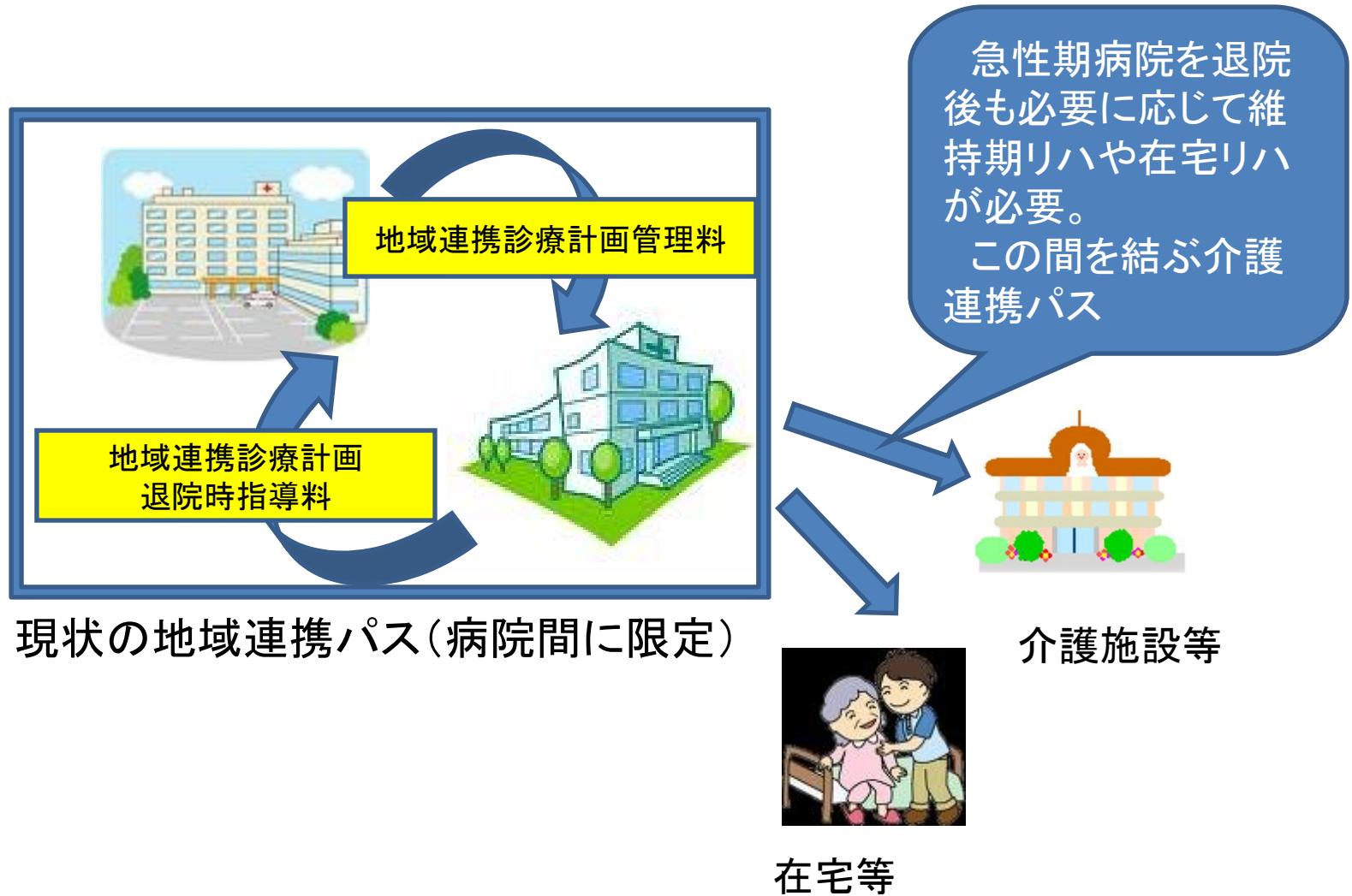
脳卒中地域連携パス (患者様用) : 様 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

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 	療養型病院・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 	詳しくリハ評価 パーセル指数 (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"/> ワーファリン (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 	インサリン 	<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   

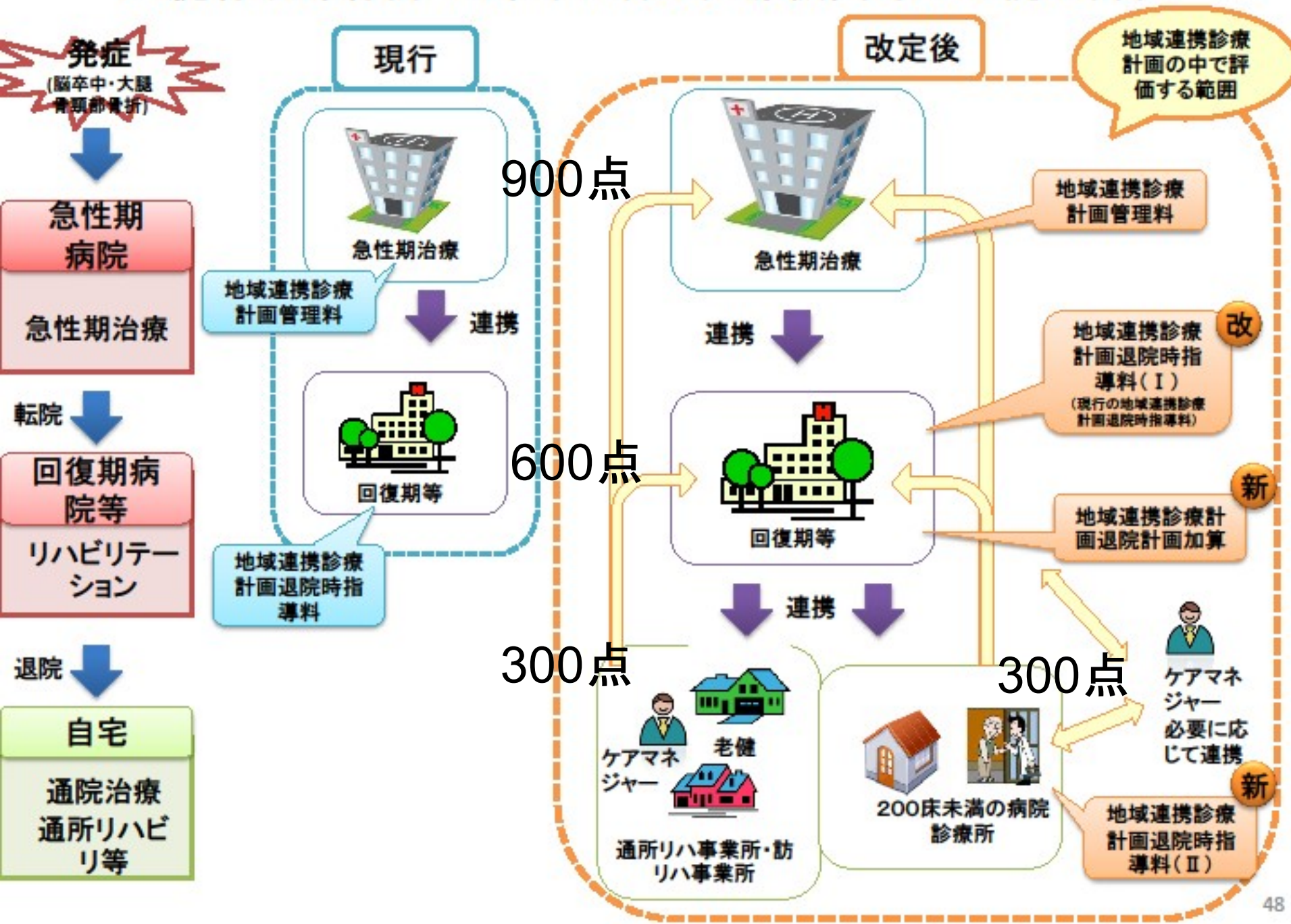
2010年診療報酬改定

- ①地域連携パスの施設拡大
- ②疾病拡大

①地域連携パスの施設拡大



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？



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
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 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？

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

大股骨頭部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様

項目	手術当日	術後1日	術後3~4日	術後5日~10日
歩行	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 転倒の恐れがあります	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 転倒の恐れがあります	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 転倒の恐れがあります	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 転倒の恐れがあります
食事	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 飲み込みがスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 飲み込みがスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 飲み込みがスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 飲み込みがスムーズにいきません
排便	<input type="checkbox"/> 排便の回数・量が増えます <input type="checkbox"/> 排便がスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 排便の回数・量が増えます <input type="checkbox"/> 排便がスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 排便の回数・量が増えます <input type="checkbox"/> 排便がスムーズにいきません	<input type="checkbox"/> 排便の回数・量が増えます <input type="checkbox"/> 排便がスムーズにいきません
入浴	<input type="checkbox"/> 入浴ができません <input type="checkbox"/> 湯温が低く設定されています	<input type="checkbox"/> 入浴ができません <input type="checkbox"/> 湯温が低く設定されています	<input type="checkbox"/> 入浴ができません <input type="checkbox"/> 湯温が低く設定されています	<input type="checkbox"/> 入浴ができません <input type="checkbox"/> 湯温が低く設定されています
服薬	<input type="checkbox"/> 服薬ができません <input type="checkbox"/> 服薬の回数・量が異なります	<input type="checkbox"/> 服薬ができません <input type="checkbox"/> 服薬の回数・量が異なります	<input type="checkbox"/> 服薬ができません <input type="checkbox"/> 服薬の回数・量が異なります	<input type="checkbox"/> 服薬ができません <input type="checkbox"/> 服薬の回数・量が異なります
その他	<input type="checkbox"/> 痛みが強く感じます <input type="checkbox"/> 術後のケアが必要です	<input type="checkbox"/> 痛みが強く感じます <input type="checkbox"/> 術後のケアが必要です	<input type="checkbox"/> 痛みが強く感じます <input type="checkbox"/> 術後のケアが必要です	<input type="checkbox"/> 痛みが強く感じます <input type="checkbox"/> 術後のケアが必要です

※ 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)

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
- 講演Ⅳ「どこでもMY病院構想」
 - 内閣官房IT担当室野口聡参事官
- (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

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- 桜新町アーバンクリニック・用賀三丁目薬局
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場からの
発表



プラタナスネットワーク

遠矢先生

②地域連携パスの疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
「がん」、「肝炎」、「認知症」地域連携パスに
疾病拡大

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

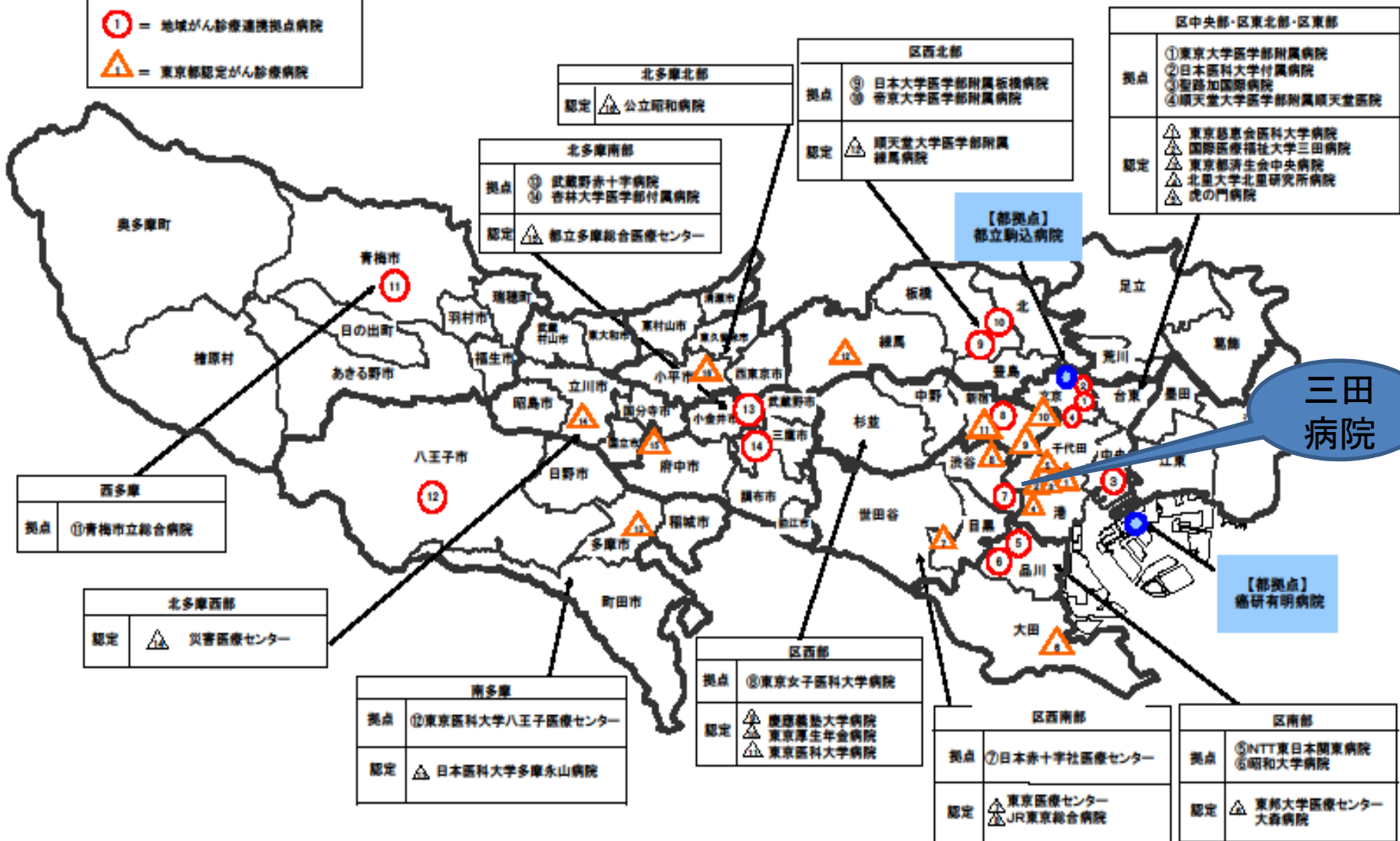
港区がん連携パス研究会



がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況

平成22年4月1日現在

- = 都道府県がん診療連携拠点病院
- 1 = 地域がん診療連携拠点病院
- △ = 東京都認定がん診療病院



東京都がん診療連携拠点病院は30カ所

港区内のがん診療連携拠点病院

- ①東京慈恵会医科大学
- ②国家公務員共済組合連合会虎の門病院
- ③東京都済生会中央病院
- ④国際医療福祉大学三田病院
- ⑤北里大学北里研究所病院

第2回港区がん連携パス研究会

- 港区内の5つのがん診療連携拠点病院で研究発表会を9月20日に開催
- プログラム
 - 港区医師会 会長 赤枝恒雄 先生
 - みなと保健所 所長 大久保さつき 先生
 - 平成22年診療報酬改定とがん関連項目
 - 厚労省保険局医療課 前田彰久 先生
 - 東京都医療連携手帳について
 - 都立駒込病院 鶴田先生)
 - 事例発表
 - 虎ノ門病院の取り組み(竹内)
 - 国際医療福祉大学三田病院の取り組み(久保田)
 - 東京都済生会中央病院の取り組み(鳥海)
 - 港区薬剤師会 龍岡健一先生



東京都がん診療連携拠点病院 協議会

5大がん連携手帳を作成



都立駒込病院
鶴田 耕二先生

診察・検査予定表 (Stage IA・IB 胃がん)

●は手術病院で行います
○はかかりつけ機関で行います
◎は手術病院またはかかりつけ機関どちらかで行います

手術日	年	月	日	退院後2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	2年	3年	4年	5年
				●	○	○	○	○	○	○	○	○

放射線療法

平成 年 月 日

部位

総線量・回数

期間 平成 年 月 日

備考

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 (/ m) ・回数

平成 年 月 日

開経状況

手術記録 (前・後・不明)

病期 T N M

Stage

平成 年 月 日

手術日

手術術式

病理

組織型

pT

n PgR HER2

ER NG

ly

断端 (陰性・陽性)

備考

胃癌(肺がん術後)

連携元の担当医は患者さんに譲り前に、治療・検査の予定を記入して下さい

●手術病院で施行
○かかりつけ機関で施行
◎必要に応じて行います

3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/



肝がん治療

肝切除法 治療日

肝切除法 ランジ波焼灼術 肝動脈腫瘍

肝切除法 その他 (

切除・焼灼・塞栓の部位(術式・使用薬剤など)

治療開始日

分化型 - well mod por

肝臓検査 正常 肝臓 肝臓

腫瘍化 (0 1 2 3 4)

東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@ciok.jp

F A X: 03 (5388) 1436

☎ 送: T163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

医療政策課がん対策係



連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

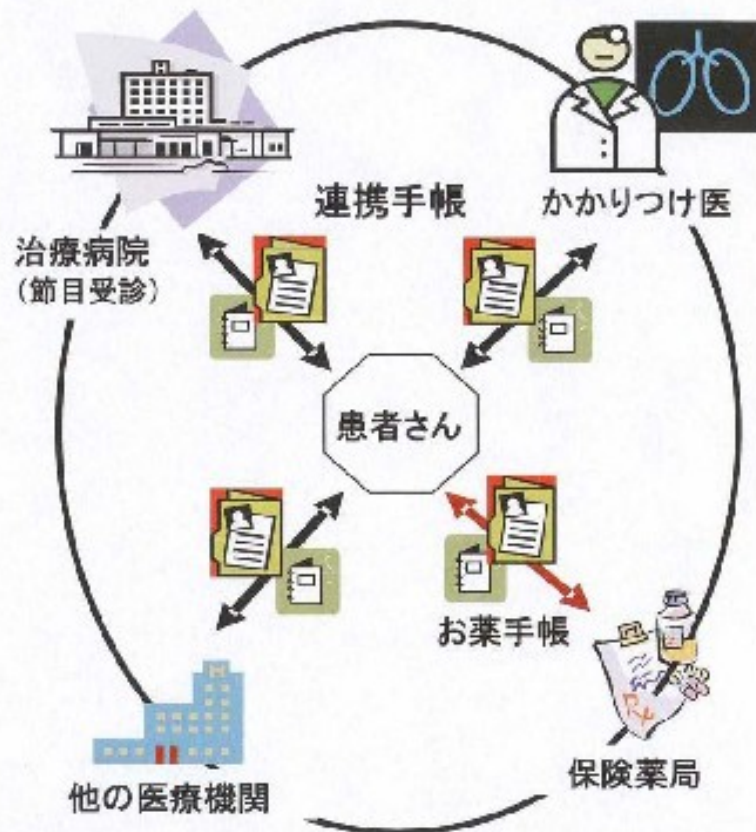
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

Stage IA・IB の患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし、再発の危険性はゼロではなく、定期的な検査が必要です。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病棟	
TEL	
I D	
担当医	
手術日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
TEL	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
TEL	
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前まで行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	手術後 2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎			◎		◎		◎	
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎		◎		◎	
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎		◎		◎	

さらなる連携疾患のパス拡大を！

「連携疾患」とは専門医と診療所医師との連携が必要な慢性疾患のこと
慢性疾患の疾病管理の診療報酬インセンティブがこれからは必須

連携疾患による連携パスとは？

連携疾患の例

連携疾患に求められる要件は？

- 要件① 慢性疾患で患者数が多く、専門医だけではとても診きれない疾病
- 要件② 診療ガイドラインが明確で、地域連携パスがある
- 要件③ 専門医とかかりつけ医との役割分担が明確で、二人主治医が成り立つ
- 要件④ 専門医に紹介すべき基準が明確、緊急時や合併症発生時の専門医の受け入れが可能など

病院側のポイント

- ポイント① 急性増悪、合併症発生時、薬物療法副作用時などの受け入れ体制
- ポイント② 地域連携パスの構築による専門医とかかりつけ医の情報共有
- ポイント③ 症例検討会、勉強会

診療所医師の本音

日常診療で手一杯
専門外の診療に手を出すのはリスクが多い
高い治療薬に手を出したくない
手間のかかる患者は困る

連携疾患
脳梗塞、がん(胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝がんなど)、糖尿病、肝炎、認知症、糖尿病慢性腎臓病(CKD)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、成人喘息、心房細動(AF)、慢性心不全骨粗しょう症、関節リュウマチ、変形性関節症、逆流性食道炎、軽症の特発性造血疾患など

パート3

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

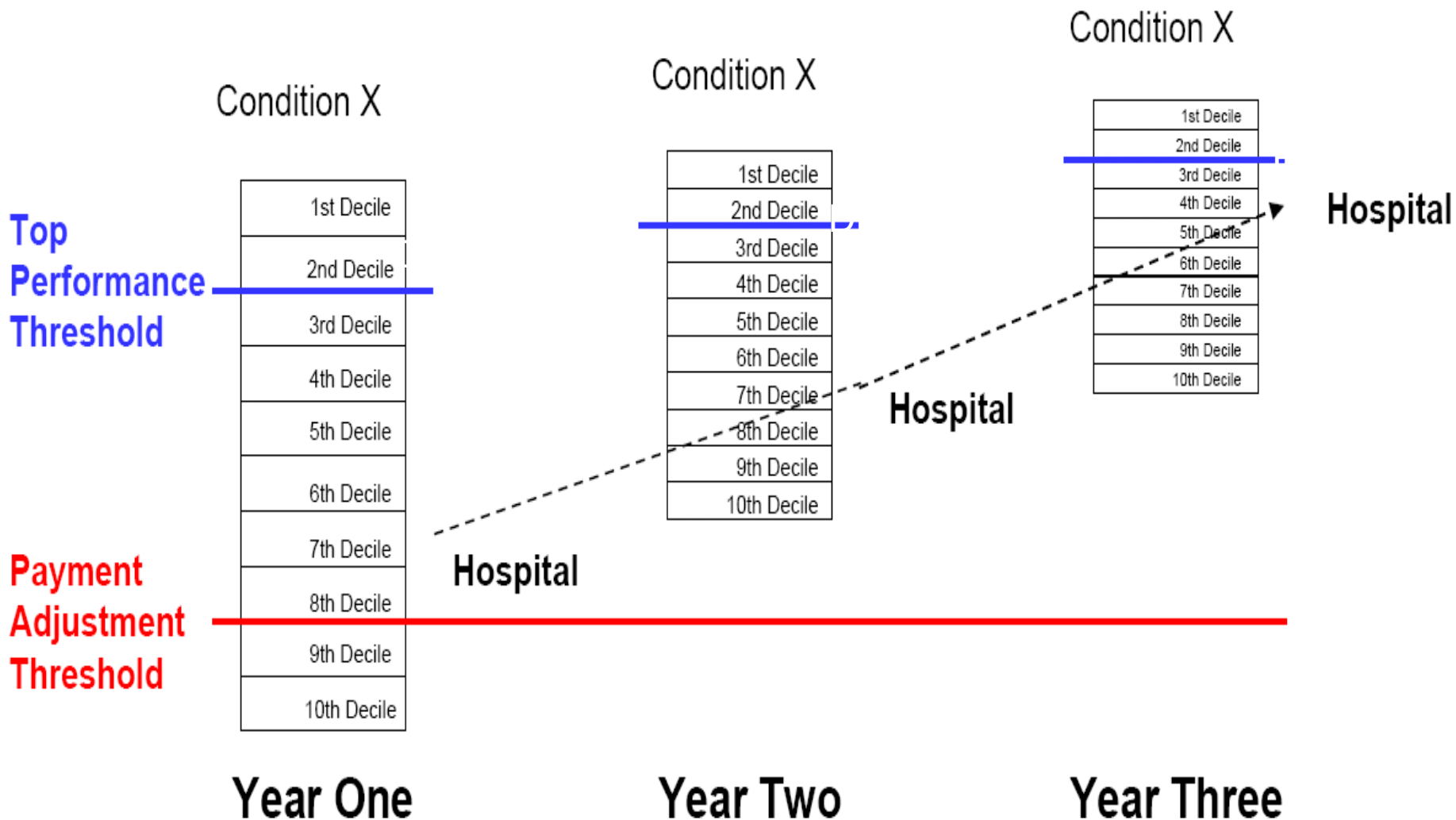
VBPの臨床指標

- 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

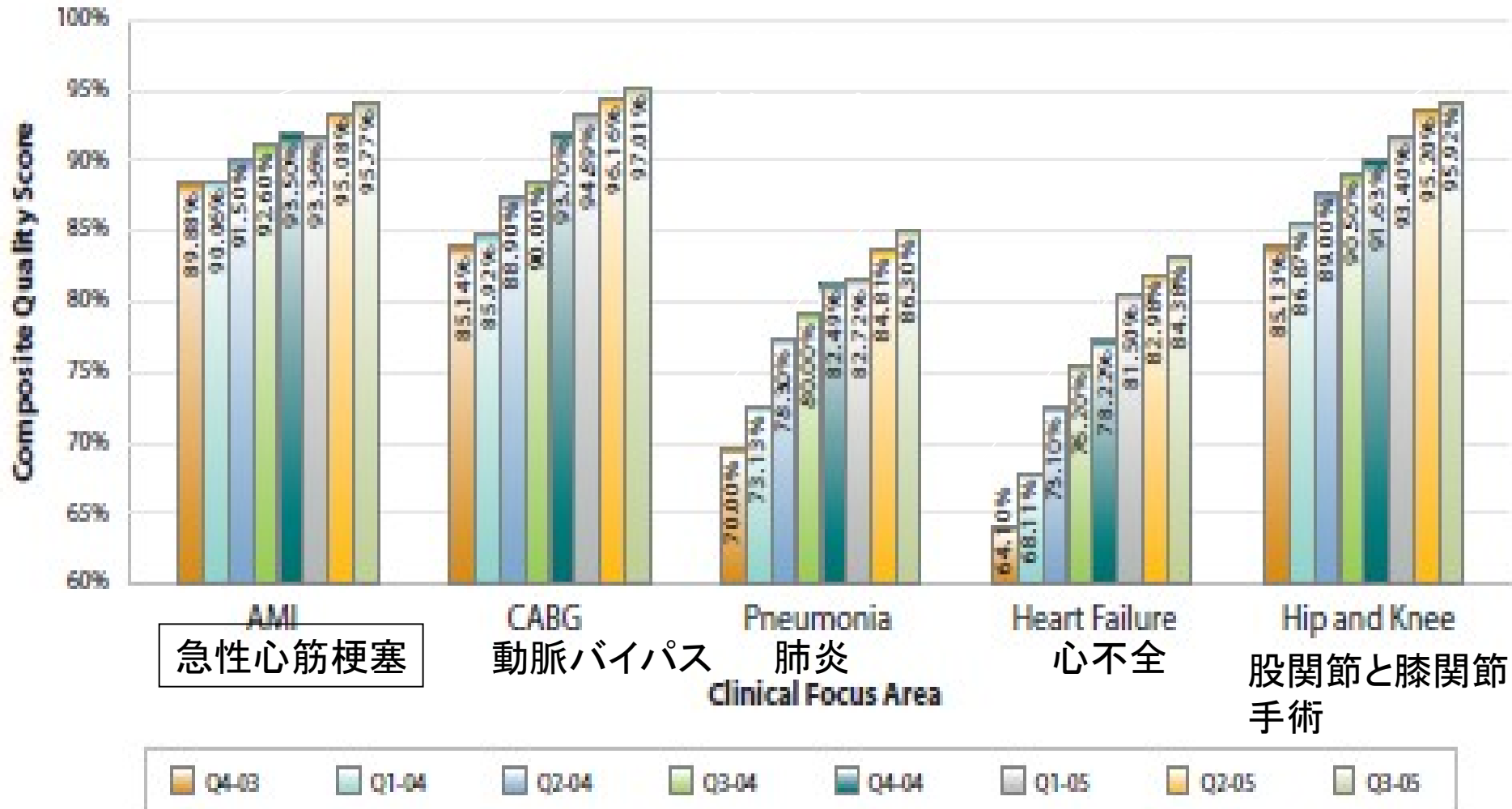
- 3 肺炎
 - 肺炎球菌ワクチン接種、抗菌剤投与前の血液培養、禁煙教育、適切な抗菌剤の選択、インフルエンザワクチン接種
- 4 手術部位感染症予防
 - 切開前1時間の予防的抗菌剤投与、術後24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
- 5 アウトカム指標
 - 30日以内の急性心筋梗塞死亡率
 - 30日以内の心不全死亡率
- 6 患者満足度
 - 医師態度、傾聴、説明など

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

- スタッフィング
 - 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

訪問看護の質評価指標

- 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

Sample measure: Hospitalization

Agency	Year 1	%ile	Baseline	Change	rank	%ile	
A	16	100%	18	-2	-11%	TOP 20% performance (3)	
B	18	95%	15	3	20%		
C	18	90%	21	-3	-14%		
D	19	85%	19	0	0%		
E	20	80%	20	0	0%	9	20%
F	21	75%	25	-4	-16%	5	60%
G	22	70%	29	-7	-24%	2	90%
H	23	65%	24	-1	-4%	8	30%
I	24	60%	30	-6	-20%	3	80%
J	25	55%	28	-3	-11%	7	40%
K	27	50%	31	-4	-13%	6	50%
L	29	45%	43	-14	-33%	1	100%
M	30	40%	27	3	11%	10	10%
N	31	35%	37	-6	-16%	4	70%
O	32	30%	34	-2	-6%	BOTTOM 30% performance (4)	
P	35	25%	32	3	9%		
Q	36	20%	40	-4	-10%		
R	42	15%	41	1	2%		
S	42	10%	50	-8	-16%		
T	43	5%	46	-3	-7%		

•(1) High performance winners: agencies with **top 20% performance**

•(2) High improvement winners:

(Excludes:

- Agencies already in top 20% performers (3)
- Agencies in bottom 30% performers) (4)

top 20% improvement

(no payment to agencies with no improvement)

韓国P4P

急性心筋梗塞と帝王切開分娩で導入



2011年1月国際医療福祉大学大学院 h-MBA韓国ツアー

韓国P4P

健康保険審査評価院 (HIRA)

서 초 평 화

COFFEE & WINE

365 아코너

우리은행

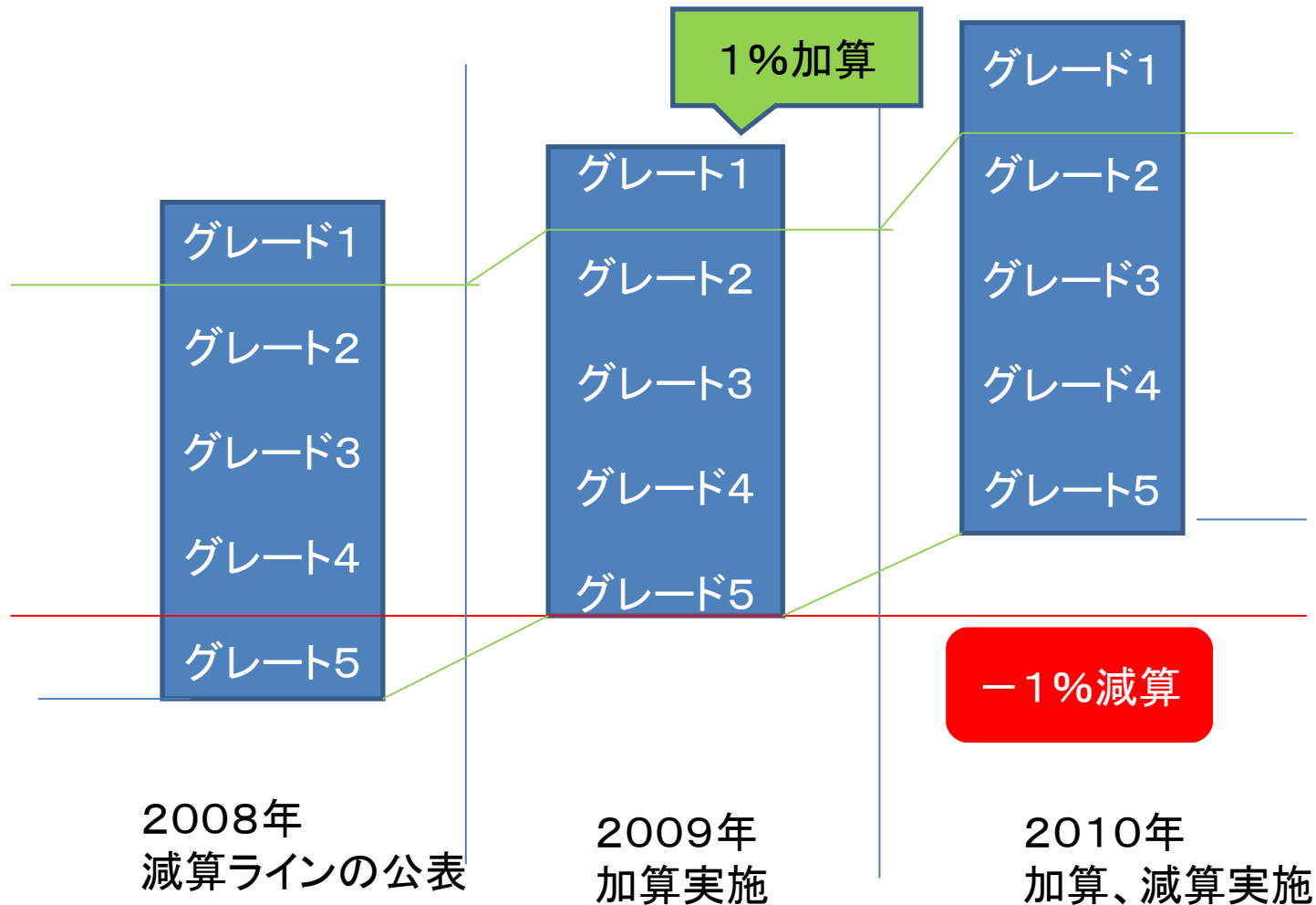
健康保険審査評価院(HIRA)

- 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

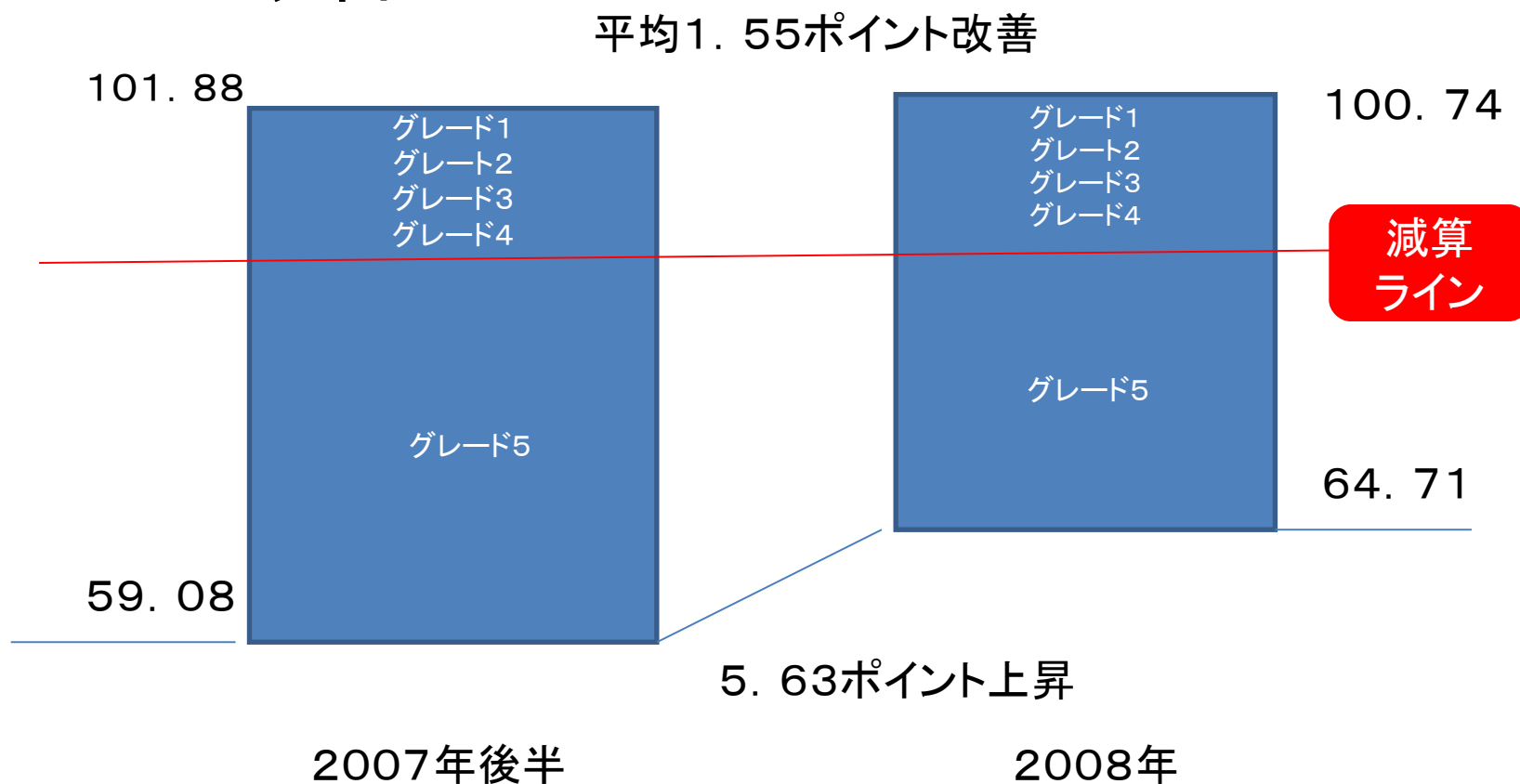
- 急性心筋梗塞
 - 急性心筋梗塞診療件数
 - PCIまでの時間
 - 入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率
 - 入院中死亡率
- 帝王切開
 - リスク調整した帝王切開率
- これらの指標で病院をランク付け(グレード1~5)

韓国P4Pの加算・減算方式

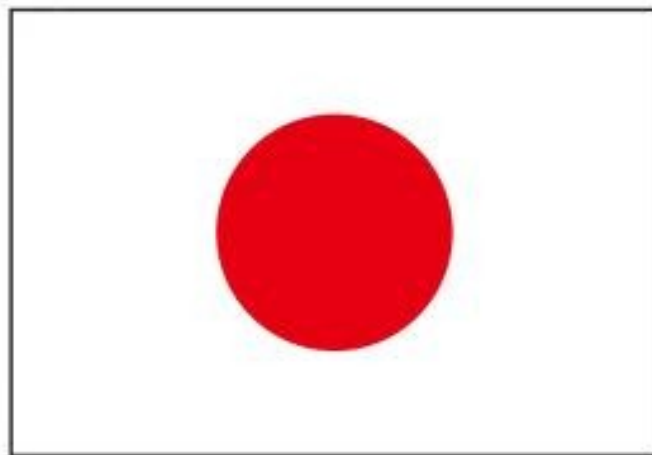


急性心筋梗塞P4Pスコア

- スコア改善



パート4
日本版P4Pと介護P4P



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

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」

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

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

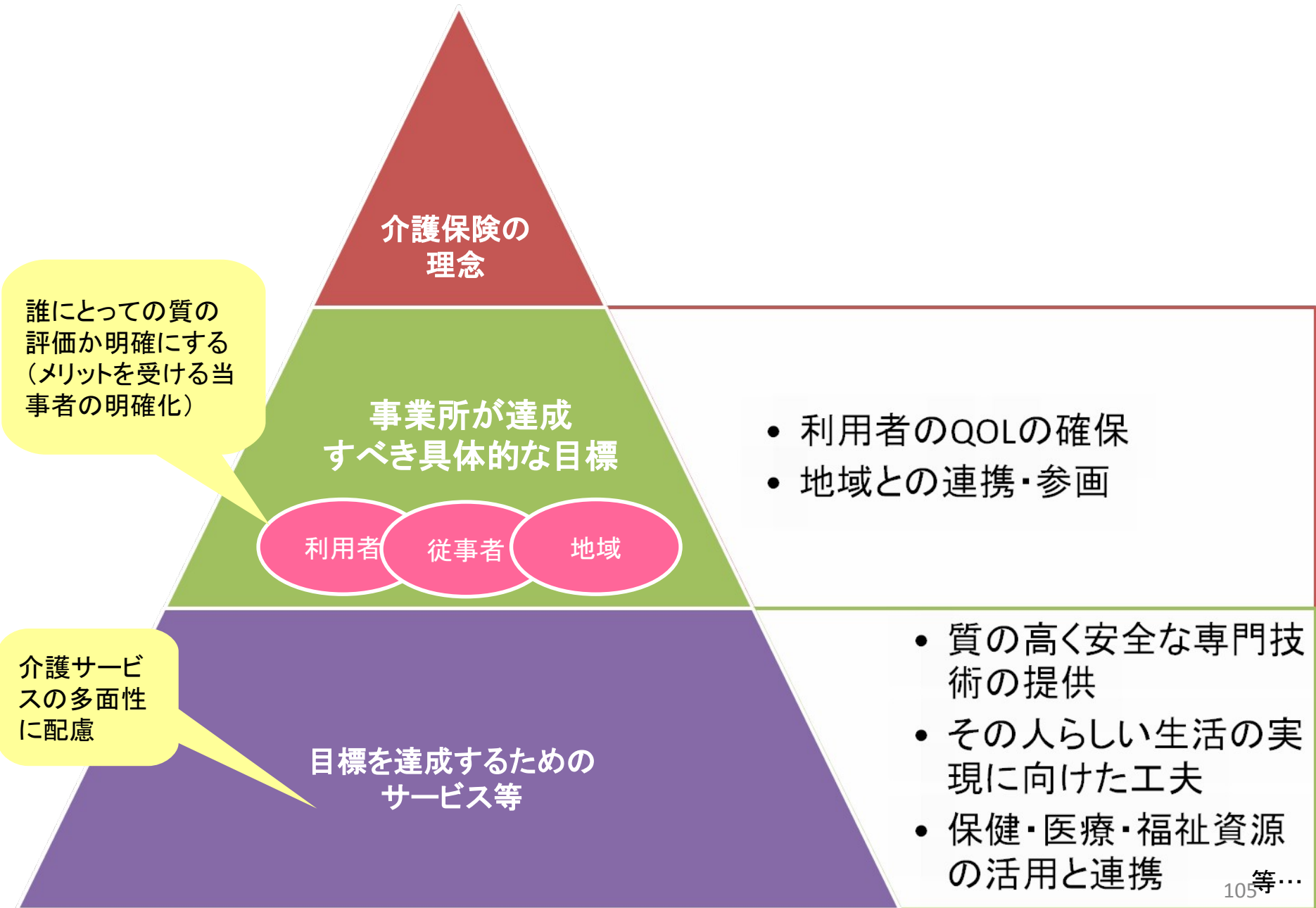
「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会

- 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

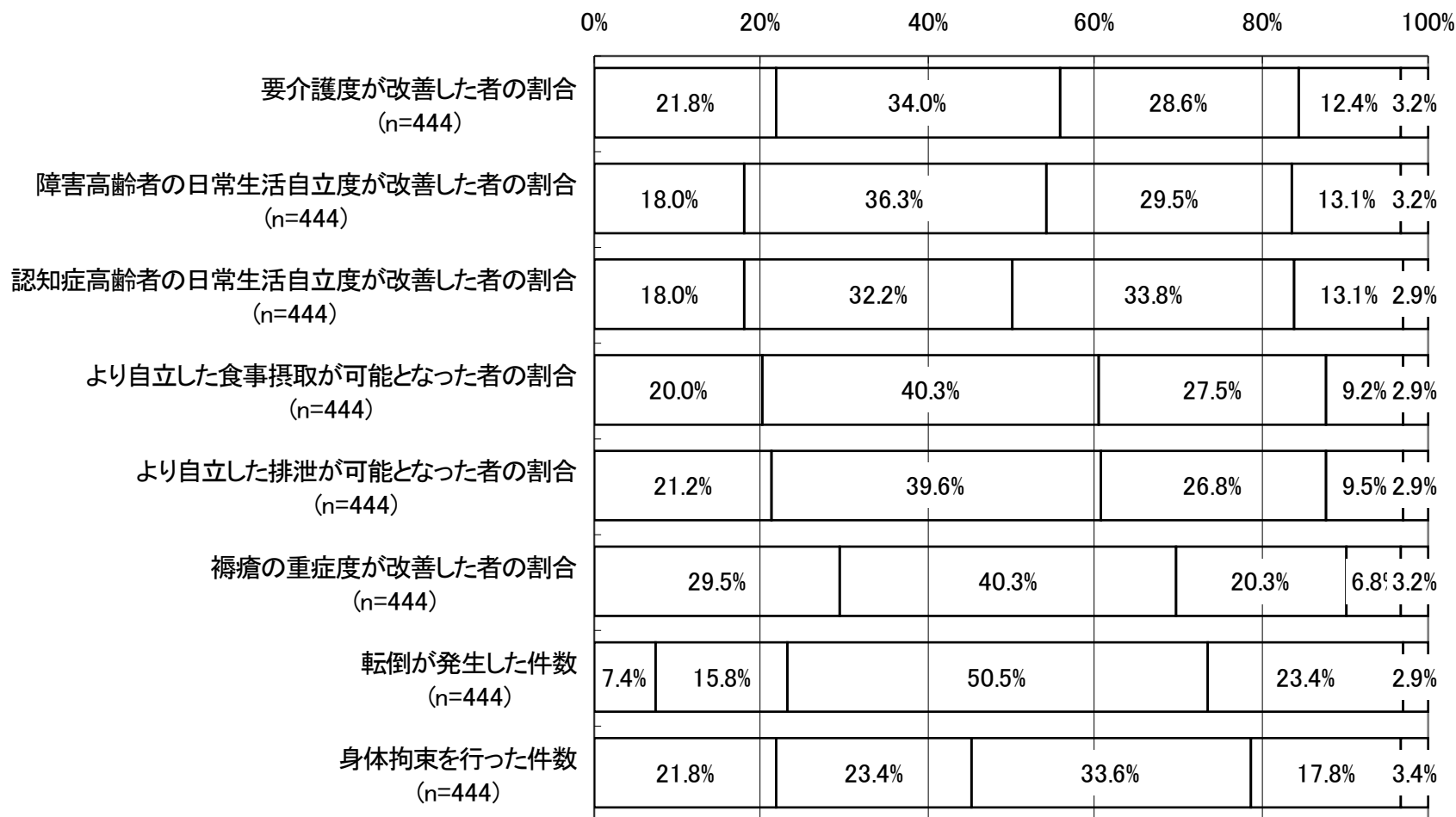
平成22年度調査

- 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

介護サービスの質の評価に関する 調査研究事業

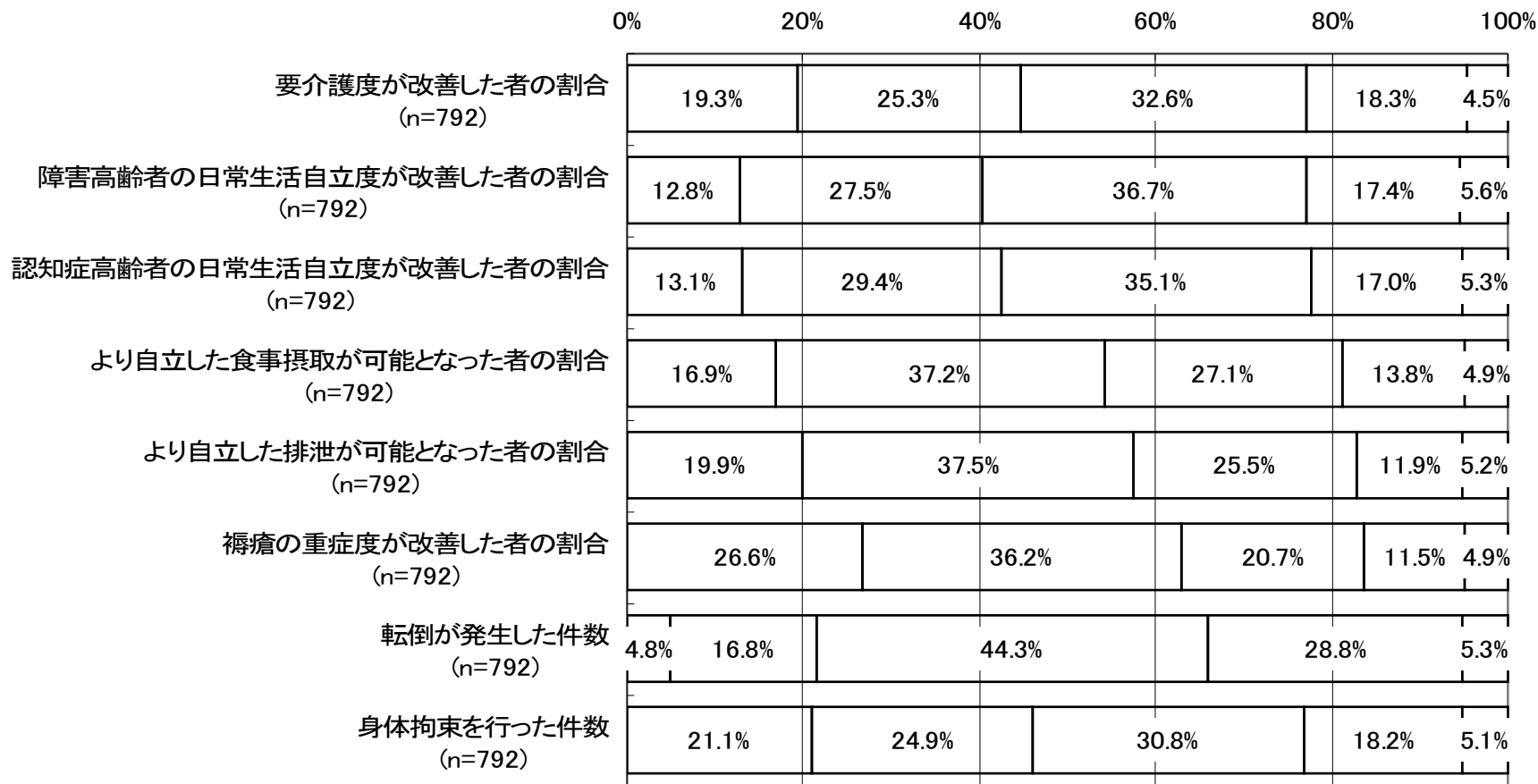
- 調査時期
- 調査方法
- 回答
 - 老人保健施設 444施設(回収率37.0%)
 - 特別養護老人ホーム 792施設(回収率39.6%)

アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（老人保健施設）



□ 有効である □ やや有効である □ あまり有効ではない □ 有効ではない □ 無回答

アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（特別養護老人ホーム）



□ 有効である □ やや有効である □ あまり有効ではない □ 有効ではない □ 無回答

介護報酬改訂への課題

- 要介護度や日常生活動作の改善を直接アウトカムとするには、複雑な要因が係わっているので一律な評価は困難
- こうしたアウトカムに影響を与えるプロセス指標としての食事摂取、排泄などを評価することについては検討する価値あり
- 褥瘡、転倒率、抑制率等については課題を残した。
- いずれにせよさらなるデータ収集が必要。

介護P4P

- ・要介護度の改善する要因にインセンティブを！
- ・現状では要介護度が悪化するほうが収入が上がる仕組み
- ・努力する施設の評価を！

まとめと提言

- 地域医療計画でも医療/介護の連携が課題
- 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
- P4Pが先進各国の支払い方式のトレンド
- 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。

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 5月下旬発刊です！



A woman in a vibrant orange and floral kimono with a matching obisashi is walking away from the camera. She is wearing a traditional black and red hairpiece (kanzashi) with a red tsumami. The background shows a traditional Japanese building with a dark wooden fence and a tiled roof.

京都でお会いしましょう！

第13回日本医療マネジメント学会学術総会

2011年6月24日・25日

京都勧業会館みやこめっせ・京都会館

会長 香川恵造(市立福知山市民病院院長)

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)